

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 4. ročník, 2010, dvojčíslo 3–4

Vychází čtvrtletně.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Dana Dobiášová – psychoterapeutická praxe, Hradec Králové

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

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

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

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

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká – terénní sociální práce

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

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

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

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha –Bohnice

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

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

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

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

MUDr. David Holub – psychoterapeutická praxe, Praha

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

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Mgr. David Kuneš – Psychologický ústav FF MU, Brno

PhDr. Jiří Libra – Podané ruce, Brno

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

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

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

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

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

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

Prof. PhDr. Alena Plháčková, 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 3–4/ 2010 byla 12. 11. 2010, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 11. 2010. Vychází v prosinci 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 DVOJČÍSLA 3–4 ROČNÍKU 2010

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral: Vážení čtenáři, málo aktivní vystupující - - - **149**

TEORIE A PRAXE

Ondřej Novák: Gestalt přístup v léčbě panických atak - - - **151**

VÝCVIKY, SUPERVIZE, TRENDY

Tomáš Řiháček, Jana Kostínková, Jan Roubal: Jak vzdělávat integrativní psychoterapeuty I: základní otázky a problémy - - - **160**

Šárka Dynáková, Jan Kožnar, Marie Hermanová: Supervize jako prevence vyhoření u zdravotníků - - - **169**

Petra Holcnerová, Petr Novák: Online psychoterapie a psychologické poradenství - - - **174**

PŘEKLAD (STUDIJNÍ TEXT)

Jaako Seikkula, Mary E. Olson: Poetika a mikropolitika přístupu „otevřeného dialogu“ při léčbě lidí s akutní psychózou - - - **183**

KONFERENCE, WORKSHOPY

Šárka Hlaváčová: “European Summer School in Family Therapy”, 9.–14. srpna 2010 - - - **198**

Zbyněk Vybíral, Ester Danelová: 41. SPR Meeting, Asilomar, Kalifornie, 27.–30. června 2010 - - - **201**

Jitka Balášová, Pavel Nepustil: Letní škola spolupracujícího přístupu s Harlene Anderson (Playa Del Carmen, Mexiko, 20. 6.–25. 6. 2010) - - - **205**

Leoš Zatloukal: Bridges 2010 – Mosty k řešení či mosty mezi řešeními? (Konference krátké terapie, Malmö, 3.–5. 9. 2010) - - - **209**

Jan Roubal, Dagmar Schneiderová, Ester Neumannová: 10. konference Evropské asociace gestalt terapie (Berlín, 9.–12. 9. 2010) - - - **215**

DISKUSE, POLEMIKA

Petr Moos: Problém klinické psychohlogie - - - **218**

Petr Moos: Je psychoterapie samostatným a nezávislým oborem? - - - **221**

KRÁTCE

ZRNění Zdeňka Riegera - - - **224**

RECENZE KNIH

K. Asper: Opuštěnost a sebeodcizení. Nové přístupy k terapii narcistické poruchy osobnosti (Z. Lakoštková) - - - **227**

Mark Rivett, Eddy Street: Family Therapy (D. Skorunka) - - - **228**

Gary M. Yontef: Gestaltterapie (T. Sabová) - - - **229**

Frans Meulmeester: Změna přijde, když se zastavíš (T. Sabová) - - - **231**

Leslie G. Greenberg, Rhonda N. Goldman: Emotion-Focused Couples Therapy; The Dynamics of Emotion, Love and Power (D. Skorunka) - - - **232**

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

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral

VÁŽENÍ ČTENÁŘI, MÁLO AKTIVNÍ VYSTUPUJÍCÍ

Píšeme v tomto čísle o letní škole v belgickém Leuven, o letní škole na mexické pláži, o konferenci ve švédském Malmö a o konferenci v Kalifornii poblíž Big Suru. Ale v Úvodníku chci připomenout to, že v říjnu se v Sudickém Dvoře u našich, moravských Boskovic konalo sympozium rodinné terapie pořádané SOFT-em a sekci rodinné terapie pod ČPS ČLS. Jeden ze spolupřátelů Milan Pilát mi napsal ve dnech, kdy jsem se už rozhodl, že se tentokrát nedám vyprovokovat tématem spirituálního a magického v rodině a terapii, ani tím, že organizátoři ohlásili účast Jiřiny Prekopové, a že na sympozium nepojedu. Ale pak jsem si řekl, že není dobré létat jen do Florencie a do Kalifornie a ignorovat Boskovice a SOFT a spiritualitu v rodinné terapii. Tak jsem vyprovokovat a pozvat nechal. A dobře jsem udělal. Zažil jsem sevřené setkání více než stovky lidí, z nichž někteří o rodině a spirituálním přemýšleli odjinud a jinak. S Jiřinou Prekopovou jsme se objali (pevně), aniž si dál musím souhlasit s tím, co hlásá. Vyslechl jsem vystoupení její, ona zase mě – o rizicích svádění ke spirituálnímu myšlení. Atmosféra byla po oba dva dny dobrá – mj. i díky pohotově diskutujícím V. Chválovi a Jiřímu Kubičkovi.

Jen těch praktikujících a mluvících (tj. schopných přednášku přednést) rodinných terapeutů tam vystoupit mohlo více. Taková setkání mají přece být především setkáními těch, kteří s rodinami pracují! Kde vlastně jsou mladí třicetiletí kolegové se čtyřmi, pěti lety praxe a určitě se sumou zajímavých kazuistik? A s neklidem z mnoha otázek a inovativních nápadů jak pozměňují to, co se učili ve výcvicích? V tomto směru jsem rád, že David Skorunka (u Boskovic pro nemoc chyběl) zrecenzoval pro toto číslo časopisu knihu Rivetta a Streeta Family

Therapy (100 Key Points and Techniques). Přečtěte si. O takových „věcech“ se má psát a diskutovat.

Divím se opakovaně tomu, proč nedochází výrazněji v České republice k diskusi a dialogu generačnímu? Jak je možné, že šedesátiletí (a starší), i my padesátiletí nejsou (nejsme) vytlačováni, třeba i v uctivě kultivovaných debatách, kolegy mladšími? Nezavazejí (nezavazíme) v cestě mladším a mladým? Ne, nechci, aby to byla jen řečnická otázka. Co když někomu zavazíme třeba jen tím, jak sebevědomě vystupujeme, jak sebejistě píšeme, jak moc se hlásíme na sympozia a zabíráme tam místa jiným – kteří už předem předpokládají, že těch aktivních matadorů bude zase dost, takže... Ani nemá cenu, aby se je pokusili doplňovat, navazovat na ně, střídát je. U Boskovic byly světlé výjimky (třeba L. Hornová a již známý L. Zatloukal), ale chybělo mi jich více.

Jak je možné, že mladí kolegové (jimž je 30, 35 let) se tak málo ozývají?

V tomto čísle dávám prostor docela dlouhé řadě mladých autorů (Hlaváčková, Holcnerová, Balášová, Kostínková, Řiháček, Novák, Nepustil, Zatloukal...). A i když jedna vlaštovka v podobě jednoho dvojčísla Psychoterapie jaro nedělá, moc bych si přál – a mělo by tomu tak být! – že se třicátníci začnou přihlašovat na sympozia a na konference a že zahltní redakční počítače časopisů svými články. V případě Psychoterapie – kazuistickými, názorovými, texty do diskuse...

Tiskneme v tomto dvojčísle s laskavým svolením autorů překlad inspirativního textu Jaaka Seikkuly a Mary E. Olsonové. A, jak si všimnete nebo jste již zaregistrovali, s tímto klíčovým textem souvisejí příspěvky o letní škole ve spolupracujícím přístupu, o letní studentské škole v rodinné terapii i zpráva ze Švédska. V systemických souřadnicích najdeme dnes u nás hned několik institutů

a skupin terapeutů a výcvikových lektorů, tím zatím nejmladším centrem je brněnský Narativ. Má-li spolupracující přístup sloveso spolupracovat v názvu, nemůžeme si v rodinné terapii a psychoterapii vlastně přát více. S tím, že spolupracovat lze regulérně a čestně za jistých podmínek; např. že spolupracující dodržují etické zásady ve své práci.

A na závěr zpráva z redakční rady:

Stál jsem v čele časopisu Konfrontace a nyní čtyři roky v čele Psychoterapie celkem 249 měsíců; bez přestávk. Neodpočinul jsem si

od časopisu přes dvacet let. Od Nového roku a nového ročníku v redakci zaujmu místo v redakční radě, šéfredaktorem se stane Roman Hytych a obměněnou redakční radu povede Jan Roubal. Věřím, že se máte na co těšit.

Jsem rád, že jsem nezačal zavazet v cestě mladším a mladým.

S upřímně míněným na shledanou
Zbyněk Vybíral

V zasněženém Brně dne 2. prosince 2010

GESTALT PŘÍSTUP V LÉČBĚ PANICKÝCH ATAK

Ondřej Novák

ABSTRAKT

Článek se věnuje využití Gestalt terapie (dále jen GT) při terapeutické práci s klienty, kteří trpí panickými atakami. Autor článku se pokouší zachytit společné rysy procesu klientů, kteří s těmito symptomy vyhledávají psychoterapii. Vychází z modelu osobnosti, který tvoří teoretické základy GT, a propojuje je s vlastní zkušeností z klinické praxe. Věnuje se především otázkám vztahu symptomů a typických přerušení kontaktu. Následně prezentuje konkrétní terapeutické strategie a demonstrovuje jejich použití na kazuistickém zlomku. Cílem článku je nabídnout alternativní pohled na možnosti uchopení a zacházení s problematikou panických atak a současně poukázat na možnosti využití GT v klinické praxi.

Klíčová slova: Gestalt terapie, panická porucha, sociální fobie, agorafobie, panická ataka.

ABSTRACT

Gestalt therapy in the treatment of panic attacks

This article deals with the use of Gestalt therapy (hereinafter referred to as GT) in the therapeutic work with clients suffering from panic attacks. The article tries to capture the common features of the process of clients with these symptoms who search for psychotherapy. It is based on the model of personality that represents the theoretical background of GT in connection with the author's own practice experience. The article deals especially with the topic of the relationship between symptoms and typical contact boundary disturbances. Further, specific therapeutic strategies are discussed and their use is presented on the basis of the case study. The aim of the article is to offer an alternative view of the possibilities to formulate and discuss the topic of panic attacks as well as to point out the options of how to use the GT in clinical praxis.

Key words: Gestalt therapy, panic disorder, social anxiety disorder, agoraphobia, panic attack.

VYMEZENÍ POJMU PANICKÁ ATAKA

Panická porucha patří mezi skupinu úzkostných poruch, označovaných širším termínem neurotické. Jejím hlavním rysem jsou ataky těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na nějakou zvláštní situaci, nebo podmínky. Panická ataka je vymezena jako ohraničená epizoda náhle vzniklého intenzivního strachu a nepohody, který dosahuje maxima během několika málo minut a trvá nejméně několik minut. Současně musí být přítomny některé příznaky vegetativního podráždění jako je palpitace, bušení srdce, zrychlený pulz, pocení, chvění, třes, sucho v ústech, návaly horka či chladu, pocity znečitlivění či mravenčení a další jako obtížné dýchání, pocit zalykání se, nepřijemné pocity v hrudníku, nauzea, pocity závratě až mdloby, derealizace, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, ztráty vědomí nebo smrti (Smolík, 2002). Panická porucha je tak v MKN-10 postavena vedle fobických poruch jako sociální fobie a agorafobie s tím, že u obou těchto poruch se počítá s možným současným výskytem panických atak. Naproti tomu v DSM-IV není panická ataka kódovaná poruchou a je kódována vždy jako součást specifické diagnózy, např. panická porucha s agorafobií. Pojetí DSM-IV více odpovídá mé zkušenosti z praxe, kde se klinický obraz těchto poruch do velké míry překrývá. Naproti tomu panická porucha dle MKN-10 pokrývá i příznaky menší skupinu klientů, u kterých se panické ataky vyskytují izolovaně, či v méně očekávaných souvislostech. Pro vlastní terapeutickou práci v modalitě GT jsou rozdíly mezi těmito skupinami klientů nepodstatné a charakteristické rysy procesů natolik podobné, že

mezi nimi necítím potřebu v tomto textu rozlišovat. Z tohoto důvodu budu hovořit o panických atakách (dále jen PA) v širším pojetí, zahrnujícím panickou poruchu, agorafobii s panickou poruchou a sociální fobii s úzkostí dosahující intenzity panické ataky. Číním tak i s vědomím toho, že specifikace diagnózy vymezuje v některých případech jasněji těžiště problému – např. u sociální fobie problematiku narušených interpersonálních vztahů.

MODEL OSOBNOSTI V POJETÍ GT PŘÍSTUPU

GT pracuje s modelem, v němž se o člověku uvažuje jako o organismu, který své potřeby uspokojuje v kontaktu s prostředím. Prostředí v GT nazýváme polem. Člověk je součástí pole a využívá ho jako zdroj výživy, aktivně jej kontaktuje, aby si doplnil, co mu chybí. Nadechuje se, když potřebuje více kyslíku, jí, když mu chybí energie a cítí hlad, hovoří s lidmi, když se cítí osaměle a potřebuje sociální kontakt atd. Mezi člověkem (organismem) a polem tak probíhá neustálá výměna, která slouží k udržení homeostázy. Vynořující se potřeba naruší stav rovnováhy, který je znovu obnoven, když je potřeba uspokojena. Tento proces je řízen organismickou selfregulací, vrozenou schopností organismu udržovat homeostázu. Organismická seberegulace je přirozený proces, který funguje prostřednictvím kontaktu a stažení se (Yontef, 2009). Způsob, jakým člověk (organismus) kontaktuje aktuální konfiguraci podmínek pole, aby naplnil své momentální potřeby (s ohledem nejen na potřeby organismu, ale i na možnosti a podmínky situace), nazýváme v GT kreativním přizpůsobením. GT veškerou psychopatologii odvozuje od narušení této základní schopnosti kontaktu. Výchozí bodem pro schopnost kontaktu s okolím je v prvé řadě kontakt se sebou samým. „Zdravý“ kontakt probíhá v určitých fázích. Nejprve dochází k tomu, že se z nediferencovaného pole vynořuje potřeba, která se stává figurou zájmu (zbytek pole se stává pozadím),

je pocíťována (např. pocit napětí v zádech) a následně uvědomována a zpracována (např. cítím, že mě bolí záda, když takhle sedím). Dále dochází k mobilizaci energie, která je nasměrována k uspokojení potřeby nejprve v představě (např. co můžu udělat pro to, aby mě přestala bolet záda?) a následně je pak realizována v podobě konkrétní zvolené akce (např. zvednu se a zkusím si záda protáhnout). Pokud byla akce účinná, potřeba je uspokojena (např. pocit uvolnění v zádech) a organismus se pozvolna vrací do nediferencovaného stavu, ze kterého se časem vynoří další a další nové figury. Tento pohyb od vjemu ke kontaktu, stažení a zpět k vjemu je typický pro každý organismus (Zinker, 2004). Plynulý kontakt může být blokován ve formě tzv. „přerušeni“ či „narušení“ kontaktu. Při přerušeni dochází k blokování výměny mezi člověkem a prostředím, čímž je narušen základní proces organismické selfregulace, a tím i proces obnovování homeostázy. V současné době pracuje GT s teorií 8 základních přerušeni kontaktu. Jsou to **desenzitizace, deflexe, introjekce, projekce, retroflexe, proflexe, egotismus a konfluence**. V práci s klienty, kteří trpí PA, se nejčastěji setkávám s přerušeni v úvodních fázích kontaktu – deflexí, introjekcí, projekcí a retroflexí. Z tohoto důvodu o nich pojednám podrobněji:

Při **deflexi** je kontakt „ředěn“, čímž je snižována jeho intenzita. V praxi to znamená, že se člověk vyhýbá emocím a jejich uvědomění; například, když popisuje detailně situaci, aniž by ji plně prožíval, nebo když zlehčuje vážnou situaci, vyhýbá se přímému očnímu kontaktu, či rychle utíká od nepříjemných témat. **Desenzitizace** je extrémnější narušení v tom smyslu, že člověk při něm ztrácí kontakt s prožíváním a obtížně zachycuje smyslový, tělesný či emoční prožitek, nebo jen ve velmi hrubé podobě (příklad vědomého užití desenzitizace je, když se snažíme ignorovat nepříjemnou bolest). Další formou přerušeni kontaktu je **introjekce**. Introjekce je proces přijmutí nějakého přesvědčení (např. pravi-

dla, hodnoty, myšlenky, postoje atd.) bez řádné konfrontace a kritického zkoumání. U lidí se nachází obvykle v podobě různých přesvědčení o sobě, druhých či světu a mívají charakter tzv. „mělbychů“. Výroky „mělbych“ jedinci říkají, jak má své chování regulovat podle vnějších norem, v izolaci od organistických potřeb a zvažování vnitřních priorit (Yontef, 2009). Introjekt může mít i povahu neverbální, například výraz rodiče, kterému dítě rozumí jako: „toto odsuzuji, takovou/takového tě odmítám“. I takovým neverbálním signálům, pokud se opakují, se snaží dítě vyhnout, neboť pro něj představují ohrožení důležitého vztahu a bývají spojeny s nějakou formou odejmutí podpory, lásky, bezpečí. Výsledkem je zkušenost „toto nesmím dělat“. Introjiktovaná zkušenost ze vztahu s významnými osobami je do prostředí promítána mechanismem **projekce**. Jinými slovy člověk očekává, že se k němu ostatní lidé budou chovat ve shodě s jeho minulou zkušeností. Člověk „projektor“ se obvykle cítí být ostatními pozorován, hodnocen, kritizován, odmítán, přestože to nemusí odpovídat zcela realitě. Introjekty také výrazně ovlivňují to, jaké vlastnosti, hodnoty, postoje či chování u sebe dotyčný považuje za akceptovatelné. Nepřijímaná část sebe je pak potlačovaná, protože introjekty brání jejímu svobodnému projevení se. Impulz, který je rozpoznán jako součást odmítaného Já, a který byl již rozpoznán a uvědomen, musí být zadržen. V tomto případě se již jedná o mechanismus **retroflexe**. Při retroflexi člověk brání akci těsně před stádiem kontaktu. Činí tak obvykle proto, že se obává důsledků takové akce. Ve výsledku pak například zastavuje pláč nebo se snaží neprojevit zlost. Manželé Polsterovi (2000) považují retroflexi za funkci, při které jedinec obrací proti sobě to, co by rád udělal někomu jinému, anebo sám sobě dělá to, co by chtěl, aby někdo jiný udělal jemu.

CHARAKTERISTICKÝ PROCES KLIENTŮ S PA

Charakteristické znaky procesu klientů s PA se do značné míry prolínají s velkou skupinou klientů trpících úzkostnými stavy vůbec. Pro chápání společných znaků této skupiny poruch nabízí zajímavý pohled přední americký gestaltterapeut N. F. Shub (2002), který akcentuje vývojové hledisko. Z jeho hlediska mají klienti trpící úzkostnými stavy často z dětství nenaplněnou potřebu bezpečí a potvrzení ve vztahu k blízkým osobám a nevytvoří se u nich základní důvěra, tj. přesvědčení, že svět je bezpečný. Toto pojetí se přitom objevuje již v práci řady psychoanalytiků, zejména v pracích Bowlbyho (Hašto, 2005). Shub říká: „Pocit bezpečí je zkušenost, kterou potřebuje každý. Vychází z toho, že má člověk v raném dětství emoční vazbu, ve které je potvrzován, a přijímá tak základní důvěru. Když je pocit bezpečí v základním vztahu narušen, v self se následně vytváří negativní přesvědčení o ne-bezpečí self ve světě. Tímto způsobem vzniká v self nadbytek úzkosti a následně dochází k její projekci do světa.“ Tato negativní přesvědčení (introjekty) jsou často v nejednoznačných situacích promítána (projikována) do světa, který je vnímán jako potenciálně ohrožující a ne-bezpečný. Současně vedou také k odcizení vnitřního prožitkového světa klienta, který se přestává spoléhat na vlastní pocity a rozpoznávání potřeb. Opírá se přitom o zkušenost, že vycházet se svými pocity není bezpečné, že vyjadřovat své potřeby nevede k jejich uspokojení, ale spíše k frustraci, odmítnutí, zahanbení, nebo jiné bolesti. Klient vyrůstající v takovémto prostředí nemá dostatečné podmínky pro budování sebepodpory. Schopnost podpořit sám sebe je totiž přímo úměrná míře a kvalitě podpory, které se klientovi dostalo, když byl dítětem (Mackewn, 2004). Klient, kterému chybí zážitek vnější podpory, nemá, co by internalizoval, a na základě čeho by si budoval vlastní podporu. V situaci zátěže se tento deficit obvykle jasně projeví. Klient je zahlcen intenzivní

úzkostí a nemá k dispozici „nástroj“, který by mu umožnil úzkost kontejnovat.

U klientů se tak při vlastní terapeutické práci setkáváme s řadou negativních introjektů, které jsou projikovány ven a tvoří tak základ tzv. introjekt-projektivního systému. Tento systém umožňuje klientovi, ve shodě se svou životní zkušeností (často však starou a neuvědomovanou), orientovat se ve světě, předvídat situace a nacházet v nich význam. Klient pak zachycuje signály, které mu potvrzují jeho vnímání světa, posiluje stávající introjekty a interpretuje svět ve shodě s nimi (např. nepozdravil mě, takže na mě kašle). Klient se v přítomnosti lidí zabývá představami o tom, co si o něm druzí myslí, jak jej hodnotí, jakých jeho nedostatků si všímají a jaké by to bylo, kdyby se v této situaci projevil nějakým nevhodným způsobem (např. co když se mi udělá tak nevolno a před všemi těmi lidmi se pozvracím?). Internalizovaná zkušenost z předchozích vztahů je tak klientem promítána a připisována dalším lidem (např. dívá se na mě, určitě si myslí, že vypadám divně... vždycky mi říkali, že jsem divná).

Dalším společným znakem klientů s projevy PA je narušený kontakt s vlastním prožíváním. Obvykle mají tito lidé opakovanou zkušenost, že projevovali emocii je v minulosti dostávalo do konfliktu s prostředím, zpravidla s rodiči, ale často také dalšími osobami z nejbližšího okolí. Důležité je přitom chápat projevy emocii jak ve vztahu k potřebám organismu, tak ve vztahu k prostředí. Emoce jsou integrativním uvědomováním vztahu mezi organismem a prostředím (Perls, Hefferline, Goodman, 2004). Jsou signálem o přítomnosti potřeby a jejich intenzita narůstá, je-li v poli přítomen objekt, který může potřebu uspokojit (např. plačící dítě zesiluje pláč v přítomnosti matky, která má moc odstranit jeho nepohodu). Klienti se už jako děti museli naučit nějak naložit s nepřiměřenou odezvou na jimi vyjádřené pocity. Jejich nejčastějším tvořivým řešením je snaha prožívání eliminovat a dostat pod

vlastní kontrolu. Klient je tedy tím, kdo aktivně (i když nevědomě) brání sám sobě prožívat a zpracovávat pocity (a tím pádem i určité potřeby). Většinu času sám sebe něčím zaměstnává, nad něčím přemýšlí, něco dělá. Že je něco v nepořádku, zjistí často až v situaci, kdy nemá nic na práci, ale přitom nedokáže relaxovat a místo toho cítí nepohodu (napětí, úzkost). Relaxace je stav, kdy je člověk v kontaktu s nediferencovaným prožitkovým polem, při němž zachycuje vynořující se pocity a potřeby. Domnívám se, že toto je jedno z možných vysvětlení, proč se panické ataky dostávají v situacích jako je cestování hromadnou dopravou, čekání ve frontě, sledování představení v divadle apod. Z mého pohledu jde často o situace relativního „ninedělán“, ve kterých se klienti dostávají nechtěně do kontaktu s vlastním prožíváním, které jinak zůstává skryto a nepovšimnuto. Tuto mou hypotézu podporuje zkušenost z praxe, že klienti obvykle panické ataky nemívají v situaci, kdy sami řídí automobil (čili v situaci, kterou ve větší míře kontrolují, a v níž jsou také aktivně zaměstnáni). Pro tyto klienty je totiž charakteristický rychlý přechod k aktivitě, který lze pozorovat v momentu, kdy se dostanou do kontaktu se svým prožíváním. Klient je zneklidněný a často až vydešený tím, že se v něm odehrává něco neznámého, chce to rychle vyřešit, zastavit, zneškodnit, nebo to alespoň nevnímat. Místo toho, aby se pokusil zůstat s emocii, sledovat její pozvolné vynoření do konkrétního tvaru a na základě toho následně učinit adekvátní rozhodnutí, okamžitě začíná tyto signály interpretovat ve shodě se svým systémem introjektů. V sezení se to projevuje tak, že klient místo toho, aby popsal co a jak prožívá, tomu okamžitě připisuje určitý význam a následně utíká do aktivity (např. udělalo se mi zle, asi teď omdlím, co mám dělat?). Vzhledem k potížím při identifikaci emočních stavů mají klienti potíže rozeznávat běžné fyziologické projevy emocii či změněného tělesného stavu a mylně si je interpretují jako projev nemoci či náhle vzniklého zdravotního problému.

Doprovodné příznaky nastupující úzkosti (např. bušení srdce, pocení, motání hlavy, tlak na hrudi, „knedlík v krku“, sucho v ústech) si vysvětlují jako příznaky infarktu, cévní mozkové příhody, rakoviny nebo těž „zešlbení“. Toto ilustrativně popisuje ve své práci i Zinker (2004): „Když člověk vytvoří blok mezi vjemem a uvědoměním, může vnímat některé ze svých vjemů, nerozumí však tomu, co znamenají. Signály vlastního těla jsou mu cizí a mohou být až děsivé. Například v situaci vyvolávající úzkost se může stát, že si člověk hyperventilaci a zrychlený tep mylně vyloží a prožívá je jako „infarkt“, a ne jako projev ústně.“

TERAPEUTICKÁ STRATEGIE

Hlavní myšlenka přístupu, který zde představím, spočívá v tom, že klienta vystavujeme tomu, čemu se sám automaticky vyhýbá – tj. zastavení se a kontaktu s vlastním prožíváním. Tento přístup umožňuje obnovit přirozenou seberegulaci klienta prostřednictvím co nejnepříjemnějšího uvědomování si sebe sama v kontaktu se světem. Rozšíření uvědomování je v GT základní cíl jakékoli terapeutické práce (Yontef, 2009). V případě klientů s projevy PA se terapeutické intervence zaměřují na uvědomění si omezeného kontaktu s vlastním prožíváním a také způsobů, jakým kontakt přerušují. Terapeut se zajímá, jak se klient cítí, jaké signály o vlastním prožívání vnímá a jak s nimi dále zachází. Využívá přitom nejen explorační různých životních situací, které klient přináší do terapeutických sezení, ale také přímé pozorování v situaci „teď a tady“. Všimá si, co klient dělá, když hovoří o emočně nabitým materiálu, stejně jako si všimá toho, co klient nedělá. Svá pozorování dává k dispozici klientovi, který tak má možnost všimnout si a zachytit to, co mu jinak zůstává skryto. Klient se často musí znovu naučit vnímat signály vlastního těla a dávat je do souvislosti s tím, co právě dělá. Například se znovu učí, že když má sevřený žaludek, zatajuje dech nebo cítí napětí v těle, je to signál o nějakém pocitu.

Učí se rozpoznávat, kdy je to zpráva o tom, že se něčeho bojí, a kdy zase zpráva o tom, že třeba cítí zlost. Těto práci obvykle brání vysoká rychlost, s jakou klient přechází do akce, aniž by si jasně uvědomoval, co cítí, co potřebuje a jaké možnosti řešení v dané situaci má k dispozici. Opakované zastavování klienta v této fázi kontaktního cyklu je jedním ze sťažejších pilířů práce. Klient se díky tomu učí uvědomovat si, co přeskakuje a čeho si nechce všimnout. Fokusem v této fázi kontaktu dochází k jasnějšímu uvědomění potřeby a tím pádem i adekvátnější zvolené akci. Klient se učí své pocity popisovat, uchopovat je, zpřesňovat je a rozumět jim místo toho, aby je ihned interpretoval. Dalším efektem této základní práce je, že si tak klient osvojuje schopnost tolerovat po jistou dobu nepohodu čili „kontejnovat“, aniž by utíkal do překotného řešení. Klient si tímto způsobem buduje sebedopůrné mechanismy jako je schopnost naslouchat sobě, důvěřovat vlastním pocitům, povzbuzovat se, snášet nepohodu, hledat řešení, využívat v rozumné míře podporu okolí atd. Drtivá většina klientů vyhledávajících psychoterapii totiž disponuje nízkou úrovní sebedopůry.

S tím, jak si klient začíná uvědomovat, že má nějaké prožívání, kterému se vyhýbá nebo jej zastavuje, se dostává do kontaktu se situacemi, které jej v minulosti takovému chování naučily. Klient přináší svou životní historii a vzpomíná si, jak se naučil zastavovat se a proč to tenkrát bylo užitečné. Tímto způsobem začíná vnímat své chování jako srozumitelné a pochopitelné. Uvědomuje si také předchozí vztahové zkušenosti, včetně těch, které vnímal jako traumatizující nebo nedořešené (neukončené). Následně má možnost je prozkoumat a v kontaktu s terapeutem adekvátně ošetřit (např. trauma, separace, ztráta). Při exploraci životní historie klienta terapeut identifikuje introjekty, které tvoří pozadí narušeného vztahu klienta k sobě samému. Nejčastěji jsou to introjekty, které se týkají přímého vyjadřování emocí (např. „plakat je slabost“, „nebuď hysterka“,

„co si o tobě lidé pomyslí“, „buď hodná holka“), očekávaného chování (obvykle v podobě pocitu „měl jsem se snažit víc“, „není to dost dobré, nejsem dost dobrý...“, „můžu si za to sám“), důvěry v druhé lidi („neberou mě“, „nepatřím mezi ně“) atd. Terapeut poté učí klienta propracovávat samotné introjekty. Vyzývá ho: „A co si o tom myslíte dnes?“ anebo: „Souhlasíte s tím, co říkali Vaši rodiče?“ Obvykle si klient následně zřetelněji uvědomuje, že se již jako dospělý nemusí pokaždé podřizovat nějakému vnějšímu pravidlu, pokud ho sám nepřijímá za své. Nebo se terapeut ptá: „A znáte i někoho, kdo si myslí něco jiného?“, čímž klienta konfrontuje s tendencí vybírat si jen ty zážitky, které potvrzují převažující zkušenost, a ignorováním odlišných zkušeností, které by umožnily modifikaci dosavadního systému introjektů. Introjekt-projektivní systém je tak revidován a jeho platnost je klientem opakovaně ověřována. Stará zkušenost je nahrazována novou, která více odpovídá současné životní realitě klienta.

Při vlastní práci s emocemi klienta lze identifikovat i další narušení kontaktu – retroflexi. Terapeut si všimá situací, kdy se klient mobilizuje k akci, např. vyjádření pocitu, ale akce je náhle přerušena a energie se ztrácí. Následně klienta opakovaně upozorňuje na to, že sám sebe zastavil obvykle v podobě pozorování a změně výrazu, pohybu či jiném projevu toku energie. Typicky se díky tomuto pozorování dostává klient do kontaktu jak se zastavenou emocí, tak s introjektem, který je v pozadí akce (např. „nesmíš plakat, neboť slaboch!“). Paralelně tak vlastně probíhá práce na několika úrovních současně – klient se učí všimnout si svého prožívání, uvědomovat si, jak jej přerušuje a z jakých důvodů tak činí. Postupně se tak dostává do plnějšiho kontaktu se svými emocemi a tím i se sebou samým. To vyžaduje ze strany terapeuta citlivý a potvrzující přístup, neboť klient je ve zranitelné pozici, kterou může snadno prožívat s pocity studu a zahanbení. Při do-

statečně podpůrném přístupu si klient osvojí zkušenost, že prožívat a adekvátně vyjádřit emoci je něco, co nemusí skrývat, a hlavně, že to je bytostnou součástí jeho samého. Klient v této fázi potřebuje s nově osvojeným chováním experimentovat a zkoušet si různé způsoby, jak emoci vyjádřit. Terapeut toto může facilitovat vytvářením experimentů (např. s projevem zlosti plným hlasem někomu, kdo klienta naštvál a koho si v průběhu sezení imaginárně posadí do prázdného křesla, nebo s vyjádření emoce pohybem či postojem, s přehráním situace pomocí loutek atd).

Tak jako v každé jiné dobré psychoterapii, i v GT tvoří základ jakékoli práce dobré pracovní spojení mezi terapeutem a klientem. Především jsou to otázky bezpečí a důvěry, které se při práci s klienty s PA dostávají často do popředí. To je pochopitelné s ohledem na historii předchozích vztahů. Tyto otázky se propracovávají v rámci rutinní terapeutické práce s přenosem a protipřenosem. V praxi se osvědčil otevřený respektující přístup, ve kterém je klient aktivně povzbuzován ke zkoumání svého prožívání a následně podporován v experimentování s přímým vyjadřováním pocitů a potřeb. Aktivní podpora je vyvažována konfrontací s opakujícím se přerušováním kontaktu ze strany klienta.

PROPRACOVÁVÁNÍ ATAK PANIKY

Přestože v GT věnujeme pozornost především prožívání klienta „tady a teď“, je podle mé zkušenosti užitečné věnovat se v sezeních i detailnímu zkoumání situací, ve kterých dochází k PA. Většinou je zde mnohem zřetelněji vidět, co klient dělá, o čem přemýšlí, co si představuje, jak zachází s prožitky a jak je schopen sám sebe podpořit. Při popisu situací, které předcházejí PA, je třeba klienta podpořit k co nejdetailnějšímu popisu toho, jak se cítil, jak na uvědomění pocitů reagoval, co mu běželo hlavou, zda si něco představoval. Časté narušení klientů s PA, které z tohoto

popisu vyplyne, je projekce. Klienti popisují zabývání se představami o tom, jak jsou v dané situaci vnímání okolím. To je výrazný rys klientů se sociální fobií stejně jako agorafobií. Představy jsou často spojeny s katastrofickými scénáři, předjímáním trapasu či společenského znemožnění. Při propracovávání projekce se klient učí odlišovat projekci (vlastní představu) od reality. Například při uvědomění si toho, že právě projikuje, si v duchu poví: „Aha, toto jsou zase ty mé představy o tom, co by se mohlo stát“ a obvykle je schopen si i uvědomit současný dopad na prožívání, tedy skutečnost, že tvorbu představy doprovází výraznější úzkost. Následně se klient učí vracet svou pozornost k přítomnosti, ke svému prožívání v aktuální chvíli. Zakotvení ve vlastním těle spolu se zastavením projekce vede k lepší sebedopodpoře a zvládnutí situace. Stejně tak se terapeut může práce s projekcí dotknout během sezení, např. když klient hovoří o tom, co mu právě běží hlavou (klient pak například reflektuje: „Právě mě napadalo, co si asi o mně asi myslíte, když nic neříkáte... asi že jsem hrozná, že ?“).

V úvodních sezeních má své místo edukace klienta. Většinu klientů uklidní, když se jim srozumitelně vysvětlí, co je to panická ataka a jak k ní dochází, a dostane se jim ujištění, že to není nemoc, na kterou by se umíralo. Vhodné je vysvětlit jim, jakými mechanismy dochází ke spuštění stupňující se úzkostné reakce, jaké jsou normální doprovodné fyziologické projevy strachu. O významu edukace svědčí i výzkumně potvrzená účinnost KBT, která takovéto postupy užívá zcela rutinně (srovnej: Praško a kol., 2008). Osobně nevidím jádro léčby v edukaci a propracovávání katastrofických scénářů, ale považuji za užitečné se těchto míst v průběhu terapie také dotknout. Klienti s mírnějšími příznaky PA profitují z léčby i v případě, že samotné propracovávání atak není ze strany terapeuta fokusováno a těžiště terapeutické práce spočívá v obnovení základní seberegulační schopnosti. Další možností smysluplného využití edukace vidím

při práci s dechem. Součástí stupňující se panické reakce je obvykle i hyperventilace, ke které dochází, když má klient pocit, že se nemůže dodechnout, a řeší to zvýšením frekvence nádechů, přitom však dýchá mělce. Z tohoto důvodu je obvykle nezbytné naučit klienta zklidňujícímu hlubokému břišnému dýchání. Díky KBT se kontrolované dýchání, např. do papírového či igelitového sáčku, stalo již součástí obecného povědomí o krizové intervenci v případě PA. KBT terapeut učí pacienta, jak zastavit hyperventilaci, jakmile si uvědomí první symptomy paniky (Vymětal, 2007). V GT je naproti tomu práce s dechem součástí terapie většiny klientů, kteří trpí nadměrnou úzkostí. Vychází se přitom z pozorování, že prožitek úzkosti je téměř vždy spojen s omezením dýchání. Dle zakladatelů GT (Perls, Hefferline, Goodman, 2004) je omezení dýchání habituální reakce organismu na prožívané vzrušení, v situaci, kdy pro toto vzrušení (chápané v širším slova smyslu jako proces mobilizace energie) není dostatečná sebedopodpora. Původní prožitek je ochromen, zastaven, zablokovan a výsledkem je prožitek úzkosti. Experimenty s dýcháním v GT proto směřují primárně k zvýšení klientovy sebedopory pro aktuálně prožívanou emoci (např. klient zastavuje pláč zadržením dechu a terapeut ho instruuje: „Zkuste se nadechnout“).

Na následujícím kazuistickém zlomku chci ilustrovat kontinuitu terapeutické práce s narušeními v rámci dlouhodobější psychoterapie.

KAZUISTICKÝ ZLOMEK

Martin, 35letý muž, vyhledal terapii poté, co prožil záchvat silné migrény, při jehož ošetření mu v nemocnici lékařka sdělila, že má také možná nádor na mozku. Přítomnost žádného vážnějšího onemocnění se nepotvrdila. Martin ale následně začal trpět záchvaty masivní úzkosti pokaždé, když si všiml nějakých pro něj neobvyklých, ale v podstatě zcela normálních fyziologických projevů jako např. tlaku v hlavě, rozostření vidění

či napětí v oblasti krční páteře. Panické ataky se dostavovaly v různých situacích, při nákupu v hypermarketu, při jízdě hromadnou dopravou, stejně jako doma u televize. Velmi pozorně se sledoval a projevoval až hypochondrické obavy o své zdraví. Od první migrény se také vyhýbal všemu, u čeho předpokládal, že by mohlo migrénu znovu nastartovat – vyhýbal se místům, kde k tomu došlo, i sportovní aktivitě, která migréně předcházela. První migréna se totiž objevila po náročném sportovním výkonu spojeném s dehydratací. V průběhu terapie se ukázalo, že Martin se migrény obává také proto, že jeho matka zemřela velmi náhle na cévní mozkovou příhodu, jíž byl svědkem a které předcházela úporná bolest hlavy. V první fázi terapie se Martin učil rozlišovat běžné fyziologické pocity a uvědomovat si, jak s nimi zachází a jaký význam jim přikládá. Ověřil si také, že si úzkostný stav dokáže sám navodit. Postupně si začal všimnout, že má problém s popsáním a vyjádřením emocí, které jsou spojené se slabostí. Bez problémů se dokázal naštvat a rázně se prosadit, pokud šlo ale o smutek, zarytě se emocím bránil. Uvědomil si také, že od smrti matky se vyhýbal všem pocitům smutku, které se mu při vzpomínce na ni objevovaly a to přes to, že samotná ztráta matky pro něj byla obrovskou ránou. Po dohodě s Martinem jsme věnovali nějaký čas tématu nečekané smrti matky, během níž si plně prožil pocity smutku a ztráty. Poté si vědomě dovoloval prožívat tyto pocity vždy, když potřeboval a měl na to prostor. Schopnost prožívat i emoce, které považoval za projev slabosti, mu umožnila zabývat se citlivěji dopadem svého chování na nejbližší okolí (Martin byl často vnímán okolím jako arogantní). Poté co si Martin ověřil, že se cítí uvolněněji a panické ataky ani záchvaty migrény se nevrací, terapii zhruba po 11 měsících ukončil. Několik měsíců po ukončení terapie znovu vyhledal kvůli náročné životní situaci spojené s obavou z návratu symptomů.

SHRNUTÍ

Gestalt psychoterapie je založená na předpokladu, že člověk je schopen fungovat ve světě díky vnitřním seberegulačním mechanismům. Ty jsou z velké části vrozené a mohou být dále v procesu osvojování zkušeností rozvíjeny, nebo také více či méně narušovány. Kontakt s vlastním prožíváním je základním stavebním kamenem tohoto seberegulačního systému, neboť poskytuje vodítko při tvorbě rozhodnutí a zajišťuje propojení s procedurální pamětí (zkušeností). Když vím, jak se cítím, mám k dispozici informaci o tom, jak se k dané situaci vztahuji a co pro mě znamená. Současně si všímám, co je součástí situace (pole), a zvažuji, co je pro situaci přiměřené. Následně tak mohu zvolit akci, která odpovídá situaci, stejně jako potřebě organismu. Je-li kontakt s tímto vnitřním kompasem narušen, jsou rozhodnutí jedince často v menším souladu s tím, co skutečně potřebuje. Člověk pak dělá to, co si myslí, že by měl, místo toho, aby se spoléhal na vlastní úsudek. Klienti trpící panickými atakami obvykle nejsou v dobrém kontaktu sami se sebou. Bojí se spoléhat na vlastní úsudek a příliš se nezabývají tím, jak a co prožívají, dokud nenastane nějaký problém, který je již v životě omezuje. Terapie je pro tyto klienty příležitostí ke zkoumání způsobu svého fungování ve světě. Prostřednictvím dialogu s terapeutem se učí všimnout si, co a jak právě dělají. Zvědoměním těchto automatických způsobů získávají novou, svobodnější možnost zvolit si, zda v nich chtějí pokračovat či ne. Zlepšený kontakt s vlastním prožíváním a obnovení základních seberegulačních mechanismů vedou nejen k ústupu symptomů PA, ale také k plnějším a spokojenějším fungování. Z hlediska prognózy je přítom významná skutečnost, že si klient v terapii osvojil dovednost uvědomovat si sám sebe a touto cestou řešit své každodenní problémy, a ta mu zůstává k dispozici i po skončení vlastní psychoterapie.

V Brně dne 10. 8. 2010, 3. 11. 2010 (revidovaná verze)

SEZNAM LITERATURY

- Praško, J., Prašková, H., Adamcová, K., Vyskočilová, J. (2008). *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál.
- Hašto, J. (2005). *Vztáhová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- Perls, F., Hefferline, R. F., Goodman, P. (2004). *Gestaltterapie: vzrušení a růst lidské osobnosti*. Praha: Triton.
- Polster, E., Polster, M. (2000). *Integrovaná Gestalt terapie*. Vydavatelstvo: František Šalé - ALBERT, Sdružení Podané ruce.
- Shub, N. F. (2002). Revising the Treatment of Anxiety. *Gestalt Review*, 6 (2): 135-147, 2002.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Vymětal, J. a kol. (2007). *Speciální psychoterapie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada.
- Yontef, G. M. (2009). *Gestaltterapie — uvědomování, dialog a proces*. Praha: Triton.
- Zinker, J. (2004). *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*. Brno: Era.

O autorovi:

Mgr. Ondřej Novák, klinický psycholog (narozen 26. 10. 1977 v Brně)

Vzdělání: 1996–2001 FF MU jednooborová psychologie, 2001–2006 4,5letý výcvik v Gestalt psychoterapii v institutu Dialog (CZGPTI), 2006 atestace pro zdravotnictví v oboru klinická psychologie, 2007 funkční specializace v systematické psychoterapii.

V současné době provozují vlastní psychologickou a psychotherapeutickou praxi: **Mgr. Ondřej Novák, Ordinace klinického psychologa a psychoterapeuta, Masarykova 31, Brno 602 00, e-mail: onnovak@seznam.cz, tel: 777 810 790.**

Autor se věnuje individuální systematické psychoterapii především neurotických, afektivních, psychosomatických poruch a poruch osobnosti.

Členství v odborných společnostech: Člen Asociace klinických psychologů (AKP) a Odborné rady České společnosti pro Gestalt psychoterapii (CSGT).

Došlo do redakce: 10. 8. 2010. V revidované verzi: 9. 11. 2010. Přijato k publikaci: 10. 11. 2010.

JAK VZDĚLÁVAT INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPEUTY I: ZÁKLADNÍ OTÁZKY A PROBLÉMY

Tomáš Řiháček, Jana Kostínková, Jan Roubal

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu specifického výzkumu MUNI/A/1018/2009 Analýza východisek výcviku integrace v psychoterapii.

ABSTRAKT

Příspěvek nejprve shrnuje argumenty podporující užitečnost integrativní psychoterapeutické perspektivy. Poté se věnuje základním otázkám a dilematům spojeným se vzděláváním (výcvikem) integrativních terapeutů, mezi něž patří zejména volba konkrétního pojetí integrace, otázka načasování výuky integrace, otázka, pro koho je integrativní přístup vhodný, kdo je způsobilý integraci vyučovat a také zda by výcvik měl zahrnovat průpravu v metodologii výzkumu. V závěru se autoři zamýšlejí nad tím, v čem může integrativní perspektiva inspirovat tradiční unimodální výcviky.

Klíčová slova: psychoterapeutický výcvik, integrace.

ABSTRACT

How To Educate Integrative Psychotherapists I: Basic Questions and Problems

The authors summarize arguments supporting the usefulness of integrative psychotherapeutic perspective. Consequently, basic questions and dilemmas concerning education (training) of integrative therapists are discussed, including the choice of a particular approach to integration, the problem of timing of teaching integration, and the questions for whom is the integrative perspective suitable, who is competent to teach integration, and also whether an integrative training should include training in research methodology. Finally, the authors propose possible ways in which the integrative per-

spective may inspire traditional unimodal trainings.

Key words: psychotherapy training, integration.

ÚVOD

Integrace různých psychoterapeutických přístupů je v současnosti jedním z ústředních témat tohoto oboru. Literárních zdrojů zabývajících se tématem integrace v psychoterapii existuje ve světě již značné množství: mezi reprezentativními publikacemi můžeme jmenovat např. Norcross a Goldfried (2005) či Stricker a Gold (1993); integraci se zabývá časopis *Journal of Psychotherapy Integration* vydávaný *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)*¹. Také u nás je tomuto tématu věnován prostor v řadě knih (zejm. Knobloch a Knoblochová, 1999; Kratochvíl, 2002; Prochaska a Norcross, 1999; Vybíral, 2010; Vymětal, 2004) a časopiseckých publikací (např. Kratochvíl, 2003; Kuneš, 2007; Šípek, 1993; Zatloukal, 2007 a řada dalších, specifitěji zaměřených textů). Nedávno byl vydán český překlad knihy Culley a Bond (2008) a připravuje se překlad knihy Evanse a Gilbert (2005).

Zatímco dříve někteří terapeuti dospívali k integrativní perspektivě dlouhým profesním vývojem, dnes se lze setkat s terapeutickými výcviky, které vzdělávají budoucí terapeuty již od počátku v integrativním duchu. Výcvikové modely se teprve vyvíjejí a jsou ověřovány praxí – literatura v této oblasti je mnohem vzácnější. Cílem tohoto příspěvku je nabídnout přehled stěžejních témat a problémů spojených s integrativními výcviky tak, jak jsou v dostupné recentní literatuře popisovány.

¹ <http://sepiweb.org/>

PROČ SMĚŘOVAT K INTEGRATIVNÍ PERSPEKTIVĚ?

Integrativní perspektivou zde rozumíme obecně způsob, jakým psychoterapeut přemýšlí o psychoterapeutických teoriích a jak je využívá ve své praxi. Terapeut se neomezuje na jeden psychoterapeutický systém, ale zůstává otevřený inspiraci pramenící z různých terapeutických škol a průběžně tak buduje svůj vlastní terapeutický styl, který navíc pružně přizpůsobuje aktuálním potřebám konkrétního klienta.

Existuje řada důvodů, proč můžeme směřování k integrativní perspektivě vnímat jako užitečné a potřebné:

1. Je dnes všeobecně uznávaným faktem, že žádný z terapeutických přístupů není co do účinnosti nadřazen ostatním. Jednotlivé přístupy představují komplementární pohledy na osobnost, patologii a proces terapeutické změny. Mohou vykazovat vyšší účinnost ve srovnání s jinými přístupy u konkrétních potíží či diagnóz a mohou více vyhovovat klientům s určitými osobnostními charakteristikami. Každý z přístupů má své silné stránky a své limity. Lampropoulos a Dixon (2007) ve svém průzkumu mezi vedoucími výcvikových programů v USA zjistili, že 79–90 % z nich považuje dobrou znalost jednoho terapeutického modelu za nedostatečný předpoklad pro to, aby terapeut byl schopen řešit rozmanité problémy u různých populací. Romano et al. (2009) ukazují, že šíře teoretického záběru u začínajících terapeutů kladně koreluje s jejich pozitivní terapeutickou zkušeností – terapeuti se širším teoretickým záběrem častěji udávají vysokou angažovanost a potvrzující postoj ve vztahu ke klientům, dále zážitek plynutí během terapeutických sezení a schopnost být empatičtí, vyjadřovat zájem o klienta a konstruktivně řešit nastalé potíže.

2. Integrace je reálně probíhající každodenní praxí. Podle mezinárodní studie Orlinskeho et al. (1999) udává přes 40 % terapeutů jako svou hlavní orientaci dva a více terapeutických směrů a 66 % terapeutů uvádí, že jsou ve své práci dvěma nebo více směry pozitivně ovlivněni. Pokud se tato čísla

během poslední dekády změnila, pak pravděpodobně ještě vzrostla. Výzkumy navíc ukazují, že i terapie prováděná podle manuálu obsahuje prvky jiných přístupů, které navíc pozitivně korelují s terapeutickou změnou (např. Ablon, Levy a Katzenstein, 2006). Každá terapeutická škola kromě toho sama o sobě představuje systém integrující určitá teoretická a filozofická východiska, metody a techniky. A také na vývoj jednotlivých „čistých“ škol lze pohlížet jako na proces integrace. Rozlišování mezi terapií podle „čisté školy“ (*pure-form*) a integrativní terapií je tak spíše ideálem než realitou (Walder, 1993).

3. Výcvik by měl budoucího terapeuta připravit mimo jiné na to, aby dokázal komunikovat a spolupracovat i s terapeutu jiného zaměření. Je obvyklé, že se na psychoterapeutických pracovištích setkávají terapeuti různých orientací. Intervizní setkání, ať již formální či neformální, jsou prostředím, kde terapeuti potřebují komunikovat společným jazykem – buď rozvíjením transteoretického jazyka, nebo sdílením konceptů, které původně patřily jen jednomu z terapeutických přístupů (viz též Vybíral, 2010). Ponechme v tuto chvíli stranou debatu o tom, zda rozdíl v terminologii vyjadřují též podstatné věcné rozpory, či zda se jedná jen o jiné označení téhož jevu – společný jazyk je nutností.

4. S výše uvedeným souvisí také ocenění toho, co mají různé terapeutické přístupy společné. Zatímco tradiční výuka psychoterapie může vést k vytváření pocitu neslučitelnosti vlastní terapeutické orientace s jinými a také k přeceňování významu terapeutických technik², důraz na společné účinné faktory (*common factors*) naopak otevírá cestu ke sblížení jednotlivých směrů (Consoli a Jester, 2005a).

5. Zatímco „neformální“ integrace na praktické úrovni je každodenní realitou v mnoha terapeutických pracovnách, formální výcvik v integraci může navíc podpořit schop-

² Samotné techniky se na terapeutické změně podílejí pouze okrajovým způsobem; kvalifikované odhady různých autorů se pohybují mezi 15 % a 1 % (Cooper, 2008).

nost terapeutů prozkoumávat kompatibilitu různých přístupů a technik na teoretické úrovni a asimilovat či kombinovat dílčí postupy do koherentního rámce. Přestože se různí autoři liší v tom, do jaké míry má být výsledná terapie teoreticky konzistentní³, požadavek určité koherence celého terapeutického procesu je na místě.

6. Integrativní hnutí je v psychoterapii neoddělitelně spojeno s výzkumem procesu a efektu psychoterapie. Integrativní přístupy a modely vznikají primárně z toho důvodu, aby minimalizovaly nedostatky jednotlivých směrů a nabídlly flexibilní a účinnou terapii různých potíží klientům s různými potřebami (viz např. Glass, Arnkoff a Rodriguez, 1998). Integrativní perspektiva je tedy zároveň výzvou k otevřenosti vůči aktuálním empirickým poznatkům a k neustávajícímu rozvíjení terapeutických kompetencí.

7. Stěžejním aspektem integrace je postoj otevřenosti, respektu a pokory, který je v protikladu k separatismu terapeutických škol (Halgin, 1985). Jak uvádějí Glass, Arnkoff a Rodriguez (1998), integraci musí nejprve předcházet desegregace, která umožní vzájemně obohacující dialog. Blott (2008) ve svém příspěvku zdůrazňuje, že setkávání se s odlišností představuje jedinečný prostředek kultivace citlivosti a vzájemného růstu. Podobný dialog je potřebný také mezi výzkumníky, teoretiky psychoterapie a praktikujícími terapeuty (Glass, Arnkoff a Rodriguez, 1998). Na integraci lze v tomto smyslu nahlížet z pohledu sociálních procesů, zejména z hlediska vymezování identity (terapeutických škol, institutů i samotných terapeutů). Integrativní perspektiva vybízí k tomu stavět terapeutickou identitu na ji-

ném základě než na příslušnosti k určité škole a na technickém purismu. Jedná se spíše o identifikaci s postojem otevřenosti vůči různým perspektivám a s neustávajícím procesem učení.

Stejně tak lze samozřejmě formulovat i důvody proti integraci. Lecomte et al. (1993) shrnují následující: základní terapeutické přístupy jsou natolik odlišné, že je někteří autoři vnímají jako neslučitelné. Výsledkem multiteoretického výcviku pak může být spíše zmatení frekventantů. Integrovaní terapeutických přístupů na určité úrovni vyžaduje tak vysoké kognitivní předpoklady, že většina studentů tento cíl nebude schopna naplnit. V případě integrativní supervize (jakožto nedílné součásti výcviku) také vzrůstá riziko nesouladu mezi teoretickými východisky a osobními postoji supervizora a supervidovaného, což může proces supervize narušovat. K tomu můžeme dodat námitku, že upřednostňovat integrativní výcvik před výcvikem v některém z tradičních směrů můžeme až ve chvíli, kdy integrativní výcvik prokáže minimálně stejnou (lépe však vyšší) efektivitu. Výzkum v oblasti integrativní psychoterapie je zatím velmi omezený a flexibilita těchto terapeutických přístupů vytváří specifické metodologické problémy, které jsou obtížně řešitelné pomocí tradičně uznávaných znáhodňovaných klinických zkoušek (Glass, Arnkoff a Rodriguez, 1998).

V posledních letech vznikají ve světě i u nás terapeutické výcviky s explicitně integrativním zaměřením. Toto zaměření s sebou ve srovnání s tradičními unimodálními výcviky přináší specifické otázky a témata, která se v následujícím textu pokusíme shrnout. Zaměříme se přitom na obecná témata související s rozvíjením integrativní terapeutické perspektivy. Konkrétní výcvikové modely pak představíme v navazujícím článku.

JAKÉ POJETÍ INTEGRACE PRO VÝCVIK ZVOLIT?

Jednou ze základních otázek, kterou musí výcvikový institut při koncipování výcviko-

³ Zastánci teoretické integrace usilují o vytvoření ucelené, sjednocující a vnitřně konzistentní teorie, která spojuje dva či více „čistých“ přístupů nebo dokonce aspiruje na obecnou teorii psychoterapie. Zastánci eklektického přístupu naproti tomu zdůrazňují pragmatický cíl integrace: vytvořit účinný, klientovi „na míru ušitý“ postup, v němž požadavek teoretické konzistence nehraje významnou roli (podrobněji viz např. Vybíral, 2010).

vého programu vyřešit, je výchozí pojetí, na němž bude celý program spočívat. Jinak bude vypadat výcvik založený na již „hotovém“, uceleném integrativním přístupu (např. na Greenbergově na emoce zaměřené terapii či na Ryleho kognitivně analytické terapii) a jinak bude vypadat výcvik, který nepředkládá jeden ústřední model, ale učí frekventanty pracovat s modely a technikami základních psychoterapeutických přístupů a vede je k utváření jejich vlastního terapeutického stylu. V prvním případě jsou cíle výcviku podobné tradičním výcvikům v tom smyslu, že frekventantovým úkolem je osvojit si již existující, propracovaný model. Ve druhém případě je pak cílem především osvojení si určitého způsobu myšlení (či určitého postoje) a integrace je chápána jako neustávající *proces integrování*.

Budeme-li o těchto variantách uvažovat dichotomicky, můžeme rozlišit výcvik „založený na integrativním modelu“ (tedy výcvik v *integrativní psychoterapii*) a výcvik „zaměřený na proces integrace“ (tedy *integrativní výcvik v psychoterapii*). Jejich základní rozdíl by pak spočíval v tom, zda integrativně přistupují pouze k obsahu („co učít“), nebo také k formě („jak učít“). Ve skutečnosti se nejedná o dichotomii, ale o kontinuum. Jakmile pevně ustanovená struktura modelu převáží nad procesem integrování, hrozí, že jednotlivé integrativní modely začnou soupeřit mezi sebou (Lecomte et al., 1993), podobně jako dříve tradiční směry, a ztratí tak svou původní otevřenost. Na druhé straně i přístupy, které integraci chápou především jako způsob myšlení, uznávají při výuce potřebu určitého konceptuálního rámce (viz např. Consoli a Jester, 2005a).

Podle Lampropoulosova a Dixonova (2007) průzkumu preferuje většina vedoucích výcvikových programů, aby si jejich frekventanti vytvářeli svůj osobní integrativní model, spíše než aby si osvojovali některý z jimi vytvořených. V souladu s tím Allen et al. (2000) kladou důraz na to, aby integrace byla více „osobní a skutečná“, spíše než aby

byla pouhým „intelektuálním cvičením“. Podobně Halgin (1985) nebo Consoli a Jester (2005a) vyjadřují názor, že integrativní výcvik nemá pouze předkládat různé teorie, ale má přímo učit jak tyto zdroje integrovat.

Gold (2005) v tomto smyslu mluví na jedné straně o výcvicích, které vedou frekventanty k dogmatické oddanosti svému směru a k absolutistickému, uzavřenému myšlení, a na druhé straně o výcvicích, které zdůrazňují relativistickou a inkluzivní perspektivu. Castonguay (2005) ovšem upozorňuje, že rozhodně nemůžeme ztotožňovat unimodální výcviky s první variantou a integrativní výcviky s druhou. I v rámci integrativního výcviku je možné předkládat určitý integrativní model jako jediný platný a unimodální výcvik může být naopak veden v duchu integrativní otevřenosti.

Konkrétní výcvikové modely pak vycházejí z jednotlivých přístupů k integraci, tedy z teoretické integrace, eklekticismu, společných účinných faktorů či asimilativního přístupu k integraci (základní charakteristika těchto přístupů – viz např. Castonguay et al., 2003; McLeod, 2009; v češtině např. Vybíral, 2010).

KOLIK JE MOŽNO NECHAT NA SAMOTNÝCH FREKVENTANTECH?

S výše uvedenou otázkou souvisí také následující: Do jaké míry má výcvik nabízet volnost výběru a do jaké míry má naopak předkládat jednoznačnou mapu terapeutického působení? Přestože mnoho autorů zdůrazňuje, že integrativní výcvik má frekventantům umožnit formování individuálního terapeutického přístupu a stylu (např. Norcross a Halgin, 2005), je zřejmé, že zároveň musí obsahovat i zřetelný formativní vliv. Můžeme předpokládat, že budoucí terapeuti si hledají takový výcvik (resp. směr), který odpovídá jejich intuitivnímu porozumění lidské psychice (Blott, 2008). Ponecháme-li terapeuta pouze v tom, aby si vybíral, co mu „sedí“ a k čemu „táhne“, vzrůstá riziko, že nebude reflektovat svá

osobní témata a „slepé skvrny“, které jej motivují k tomu některým oblastem se vyhýbat. Podle Lampropoulou a Dixon (2007) také vzrůstá pravděpodobnost toho, že si takový terapeut bude vybírat především na základě „osobní kompatibility“ s přístupy a technikami a bude přítom přehlížet empiricky podložená doporučení. Boswell, Castonguay a Pincus (2009) jako příklad uvádějí začínajícího terapeuta, který je méně otevřen vnímání vlastních pocitů a v důsledku toho si jako svou orientaci vybere takovou, která se na emoce zaměřuje méně, navzdory narůstajícím poznatkům o důležitosti terapeutické práce s emocemi. Ke kvalitě jeho terapeutické práce by přispělo, kdyby naopak této oblasti věnoval náležitou pozornost prostřednictvím sebezkušenostních aktivit nebo supervize.⁴

KDY ZAČÍT S VÝUKOU INTEGRACE?

Klíčovou a často diskutovanou otázkou v oblasti integrativního hnutí je to, kdy je terapeut „připraven“ na integraci (Consoli a Jester, 2005b). Jeden názorový proud se kloní k tomu, že samotné integraci by mělo přecházet dostatečné zvládnutí jednoho psychoterapeutického přístupu (Castonguay, 2005; Gold, 2005; Wolfe, 2000). Jiná skupina autorů naopak zastává názor, že integrativní postoj lze rozvíjet od samotného počátku terapeutova vzdělávání (Allen et al., 2000; Consoli a Jester, 2005; Halgin, 1985).

Autoři argumentující pro první přístup vycházejí z motta, že integrovat můžeme pouze to, co dobře známe (Beutler, cit. podle Lecomte et al., 1993). Utváření integrativní perspektivy vnímají jako dlouhodobý proces spojený s profesním vývojem terapeuta. Během něj terapeut, který se zpočátku identifikuje s určitým směrem, postupně začne rozeznávat výhody a omezení tohoto přístupu a ve snaze zvýšit efektivitu své práce

hledá techniky či inspiraci i v jiných terapeutických systémech.

Často uváděným argumentem je, že frekventanti výcviku mohou plně ocenit problémy a výzvy spojené s integrací až tehdy, jestliže sami dosáhli příslušné pokročilosti v teorii i klinické praxi (Castonguay, 2005; Greben, 2004; Walder, 1993). Na počátku svého studia nemohou z integrativního kurzu získat optimální užitek, protože postrádají základní teoretické znalosti ze specifických přístupů.

Podle Golda (2005) stojí u začínajících terapeutů (ovšem nejen u nich) v popředí potřeba identifikace s nějakým terapeutickým směrem, skupinou či významnou autoritou, které se tím, že nabízejí jednoznačné pokyny a normy, stávají zdrojem jistoty a obrany před úzkostí. Tento proces pak vede k vymezování oproti „těm druhým“ a k jejich „demonizaci“. Integrativní výcvik nabízí v tomto směru méně pevných hranic a má tedy větší potenciál indukovat nejistotu a úzkost. Podle tohoto autora je terapeutická integrace „synonymem psychoterapeutické kreativity: svobody a schopnosti reagovat na požadavky klinické situace originálními, flexibilními intervencemi“ (Gold, 2005, s. 381). To podle něj vyžaduje předchozí dostatečné zvládnutí jednoho či dvou terapeutických přístupů. Zároveň zdůrazňuje potřebu oslovit v integrativním výcviku také emoční potřeby frekventantů: reflektovat jejich úzkost, odpovídající vývojovému procesu, a poskytovat potřebnou podporu.

Goldovu názoru, že začínající terapeuti nejsou ještě připraveni na míru svobody nabízenou integrativními přístupy, oponuje Castonguay (2005). Podle něj se frekventanti nebojí svobody, ale nedostatku struktury, koheze a vlastní terapeutické zběhlosti. Zdůrazňuje také, že potřeba identifikace s nějakou autoritou je v určité fázi zcela přirozená, a neznamená to, že se jedná o neměnný celoživotní postoj.

Takto pojmávaný proces vývoje k integraci odpovídá ponejvíce asimilativnímu modelu (který přímo předpokládá získání jedné zá-

⁴ K tomu je ovšem nutno dodat, že stejně tak se lze v praxi setkat s terapeuti, kteří si volí výcvik právě podle toho, kde cítí své slabiny. Výše uvedené tedy nelze chápat jako pravidlo, pouze jako určité riziko.

kladní orientace a následné asimilování konceptů či technik z jiných směrů) a částečně také teoretické integraci (v tom smyslu, že vzájemnou kompatibilitu konceptů a modelů může terapeut posoudit až ve chvíli, kdy je s nimi dobře seznámen).

Zastánci názoru, že integraci je nejlépe vyučovat od samého začátku vzdělávání terapeutů, naopak soudí, že výcvik terapeutů v jednom přístupu upevňuje terapeutovo přilnutí k tomuto směru a podporuje tak terapeutický separatismus (Halgin, 1985). Vyučování různých modelů a metod naproti tomu podporuje postoj otevřenosti a povzbuzuje frekventanty k tomu, aby se nechali vést potřebami svých klientů spíše než svou vlastní teoretickou předpojatostí (Halgin, cit. podle Lecomte et al., 1993). Začátek terapeutického vzdělávání tak může být určitým kritickým obdobím, během něž se formuje základní přístup budoucího terapeuta k terapeutickým směrům a zacházení s nimi (Fraenkel a Pinsof (2001) mluví v této souvislosti o teoretickém imprintingu). Výcvik tak může předznamenat teoretickou orientaci terapeuta i na celou dobu jeho kariéry. Halgin (1985) navíc upozorňuje na fakt, že na budoucí terapeuty je někdy vlastně již před vstupem do výcviku vyvíjen tlak na to, aby se identifikovali s určitým přístupem, dokázali zdůvodnit svou volbu a prokázali znalost literatury z této oblasti. Již to samo o sobě podle tohoto autora formuje jejich způsob myšlení.

Začít výcvik integrativně také znamená prezentovat od samého začátku nějaký jednotný rámec, ať již v podobě propracovaného teoretického modelu, nebo v podobě volného pracovního rámce. Walder (1993) uvádí svou zkušenost s tříletým programem, který nejprve postupně prezentoval dva tradiční směry (psychodynamický a behaviorální), a teprve poté se zaměřoval na samotnou integraci. Walder posléze tento model opustil jako nevyhovující a konstatuje, že integrativní aspekt musí být přítomen již od počátku, jinak studentům chybí pocit identity a loajality vůči výcviku a v rámci

lektorského týmu se vytvářejí oddělené, navzájem konfliktní frakce. Oddalování samotné integrace může také vést k nespokojenosti frekventantů, kteří dlouho nedostávajíji to, co přišli studovat – tedy integraci.

Tento přístup k výcviku odpovídá eklektickému pojetí integrace (které předpokládá volbu terapeutických postupů založenou na empirických důkazech jejich účinnosti, nikoli na osobních preferencích a adherenci) nebo pojetí založenému na společných účinných faktorech (které nefavorizuje žádný směr, ale zdůrazňuje to, co mají různé směry společné), a také teoretické integraci (v případě, že si frekventant od počátku osvojuje již existující integrativní model).

Zdá se tedy, že vedle sebe stojí dvě možné cesty k integrativní terapeutické identitě: od identifikace s konkrétním směrem k otevřenější integrativní perspektivě, nebo od integrativního základu směrem k osobnímu stylu, který může (ale také nemusí) posléze konvergovat k některému z tradičních směrů. Otázka, jak probíhá formování profesní identity ve druhém případě a zda je tato cesta nutně spojena s větší mírou nejistoty, není prozatím empiricky zodpovězena.

Romano et al. (2009) citují Orlinskeho dvojí pojetí teoretické integrace: *horizontální model*, v němž se selektivně kombinují prvky různých teoretických rámců, a *vertikální model*, který usiluje o vytvoření zastřešujícího panteoretického rámce (příkladem je přístup K. Graweho). Autoři se domnívají, že pro výcviky vycházející z horizontálního modelu je nejlépe začít výukou jednoho unimodálního směru, zatímco pro výcviky postavené na vertikálním modelu integrace bude výhodné vyučovat integrativní přístup již od počátku.

JE INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP PRO VŠECHNY?

Někteří autoři zdůrazňují, že integrativní výcvik klade na své frekventanty zvláštní požadavky. Podle Grebena (2004) je zapotřebí, aby frekventant vykazoval určité osobní nastavení, které charakterizuje po-

mocí flexibility, otevřenosti, empirického založení a také schopnosti tolerovat nejistotu a nejednoznačnost. Tyto vlastnosti mu umožní zaujímat různé perspektivy a neuzavírat se pouze do jedné z nich, porovnávat teorie navzájem a být otevřený k přicházejícím empirickým poznatkům. Integrativní přístup dále vyžaduje širokou vědomostní základnu: jeho předpokladem je zvládnutí mnoha psychoterapeutických teorií spojených s různými směry a navíc zvládnutí teorie spojené s integrací jako takovou. Na praktické úrovni předpokládá integrativní přístup zvládnutí široké škály technik a dovedností.

Otázkou pak je, zda se má integrativní postoj stát ideálem, nebo rovnocennou alternativou k unimodálnímu zaměření. Podle Norcross a Halgina (2005) může terapeut velmi dobře fungovat v rámci jedné modalitě pod podmínkou, že si je vědom omezení a kontraindikací svého přístupu a dokáže v případě potřeby nabídnout kontakt na jiného odborníka. Autoři přitom zdůrazňují, že potíže rozpoznat limity svého přístupu jsou dnes spíše emoční než intelektuální záležitosti (viz též Fraenkel a Pinsof, 2001), a frekventanti by i v rámci unimodálních výcviků měli získat dovednost v odkazování a v mapování sítě terapeutických služeb.

KDO MÁ INTEGRACI UČIT?

Podobně jako je v psychoterapii důležitá osobnost psychoterapeuta, také při vzdělávání psychoterapeutů jsou pro svůj formativní a normativní vliv zásadním způsobem podstatní lektoři a učitelé. Ve vzdělávání integrativních psychoterapeutů navíc jejich vlastní pojetí integrace v psychoterapii dodává studentům pevný rámec, který jinak mohou postrádat díky absenci jednoho uceleného teoretického systému. Otázkou „kdo má učit integraci v psychoterapii“ se však literatura prozatím zabývá jen okrajově (např. Lecomte et al., 1993; Norcross a Halgin, 2005).

Výcviky v integrativním přístupu se v mezinárodním kontextu začínají objevovat v 80. a 90. letech 20. století. Jejich

lektoři sami prošli výcvikem v tradičních psychoterapeutických směrech a k integraci dospěli každý svou cestou bez formálního integrativního vzdělání. Tato situace se nyní na mezinárodní scéně pomalu mění, avšak stále platí, že většina těch, kdo učí a supervidují integrativní psychoterapii, sami takovou zkušenost nemají (Norcross a Halgin, 2005).

Jak uvádí Lecomte et al. (1993), lektoři integrativní psychoterapie by měli být dostatečně flexibilní ve svém přístupu k psychoterapii a zároveň mít schopnost jasně a strukturovaně učit. Navíc jsou neustále vystaveni pokušení prezentovat svůj přístup k integraci jako „ten správný“ model integrace, čímž by ovšem popřeli hlavní přínos integrativního hnutí, které usiluje o překlenutí soupeření mezi psychoterapeutickými školami. Způsob, jakým lektoři učí, slouží frekventantům jako model. Je potřeba, aby obsah výcviku (zásady otevřenosti a kritického zkoumání), který předávají budoucím terapeutům, byl jasně zřetelný ve způsobu, jakým lektoři vyučují (Lecomte et al., 1993).

Zásadní dovedností lektora integrace v psychoterapii by měla být schopnost podpořit budoucí terapeuty ve vytváření vlastního terapeutického stylu. Ten bude tvořen vnitřně soudržným filozofickým pozadím, teorií psychoterapie a terapeutickými dovednostmi. Lektoři tedy nejen předávají znalosti a dovednosti, ale také pomáhají studentům zvědomovat filosofické a etické předpoklady, které leží v pozadí jejich klinické práce s klienty (Evans a Gilbert, 2005).

Z dosavadních zkušeností při vytváření českého Výcviku integrace v psychoterapii⁵ při Fakultě sociálních studií MU v Brně se ukazuje jako klíčové složení lektorského týmu. Lektoři musejí sdílet základní nastavení tolerance, otevřenosti a odvahy k experimentování. Zároveň se ukazuje jako výhodné, mají-li rozdílné teoretické zázemí, profesní zkušenost i osobní cestu k integraci. Prostředí vzájemného dialogu pak pomáhá

⁵ Webová prezentace výcviku viz <http://psych.fss.muni.cz/integrace/>.

odolávat pokušení petrifikovat integrativní perspektivu do dalšího terapeutického systému. Zároveň díky vzájemné podpoře umožňuje zvládat značnou míru nejistoty a úzkosti nezbytně spojenou s rolí lektora integrativního výcviku.

MĚL BY VÝCVIK ZAHRNOVAT I PRŮPRAVU V METODOLOGII VÝZKUMU?

Posledním z témat, která v tomto textu stručně zmíníme, je otázka, zda terapeut, který pracuje integrativně, potřebuje také vzdělání v oblasti výzkumu. Jak uvádí např. Piper (2004), který ve svém článku shrnuje implikace výzkumu psychoterapie pro výcvik, měli by frekventanti být obeznámeni s výsledky soudobého výzkumu tak, aby je byli schopni aplikovat ve své praxi (mezi jiným jmenuje znalost společných účinných faktorů, obeznamenost s konceptem empiricky podložené terapie nebo s výzkumem vhodnosti konkrétních terapeutických postupů pro různé klienty). Norcross a Halgin (2005) i Lecomte et al. (1993) ve svých přehledech shodně uvádějí, že formální průprava ve výzkumu je sice žádoucí, ale nikoli nezbytnou součástí vzdělání integrativních psychoterapeutů. Norcross a Halgin (2005) přitom zdůrazňují, že vědeckou orientaci (*scientific orientation*) nelze ztotožňovat s laboratorním výzkumem. Je potřeba ji chápat spíše jako způsob myšlení, spočívající ve zkoumavém a pochybujícím postoji, spoléhajícím více na poznatky než na domněnky. Podle těchto autorů je důležité, aby si terapeuti byli vědomi způsobu vytváření vědeckých poznatků a stali se tak kritickými uživateli odborné literatury. V tomto směru můžeme české čtenáře odkázat na texty Timuľáka (2005) nebo Vybírala a Timuľáka (2010), z anglických zdrojů zejména na Cooperovu (2008) shrnující a velmi přístupně psanou publikaci.

ZÁVĚR

Tento článek v obecné rovině předkládá některé z otázek, s nimiž se potýká vzdělá-

vání integrativních terapeutů. Ačkoli mohou úvodní pasáže vyvolávat dojem, že autoři tohoto textu jsou jednoznačnými zastánci integrace v psychoterapii, chceme na tomto místě zdůraznit, že výcviky v „čistých“ směrech považujeme za stejně hodnotné a jsme si spolu s Walderem vědomi, že „získat výcvik ve více než jednom přístupu stejné množství problémů přináší, jako řeší“ (1993, s. 510). Co považujeme za inspiraci pro všechny typy výcviků, je výzva k otevřenosti, k ocenění podobností a rozdílů mezi vlastním směrem a jinými přístupy a k reflexi předností a omezení, která jejich vlastní přístup má. Jak uvádí Castonguay (2000), poznatky o diferencovaném účinku různých postupů u různých klientů by dnes již měly být nezbytným doplňkem výcviků. S tím souvisí také kultivace respektu k výzkumným zjištěním a schopnosti kritické práce s nimi (Piper, 2004).

Ztotožňujeme se s názorem, že ačkoli je možné terapeuty již od počátku vzdělávat integrativně, je takový výcvik pouze začátkem dlouhé cesty profesní i osobní integrace. Pohlížíme na utváření integrativní perspektivy jako na celoživotní proces.

Velkou mezerou je zatím výzkum samotných výcviků v integraci – jejich výsledného efektu i celého procesu utváření integrativní perspektivy. K zodpovězení této otázky by měl přispět rozvíjející se výzkumný projekt realizovaný na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU Brno (Řiháček, Hytych a Roubal, 2010).

LITERATURA

- Ablon, J. S., Levy, R. A., Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (2), s. 216–231.
- Allen, D. M., Kennedy, C. L., Veesser, W. R., Grosso, T. (2000). Teaching the integration of psychotherapy paradigms in a psychiatric residency seminar. *Academic Psychiatry* 24 (1), s. 6–13.
- Blott, M. R. (2008). Encountering difference in graduate training: potential for practicum ex-

- perience. *Journal of Psychotherapy Integration* 18 (4), s. 437–452.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., Pincus, A. L. (2009). Trainee theoretical orientation: profiles and potential predictors. *Journal of Psychotherapy Integration* 19 (3), s. 291–312.
- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (3), s. 263–282.
- Castonguay, L. G. (2005). Training issues in psychotherapy integration: a commentary. *Journal of Psychotherapy Integration* 15 (4), s. 384–391.
- Castonguay, L. G., Reid, J. J., Halperin, G. S., Goldfried, M. R. (2003). Psychotherapy integration. In Stricker, G., Widiger, T. A., Weiner, I. B. (Eds.). *Handbook of Psychology: Clinical Psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons, 327–346.
- Consoli, A. J., Jester, C. M. (2005a). A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. *Journal of Psychotherapy Integration* 15 (4), s. 358–373.
- Consoli, A. J., Jester, C. M. (2005b). Training in psychotherapy integration II: further efforts. *Journal of Psychotherapy Integration* 15 (4), s. 355–357.
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- Culley, S., Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál.
- Evans, K., Gilbert, M. (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Fraenkel, P., Pinsof, W. M. (2001). Teaching family therapy-centered integration: assimilation and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration* 11 (1), s. 59–85.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Rodriguez, B. F. (1998). An overview of directions in psychotherapy integration research. *Journal of Psychotherapy Integration* 8 (4), s. 187–209.
- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict, and resistance in learning an integrative perspective on psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 15 (4), s. 374–383.
- Greben, D. H. (2004). Integrative dimensions of psychotherapy training. *Canadian Journal of Psychiatry* 49 (4), s. 238–248.
- Halgin, R. P. (1985). Teaching integration of psychotherapy models to beginning therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 22 (3), s. 555–563.
- Knobloch, F., Knoblochová, J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie: směry, metody, výzkum* (5. vyd.). Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2003). Směřování k integraci. *Čes. a slov. Psychiat.* 99, Suppl. 2, s. 91–95.
- Kuneš, D. (2007). Integrace v psychoterapii. *Psychoterapie* 1 (1), s. 27–33.
- Lampropoulos, G. K., Dixon, D. N. (2007). Psychotherapy integration in internships and counseling psychology doctoral programs. *Journal of Psychotherapy Integration* 17 (2), s. 185–208.
- Lecomte, C., Castonguay, L. G., Cyr, M., Saborin, S. (1993). Supervision and instruction in doctoral psychotherapy integration. In Stricker, G., Gold, R. (Eds.). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press, s. 483–498.
- McLeod, J. (2009). *Introduction to Counselling* (4. vyd.). New York: Open University Press.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. vyd.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Halgin, R. P. (2005). Training in psychotherapy integration. In Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2. vyd.). New York: Oxford University Press, s. 439–458.
- Orlinsky, D. et al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research* 9 (2), s. 127–153.
- Piper, W. E. (2004). Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 49 (4), s. 221–229.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychotherapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Romano, V., Orlinsky, D. E., Wiseman, H., Rønnestad, H. (2009). *Theoretical breadth early in the psychotherapist's career: help or hindrance?* Paper presented at Canadian conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Montreal, Canada, October 24, 2009.
- Řiháček, T., Hytych, R., Roubal, J. (2010). Jedinečnost v psychoterapii: připravovaný výzkum Výcviku integrace v psychoterapii. In Zábrodská, K., Čermák, I. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IX. Individualita a jedinečnost v kvalitativním výzkumu*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, s. 355–362.

- Stricker, G., Gold, J. R. (Eds.). (1993). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- Šípek, J. (1993). Integrace v psychoterapii. *Československá psychologie* 37, s. 139–145.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Vybíral, Z. (2010). Integrace v psychoterapii. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 278–300.
- Vybíral, Z., Timulák, L. (2010). Je psychoterapie účinná? In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 45–55.
- Vymětal, J. (2004). Obecný model psychoterapie. In Vymětal, J. et al. *Obecná psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Grada, s. 153–170.
- Walder, E. H. (1993). Supervision and instruction in postgraduate psychotherapy integration. In Stricker, G., Gold, R. (Eds.). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press, s. 499–512.
- Wolfe, B. E. (2000). Toward an integrative theoretical basis for training psychotherapists. *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (3), s. 233–246.
- Zatloukal, L. (2007). Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů. *Psychoterapie* 1 (3–4), s. 183–203.

SUPERVIZE JAKO PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍKŮ

Šárka Dynáková, Jan Kožnar, Marie Hermanová

ABSTRAKT

V příspěvku je prezentována koncepce burn-out syndromu a supervize jako jednoho z prostředků, jenž může tíži tohoto syndromu zmírnit, a tím zkvalitnit práci zdravotníka či jiného profesionála v pomáhajících profesích.

Klíčová slova: burn-out syndrom (syndrom vyhoření), supervize, pomáhající profese.

ABSTRACT

Supervision as method of burn-out syndrome prevention in health care professionals

A conception of burn-out syndrome and supervision has been introduced. The supervision is announced as a means that can reduce the seriousness of the syndrome and make a job of a health care or another helping professional more efficient.

Key words: burn-out syndrome, supervision, helping profession.

SYNDROM VYHOŘENÍ

„Burn out syndrom“ je znám již více než čtvrt století a stejně dlouhou dobu jsou

rozpracovávány koncepce zmenšující jeho negativní dopad. Nicméně stále můžeme ve zdravotnických zařízeních potkávat lékaře a sestry zasažené syndromem vyhoření v celé jeho pestrosti projevů. Z velmi zkušených, citlivých a tolerantních profesionálů se stávají „roboti“, kteří chtějí mít práci rychle hotovou, jsou unavení, odměření, chladní a bezcitní. V mezinárodní klasifikaci nemocí v 10. revizi je tento syndrom uváděn jako syndrom „vypálení“ či vyprahnutí pod označením Z 73.0 (Duševní poruchy a poruchy chování, 1992). Jedná se o závažný zdravotní problém s možností suicidálního jednání, u kterého se rozlišují dva nejčastější klinické obrazy a průběhy: typ depresivní a typ depersonalizační (cynismus, silný sociální odstup, apod.). Syndrom vyhoření není pouhým následkem dlouhodobého přepracování se. K jeho vzniku přispívá zejména déletrvajících diskrepance mezi pozitivními emočními výdaji a pozitivními emočními příjmy, což se zvýšeně vyskytuje právě v pomáhajících profesích, mezi něž kromě zdravotníků patří i sociální pracovníci, psychologové, učitelé, vychovatelé a další.

Nejvhodnějšími kandidáty pro syndrom vyhoření v pomáhajících profesích bývají **nadšení idealisté**, kteří chtějí v rámci své kariéry ve svém okolí něco výrazně změnit. Věnují většinu svých sil realizaci svých představ a dostávají se do chronického stresu. Další ohroženou skupinou jsou vysoce **odpovědní lidé a perfekcionisté**.

Za hlavní ukazatele syndromu vyhoření se považuje tělesné a emoční vyčerpání, postihující i kognitivní funkce, takže lze hovořit o celkovém vyčerpání duševním. Kopřiva (1997) píše, že k syndromu vyhoření vede dlouhodobě záporná energetická bilance člověka. Pravý syndrom vyhoření není podle něho pouhou chronickou únavou, ale součástí je také otázka hodnoty a smyslu vlastní práce. K hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktů, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže (Kopřiva, 1997).

Syndrom vyhoření nastupuje u člověka postupně, více či méně dlouhodobě a projevuje se zhoršující se náladou a sníženou výkonností. Osoba jím postižená nemusí jinak vykazovat výraznou psychopatologii, trpí však tím, že již není schopna normálního, přiměřeného výkonu, kterého dříve v běžném duševním rozpoložení v obdobných pracovních situacích dosahovala. Nyní již není schopna se bez cizí pomoci anebo bez změny prostředí dostat zpět na původní úroveň své výkonnosti a nedosahuje pocitu uspokojení z práce, jež pro ni dříve uspokojivá byla. Člověk v tomto stavu přestává mít svou práci rád, ztrácí pocit jejího smyslu, a protože pracuje s lidmi, přestává mít pozitivní vztah k nim jako k předmětu své činnosti.

„Burn out je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“ (Pines et al., 1988; In: Křivohlavý, 1998, s. 10)

„Burn out“ je doprovázen celým souborem

příznaků. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráta iluzí, negativní postoje v práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku. Ve své extrémní podobě burn-out představuje hraniční bod. Dostane-li se člověk za něj, jeho schopnost zvládnout požadavky, které na něj klade prostředí (tedy jeho adaptabilita), je podstatně snížena. „Burn-out“ je odpovědí organismu na situace, které člověka dlouhodobě uvádějí do stresového stavu.

Christina Maslach vymezila jednotlivé fáze syndromu vyhoření následovně:

1. Idealistické nadšení;
2. Emocionální a fyzické vyčerpání;
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením;
4. Terminální stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burn-out v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie) (In: Křivohlavý, 1998 s. 61).

SUPERVIZE JAKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

V souvislosti se zdravotní péčí, psychoterapií, psychologickým poradenstvím, sociální prací a obecně s pomáhajícími profesemi je v posledních letech stále častěji užíván termín supervize. Co vlastně supervize znamená a jaký má toto slovo obsah? V evropských zemích je tento termín v současné době užíván v různorodých významech (Schriegl, 2006; Carroll, 2003). Někde se s ním setkáváme v dosti úzkém smyslu jako s podporou terapeutického snažení a terapeutických týmů v klinické oblasti a v klinickém zaměření (Schriegl, 2006), jinde je užíván daleko širěji v oblastech takřka jakékoli práce s lidmi (Carroll, 2003). Můžeme pak slyšet o supervizi zdravotnické, psychoterapeutické, sociální, pedagogické, ale také týmové a manažerské.

Supervizi lze považovat za formu podpory a poradenství pro lidi pracující s jinými lidmi, zejména v pomáhajících profesích, a tato podpora je obvykle poskytována

profesionálním konzultantem, jenž je v této oblasti vzdělán a měl by v ní být tudíž kompetentní. Při supervizi jde primárně o zaměření se na *proces* poskytované služby lidem se snahou tuto činnost zkvalitnit, přičemž zde důležitou roli hrají vztahové otázky zahrnutých osob a jejich reflexe. Pracuje se jak s reflektováním vztahu pomáhajícího profesionála s jeho klienty, tak s reflexí vztahu supervizora a supervidovaného profesionála, kterýžto může obvykle vykazovat pozoruhodné známky tzv. paralelního procesu. Reflexí a využitím těchto znaků lze často přispět k vylepšení samotné pomáhající práce s klienty, zejména tam, kde některé vztahové obtíže mohly bránit terapeutickému pokroku.

Jeden z nejagilnějších a nejzasloužilejších propagátorů supervize, zejména v oblastech psychoterapie a poradenství, nedávno zesnulý Antonín Šimek upozorňoval na to, jak slovo supervize proniklo do češtiny v mnoha sférách společenské praxe, takže se mluví například i o supervizi v bankovníctví. Tam jde však podle Šimka (2000) zejména o odborný dohled a kontrolu kvality, zatímco supervize v pomáhajících profesích má zcela odlišnou povahu. Jde o formu učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde je v popředí spíše facilitační než kontrolní funkce.

Sell (1999) ve své analýze supervize rozlišuje tři její aspekty: první představuje oblast zaměření supervize (kde je používána a čeho chce dosáhnout?), druhý náplň její činnosti (co je supervize?) a třetí metody její činnosti (jak se superviduje?). Podle Sella je supervize používána jako metoda reflexe profesionální praxe v různých oblastech, především ve zdravotnictví, psychoterapii a poradenství, v sociální sféře, ve vzdělávání a výchově, ale i při vedení lidí a týmů v obchodě a průmyslu. Základním cílem supervize je podle něj zlepšení profesionální kompetence, tedy efektivnější způsob práce.

Známí rakouští supervizoři S. Steinmuller a H. W. Hemp rozumí supervizi aktivitu, která činí každodenní život v práci zejména

u sociálních profesí snažší a snesitelnější a která pomáhá lidem zvládat stres. Vidí ji jako proceduru a proces poradenství, jež mají sloužit k reflexi profesionálních problémů (Steinmuller, Hemp, 2000).

Kožnar (2000) v rozhovoru pro časopis Evropské asociace pro supervizi uvádí, že supervize je v České republice v podstatě chápána jako kvalifikovaná profesionální pomoc pro pracovníky v oblasti pomáhajících profesí, přičemž se tato aktivita odehrává v interpersonální atmosféře důvěry a bezpečí. V jistém smyslu to znamená i kontrolu kvality, současně a převážně však jde o poskytovanou podporu supervidovaným osobám v pomáhajících profesích. Je-li takováto supervize vyžádána supervidovaným odborníkem a poskytována vybraným supervizorem, který obvykle přichází zvenčí daného pracoviště, je používán termín „supervize v užším slova smyslu“. Je-li supervize poskytována na pracovišti jako součást činnosti vedoucího týmu, například primárem, a je tak součástí regulární profesionální dynamiky, je nazývána „supervizí v širším slova smyslu“ (Kožnar, 2000).

Velmi podobný přístup uplatnil známý teoretik supervize M. Carroll (2003), který napsal, že supervize má dva hlavní významy: jednak jako supervize manažerská, kterou poskytuje formální vedoucí, jenž také kontroluje a má manažerskou zodpovědnost za ty, které řídí. Druhým významem je dle něj „supervize klinická“, kde obecně, ne však vždy, není manažerské zodpovědnosti a tato supervize je zaměřena na klinickou práci supervidovaného. Carroll upozorňuje, že ve Spojeném království neexistuje obecně přijímaná definice supervize a různé pomáhající profese pojmají supervizi různě. Ani termín klinické supervize není zcela akceptován a mnozí odborníci preferují např. termíny „tréninková supervize“ a „konzultativní supervize“ (Carroll, 2003).

Dobrým příkladem účinného využití supervize ve zdravotnictví může být zkušenost z univerzitní kliniky ve Freiburgu, kterou popsala A. Wittich (2000). Supervizní služ-

by tam byly systematicky poskytovány zdravotním sestřám a zdravotnickým týmům již od roku 1989. Za deset let bylo založeno více než 130 supervizních skupin a uskutečnilo se téměř 1400 supervizních setkání takřka na každém primariátu kliniky. Cíle této supervize byly formulovány jako pomoc zdravotním sestřám a týmům zvládat a redukovat profesionální zátěž, napětí a vyčerpání a zlepšit jejich pracovní spokojenost, motivovanost a výkonnost. Podle této autorky může supervize v nemocnici přispět ke kvalitě péče o pacienty.

Britská autorka J. Hewson (2001) výstižně popisuje supervizi jako aktivitu, která se zaměřuje na osobní rozvoj, na porozumění procesu hledání vlastní profesní identity a procesu definování týmové identity nebo porozumění rozvoji identity organizace. Snaží se přispět ke zlepšení profesního chování. Důraz se klade na emoční rozvoj, porozumění organizačním strukturám, na tvořivé myšlení a na rozvoj nových perspektiv v profesních aktivitách. Tématem supervize je také otázka, jak spojit osobní život s prací tak, aby to vedlo k dobrému pocitu a spokojenosti (Hewson, 2001).

Na základě výše uvedených studií a našich vlastních supervizních zkušeností byl po jednání se zodpovědnými pracovníky ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze zahájen v loňském roce pilotní program v poskytování supervize zdravotnickým pracovníkům z oddělení, kteří o tuto aktivitu požádají. O supervizi již projeví zájem např. pracovníci z chirurgických oddělení, z jednotek intenzivní péče, ale i z oddělení klinické výživy a pracovníci rehabilitace. Se základy problematiky syndromu vyhoření a supervize se zájemci seznámili na motivačním semináři, jež probíhal formou krátkých přednášek, a následovala diskuze s účastníky. Výsledkem semináře je aktivní účast na supervizních setkáních. V současné době pracovníci nejčastěji využívají supervizi týmovou se zřetelem na rychlé a konstruktivní řešení konfliktních situací a v ojedinělých případech i supervizi indivi-

duální. Jednotlivá setkání jsou vedena jako facilitované skupinové diskuse. Na další období plánujeme formu tzv. bálintovských skupin, kde se budeme zaměřovat na kazuistickou problematiku. Jedná se o integrovanou supervizi, která je ideově a metodicky vedena Evropskou asociací pro supervizi.

Předpokládáme, že po ročním vedení supervizí bude porovnána míra syndromu vyhoření u supervidovaných zdravotnických pracovníků a u pracovníků, kteří se supervizních setkání neúčastnili. Pokud program proběhne úspěšně, měla by se u supervidovaných zdravotníků projevit nižší míra burn-out syndromu, což by bylo úspěšným dokladem účinnosti supervize při prevenci tohoto zdravotnické profesionály ohrožujícího syndromu.

ZÁVĚR

Závěrem můžeme shrnout, že v supervizi se jedná o formu podpory a poradenské aktivity poskytované obvykle pracovníkovi pomáhající profese ze strany profesně zkušenějšího, respektovaného a důvěryhodného odborníka. Supervize je zpravidla činností vyžádanou ze strany organizace či pracovníka samotného. Cílem je získávání a prohlubování vhledu supervidovaného do různých stránek jeho práce s klientem (pacientem) a konečným cílem je zefektivnit tuto pomáhající, resp. léčebnou práci.

Supervize je tedy odbornou pomocí supervidovanému, je v jisté míře i procesem posuzování jeho odborné činnosti za účelem minimalizování profesních i osobních chyb a staví na kvalitním osobním vztahu mezi supervizorem a supervidovaným, který je charakterizován spoluprací, důvěrou, porozuměním, psychologickým bezpečím, vzájemným respektem, profesionalitou a autentičností. Konečnou mírou úspěšnosti supervize je její pozitivní dopad na dobro pacienta či klienta.

LITERATURA:

- CARROLL, M.: Supervision in the United Kingdom. In: ID:EAS. *Supervision and Coaching in Europe*. April 2003, roč. neuveden, č. 20, s. 13-14.
- CARROLL, M., THOLSTRUPOVÁ, M. (Ed.): *Integrativní přístupy k supervizi*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-582-5.
- HAWKINS, P., SHONET, R.: *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- HEWSON, J.: Teaching Supervision. Presentation given by Julie Hewson. Devon: The Iron Mill Institute, 2001.
- KOPŘIVA, J.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997, 148 s., ISBN 80-7178-150-9.
- KOŽNAR, J.: Supervision in the Czech Republic. In: ID:EAS. *European Association for Supervision e. V.* June 2000, roč. neuveden, č. 12, s. 9-10.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada publishing, 1998, 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Světová zdravotnická organizace, Ženeva. Psychiatrické centrum, Praha, 1992.
- SELL, M.: The Supervisor – a Professional Identity. In: ID:EAS. *European Association for Supervision e. V.* July 1999, roč. neuveden, č. 9, s. 3-7.
- SCHRIEGEL, G.: Coaching and Supervision in Europe. An Attempt at a Redefinition. In: ID:EAS. *Supervision and Coaching in Europe*. May 2006, roč. neuveden, č. 29, s. 3-4. ISSN1612-6998.
- STEINMULLER, S., HEMP, H. W.: Supervision in Austria. In: ID:EAS. *European Association for Supervision e. V.* February 2000, roč. neuveden, č. 11, s. 5-6.
- ŠIMEK, A.: Supervize je u nás stále nová. In: *Psychoterapeutické sešity*, 2000, roč. I., č. II (56), s. 1-2.
- WITTICH, A.: 10 Years of Supervision for Nurses and Ward Teams in the University Clinic of Freiburg. In: ID:EAS. *European Association for Supervision e. V.* October 2000, roč. neuveden, č. 13, s. 7-8.

Kontakt na autory:

PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D., Jiráskova 49, 602 00 Brno; doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc., Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8; PhDr. Marie Hermanová, Lužná 43, 602 00 Brno

Došlo do redakce: 30. 5. 2010. V revidované verzi: 18. 10. 2010. Přijato k publikaci: 19. 10. 2010.

ONLINE PSYCHOTERAPIE A PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ

Petra Holcnerová^{1,2}, Petr Novák¹

ABSTRAKT

Přehledový článek se zaměřuje na možnosti využití internetu v online psychoterapii a internetovém poradenství. V textu jsou diskutovány specifika online komunikace v psychoterapii/psychologickém poradenství včetně jeho výhod a nevýhod, dále je představeno šest základních typů online psychoterapie/psychologického poradenství (otázka a odpověď, chatová forma psychoterapie/poradenství, emailová forma psychoterapie/poradenství, videokonference, online skupiny a online psychoterapeutické programy). Na závěr jsou uvedeny charakteristiky klientů využívajících tyto služby, vliv internetové komunikace na terapeutický vztah, etické otázky využití internetu v psychoterapii a efektivita tohoto přístupu.

ABSTRACT

Online psychotherapy and psychological counseling

Review article focuses on the possibilities of the Internet use in online psychotherapy/counseling. The text discusses the specifics of online communication in psychotherapy/counseling, including its advantages and disadvantages. Further six basic types of online psychotherapy/counseling (ask a question, chat psychotherapy/counseling, e-mail psychotherapy/counseling, video conferencing, online group psychotherapy and online programs) are reviewed. Finally

the characteristics of online clients, specifics of online therapeutic relationship, the ethical issues and effectiveness are discussed.

Klíčová slova: internet, psychoterapie, poradenství, online intervence

Keywords: Internet, Psychotherapy, Counselling, Online intervention

ÚVOD

Internet je pro dnešního člověka snadno přístupným a uživatelsky přátelským zdrojem informací i komunikačním prostředkem. V posledních dvou desetiletích společně s poměrně rychlým rozvojem internetu roste i počet jeho uživatelů, a internet tak začíná mít v životě obyvatel rozvinutých a i některých rozvojových zemí nezastupitelné místo. Závěry studií mapujících užívání internetu ukazují, že v Evropské unii ho používá 64 % a v USA 76 % populace. Mezi státy, kde je internet používán největším procentem populace, patří Island (93 %) a některé skandinávské státy jako například Norsko (91%) či Švédsko (89 %) (www.internetworldstats.com). Díky rostoucímu počtu uživatelů a technickým možnostem, které internet nabízí, začalo být toto médium využíváno také psychoterapeuty a psychology k poskytování psychoterapie a psychologického poradenství (např. Andreassen et al., 2007; Blankers et al., 2009; Germain et al., 2009; Klein et al., 2006). Online psychoterapii a/nebo psychologické poradenství (jinými slovy e-psychoterapie/poradenství, kyberpsychoterapie/poradenství) lze charakterizovat jako poskytování psychoterapie/psychologického poradenství skutečným terapeutem skutečnému klientovi prostřednictvím internetu (Rochlen et al., 2004). V některých případech je online psychoterapie/poradenství obohacena o strukturovaný automatický webový program, který

¹ Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny, Brno
Grantová podpora: Autoři chtějí poděkovat grantové podpoře MŠMT (RPVVŠ 92377132) a podpoře výzkumného záměru „Psychologické a sociální charakteristiky dětí, mládeže a rodiny, vývoj osobnosti v době proměn moderní společnosti“ (MSM0021622406), který probíhá na FSS MU.

mají klienti k dispozici za asistence online terapeuta (Mallen et al., 2005).

Specifika komunikace v online psychoterapii/poradenství

Využívání internetových aplikací jako prostředku komunikace v psychoterapii/psychologickém poradenství s sebou přináší svá specifika, která lze rozdělit do tří základních kategorií. Kategorie synchronní a asynchronní komunikace rozlišuje online komunikaci podle časového charakteru, kategorie textová a audiovizuální komunikace zase podle modality přenášených podnětů, a kategorie interpersonální a automatizované komunikace popisuje to, zda interakce probíhá mezi psychoterapeutem a klientem nebo mezi klientem automatizovaným systémem (Suler, 2000).

SYNCHRONNÍ A ASYNCHRONNÍ KOMUNIKACE

Při synchronní komunikaci probíhají sezení v reálném čase, termín asynchronní komunikace označuje skutečnost, kdy se klient a terapeut nesetkávají ve stejném čase ale s určitým časovým posunem (Suler, 2000).

Synchronní komunikace probíhá nejčastěji ve formě chatování, internetového telefonování nebo audio-video konferencí. Tento typ komunikace se důrazem na přítomnost přibližuje klasické psychoterapii/psychologickému poradenství, protože je v jejím rámci zachována spontaneita, flexibilita komunikace a některé paralingvistické prvky komunikace zejména v podobě pomlky v konverzaci (Suler, 2000). Někteří klienti preferují tento typ komunikace z toho důvodu, že jim kontakt v reálném čase umožňuje mnohem více vnímat přítomnost terapeuta a vede ke snadnějšímu navázání terapeutického vztahu. Během synchronní komunikace je také možné okamžité vysvětlení aktuálních nedorozumění mezi oběma účastníky. Nejčastějšími výhradami synchronní komunikace bývá komplikované zajištění soukromí a diskrétnosti, protože klient si musí velmi pečlivě zajistit prostor nebo svůj počítač během komunikace, aby

nebyl nikým rušen nebo odposloucháván (Jones & Stokes, 2009).

Jako prostředek asynchronní komunikace jsou nejčastěji v oblasti online psychologického poradenství/psychoterapie užívány maily a diskusní fóra, ale mohou to být také audio a audiovizuální záznamy (Fingfeld, 2000; Griffiths, 2005). Výhodou asynchronní komunikace je zejména větší časový prostor pro reflexi vlastních reakcí na získanou odpověď, možnost klienta a terapeuta reagovat na odpověď v kteroukoliv denní dobu, což je výhodou pro zejména nadměrně vytížené osoby, protože mohou číst a odpovídat na reakce o večerech a víkendech (Fingfeld, 2000). Jako další výhoda se uvádí zdůraznění procesuálního charakteru terapie, tedy skutečnosti, že změna neprobíhá jen v daném sezení, ale právě mezi sezeními (Griffiths, 2005). Naopak jako nevýhoda bývá často zmiňována snížená flexibilita reakce na aktuální rozpoložení klienta a pomalejší průběh komunikace, dále i omezená spontánnost v aktuální komunikaci, která spolu s dalším neverbálním chováním, jakými jsou pauzy v hovoru, mlčení během sezení či pozdní příchod na sezení, mohou sloužit jako významná vodítka pro proces terapie (Fingfeld, 2000; Suler, 2000).

TEXTOVÁ A AUDIO-VIZUÁLNÍ KOMUNIKACE

Velká část interakcí v prostředí internetu probíhá v textové podobě, především ve formě emailu, chatových aplikací či diskusních fór (Chester & Glass, 2006; Suler, 2000). V posledních několika letech však přibýly možnosti, jak přes internet komunikovat v audio formě (internetové telefonování) a video formě (audiovizuální konference) (Germain et al., 2009).

Výhodou textové formy komunikace je snadné ukládání si přesných záznamů z průběhu sezení, což pak umožňuje terapeutovi a klientovi se k nim opakovaně vracet (Suler, 2000). Absence jiných audiovizuálních podnětů může u některých klientů zvýšit pocit bezpečí v terapii, a tak podpořit jejich

otevřenost již v začátečních fázích léčby. Jiné osoby se zase lépe vyjadřují přes psaný text a už samotné psaní u nich může mít výrazný terapeutický účinek (Rochlen et al., 2004). Suler (2000) uvádí, že v určitých případech nedorozumění pocházející z textové formy komunikace může usnadnit vytvoření přenosu, který je v některých psychoterapeutických směrech považován za klíčový prostředek změny. Jiní odborníci (např. Rochlen et al., 2004) také tvrdí, že textová forma terapie pomáhá klientovi překonat rozptylující a povrchní aspekty lidského kontaktu dané například vzhledem, tónem hlasu, chováním a napomáhá rychlejšímu napojení se na „duši“ druhého člověka. Nejčastěji zmiňovaná nevýhoda textové komunikace je skutečnost, že přes psaný text není možné nebo je velmi komplikované číst a sdělovat neverbální podněty a to především emoce. Tento nedostatek částečně suplují tzv. emotikony, které mohou naznačit emoční stav účastníka terapie (Finfgeld, 2000). Pro osoby s horšími psacími dovednostmi může tento styl komunikace zpomalovat proces terapie, u některých klientů právě absence sluchových a vizuálních podnětů může vést k větší dizinhibici a agování (Griffiths, 2005). Suler (2000) také zmiňuje, že textová forma terapie může zkomplikovat navázání dobrého terapeutického vztahu.

Výhody audiovizuální komunikace jsou v přítomnosti mnohem většího množství informací v procesu psychoterapie. Audiovizuální konference přibližuje poradenskou nebo terapeutickou situaci k té skutečné, protože poskytuje klientovi a terapeutovi více zdrojů informací, a tím snižuje riziko vzniku nedorozumění (Finfgeld, 2000; Griffiths, 2005).

INTERPERSONÁLNÍ A AUTOMATIZOVANÁ KOMUNIKACE

Použití výpočetní techniky v psychoterapeutickém procesu s sebou přináší možnost plně automatizované komunikace. V psy-

choterapeutickém procesu se nejčastěji využívá automatizovaná komunikace k počátečnímu hodnocení klienta a k realizaci speciálních terapeutických intervencí, jakými jsou například expozice problémovým situacím v případě fobií či trénink odmítání psychoaktivní látky u rizikových uživatelů (Lee et al., 2007; Mallen et al., 2005). Nejčastěji uváděnou výhodou automatizované komunikace bývá objektivita při hodnocení a testování klientů v počáteční fázi a nízké provozní náklady (Cunningham, 2007). Pro některé osoby může být počáteční kontakt s automatickým systémem bezpečnější a příjemnější než samotný kontakt s terapeutem. Jako nevýhody bývají zmiňovány omezená možnost technologie se adaptovat na změny v psychoterapeutickém procesu, absence lidského prvku a tedy možnosti vytvoření terapeutického vztahu, který je popisován jako základní podmínka úspěšné psychoterapie. Opakem automatizované komunikace je interpersonální komunikace, tedy kontakt se skutečným živým terapeutem, který bývá ve většině případů základní podmínkou psychoterapeutického procesu. Proto se ve většině případů automatizované psychoterapeutické intervence využívají jako doplněk klasické mezilidské komunikace (Suler, 2004).

V souvislosti s komunikací v online prostředí je často zmiňován efekt disinhibice. Efekt disinhibice popisuje fakt, že lidé se v online prostředí chovají otevřeněji a spontánněji než v klasické mezilidské situaci tváří v tvář (Suler, 2004a). Suler (2004b) tvrdí, že otevřenější chování je dáno několika specifiky, které s sebou online prostředí přináší. V této souvislosti uvádí především anonymitu a neviditelnost komunikující osoby, asynchronicitu komunikace, solipstickou introjekci popisovanou jako představu komunikujícího, že se vše odehrává v jeho mysli, což zároveň snižuje vnímání reálnosti aktuálního dění, a neutralizování statusu, jež vede k pocitu rovnosti všech komunikujících, protože například přes text nelze vidět barvu pleti, vzhled člověka či jeho oblečení.

DRUHÝ ONLINE PSYCHOTERAPIE A PORADENSTVÍ

Online psychoterapii a psychologické poradenství lze rozdělit na šest základních typů: otázka a odpověď, chatová forma psychoterapie/poradenství, emailová forma psychoterapie/poradenství, videokonference, online skupiny a online psychoterapeutické programy (Griffiths, 2005). Online psychoterapii/psychologické poradenství je možné využívat jednak jako samotné terapeutické prostředky a jednak jako doplňky klasické psychoterapeutické nebo poradenské práce (Mallen et al., 2005).

OTÁZKA A ODPOVĚĎ

Online poradenství ve formě otázky a odpovědi je založené na poradensky zaměřeném dotazu, na který odborník odpovídá poměrně rozsáhlou poradensky či psychoterapeuticky orientovanou odpovědí. V rámci této formy poradenství se využívá asynchronní komunikace v textové podobě, nejčastěji v podobě mailu nebo diskusního fóra. Je zvláště vhodné, pokud daný problém není ve své podstatě příliš komplikovaný a lze ho stručně vystihnout. Naopak méně vhodné je v případech, kdy se jedná o vážnější problém dlouhodobého charakteru (Griffiths, 2005). Na rozdíl od těch následujících typů se zde nepracuje s terapeutickým vztahem, ale pouze s poskytováním informací. Příkladem webových stránek nabízejících tuto formu poradenství v České republice je www.iporadna.cz nebo www.ambulance.poradna.adiktologie.cz nabízející adiktologické poradenství. V současné době je tato služba často nabízená na internetových stránkách jednotlivých psychologů či psychoterapeutů. Otázky s odpověďmi bývají v některých případech zpřístupněny pro širokou veřejnost, aby mohly sloužit jako zdroj informací osobám, které se nacházejí v podobné životní situaci.

EMAILOVÁ FORMA PSYCHOTERAPIE/PORADENSTVÍ

Emailová forma psychoterapie/poradenství nabízí časové rozšíření předchozí for-

my, opět se tedy v jejím rámci využívá asynchronní forma textové komunikace. Kontakt mezi terapeutem a klientem probíhá prostřednictvím emailové komunikace a už nabízí možnosti pracovat s terapeutickým vztahem. V současné praxi je tato forma online psychoterapie/poradenství nejrozšířenější (Chester & Glass, 2006). Jones & Stokes (2009) uvádí, že při začátku tohoto typu psychoterapie je vhodné si s klientem stanovit časové intervaly, v rámci kterých bude komunikace probíhat. Nejčastěji se stanovují 48 hodinové nebo týdenní lhůty na odpověď. Příkladem emailové formy psychoterapie lze uvést model realizovaný Robinsonem a Serfatym (2001) pro klienty s diagnózou mentální bulimie. V tomto programu byli klienti po 3 měsíce v emailovém kontaktu s terapeutem. V rámci terapie měli za úkol si vést deník, ve kterém si zaznamenávali zkonzumované jídlo a myšlenky předcházející přejídání. Tento deník posílali terapeutovi každé tři dny a on na něj ve své odpovědi reagoval.

CHATOVÁ FORMA PSYCHOTERAPIE/PORADENSTVÍ

Tato forma terapie je založena na soukromém chatování klienta s terapeutem přes chatové aplikace v rámci časově vymezeného úseku. Jedná se tedy o synchronní komunikaci v textové formě. Příkladem krátké chatové psychoterapie může být strukturovaný program pro osoby s abúzem alkoholu JellinekLive Online Behandeling Alcohol (www.rct.jellinekclinics.com), který nabízí 7 chatových sezení trvajících kolem 40 minut, v jejichž rámci je klient motivován omezit užívání alkoholu nebo s ním zcela přestat.

PSYCHOTERAPIE/PORADENSTVÍ V PODOBĚ VIDEOKONFERENCE

Poslední forma se svojí charakteristikou blíží nejvíce klasickému sezení především díky použití videokamery a možnosti simultánně přenášet jak zvukové, tak vizuální podněty. Bouchard et al. (2004) popisují ve svém experimentu kognitivně-behaviorálně

orientovanou psychoterapii osob s diagnózou panické poruchy nebo agorafobie probíhající prostřednictvím videokonferencí. Psychoterapie probíhala každý týden po dobu 12 týdnů.

Individuální psychoterapie/psychologické poradenství v podobě mailu, chatu nebo videokonferencí jsou v současné době v České republice nabízeny několika psychoterapeuty, psychology na jejich osobních stránkách. V zahraničí již existují specializované organizace, které nabízejí tyto typy online psychoterapie/poradenství, například www.egetgoing.com nebo www.counsellingonline.org.au.

ONLINE SKUPINY

Online skupiny umožňují využívat speciálně vytvořené chatové místnosti, videokonference nebo diskusní fóra za účelem skupinové psychoterapie. Obecně se rozdělují podle způsobu komunikace na synchronní a asynchronní skupiny. Výhodou těchto aplikací oproti klasickým psychoterapeutickým skupinám je možnost sledovat dění ve skupině z povzdálí a vstoupit do interakce až ve chvíli, kdy osoba získá v dané situaci pocit bezpečí (Griffiths, 2005; Finfgeld, 2000). Haug et al. (2008) popisují online doléčovací psychoterapeutickou skupinu pro klienty s úzkostnými poruchami, poruchami nálady a osobností navazující na ústavní léčbu. Sezení, kterých se účastnilo v průměru 10 osob, probíhala ve speciálně vytvořené chatové místnosti jednou týdně po dobu 12-15 týdnů.

ONLINE PROGRAMY

Kategorie online programů zahrnuje částečně nebo plně automatizované léčebné programy pro jednotlivé duševní poruchy, které nejčastěji využívají principy kognitivně behaviorální a motivační terapie. V odborné literatuře lze například najít programy vytvořené pro úzkostné poruchy, jako jsou fobické poruchy či panické poruchy (Richards et al., 2003) a poruchy vyvolané užíváním návykových látek (zejména alko-

hol, tabák a marihuana) (EMCDDA, 2009). Ve většině případů je samotná interaktivní komponenta doplněná informační komponentou zaměřenou na obecné informace o vzniku, udržování a léčbě jednotlivých duševních poruch. Příkladem online programu může být Panic online program vycházející z principů KBT a nabízející intervenci pro osoby trpící panickou poruchou v délce 12 týdnů. Program se skládá z úvodního modulu, 4 učicích modulů nabízejících například trénink kontrolovaného dýchání, progresivní svalové relaxace nebo možnost postupné expozice a jedním modulem zaměřeným na prevenci relapsu. Současně s absolvováním jednotlivých modulů je doporučen pravidelný emailový kontakt s terapeutem s frekvencí minimálně jednou za týden až dva týdny (Richards et al., 2003). Centrum adiktologie na začátku roku 2011 připravuje na internetových stránkách www.zavislost-na-internetu.cz spuštění online programu zaměřeného pro osoby se závislostními chováními na internetu.

DISKUZE

V posledních několika letech bylo realizováno mnoho výzkumných studií zkoumajících fenomén online psychoterapie/psychologického poradenství. Značná část pozornosti byla v tomto ohledu věnována charakteristikám online klientů, online diagnostice, specifikám online psychoterapeutického vztahu, efektivitě online psychoterapeutických/poradenských intervencí a v neposlední řadě i etickým otázkám.

Odborníci se obecně shodují na skutečnosti, že online psychoterapie/psychologické poradenství jsou vhodné pro klienty, kteří mají zkušenosti s používáním internetu a mají k němu pravidelný přístup a naopak nejsou vhodné pro osoby se závažnější psychopatií, jako jsou poruchy myšlení či hraniční poruchy osobnosti (Jones & Stokem, 2009; Rochlen et al., 2004). Hamburger & Ben-Artzi (2000) uvádí, že tato forma terapeutické intervence je často využívána introvertně zaměřenými osobami. Leibert

et al. (2006) konstatuje, že dva nejčastější důvody, proč klienti preferují online psychoterapii, jsou pohodlí důvěrně známého prostředí domova a možnost zůstat alespoň částečně v anonymitě. Výzkumy dále ukazují, že tyto služby více využívají ženy, osoby s vyšším vzděláním, zaměstnané osoby a že většina klientů se účastnila online konzultací mimo pracovní dobu (Postel et al., 2005; Swan & Tyssen, 2009).

Studie zabývající se aspekty online diagnostiky (především orientované na způsob práce formou kognitivně-behaviorální terapie) v psychoterapeutické praxi uvádějí vysoké pozitivní korelace mezi online diagnostikou a diagnostikou prováděnou tváří v tvář, a to zejména u afektivních a neurotických poruch (např. Farvolden et al., 2003; Farvolden et al., 2009). Šmahel (2003) však upozorňuje, že v psychoterapii založené pouze na textové komunikaci může dojít, z důvodů vyplývajících právě z chybějícího osobního kontaktu, ke zkrácení diagnostického závěru.

Terapeutický vztah je jeden ze základních účinných faktorů psychoterapie/ psychologického poradenství (například Clarkson, 2003). V souvislosti s komunikací v online prostředí mnoho odborníků v této oblasti zpočátku předpokládalo, že zejména asynchronní a textová forma komunikace se negativně promítne do vytvoření a udržení kvalitního terapeutického vztahu. Výzkumné studie zaměřené na toto téma však spíše docházejí k závěru, že komunikace v online prostředí nemá zásadní negativní vliv na terapeutický vztah (např. Cook & Doyle, 2002; Reynolds et al., 2006). V kvalitativní studii zkoumající zkušenosti terapeutů s vytvořením terapeutického vztahu účastníci uváděli, že online klienti si daleko snadněji a rychleji v porovnání s klasickou terapií vytvořili důvěru v terapeutický vztah, což mělo vliv na to, že se v ranějších fázích terapie daleko častěji otevírali než klienti v klasické formě terapie. Tento fenomén dávali terapeuti do souvislosti s anonymitou terapeutického vztahu (Flechner-Tomenius

& Vossler, 2009). Leibert et al. (2006) porovnával vnímání terapeutického vztahu v online prostředí klienty a jejich terapeutů, a došel k závěru, že klienti byli s touto formou terapeutického vztahu spokojenější než samotní terapeuti.

Studie zaměřené na efektivitu online psychoterapie/poradenství v porovnání s kontrolními skupinami nebo s klasickou psychoterapií dochází k závěru, že významné zlepšení v podobě snížení příznaků u účastníků online terapeutického programu bylo zaznamenáno v případě panické poruchy (Klein et al., 2006), deprese (Andersson et al., 2005), poruch příjmu potravy (Fernández-Aranda et al., 2009), bolesti hlavy a tinnitu (Ström et al., 2000; Andersson et al., 2002), posttraumatické stresové poruchy (Lange et al., 2003), poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek (Blankers et al., 2009; viz také přehledová práce Holcnerová & Vacek, 2010) nebo sexuálních dysfunkcí (Slob & Gijss, 2007). Internetová intervence je také často účinná u klientů s tendencemi k sebepoškozování (Prasad & Owens, 2001). Úspěchy internetového poradenství je možné najít i v rodinném poradenství, například v podpoře rodičů dětí s autismem (Huws et al., 2001) či epilepsií (Hufford, 1999). Fernández-Aranda et al. (2009) upozorňuje, že v rámci online psychoterapie/psychologického poradenství bývá efektivita snížena vysokým procentem spontánních předčasných odchodů z terapie. Na druhou stranu některé studie (např. Golkaramnay et al., 2007) naopak poukazují na fakt, že kvalitní terapeutický vztah výrazně snižuje procento samovolného opuštění léčby a docházka v online terapii je často vyšší v porovnání s docházkou v klasické terapii.

V souvislosti s online psychoterapií/poradenstvím vyvstává také velké množství etických otázek, kterými je nutné se zabývat (Botella et al., 2009). Etické zásady pro praxi online psychoterapie často chybí nebo jsou dvojznačné a velmi obtížně aplikovatelné (Travis et al., 2009). Tento způsob práce s klientem komplikují určitá potenci-

ální rizika týkající se především nakládání s citlivými osobními daty a důvěrnými informacemi. Informace mohou být například v kyberprostoru ztraceny či nedopatřením odeslány na jinou adresu. Ačkoli je to velmi nepravděpodobné, existuje zde riziko, že se k informacím o terapii dostane třetí nepovolaná osoba (např. hacker). Klient si také, s výjimkou online videoterapie, nikdy nemůže být jist, s kým vlastně svůj případ řeší a zda například v e-mailové formě, vzhledem k možnému prolomení přístupového hesla k účtu, odeslal daný e-mail opravdu sám terapeut (Midkiff & Wyatt, 2008).

Online psychoterapie/psychologické poradenství nabízí klientovi vedle již výše popsaných nevýhod také mnoho výhod. Jsou jimi například větší dostupnost poradenských a psychotherapeutických služeb z míst, kde není možné pravidelně docházet na klasickou psychoterapii nebo kde není tato možnost odborné pomoci k dispozici. Další výhodou je skutečnost, že tento způsob vedení psychoterapie podporuje více rovnost ve vztahu mezi terapeutem a klientem. Zároveň vybízí klienta k větší aktivitě, odpovědnosti za průběh léčby a může být odrazovým můstkem pro klasickou formou vedení terapie, k níž z počátku nemusí najít odvahu (Rochlen et al., 2004; Suler, 2000).

ZÁVĚR

Online psychoterapie/psychologické poradenství se začíná stávat díky rychlému rozvoji internetu a stále rostoucímu počtu jeho uživatelů významnou oblastí oboru psychoterapie a psychologického poradenství. Výzkumy v této oblasti realizované ukazují, že využití online prostředí pro komunikaci mezi klientem a terapeutem může být pro klientelu s méně závažnou psychopatií často stejně a někdy i více přínosné v porovnání s klasickou psychoterapií/psychologickým poradenstvím tváří v tvář. Zároveň však upozorňují na možná rizika využití tohoto přístupu u osob se závažnější psychopatií a nastiňují skutečnost, že

tento způsob poskytování pomoci s sebou přináší i spoustu dosud nevyřešených etických otázek.

POUŽITÁ LITERATURA

- Andersson, G., Strömberg, T., Ström, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet based cognitive behaviour therapy for distress with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Caribring, P., Kaldo, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BioMed Central Public Health*, 7, 53.
- Blankers, M., Koeter, M., & Schippers, G. M. (2009). Evaluating real-time internet therapy and online self-help for problematic alcohol consumers: a three-arm RCT protocol. *BioMed Central Public Health*, 9, 16.
- Bouchač, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., & Lapiere, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in teleconference. *Telemedicine journal and e-health*, 10(1), 13.
- Bottela, C., Garcia-Palacios, A., Banos, R. M., & Quero, S. (2009). Cybertherapy: Advantages, Limitations, and Ethical Issues. *Psychology Journal*, 7(1), 77 – 100.
- Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counselling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34 (2), 145-160.
- Clarkson, P. (2003). *The Therapeutic Relationship*. London: Whurr.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 95-105.
- Cunningham, J. A. (2007). Internet-Based Interventions for Alcohol, Tobacco and Other Substances of Abuse. In P. M. Miller, D. J. Kavanagh (Eds.): *Translation of Addictions Science into Practice* (pp. 399-416). Oxford: Elsevier.
- EMCDDA (2009). Internet-based drug treatment

- interventions: Best practice and applications in EU Member States. EMCDDA Insights No 10. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Farvolden, P., McBride, C., Bagby, R. M., & Ravitz, P. (2003). A Web-based screening instrument for depression and anxiety disorders in primary care. *Journal of Medical Internet Research*, 5(3), e23.
- Farvolden, P., Cunningham, J. A., & Selby, P. (2009). Using E-Health Programs to Overcome Barriers to the Effective Treatment of Mental Health and Addiction Problems. *Journal of Technology in Human Services*, 27, 5–22.
- Fernández-Aranda, F., Núñez, A., Martínek, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I., Rouge, P., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Santamaría, J., & Lam, T. (2009). Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: A controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 37-41.
- Fingfeld, D. L. (2000). Therapeutic groups on line: The good, the bad, and the unknown. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 241-255.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behavioural Therapy*, 38, 42-53.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., & Kordy, H. (2007) The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 219-225.
- Griffiths, M. (2005) Online Therapy for Addictive Behaviors. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 555-61.
- Hamburger, Y. A., & Ben-Artzi, E. (2000). The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 16, 441-449.
- Haug, S., Sedway, J., & Kordy, H. (2008). Group processes and process evaluations in new treatment setting: Inpatient group psychotherapy followed by Internet-chat aftercare groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 35-53.
- Holcnerová, P., & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. *Adiktologie*, 8(2), 110 – 119.
- Hufford, B. J., Glueckauf, R. L., & Webb, P. M. (1999). Home-based, interactive videoconferencing for adolescents with epilepsy and their families. *Rehabilitation Psychology*, 44, 176-193.
- Huws, J. C., Jones, R. S. P., & Ingledeu, D. K. (2001). Parents of children with autism using an email group: A grounded theory study. *Journal of Health Psychology*, 6, 569-584.
- Jones, G., & Stokes, A. (2009). Online Counselling: A Handbook for Practitioners. Basingstoke, UK: Palgrave.
- Klein, B., Richards, J. C., & Austin, D. W. (2006). Efficacy of Internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Lange, A., van de Ven, J. P., & Schrieken, B. (2003). Interapy: Treatment of posttraumatic stress via the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 110-124.
- Lee, J. H., Kwon, H., Choi, J., & Yang, B. H. (2007) Cue-exposure therapy to decrease alcohol craving in virtual environment. *Cyberpsychology & Behaviour*, 10(5), 617–623.
- Leibert, T., Archer, J., Munson, J., & York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(1), 69-83.
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B., & Day, S. X. (2005). Online counseling: Reviewing the literature from a counseling psychology framework. *The Counseling Psychologist*, 33, 819-871.
- Midkiff, D. M., & Wyatt, W. J. (2008). Ethical Issues in the Provision of Online Mental Health Services (Etherapy). *Journal of Technology in Human Services*, 26(4), 310-332.
- Postel, M., de Jong, C., & de Haan, H. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2393.
- Prasad, V., & Owens, S. (2001). Using the Internet as a source of self-help for people who self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 25, 222-225.
- Reynolds, D. J., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in Internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counseling and Psychotherapy Research*, 6, 164-168.

- Richards, J. C., & Alvarenga, M. E. (2002). Extension and replication of an internet-based treatment program for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 41-44.
- Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment of panic-disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 125-135.
- Robinson, P., & Serfaty, M. (2001). The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9, 182-193
- Rochlen, A., Zack, J., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 269-283.
- Slob, A. K., & Gijs, L. (2007). Sex therapy through the internet for men with sexual dysfunction: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 115-133.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 722-727.
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace: a 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 151-159.
- Suler, J. (2004a). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 321-326.
- Suler, J. (2004b). The psychology of text relationships. In R. Kraus, J. Zack & G. Stricker (Eds.), *Online counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 19-50). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Šmahel, D. (2003). *Psychologie a internet: děti dospělými, dospělí dětmi*. Praha: Triton.
- Travis, I. L., Demireva, P. D., Grayson, J. L., & McNamara, J. R. (2009). Advancing the practise of online psychotherapy: an application of Rogers' diffusion on innovations theory. *Psychotherapy Theory, Research, Practice*, 46, 1, 112-124.

Došlo do redakce: 15. 6. 2010. V revidované verzi: 29. 11. 2010. Přijato k publikaci: 29. 11. 2010.

POETIKA A MIKROPOLITIKA PŘÍSTUPU „OTEVŘENÉHO DIALOGU“ PŘI LÉČBĚ LIDÍ S AKUTNÍ PSYCHÓZOU

Jaako Seikkula, Mary E. Olson

ABSTRAKT

V článku je představena metoda Otevřeného dialogu, vyvinutá ve Finsku a vycházející z postmoderního paradigmatu. Autoři popisují principy této metody a její využití při práci s psychotickými pacienty. Uvádějí ukázkou z praxe a v závěru se věnují přehledu účinnosti této metody.

Klíčová slova: metoda otevřeného dialogu, psychóza, postmoderní paradigma.

ABSTRACT

Poetics and micropolitics of “open dialog” approach at the treatment of people with acute psychosis

The article deals with the method of Open dialog, developed in Finland and based on postmodern paradigm. Principles of this method are described as well as the use when working with psychotic patient. There is also an illustration of the work and the summary of effectiveness of this method mentioned.

Key words: method of open dialog, psychosis, postmodern paradigm.

Ve Finsku v psychiatrické léčbě vznikla metoda Otevřeného dialogu jako systémový a na jazyku založený přístup. Vychází z Bachtinova dialogického principu (Bachtin, 1984) a také z Batesona. V tomto článku jsou představeny dvě úrovně analýzy, úroveň poetiky a úroveň mikropolitiky. Poetika zahrnuje tři principy: snášení nejistoty, dialogizaci a polyfonii v sociálních sítích. Jak tyto tři principy spoluvytvářejí terapeutický dialog, ukážeme na příkladu terapeutického setkání. Mikropolitika zahrnuje širší institucionální praxi, která tento styl práce podporuje a je součástí finského systému léčby od-

povídající potřebám (Finnish Need-Adapted Treatment). Výzkum z poslední doby svědčí o tom, že využití metody Otevřeného dialogu u mladých lidí v léčbě různých akutních psychotických krizí vedlo ve srovnání se zavedenými způsoby léčby k lepším výsledkům. V nerandomizované dvouleté následné studii osob původně léčených s první epizodou schizofrenie se celková délka hospitalizace snížila přibližně na 19 dní, neuroleptická medikace byla nutná jen v 35 % případů a u 82 % těchto osob nepřetrvávaly žádné nebo jen mírné psychotické symptomy a pouze 23 % jich bylo v pracovní neschopnosti.

Otevřený dialog je přístup k psychiatrické péči založený na vztahových sítích (network-based approach) a na užívání jazyka, vyvinutý v nemocnici v Keropudas v západním Laponsku, kde jeden z autorů (JS) pracoval jako člen původního týmu. Dalšími členy tohoto týmu, kteří o zmíněném přístupu píší, jsou Jukka Aaltonen, Birgitta Alakare, Jyrki Keranen a Kauko Haarakangas (Haarakangas, 1997; Keranen, 1992; Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2001a). Závěry nejnovějších studií svědčí o tom, že metoda Otevřeného dialogu zlepšuje léčbu lidí s první schizofrenickou epizodou. Snížila se délka jejich hospitalizace, výskyt recidivy i míra medikace (Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2001a). Metoda Otevřeného dialogu si již získala obecné uznání v severní Evropě, kde Jaako Seikkula společně s norským psychiatrem Tomem Andersenem založili mezinárodní síť týmů využívajících Otevřený dialog a reflexi v akutní péči v Rusku, Litvě, Lotyšsku, Švédsku, Finsku a Norsku. Přestože ve Spojených státech je tento model dosud daleko méně rozšířený,

stojí za to se jím podrobněji zabývat jako jednou z forem krizové intervence v případech těžkých psychiatrických problémů.

Otevřený dialog propojuje různé psycho-terapeutické přístupy v rámci postmoderního, sociálně konstruktivistického pojetí. Vychází z jejich zdrojů. V rámci rodinné terapie však východiskem této metody byla milánská škola systemické terapie.

V článku nejprve uvedeme přehled přístupů k léčbě psychózy vycházejících z práce s komunikací a nastíníme, jak se teoretická a klinická podoba modelu Otevřeného dialogu vyvíjela směrem od rodinné systemické terapie k přístupu založeném na vztahových sítích. V další části se budeme věnovat specifickému užití jazyka v metodě Otevřeného dialogu. Na ukázkce rozhovoru podrobněji rozebereme, co se v každém okamžiku v průběhu léčebného postupu odehrává. Na závěr se budeme zabývat institucionálním a výcvikovým kontextem, v jehož rámci je tento přístup využíván, a uvedeme výsledky jedné studie.

Naše analýza metody otevřeného dialogu vychází ze dvou kategorií, které popsal psychiatr Marcelo Pakman (2000). Tento autor rozlišuje „poetiku“ a „mikropolitiku“ terapie. Pojem poetika se vztahuje k jazyku a způsobu komunikace v průběhu osobního setkání (Hoffman, 2002; Olson, 1995). V praxi otevřeného dialogu můžeme identifikovat tři principy této poetiky: „snášení nejistoty“, „dialogizaci“ a „polyfonii v sociálních sítích“ (Seikkula et al., 2001a). Tyto principy staví na původních principech milánské školy coby vodítek pro terapeuta během sezení, konkrétně na hypotetizování, cirkularitě a neutralitě, a zároveň je transformují.

Také mikropolitika Otevřeného dialogu, jinými slovy zakotvení přístupu v širší institucionální praxi, může inspirovat analýzu a srovnání s jinými modely. Většina forem rodinné terapie je navržena pro využití v ordinaci a pouze nabízí strategie pro využití v širších systémech, zatímco metoda Otevřeného dialogu představuje komunitní

praxi uskutečňovanou v rámci sociálních vztahových sítí. Je součástí transformace psychiatrické péče ve Finsku v souvislosti s reformou léčby tak, aby reagovala na aktuální potřeby („Need-Adapted Treatment“) (Alanen, 1997; Alanen, Lehtinen, Lehtinen et al., 2000). Podle Pakmana i dalších je v USA naléhavě zapotřebí nových, širších modelů vedení dialogu, které budou řešit nejen poetiku rozhovoru mezi terapeutem a pacientem, ale budou použitelné i v úřední praxi, která může výsledky léčby omezovat nebo je i mařit. Zatímco v USA se odborníci s těmito záležitostmi potýkají v chaotickém prostředí, založeném na organizované péči a předepsaných postupech, finské zkušenosti s péčí vycházející ze vztahových sítí mohou nabídnout jasnou alternativu.

PŘÍSTUPY KE KOMUNIKACI S PSYCHOTICKÝMI PACIENTY

Zájem o psychózu a schizofrenii byl v oblasti rodinné terapie již na počátku tohoto směru velmi významný. Výsledkem výzkumného projektu Gregory Batesona a jeho kolegů byl přelomový článek o dvojně vazbě (Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956). Lze říci, že léčba psychotických pacientů a jejich rodin byla jedním z významných východisek rodinné terapie.

Batesonův koncept dvojně vazby vycházel z pokusu teoreticky si představit takový kontext, ve kterém by psychotické chování i řeč bylo možné vysvětlit jako adaptivní mechanismu (Weakland, 1960). Později Bateson a jeho kolegové (1962) původní formulaci své teorie revidovali: „Popisovat dvojnou vazbu jako vztah mezi dvěma jedinci, z nichž jeden vazbu vytváří a druhý je její obětí, není výstižné. Případnější je dvojnou vazbu vysvětlit tak, že dotyční lidé jsou uvězněni systémem, jenž vytváří jednak protichůdné definice vztahu, jednak v dotýcných vyvolává subjektivní úzkost.“ (str. 42) Bateson (1962) přesunul pozornost z vzorců komunikační výměny směrem k důrazu na širší systém vztahů, který tyto paradoxy vytváří.

Poté, co Bateson svůj projekt ukončil, proběhly i další výzkumy s rodinami a jejich psychotickými dětmi. Žádný z nich však nebyl tak významný jako práce Milánského týmu, v tom smyslu, že by vyvinul svěbytný terapeutický model pro léčbu psychóz (Hoffman, 1981). Výzkum Milánského týmu problematiku psychóz také řešil na základě komunikačního přístupu a znamenal další výrazný krok v klinické praxi.

Členové Milánského týmu se nechali inspirovat teorií dvojné vazby a navrhli tzv. systemický model pro rodiny s těžce postiženými, psychotickými a anorektickými dětmi (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin, Prata, 1978). Italské paradoxní komunikaci v rodině řešili pomocí techniky protiparadoxu. Rodině například nabídli novou logiku v podobě pozitivní konotace nebo rituálu, který jim umožnil jinak uspořádat své chování (Boscolo, Cechin, Hoffman, Penn, 1987).

Myšlenky Milánského týmu zásadním způsobem ovlivnily práci s rodinami ve Spojených státech i v Evropě, avšak jen v několika málo zemích měl Milánský model dlouhodobější vliv na léčbu psychotických pacientů. Ve Spojených státech se místo toho rozvinul psychoedukační přístup k rodinám, jenž vychází z jiné tradice, přinejmenším pokud jde o přístup k členům rodiny (C. Anderson, Hogarty, Reis, 1980; Falloon, 1996; Falloon, Foyd, McGill, 1984; Goldstein, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos et al. 1996). Psychoedukační program a Otevřený dialog jsou si blízké tím, že pacient ani jeho rodina nejsou považováni za příčinu psychózy ani za objekt léčení, ale jsou vnímáni jako „kompetentní nebo potenciálně kompetentní partner v procesu uzdravování“ (Gleeson, Jackson, Stavely, Burnett, 1999, str. 390). Mezi Otevřeným dialogem a velmi rozšířenými psychoedukačními modely pro léčbu psychóz je však řada významných rozdílů v teoretických předpokladech (viz Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2001a).

Michael White (1995) svým narativním přístupem usiluje o externalizaci psychózy.

Metoda externalizace oslabuje sílu nepřátelských hlasů u pacientů s chronickými symptomy tím, že tyto hlasy lokalizuje mimo daného jedince. Nepovažuje je tedy za projevy pramenící v pacientově vnitřním světě. Metoda otevřeného dialogu se také zaměřuje na vnější, sociální dialog, ale více k tomu využívá pacientovu sociální síť. Mimo severní Evropu není přístup založený na sociálních sítích v léčbě akutních psychóz zatím využíván.

VYNOŘENÍ OTEVŘENÉHO DIALOGU

Od rodinné terapie ke vztahovým sítím

V roce 1980, kdy členové týmu v nemocnici v Keropudas začali poskytovat terapeutická sezení rodinám, pracovali podle milánského modelu. Tento pokus o praktikování systemické terapie však ve veřejném zdravotnictví přinesl nová nečekaná dilemata. Prvním podnětem k odklonu od systemického přístupu se stala skutečnost, že v nemocnici v Keropudas bylo již velmi obtížné přesvědčit rodiny k rodinné terapii. Na počátku osmdesátých let se jen málo pacientů a jejich rodin řídilo doporučením lékaře a do terapie skutečně přišlo. Začalo se tedy hledat jiné řešení této konkrétní situace, což přineslo proměnu ideových východisek i praxe.

Ačkoli je milánská metoda jako teorie velmi elegantní, je známo, že v praxi přináší některé problémy, především pokud je přenesena do jiného kulturního prostředí nebo mimo privátní instituce. O těžkostech a nepříjemnostech během navazování kontaktu s rodinou hovoří i zkušenosti terapeutů, kteří podle milánské metody pracují (Andersen, 1992, 1995; Hoffman, 1992, 2002; Lanamann, 1998). Zdá se, že tyto zkušenosti vyplývají z vysoce expertní a abstraktní povahy modelu. Původní milánská metoda používá metaforu „hry“ a staví rodinu spíše do pozice objektu terapie než partnera v terapeutickém procesu. Další významná kritika a podněty pro změnu milánské metody přicházejí ze strany feministické teorie, teorie sociální spravedlnosti a od terapeutů, kteří vyslovili výhrady proti neutralitě sy-

temického stanoviska v případech zneužití a násilí (Goldner, Penn, Scheinberg, Walker, 1990; MacKinnon, Miller, 1987).

V roce 1984 vedlo v nemocnici v Keropudas rozpoznání negativních důsledků odměřeného a objektivizujícího pohledu na rodinu ke změně průběhu vstupní a přijímací procedury. Personál nemocnice zavedl terapeutické setkání ještě před začátkem jakékoli terapie. Dalším důvodem pro tuto změnu byla skutečnost, že nemocnice je součástí státního psychiatrického systému péče, která by měla být dostupná pro všechny pacienty bez rozdílu. Ve Finsku musí být do rodinné terapie přijati všichni pacienti, nejen ti, kteří mají lékařské doporučení, ale i ti, kteří přijdou sami. Alanen a jeho tým v Turku rozpracovali myšlenku terapeutických setkání jako součásti přístupu zohledňujícího potřeby pacienta (Alanen, 1997).

Tento druh setkání se postupně vyvinul v hlavní terapeutický prostředek. K pochopení nových jevů vyvstávajících při těchto otevřených setkáních, odlišných od sezení rodinné terapie, přispěly myšlenky konstruktivismu a myšlenka dialogizmu, kterou rozvíjeli Bachtin (1984), Voloshinov (1996) a Vygotsky (1970). K dalšímu rozvoji otevřených setkání, která jsou dnes označována jako Otevřený dialog, významně přispěla idea reflektujícího týmu (Andersen 1987, 1990, 1992) a přístup systémového kooperativního využití jazyka vyvinutý skupinou pracující v Galvestonu (H. Anderson & Goolishian, 1988).

Organizace terapeutického setkání

Jelikož cílem je poskytnout okamžitou pomoc v krizi, základní formou metody Otevřeného dialogu je tzv. terapeutické setkání, které se uskutečňuje obvykle u pacienta doma, a to do 24 hodin od okamžiku, kdy kontaktuje nemocnici. Mobilní krizový tým, který se na tomto setkání podílí, se skládá z lidí pracujících s ambulantními i hospitalizovanými pacienty a při této příležitosti se poprvé setkávají pacient, členové terapeutického týmu a další zainteresované

osoby (např. pacientovi příbuzní, přátelé a další odborníci). Setkání je inscenováno jako otevřené fórum, kdy všichni účastníci sedí v kruhu v jedné místnosti.

Odpovědnost za svolání týmu a zorganizování setkání nese zaměstnanec, se kterým proběhl první kontakt. Na členech týmu, kteří terapeutické setkání organizují, leží i odpovědnost za vedení dialogu. Ve způsobu vedení rozhovoru je možno zvolit jednu ze dvou možností. Účastnit se rozhovoru a klást otázky mohou buď všichni členové týmu, anebo se předem domluví, že rozhovor povede jen jeden z nich. Složení týmu obvykle závisí na konkrétní situaci a na předchozích zkušenostech rodiny s terapií, přičemž na tato setkání bývají zváni všichni terapeuti, kteří s rodinou pracovali v minulosti.

Všechna rozhodnutí, která se týkají probíhající terapie, medikace a hospitalizace se probírají a uzavírají v přítomnosti všech. Žádná oddělená setkání týmu, kde by se probíraly možnosti léčby, neexistují. Na záležitosti, které se týkají možností průběhu léčby, je vhodné soustředit se až ve druhé části terapeutického setkání, tedy poté, co členové rodiny dostali příležitost vyjádřit své představy či obavy. Výsledek setkání by někdo měl na závěr shrnout, obzvláště došlo-li k nějakým rozhodnutím. Pokud žádná rozhodnutí nezazněla, je také nutné tuto skutečnost na závěr rekapitulovat. Délka terapeutického setkání může být různá, obvykle však stačí 1,5 hodiny.

Ať už je pacient hospitalizován nebo ne, v práci s ním pokračuje stále stejný tým odborníků, který se setkává s pacientem a jeho sociální sítí, dokud naléhavá situace nepomine a symptomy se nerozpustí (což někdy trvá delší, jindy kratší dobu). Princip „psychologické kontinuity“, jinými slovy trvalého zapojení stejného týmu po celou dobu, má v tomto přístupu zásadní význam. Tým zůstává ve spojení s rodinou, dokud není jasné, že tito lidé jsou mimo ohrožení.

Vytvoření konceptu terapeutického setkání změnilo milánskou praxi dlouhých inter-

valů mezi jednotlivými sezeními a začalo poukazovat na důležitou roli řeči a jazyka při řešení psychotických krizí. Milánský model s krizovými intervencemi obecně nepočítá. Italové naopak vnímali zmínku o krizi jako „tah“ v „rodinné hře“, na který terapeutický tým strategicky reagoval tím, že krizi zpochybnil (Selvini-Palazzioli et al., 1978). Každodenní intenzivní práce s rodinami v krizi se tedy stala dalším významným odklonem od milánské metody.

Navzdory uvedeným odlišnostem bylo zavedení terapeutického setkání jako prvního kroku směrem k Otevřenému dialogu pravděpodobně umožněno vývojovým potenciálem, který podle všeho je součástí milánské metody. Jak říká Lynn Hoffmanová: „ani ne tak jako soustava nějakých procedur jako spíš model, který učí, jak uvažovat jinak,“ systemický přístup učil odborníky reflektovat a transformovat své vlastní premisy a chování v obtížných situacích (Boscolo et al., 1987, str. 28).

Na počátku osmdesátých let se Boscolo a Cecchin silně inspirovali prací kybernetiků von Foerstera, Varela a Maturana, autorů pojmu kybernetického systému druhého řádu. Upozornili na to, že nemůžeme mluvit o odděleném pozorovaném systému, ale jen o „pozorujícím systému“, který zahrnuje i úhel pohledu pozorujícího. Proto musíme o každém setkání s rodinou uvažovat i jako o prostoru, kde vznikají myšlenky, které terapeuti vnášejí do své práce. Zárodky posunu k pojmání systému jako systému druhého řádu se projevil v závěru kariéry původního milánského týmu, konkrétně v jejich článku o cirkulárním dotazování (Selvini-Palazzioli et al., 1980). Kladli v něm důraz spíše na proces vedení rozhovoru než na charakteristiky rodiny a tímto zaměřením na vedení rozhovoru spíše než na intervenci anticipovali nastávající lingvistický obrat v oboru.

Proměna myšlení finského týmu, po níž následovaly mnohé další změny, byla v souladu se způsobem myšlení vycházejícím z posunu k systémům druhého řádu. Za-

čala vlastně už v okamžiku, kdy tým začal přistupovat k rodině a všem, kteří byli do situace zapojeni, jako k partnerům. Od analogie s kybernetikou a metafor uzoňého úhlu a pozorování se postupně upustilo. Nahradila je nejprve metafora hlasu a naslouchání a později metafora citění a doteku (Hoffman, 2002). Především ale přetrvávalo pojmání terapie jako procesu, který je utvářen společně a při němž je záměrně kladen důraz na jazykovou komunikační výměnu a rozvíjení dialogu. Metoda Otevřeného dialogu si z Batesona a milánské tradice podržela i další významné myšlenky, například pojem komunikační pozice a důraz na potvrzení, ačkoli význam pozitivní konotace se snížil.

POETIKA OTEVŘENÉHO DIALOGU

Snášení nejistoty

Užívání jazyka, které charakterizuje terapeutická setkání založená na Otevřeném dialogu, se velmi liší od užití jazyka v jiných terapiích orientovaných na sociální síť. Jak bylo uvedeno výše, rozhovor se opírá o principy „snášení nejistoty“, „dialogizace“ a „polyfonie“. Ačkoli jsou všechny tři principy v praxi propojeny, zde se jimi budeme zabývat odděleně. Snášení nejistoty je protiváhou či přesněji řečeno opakem hypotetizování a jiných hodnotících prostředků v systemickém přístupu.

V praxi je snášení nejistoty zprostředkováno častými setkáními a povahou dialogu. Setkání jsou častá, pokud možno každý den, aby se rodina necítila v krizi sama. Členové týmu věnují pozornost rozvrhu setkání; je obvyklé, že se po 10 až 12 dnů následujících po krizi konají denně.

Nejistotu lze snášet jen v případě, že je terapie vnímána jako bezpečná. Každá těžká krize vyžaduje, aby terapeuti i rodina po určitou dobu zvládali nejednoznačnost pro krizové situace příznačnou, kdy právě dialog může sloužit jako „Ariadnina nit“. Velký důraz je proto kladen na vytvoření důvěryhodného terapeutického kontextu či „scény“, potřebného ke zmírnění a zvládnutí úzkosti a obav pramenících z krize. Pocit bezpečí je

navozen vyslechnutím názoru a úhlu pohledu každého účastníka a reagováním na ně, čímž je každý účastník legitimizován. Pokud se podaří vytvořit tento druh tolerance, odhalí se více možných psychologických (či v naší terminologii „dialogických“) zdrojů na straně rodiny a pacienta, kteří do té doby neovládali jazyk, kterým by mohli vyjádřit své prožívání zátěžových událostí.

Součástí tohoto přístupu k nejistotě je i ponechání otázky „Co budeme dělat?“ otevřené až do té doby, dokud společný dialog nepřinese odpověď nebo dokud potřeba jednat nevyprchá. Rychlé rady, předčasné závěry a tradiční intervence snižují pravděpodobnost, že se vytvoří pocit bezpečí a důvěry nebo že se vynoří skutečné řešení psychotické krize. Zvláště se doporučuje vyvarovat se hypotéz, jelikož mohou umlčet a narušit hledání přirozeného způsobu zmírnění krize (Andersen, 1990). Terapeuti tedy přicházejí bez předběžné definice problému a s nadějí, že nové myšlenky a příběhy přinesou samotný dialog.

Jakkoli princip snášení nejistoty připomíná přístup nevědění (not-knowing) navržený Andersonem a Goolishianem (1992), je od něj odlišný. Galvestonská skupina definuje způsob vědění, kdy v roli experta je klient, zatímco tím, kdo se učí, je profesionál. Finský přístup oproti tomu definuje způsob bytí s ostatními a se sebou samým, který představuje poněkud odlišný druh vědění. Vystihl to Rilke (1984), když napsal: „live your way into the answer“ – odpověď je tvůj život.

Dialogizace

Základním rámcem komunikace mezi týmem, klientem a jeho sociální sítí je spolu s principem snášení nejistoty i Bachtinova myšlenka dialogu (1984). Dialog, vystavěný na komunikaci a založený na vztahu mezi pacientem a jeho sociální sítí (lidé, kteří jsou s pacientem spojeni), snižuje pocit izolace. Psychóza je z konstruktivistického pohledu dočasná, radikální a děsivá odcizení obecně sdílené komunikaci. Je to „země nikoho“, ve které pro nesnesitelné zážitky nenacházíme

slova, která by je mohla popsat. Pacient nenachází způsob, jak svou zkušenost pravdivě zprostředkovat druhým (Holma, 1999; Seikkula, 2002). Cílem terapie je tedy vytvořit společně sdílený verbální jazyk pro vyjádření těch zážitků a zkušeností, které by jinak zůstaly zakotveny jen v psychotických symptomech člověka, v jeho osobních, vnitřních hlasech a halucinacích.

Adaptace Bachtinovy idey dialogu na psychotickou situaci vychází z tradice, podle které jazyk a komunikace konstruuji sociální realitu. Vytváření slov a navázání symbolické komunikace představují formování hlasu, identity a uplatňování vlivu „mezi lidmi“ (Gergen, 1999). Krize se tak stává příležitostí vytvořit a přestavět příběhy, identity a vztahy, které konstruuji self a jeho sociální svět.

Otevřený dialog převádí Bachtinův koncept dialogizace do současně probíhajících procesů naslouchání a porozumění. Tento přístup je v souladu s pojetím „her bez autora“ francouzského filozofa Jean-Francois Lyotarda, který se opírá o Wittgensteinův koncept jazykových her, v protikladu ke „spekulativní hře“ západní filozofie a diskurzu. Lyotard popisuje „hru na naslouchání“ jako „hru na spravedlnost“, ve které „je nejdůležitější naslouchat“, a pokud hovoříme, „mluvit, jako bychom naslouchali“ (Hoffman, 2000).

Z tohoto pohledu je v otevřeném dialogu idea naslouchání důležitější než proces dotazování. Proto jsou první otázky položené v terapeutickém setkání co možná nejotevřenější, aby členům rodiny a celé sociální síti poskytl možnost začít mluvit o tématech, která pro ně v tu chvíli mají zásadní význam. Tým si témata rozhovoru nepřipravuje předem.

Jedním z úkolů členů týmu je vyjádřit se ke všemu, co pacient nebo druzí sdělí. Právě takové „odpovědi“ na pacientovy výroky a sdělení vytvářejí rozhovor. Odpovědi týmu mají však obvykle formu dalších otázek vycházejících z toho, co předtím řekl pacient. Podle Bachtina každá promluva vyžaduje odpověď. Tzv. estetika dialogu (to, jak spolu

souvisí promluva a odpověď) má nicméně být „dialogická“, nikoli „monologická“ (jak je tomu v případech, kdy mluvčí nereaguje jako naslouchající) (Volshinov, 1996).

Bachtin ve svém výkladu pojmu „heteroglosie“ vysvětluje, že slova nemají vlastní předem fixní význam. Nesou pouze stopy či fragmenty významů pramenících z našeho bohatého jazykového dědictví. Význam se rodí teprve v probíhající slovní výměně, kdy jsou mluvčí i naslouchající vzájemně propojeni ve svém úsilí pochopit psychotickou epizodu. Terapeutický proces však vyžaduje tvořivou účast nejen na tom, co lidé říkají verbálně, ale i na jejich pocitech a smyslových reakcích mezi nimi. Pacient, jeho vztahové osoby a profesionálové se setkávají v dialogickém prostoru, ve kterém se může vynořit jazyk, kterým je možné vyjádřit utrpení. Utrpení dostává svůj hlas.

Polyfonie

V metodě Otevřeného dialogu neexistuje žádný objekt – žádná struktura nebo hra –, který by měl být terapií změněn. Místo toho tato metoda pracuje s rozmanitými subjekty, které dávají vzniknout polyfonii mnohočetných hlasů. Jako první navrhli lingvistické paradigma zpochybňující představu vztahové struktury či komunikačního systému v rámci rodiny Anderson a Goolishian (1988). Podobný postoj nalezneme i u poststrukturalisty Whitea (1995).

Tým se místo na strukturu zaměřuje na zúčastněné osoby. To znamená, že „systém“ se vytváří v průběhu každého dialogu, kdy realitu konstruuje samotný rozhovor, nikoli pravidla nebo struktura rodiny. V tom se dialogický přístup liší od systemického, který intervenuje, aby změnil systém. Dialogický přístup vytváří sdílený jazyk, který umožňuje, aby bylo utrpení člověka pochopeno v rámci aktuální vztahové sítě.

V otevřeném dialogu se každý může zapojit do rozhovoru podle toho, jak mu to vyhovuje. Obvykle tazatel začne tím, že vyzve člověka, který požádal o setkání, aby začal. Poté se s žádostí o vyjádření obrací na další

přítomné. Tazatel je může podpořit určitými otázkami, například: „Kdy jste si začal o syna dělat starosti?“ Nejdůležitější je, aby tazatel velice pozorně sledoval komunikaci člověka, který je v krizi. Právě jeho slova a významy vytvářejí ohnisko dialogu. Narozdíl od využívání cirkulárních otázek v systemickém přístupu důraz na dialog spočívá ve vršení mnohočetných vyjádření, přičemž není cílem odhalit konkrétní pravdu.

Důležité pravidlo je, že kdokoli z přítomných má právo na komentář. Otázky nebo reflexe odborníků by probíhající hovor neměly přerušovat, pokud výslovně nereagují na diskutované téma. Jejich komentář může mít buď podobu otázky týkající se tématu, nebo může zahájit reflexi tématu, jíž se zúčastní další odborníci (Andersen, 1995). V rámci procesu reflexe se neustále střídá naslouchání s mluvením, takže pro pacienta a jeho rodinu vynikají nové příležitosti k přebudování jejich zkušenosti (Andersen, 1995; Seikkula, Aaltonen, Alakare et al., 1995).

Otevřený dialog byl sice ovlivněn ideou reflektujícího týmu, ale je méně strukturovaný a spontánnější. Reflexe různých odborníků, kteří spolu ve stejném složení v některých případech pracují i mnoho let, zaznívají bez přípravy, a to velmi často v náročných a stresových situacích. Tyto reflexe se tak na úsilí vytvořit z pacientovy psychotické komunikace příběh podílejí formou emoční podpory.

Jestliže se vynoří známky konfliktu, je třeba dát všem hlasům prostor k vyjádření a tak podpořit naslouchání a komunikační výměnu v protikladu k polarizovanému myšlení v kategoriích dobrý – špatný. Neznačená to, že každý musí akceptovat všechny úhly pohledu. Lidé mohou nesouhlasit. Avšak už jen tím, že dáme v bezpečném prostředí zaznít různým hlediskům, může dojít k pozitivním změnám. Cílem je dosáhnout vzájemného porozumění, nikoli konsensu. Jde o to mluvit s pacientem nebo jeho rodinou o jakémkoli důležitém tématu, avšak pouze v jejich přítomnosti, reakce na terapeutické setkání

nevýjímaje. Po terapeutickém setkání je žádoucí hodnotit jen minimálně.

Otevřený dialog, zakotvený v milánské tradici, je významnou a dobře propracovanou ukázkou postmoderního paradigmatu (Andersen, 1995; H. Anderson, 1997; Anderson, Goolishian, 1992; Hoffman, 2002; Penn, 2001). Řečeno s Derridou (1971), „žádná esence není nezávislá na svém nositeli“ (str. 229). Jinými slovy, neexistuje žádná koncepce pravdy nebo reality, která by stála odděleně a mimo lidské vyjadřování. Účinnost terapie je založená na účinku dialogizování v sociální vztahové síti, kdy nová slova a příběhy vstupují do společného diskurzu. Cílem je užívat jazyk v průběhu terapeutického setkání po dostatečně dlouhou dobu (snášení nejistoty), aby vše, co je těžko vyjádřitelné, s pomocí vztahových osob v sociální vztahové síti (polyfonie) dostalo prostor a hlas (dialogizace).

PŘÍBĚH: PEKKA A MAIJA

Následující dialog je výjimečný v tom, že psychotické symptomy muže jménem Pekka v jeho průběhu vymizely a neobjevily se ani během následujících 7 let. Není to typické, neboť psychotická krize obvykle trvá 2–3 roky. Tento případ však ilustruje terapeutický proces, v němž se společně hledají slova či výrazy pro dosud nevyřčenou zkušenost. Předpovědět, jak dlouho takový proces bude trvat, není možné. Výše uvedený případ svědčí o tom, že k zásadnímu obratu může dojít už při prvním terapeutickém setkání. Ve většině případů je však třeba více rozhovorů.

Pekka, třicetiletý ženatý muž, který pracoval v železářství, se setkal se svým lékařem primární péče. Pekka mu řekl, že se stal obětí intrik a že muži, kteří se proti němu tajně spikli, se ho snaží chytit. Lékař kontaktoval příjímací oddělení psychiatrické léčebny a sjednal první léčebné setkání. Zúčastnili se jej Pekka, jeho žena Maija, lékař primární péče (L), psycholog (P) a tři sestry. Členové týmu se setkali s vysokým a statným mužem, jeho žena byla menší. Manželka uvedla tým

do pokoje a všichni se posadili. Na začátku setkání hovořil Pekka, Maija mlčela. Sledovala však manžela, který se k ní občas otočil, aby se ujistil, že souhlasí s tím, co říká.

Zpočátku byla Pekkova řeč psychotická a inkoherentní a nebylo mu rozumět. Rozhovor první půlhodinu přeskakoval z jednoho tématu na druhé, aniž by u některého došlo ke společnému rozvíjení dialogu. To se nakonec změnilo ve chvíli, kdy se jedna sestra zeptala Pekkovy ženy, co jí osobně dělá starosti. Tato otázka iniciovala začátek dialogu, ve kterém se Pekkova psychotická řeč začala měnit.

Maija: No, Pekka má vidiny. Všechny podezírám.

Pekka: Ano, a...

Maija: Podle mě už jsou na něj všichni naštvaní.

Pekka: ...říkal jsem, že nebudu...

Maija: A když člověk řekne něco o budoucnosti...

Pekka: No, je hodně nervózní, i když...

Maija: ...stejná situace tady už byla před osmi lety.

Pekka: Byl to velký spor.

Maija: Dokonce se bál svého otce. Bál se, že ho otec zabije.

Psych: Jak to dopadlo? Byl na léčení?

Maija: Ne, nebyl na léčení. Už si sama nevzpomínám, jak to dopadlo, možná to prostě odeznělo...

Maija začala situaci souvisle popisovat včetně podrobností, které členům týmu umožnily udělat si určitý obrázek o situaci. V průběhu této části rozhovoru však Maija a Pekka mluvili současně, takže se polyfonicky doplňovali. Členové týmu se nepokoušeli jejich rozhovor nijak strukturovat a nenutili je, aby nemluvili současně. Naopak styl hovoru dvojice přijali. Po této počáteční výměně názorů začal Pekka v porovnání se svým předchozím projevem, kdy jednotlivé myšlenky a věty uváděl neuspořádaně, hovořit jasněji. Tento záblesk zřetelných myšlenek signalizoval, že všichni stojí

na počátku vytváření společného jazyka. Asi čtyřicet minut od začátku setkání začali Pekka a Maija popisovat události, které vedly k nástupu psychózy. Slovy načrtli dojemný názorný obrázek toho, co se dělo, vyprávěli zážitky, které předtím existovaly jen jako útržky vět bez kontextu. K tomuto posunu došlo na popud tazatele, když je poprosil o pečlivý, pozvolný popis událostí, které ke krizi vedly. Díky hovoru byl Pekka schopen přiřadit ke svým zkušenostem slova. Jeho psychotické projevy ustoupily.

Maija a Pekka se shodli na tom, že psychotické symptomy začaly v pátek. Psycholog je vyzval, aby všem řekli víc o tom, co se v pátek stalo. Pekka vysvětlil, že se v té době blížily vánoční svátky a že neměl žádné peníze na dárky, protože nebyl zaměstnaný. Jeho předchozí zaměstnavatel mu dlužil nějaké peníze na odměnách. Pekka prožíval velké dilema. Kdyby o peníze požádal, mohlo by to ohrozit jeho kamarádství s bývalým zaměstnavatelem. Kdyby o ně ale nepožádal, znamenalo by to, že Pekka nemůže nakoupit své rodině vánoční dárky a neplní tak svou otcovskou roli. Nakonec Pekka překonal svou úzkost a zavolal zaměstnavateli kvůli své odměně. Zaměstnavatel odpověděl tak, že obvinil Pekku z vyděračství. Během jejich telefonického rozhovoru však náhodou došlo k výpadku elektrického proudu v celé oblasti a hovor byl přerušen. Zde uvádíme popis jejich rozhovoru.

Psych: Ano, a Ray (zaměstnavatel) řekl, že ho vydíráte?

Pekka: Ano, a...

L: A pak se hovor přerušil?

Pekka: Ne, nebylo to v tu chvíli. Hovor se přerušil, když jsem řekl ‚Samozřejmě, že tě nevydírám, ale byl bych hrozně rád, kdyby to nějak dopadlo, protože potřebuji peníze na vánoce.‘

Psych: Slíbil během hovoru, že v té věci něco podnikne?

Pekka: Řekl, ‚Ano, podívám se na to.‘ A v tom okamžiku vypadl proud. A byla to opravdu strašná hádka. Obrazovka počítače

blikala, proud kolísal... Říkal jsem si, že se se mnou asi nějak spojí.

Psych: Dělal vám to starosti?

Pekka: No, myslel jsem, že se Ray opravdu lekl...

Maija: Když vypadl proud.

Pekka: Bylo to jako znamení, že vydírání opravdu funguje...

Události, o kterých se dosud nemluvilo, se konečně dočkaly vyslovení. Zdálo se, jako by se Pekka zmítal mezi protichůdnými imperativy, o kterých nedokázal mluvit, ani je nemohl nijak ovlivnit. Nepříjemný náhodný výpadek proudu interpretoval v rámci svého pocitu bezvýhodné situace. Členové týmu začínali chápat, že Pekkova paranoia byla výsledkem několikaměsíčního extrémního napětí z toho, že nemá peníze. Tým pak manželský pár povzbudil, aby jim řekli další podrobnosti o tom, co následovalo. Když se do toho Pekka s Maijou pustili, členové týmu jim pomáhali dále dekonstruovat psychózu tím, že se mluvilo o emocích, které Pekkou zmítaly při nástupu symptomů. Psycholog se domníval, že během probíhajícího léčebného setkání si Pekka znovu prožil hrůzu, kterou zažil, když se u něj objevily halucinace. Aby Pekkovi pomohl vyjádřit jeho emoci strachu, zeptal se jej, co ho po výpadku proudu napadlo jako první.

Psych: Zdá se, že jste byl k smrti vyděšený?

Pekka: No, tak strašné to zase nebylo. Ale přemýšlel jsem, že bude lepší z toho místa odejít. Člověk nikdy neví, Ray dokáže být tak agresivní a vznětlivý, takže se nedá odhadnout, co udělá...

Psych: Co vás napadlo nejdřív...

Pekka: ...že jestli si pro mě přijde... copak by ho něco mohlo zastavit, kdyby přišel...

L: Kdyby po vás šel...

Pekka: Ano, kdyby po mně šel...

L: Kdyby si pro vás přišel a chtěl vás zabít, tak to bylo?

Pekka: Tak to, to je... to je samozřejmě to nejhorší, co by mohl udělat...

Lékař definoval Pekkovu emoční zkušenost silnými slovy: „Přijde a zabije vás, to jste si mysleli?“ Tato formulace Pekkův strach vyjádřila nově, jasně a konkrétně a Pekka ji okamžitě akceptoval. Během schůzky se mezi Pekkou a týmem podařilo nastolit pocit bezpečí a atmosféru důvěry, takže se již bylo možné zaměřit na Pekkovy nejzávažnější obavy. Tato interakce ilustruje, jak se v dialogu odráží snášení nejistoty.

Následuje reflexe situace členy týmu. Reflexe se v Otevřeném dialogu zpravidla používá ve chvílích, kdy lidé hovoří o tom, co je nejvíce děsí, a kdy je riziko, že propadnou chaosu. Tým reflexi vede z pozice logických konotací. Mluvit o logických konotacích je výstižnější než používat pojem pozitivní konotace, poněvadž druhé označení dává symptom do služeb výhodnějšího předpokladu či mýtu (Boscolo et al., 1987). Logická konotace ukazuje, jaký význam může mít problematická zkušenost nebo chování v konkrétním kontextu. Reflexe v rámci hovoru mezi členy týmu vychází z dialogických principů. Důraz je kladen nikoli na intervenci, ale na vytvoření jazyka, který by vyjadřoval zkušenost manželského páru a který by oběma partnerům vrátil hlas a možnost ovlivňovat chod věcí. Úkolem týmu je aktivně hledat nové náhledy na problém. Témata, která tým rozvíjí, navazují na slova, která použili Pekka a Maija, a stavějí na nich.

Psych: Můžete prosím chvíli počkat? Rádi bychom teď diskutovali mezi sebou. Co si o tom myslíte? Jaké myšlenky vás napadají?

L: No, když Pekka mluvil, napadlo mě, že Pekka je typ člověka, který se stará spíš o druhé než sám o sebe.

Pekka: To je trochu...

Psych: Více než o sebe?

L: Ano, důležitější jsou starosti souseda než jeho vlastní.

Psych: Takže když Pekka požádal o roční prémie, dělalo mu starosti, jak se bude cítit Ray...

L: Ano.

Psych: Dělá si starosti s tím, co si myslí Ray,

než aby se staral o peníze, které mu náleží.
L: Ano, a také mě napadlo, že byl opravdu v těžké situaci... Říkám si, jestli Pekka není ten typ muže, pro kterého je obtížné bojovat za svá práva a jít si za tím, co mu náleží... Přemýšlím také o tom, jestli Pekka vždycky popisuje všechno tak podrobně jako dnes. Nebo to může být příznak nějaké potřeby nebo strachu. Nebo chce, abychom některým záležitostem rozuměli lépe? Vysvětloval velmi pečlivě něco, co je obtížné pochopit, čeho je obtížné si všimnout.

Psych: No, pokud člověk nerozumí něčemu, co se stalo, má důvod vysvětlovat událost velmi podrobně. „Co to znamenalo?“ nebo „Proč jsem si myslel tohle?“ Porozumění celku se vytratilo, a tak se člověk soustředí na pochopení detailů.

L: A věci, které jsou zřejmé, a vysvětlené důvody mohou také být známkou toho, že celek zmizel ze zorného pole a člověk neví, co to celé znamená...

Psych: (Naráží na předchozí část setkání, kdy Pekka vysvětloval, že televize vysílala jemu určené soukromé vzkazy.) Ano, už není možné rozlišit, co je podstatné a co ne. Musí být strašně dítat se na televizi a myslet si, že některé věci se týkají jenom vás, i když program byl vyroben někde v Americe.

L: ...před spoustou let.

Členové týmu takto dialogicky reflektovali incident, který Pekka a Maija popsali. Na konci setkání se členové týmu k počátečnímu incidentu ještě jednou vrátili, aby se přesvědčili, jestli Pekka stále uvažuje o výpadku elektrického proudu a reakcích svého bývalého zaměstnavatele psychotickým způsobem. Psycholog se Pekky zeptal, jestli považuje souběh obou událostí za náhodu. Pekka odpověděl, že teď si myslí, že to náhoda byla. Členové týmu se shodli na tom, že pokud je Pekka přesvědčen, že jeho vztah s bývalým zaměstnavatelem neovládají žádné magické síly, není psychotický. Změna spočívala v tom, že Pekka začínal pociťovat, že jeho život není předurčen osudem, ale má na něj vliv.

V uvedeném příkladu Otevřeného dialogu byl nalezen jazyk, kterým bylo možné popsat děsivý paradox, jenž Pekka prožíval ve vztahu ke své rodině a svému zaměstnavateli. Psychotickou situaci je možné popsat i z pohledu teorie dvojné vazby: schopnost pojmenovat a komentovat své zážitky Pekkovi umožnila osvobodit se z jejího područí. Od konceptu dvojné vazby jsme nicméně upustili, protože je spojen s potřebou změnit vnější realitu, nikoli s myšlenkou „dialogického rozhovoru“, v němž lze nalézt cestu ven z psychotického světa. Z tohoto pohledu můžeme léčebné setkání definovat jako příležitost, kde lze slova, potřebná k vyjádření toho, co nás trápí, utkat rytmickým pohybem nitě hovoru sem a tam.

MIKROPOLITIKA OTEVŘENÉHO DIALOGU

Účinnost metody Otevřeného dialogu je pevně spjata s příslušným institucionálním a výcvikovým zázemím. Od roku 1984 prošel přístup v nemocnici v Keropudas systematickým vývojem a léčebné setkání bylo zavedeno jako standardní formát používaný při příjmu k hospitalizaci. Všichni zaměstnanci, včetně psychiatrů, psychologů, sester a sociálních pracovníků, procházejí tříletým výcvikovým programem. Výcvik je demokratický; předpokládá se, že potřebným dovednostem se může naučit kdokoli, kdo profesionální výcvik absolvuje. Tato demokratická etika je součástí obecné etiky uplatňované v rámci terapeutické kultury v nemocnici v Keropudas.

V západním Laponsku umožňuje odborníkům národní program zdravotní péče pracovat v týmech. V USA, kde je systém péče podřízen principu zpoplatnění služeb, je naopak možnost práce v týmech vyloučena (Coffey et al., 2001). Léčba založená na spolupráci v týmu velmi pozitivně ovlivnila i nemocnici jako celek, protože zaměstnanci uzavřených oddělení se povinně zapojují jako členové krizových týmů zasahujících v rámci nemocniční komunity a účastní se terapeutických setkání na svých odděleních.

Díky tomu, že se každý odborník dostává do různých profesních rolí, omezuje tento způsob týmové práce stereotypní způsoby uvažování určené úzkou odbornou perspektivou.

Z tohoto pohledu představuje Otevřený dialog spíše soubor v nemocnici plošně uplatňovaných praktik než model, který se aplikuje. Proto jej lze kombinovat s jinými druhy psychoterapie, především s individuální terapií, ale také s tradiční rodinnou terapií, arteterapií, pracovní terapií a dalšími druhy rehabilitace. Dialogický model strukturuje nejen léčebné, ale i profesní prostředí. Z toho důvodu nemusel původní tým nikdy čelit situaci, kterou zažilo mnoho jiných systematických týmů, kdy instituce, v níž tyto týmy působily, reagovala na jejich přítomnost negativně a snažila se je vytlačit (Boscolo et al., 1987).

I přes všechny inovace se léčba stále setkává s problémy a s případy neúspěchu. Popsaný přístup však tým zavazuje k tomu, aby v průběhu všech neúspěchů dále s rodinou pracoval a sdílel s ní tak všechna zklamání. Tím, co je u metody Otevřeného dialogu nejnáročnější, jsou administrativní a technické problémy, které je třeba překonat v zájmu snahy udržet týmy ve stejném složení po celou dobu léčení a garantovat tak v období krize jedinci a jeho sociální síti kontinuitu psychologické léčby.

Statistika výsledků

Na závěr části věnované mikropolitice Otevřeného dialogu uvedeme, jak lze využít výsledků z výzkumů a terapie. V prostředí, ve kterém dominuje diskurs „evidence-based practice“, musíme nutně výsledky doložit. Otevřený dialog je jeden z přístupů k těžkým psychotickým krizím, který se ve Finsku často stává předmětem výzkumu. Od roku 1988 proběhlo mnoho kvalitativních studií a měření účinnosti, které analyzovaly rozvíjení dialogu v průběhu léčebného setkání (Haarakangas, 1977; Keranen, 1992; Seikkula, 1994, 2002; Seikkula et al., 2001a,b). Od té doby, kdy byl tento nový

přístup institucionalizován, snížil se v západním Laponsku výskyt dalších případů schizofrenie (Aaltonen, Seikkula, Alakare et al., 1997). Navíc se snížil i výskyt dalších chronických schizofrenických pacientů (Tuori, 1994).

V současnosti probíhá kvazi-experimentální studie s pacienty s první psychotickou epizodou a západní Laponsko bylo začleněno do Finského národního projektu API (Integrated Treatment of Acute Psychosis - Integrovaná léčba akutní psychózy). Studii vede Univerzita Jyväskylä a Turku společně s STAKES (State center for Development and Research in Social and Health Care – Státní centrum pro rozvoj a výzkum sociální a zdravotní péče) (Lehtinen, Aaltonen, Koffert et al., 2000). Od dubna 1992 do března 1997 byly do studie zahrnuti pacienti s neafektivní psychózou. Jedno z výzkumných center bylo v západním Laponsku a mělo za úkol začít léčbu bez neuroleptické medikace. Porovnávalo se pak s ostatními třemi centry, která používala medikaci standardním způsobem, obvykle na počátku léčby. V západním Laponsku bylo u 58 % pacientů, kteří se účastnili studie, diagnostikována schizofrenie (Seikkula et al., 2001b).

Porovnání schizofrenických pacientů, kteří se účastnili Otevřeného dialogu, s pacienty běžné léčby ukázalo, že výsledky léčby u těchto skupin se významně liší. Pacienti „Otevřeného dialogu“ nebyli tak často hospitalizováni a 35 % z nich potřebovalo neuroleptika, zatímco ve srovnávací skupině pacientů léčených běžnými postupy to bylo 100 %. V následné dvouleté studii 82 % osob Otevřeného dialogu nevykazovalo žádné nebo jen mírné psychotické symptomy, ve srovnávací skupině pacientů léčených běžnými postupy to bylo 50 %. Pacienti ze západního Laponska získávali lepší pracovní uplatnění, jen 23 % jich skončilo v pracovní neschopnosti, u druhé skupiny to bylo 57 %. Relaps se objevil u 24 % pacientů Otevřeného dialogu, ve skupině pacientů léčených běžnými postupy 71 % (Seikkula, Alakare, Aaltonen et al., in press). Možným

vysvětlením těchto výsledků a relativně dobré prognózy při léčbě metodou Otevřeného dialogu může být i zkrácení období tzv. neléčené psychózy na 3,6 měsíců. V západním Laponsku funguje systém založený na sociálních sítích a klade důraz na okamžitou intervenci v případech akutních psychotických symptomů dříve, než přejdou do těžkého a chronického stavu (Seikkula et al., 2001b).

Je důležité porozumět tomu, že Otevřený dialog transformuje celý psychiatrický systém včetně administrativního zázemí, propojení s primární péčí a psychiatry, s výcvikem a probíhajícími studii účinnosti. Poetika dialogu je konzistentní s mikropolitikou profesního prostředí a současně je mikropolitikou tohoto prostředí posilována.

ZÁVĚR

Gregory Bateson (1962) v souvislosti s teorií dvojné vazby napsal, že „pokud je možné patologii zažehnat nebo se jí ubránit, výsledná zkušenost může podpořit tvořivost“ (str. 242). Otevřený dialog je možností, jak se vzepřít zkušenosti „patologie“. Vytváří transformující dialog v sociální síti (Gergen, MacNamee, 2000). I když při práci s vážnými psychotickými poruchami je neúspěch běžnou záležitostí, Otevřený dialog může mnohým nabídnout možnost, jak nalézt cestu z labyrintu.

Na mnoha místech Ameriky se státní zdravotnictví potýká s vážnými problémy. Nejnovější zpráva vedoucího amerického úřadu pro zdravotnictví přináší informaci, že 80 % dětí a jejich rodinám, kteří potřebují léčbu v oblasti duševního zdraví, se nedostává přiměřené péče (U.S. Public Health Service, 2000). Ve federálních médiích se objevují zprávy o dětech a dospělých, kteří uvízli v nemocnicích, a v několika státech již tyto lidé zdravotnická zařízení žalují (Goldberg, 2001). Strategie řízení zdravotní péče vedou k posílení dekontextualizovaného biologického modelu, který neušetří náklady ani neposkytuje efektivní terapii.

Existuje stále více důkazů, že etický a nenákladný způsob léčby mohou poskytnout

různé modely komunitní péče, jako je Otevřený dialog. Tento způsob práce, vycházející z Bachtinova dialogického principu a dalších postmoderních myšlenek, humanizuje a zkvalitňuje péči o mladé lidi trpící akutní psychotickou či jinou krizí. Principy Otevřeného dialogu lze uzpůsobit i pro řešení dalších závažných problémů. Myšlenka terapie založené na sociálních sítích vznikla původně ve Spojených státech, ale současný systém řízení zdravotnictví (tzv. *managed care*) je zde limitujícím faktorem pro její využití. V podmínkách současné krize se zdá užitečné připomenout si, že existuje možnost, která byla v USA zavrhnuta, a začít brát možnosti, které Otevřený dialog nabízí, vážně.

LITERATURA

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, R., Keranen, J. & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. ISPS. Abstracts and lectures 12-16, October 1997. London.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnak Books.
- Alanen, Y., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J. & Wokinen, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis. In: Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (Eds.). *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (str. 235-265). London: Gaskell.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1990). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In: MacNamee, S. & Gergen, K. (Eds.). *Therapy as social construction* (str. 54-68). London: Sage.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes: Acts of informing and forming. In: Friedman, S. (Ed.). *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (str. 11-35). New York: Guilford Press.
- Anderson, C., Hogarty, G. & Reiss, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In: MacNamee, S. & Gergen, K. (Eds.). *Therapy as social construction* (str. 54-68). London: Sage.
- Bachtin, M. (1984). Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and history of literature; Vol.8. Manchester, UK: Manchester University Press.
- Bateson, G. (1962). A note on the double bind. In: Sluzki, C. & Ransom, D. (Eds.). *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (str. 39-42). New York: Grune & Stratton.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. In: Sluzki, C. & Ransom, D. (Eds.). *Double bind The foundation of the communicational approach to the family* (str. 3-22). New York: Grune & Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Coffey, E. P., Olson, M. E. & Sessions, P. (2001). The heart of the matter: An essay about the effects of managed care on family therapy with children. *Family Process*, 40, 385-399.
- Derrida, J. (1971). White mythology: Metaphor in the text of philosophy. In: Bass, A. (Trans.), *Margins of philosophy* (str. 207-271). Chicago: University of Chicago Press.
- Falloon, I. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-283.
- Falloon, J., Boyd, J. & McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Gergen, K. (1999). *An invitation of social construction*. London: Sage.
- Gergen, K. & MacNamee, S. (2000). From disor

- dering discourse to transformative dialogue. In: Neimeyer, R. & Raskin, J. (Eds.). *Constructions of disorders* (str. 333-349), Washington DC: American Psychological Association.
- Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H. & Burnett, P. (1999). Family intervention in early psychosis. In: McGorry, P. & Jackson, H. (Eds.). *The recognition and management of early psychosis* (str. 380-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldberg, C. (2001, July 9). Children trapped by mental illness. *The New York Times*, pp. A1, A11.
- Goldner, V., Penn, P., Scheinberg, M. & Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*, 29, 343-364.
- Goldstein, M. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, II (Suppl.18), 77-83.
- Haarnknngas, K. (1997). The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family certified psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. Jyvaskyla studies in Education, Psychology and Social Research, 130.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. In MacNamee, S. & Gergen, K. (Eds.). *Therapy as social construction* (str. 7-24). London: Sage.
- Hoffman, L. (2000). A communal perspective for relational therapies. In Olson M. E. (Ed.), *Feminism, community and communication* (str. 5-17). New York: Haworth Press.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. New York: Norton.
- Holma, J. (1999). The search for a narrative; Investigating acute psychosis and the Need-Adopted treatment model from the narrative viewpoint. Jyvaskyla Studies in Education, Psychology and Social Research, 150.
- Keränen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centered psychiatric treatment system. English summary. Jyvaskyla Studies in Education, Psychology and Social Research, 93.
- Lannamann, J. W. (1998). Social construction and materiality The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37, 393-413.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rakkolainen, V. & Syvalahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-420.
- MacKinnon, L., & Miller, D. (1987). The new epistemology and the Milan approach: Feminist and sociopolitical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 139-156.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., & Jackson, H. (1996). EPPIC An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-325.
- Olson, M. E. (1995). Conversation and writing. A collaborative approach to bulimia. *Journal of Feminist Family Therapy*, 6(4), 21-44.
- Pakman, M. (2000). Disciplinary knowledge, postmodernism and globalization: A call for Donald Schoen's „reflective turn” for the mental health professions. *Cybernetics and Human Knowing*, 7, 105-126.
- Penn, P. (2001). Chronic illness: trauma, language, and writing: Breaking the silence. *Family Process*, 40, 33-42.
- Rilke, R. M. (1984). *Letters to a young poet* (S. Mitchell, trans.). New York: Random House
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: Family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis: Ex amples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, hl. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In: Friedman, S. (Ed.). *The reflective team in action* (str. 62-80). New York Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-266.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. & Lehtinen, V. (in press). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two year follow up on first-episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*.

- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, C. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason-Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Tuori, T. (1994). Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnaliisen kehitti misohjelman 10-vuotisamioinnista. [Treatment of schizophrenia is effective]. Helsinki: Stakes raportteja 143.
- US. Public Health Service. (2000). Report of the surgeon general's conference on children's mental health: Developing a national action agenda. Washington, DC: Author.
- Voloshinov, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, C. (1970). *Thought and language*. Boston, MA; MIT Press.
- Weakland, J. H. (1960). The "double bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In: Sluzki, C. & Ransom, D. (Eds.) *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (str. 23-47). New York: Crune & Stratton.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Vyšla slavná Jungova Červená kniha

Nakladatelství Portál uvedlo koncem října na trh výjimečný titul – Červenou knihu Carla Gustava Junga. České premiéry se tak dočkala publikace, která je považována za klíč k Jungovu dílu i učení.

Kniha je záznamem autorovy cesty do vlastního nitra mezi lety 1913 a 1929, z doby, kdy procházel osobní krizí, prožíval apokalyptické vize a slyšel hlasy. S těmito stavy se rozhodl bojovat tak, že se jim oddával v aktivní imaginaci a ztvárňoval je jak písmem, tak malbami. Výsledkem je mohutný rukopis vázaný v červené kůži, který Jung původně pojmenoval Liber Novus, Nová kniha, a který obsahuje text ztvárněný kaligrafickým písmem a doprovázený 200 obrázků.

Jung knihu nikdy nevydal z obav o svoji vědeckou reputaci. Po jeho smrti byla uložena do trezoru švýcarské Union banky, kde ležela do roku 2000. Až tehdy se podařilo britskému historikovi lékařství profesorovi Sonu Shamasanimu domluvit se s dědici na jejím vydání. Přeložil ji do angličtiny, doprovodil komentářem a pod jeho dohledem byla za přísných podmínek zdigitalizována a připravena pro tisk. Svoji premiéru měla v USA v říjnu 2009 a o rok později se Červená kniha dostává i k českým čtenářům. Nakladatelství Portál připravilo její vydání ve stejné podobě, jakou má zahraniční verze – první část obsahuje faksimile Jungova textu včetně ilustrací, druhá část je jeho českým překladem a nechybí ani odborný komentář.

„EUROPEAN SUMMER SCHOOL IN FAMILY THERAPY“ 2010

Šárka Hlaváčová

Ráda bych se pokusila zprostředkovat některá témata, která jsme rozvíjeli v dialogu v průběhu Evropské letní školy rodinné terapie v belgickém městě Leuven. Tohoto programu jsem se zúčastnila ve dnech 9.–14. srpna 2010 a pořádala ho organizace Context – Center for Marital, Family and Sex Therapy (www.uzleuven.be/context).

Mezi lektory patřil P. Rober (klinický psycholog, rodinný terapeut a výcvikový lektor), J. Seikkula (profesor psychoterapie na Jyväskylä University ve Finsku), J. Shotter (emeritní profesor na University of New Hampshire ve Velké Británii), J. van Lawick (klinická psychologka, rodinná terapeutka, ředitelka výcvikového centra rodinné terapie v Holandsku) a J. Wilson (rodinný terapeut, výcvikový lektor z Velké Británie). Každý z lektorů představil téma, kterým se zabývá ve své praxi a ve svých publikacích.

Na letní školu přijelo celkem 14 účastníků – psychologů, psychiatrů a rodinných terapeutů z Belgie, Holandska, Velké Británie, Kanady, Německa a Singapuru. Šestidenní program byl postaven na dvou pilířích – na praxi rodinné, párové terapie nebo terapie s dětmi a na teoretickém zakotvení v postmoderních přístupech k psychoterapii, konkrétně v dialogickém přístupu.

Z komplexity všech myšlenek, zážitků, zkušeností i hlasů, které dostaly prostor a byly vyslyšeny, z bohatství mého vnitřního dialogu a zážitku propojení s lidmi, kteří umí naslouchat tomu, co druhý člověk říká, vybírám jen střípky.

Využívali jsme možnost sledovat záznamy terapeutického sezení, měli jsme příležitost pracovat ve dvojicích, trojicích nebo ve skupinkách nad tématy nebo zkusit cvičení a následně reflektovat své myšlenky ve společném dialogu.

Na první pohled se může zdát, že jsme

poslouchali prezentace a dělali cvičení, jaká se dělají na jiných workshopech, a poté o všem diskutovali. To se samozřejmě také odehrávalo, ale podle mé zkušenosti je to jen vnější, snadněji pozorovatelný a přístupnější obrázek toho, co se v Leuvenu ve skutečnosti dělo. Už jen způsob, jakým nás lektori seznamovali se svými myšlenkami a zkušenostmi, otevíral často nové a nečekané otázky. Myslím si, že to hlavně probíhalo mezi lidmi a vycházelo z dialogického způsobu uvažování i vztahování se k druhým lidem, které otevírá prostor mezi lidmi ke společnému bytí, propojuje je a vytváří pocity důvěry a bezpečí i mezi těmi, kteří se vidí poprvé.

Dialogický přístup je součástí postmoderního uvažování v psychoterapii a především v rodinné terapii, kterou rozšiřuje o setkávání v rámci tzv. sociální sítě klienta (*social network*). Jeho kořeny vyrůstají z filozofie a jiných společenských věd a inspirují se u autorů, jakými jsou například M. Bachtin, V. Vološinov, L. Vygotskij, M. Buber, G. Bateson, M. Foucault, H. Gadamer, J. F. Lyotard, K. Gergen a mnozí další. Patří mezi ně i John Shotter, který se teoretickým aspektům dialogického přístupu věnoval v průběhu letní školy nejvíce.

Ve své prezentaci navázal **J. Shotter** na práci M. Bachtina, který rozvíjí dialogické vs. monologické myšlení jako dvě rozdílné cesty, jak naslouchat druhému. V dialogickém naslouchání jde o aktivní proces, ve kterém na každou výpověď mluvčího navazuje specifická odpověď naslouchajícího. Odpověď, která rozvíjí již vyřčené téma takovým způsobem, že k výpovědi přidává svůj souhlas, sympatii, odmítnutí atd., a tím původní výpověď otevírá dalším možnostem, dalším tématům a dále rozšiřuje. Nejde tedy jen o racionální porozumění, ale o určitou formu

reflexivní interakce, která se rozvíjí tím, že se naslouchající připojí ke druhému, sdílí s ním jeho způsob bytí, je v kontaktu s řečí jeho těla a emocemi. V dialogu jsou dva účastníci v procesu vzájemných odpovědí, je to začátek procesu utváření prostoru pro společné jednání. V dialogickém kontextu je přítomna polyfonie různých hlasů a významů. Je to způsob, jak být spolu, jak sdílet, jak být „s něčím, s někým“, jde o tzv. „*witness (dialogic) thinking*“.

V monologickém způsobu myšlení si podle výpovědi mluvčího naslouchající aktivně vytváří teoretický obraz či představu o tom, o čem mluvčí vypovídá. O tomto, do značné míry uzavřeném obraze se pak diskutuje, lze jej interpretovat a na tomto základě rozhodovat, jakým způsobem jednat. V monologickém způsobu naslouchání není důležité vycházet z komplexního charakteru odpovědi mluvčího, tedy i z řeči těla, emocí, mnohvrstevnatosti významů. Myšlení i řeč pak běží cestou „o“ něčem, nikoli „s“ něčím. Je tam vzdálenost od druhého, který se stává objektem vědomí, nikoli druhým vědomím. Jde o tzv. „*aboutness (monologic) thinking*“ (vztah subjekt–objekt). Monolog je proto dán do souvislosti se systémy kontroly a moci, které vybírají jen jednu z cest a ostatní uzavírají.

Pro dialogický způsob uvažování a vedení rozhovoru je specifické, že se nemluví „o něčem“, ale „s něčím“. Dialogičnost tedy můžeme popsat jako kontinuální rezponzivní naslouchání a odpovídání, které vytváří propojení mezi dvěma subjekty a společně sdílené bytí, ve kterém je prostor pro polyfonii hlasů a významů.

Z těchto teoretických předpokladů vychází přístup otevřeného dialogu, který vyvinul J. Seikkula spolu se svými kolegy ve Finsku. Dialogický způsob uvažování a naslouchání vycházející z Bachtina převedl do psychiatrické péče, konkrétně do léčby psychotických a jiných těžkých duševních onemocnění. **J. Seikkula** uvažuje o psychóze jako o aktivní odpovědi těla na traumatickou zkušenost z minulosti, pro niž člověk nenalezl způsob, jak ji vyjádřit

slovy tak, aby mu druzí porozuměli. Člověk zasažený psychózou nedokázal svou traumatickou zkušenost sdílet s druhými. Vytvořil si monologický jazyk, jazyk psychotických symptomů, kterému však nikdo nerozumí a který prohlubuje stažení z reality a vzdálení se od lidí. V terapii se proto přenesla pozornost na dialog, ve kterém se prostřednictvím pozorného dialogického naslouchání vytvářejí otázky (nebo jen další komentáře a výpovědi) ze slov klienta. Terapeut se neopírá o předem připravené otázky ani o intervence a interpretace, nesnaží se primárně o změnu. Terapeut formuluje své otázky a odpovědi ze sdělení klienta. Výpovědi klienta a terapeuta jsou propojeny a utvářejí význam, který se tak vytváří v neustále probíhající slovní výměně mezi účastníky. Každá odpověď otevírá diskusi dalším směrem, rozšiřuje možnosti. Mluvčí a posluchač vytvářejí z dialogických výpovědí společný jazyk (*joint language*). V tomto jazyce mohou být vyjádřeny zkušenosti (např. psychotická epizoda), které může člověk sdílet s ostatními a s nimiž může v dialogu hledat a nacházet nové významy.

Další z lektorů a především hlavní organizátor Letní školy, **P. Rober**, se zabývá pozicí terapeuta v průběhu sezení rodinné terapie, jeho zkušeností, emocemi a jeho vnitřním dialogem. Komplexita terapeutovy pozice vychází ze skutečnosti, že se terapeut nachází uvnitř i vně terapie současně. Proto je pro terapeuta důležité být všímavý ke svému vlastnímu prožívání či přemýšlení, je důležité reflektovat svou vnitřní zkušenost, neboť ta se podílí na utváření pracovního terapeutického spojení (*therapeutic working alliance*). Terapeut v průběhu sezení prožívá různé emoce. Na první pohled se zdá, že některé, jako například smutek, strach, bezmoc, vztek, nepřispívají k vytváření pozitivního pracovního spojení. P. Rober přemýšlí o způsobu, jakým může terapeutova zkušenost, kterou prožívá během sezení, pomoci v naslouchání klientovi a vytváření prostoru pro dialog. Uvažuje o třech konceptech či krocích, v jakých může reflexe probíhat. První krok se týká reflexe

toho, co terapeut během sezení prožívá, o čem přemýšlí, jaké má fantazie, dilemata a podobně. Tato zkušenost s vlastním prožíváním a přemýšlením, která je vyvolána terapeutickým setkáním a je součástí terapeutického procesu, vyzývá terapeuta k přijetí určité pozice v systému, role ve scénáři rodiny. Terapeut je rodinou přizván k určitému jednání, způsobu uvažování, k volbě určitého jazyka. Reflexe ve druhém kroku znamená ptát se na to, zda pozice, do které se terapeut dostává, otevírá prostor pro vyslovení toho, co ještě nebylo řečeno, zda otevírá dialogický prostor a zda rozšiřuje možnosti. Ve třetím kroku terapeut vychází z reflexe svého prožívání i z reflexe vlastního jednání, ke kterému díky své zkušenosti v rámci procesu terapie s rodinou inklinuje. Tyto reflexe jsou mu inspirací i východiskem při otevírání nového či širšího dialogického prostoru, ve kterém se může vytvářet nové spojení mezi terapeutem a členy rodiny a rozvíjet dialogy plné překvapení.

J. van Lawick se představila prezentací na téma „Vytváření dialogického prostoru při práci s domácím násilím“. Prezentaci uvedla sdělením, že mnoholetá praxe v práci s domácím násilím ji postupně přivedla spíše k novým nejistotám a otázkám než k vyjasněním, definicím, případně návodům pro terapii. Dlouho jsme se věnovali diskusi o tom, že při bližším pohledu na konkrétní rodinnou situaci, ve které došlo k násilí, nemusí být vůbec jasné, kdo je násilník a kdo oběť. Problematika násilí v rodinách je totiž tak komplexní, že pachatel se může stát současně i obětí, stejně tak jako oběť se může stát pachatelem. Terapeuti se však mohou identifikovat s obětí nebo jí stranit, čímž vlastně podporují dichotomii pachatel – oběť. Oběti jsou pak podpořeny, pachatelé potrestáni. Snaha nalézt vinu může poté vést až k amplifikaci násilného chování, tedy k opaku toho, čeho jsme chtěli v terapii dosáhnout.

J. Wilson nastínil téma „improvizace v přítomném okamžiku v terapii“. Dále jsme rozehráli cvičení ve trojicích, po němž následovala společná reflexe. První z trojice

si vybral nějakou schopnost, kterou by rád užíval jako terapeut častěji, ale cosi mu v tom brání. Například schopnost být relaxovaný. Druhý z trojice „se stal“ touto schopností a během následujícího rozhovoru nic neříkal a jen sledoval, co se děje v jeho těle. Třetí člen trojice začal rozhovor s prvními otázkami o tom, jak tuto svoji schopnost prožívá, kdy ji používá, co mu v tom brání, v jakých situacích je těžké být takový, v jakých naopak snadné atd. Po ukončení rozhovoru se třetí člen trojice obrátil ke druhému členovi a ptal se ho, co prožíval, jak se cítil v průběhu rozhovoru, kdy byl jako schopnost přítomen a kdy se ztrácel atd. První člen jen seděl a poslouchal. Na závěr se uskutečnila společná reflexe. Je to velmi silné cvičení, i když se možná na první pohled nezdá. Soustředili jsme se na řeč těla. To nebyla „pouhá“ externalizace. Ale velmi intenzivní, osobní a emoční zkušenost u všech členů trojice, neboť jsme v dialogickém rozhovoru otevírali mnoho možností a spojení.

Jak jsem již uvedla, dialogický přístup je součástí postmoderních uvažování v psychoterapii a především v rodinné terapii. Ve Finsku je tento přístup v podobě otevřeného dialogu součástí komplexní psychiatrické péče duševních onemocnění. Probíhají léčebná setkávání mezi odborníky (psychology, psychiatry, zdravotními sestrami, lékaři primární péče) a tzv. sociální sítí klienta (rodina, přátelé, kolegové, významné osoby).

Dialogický prostor se v mezilidské interakci otevírá jako prostor svobody a respektu k hranicím druhého, jako prostor odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí a jednání, za svůj život, ve kterém je současně možné cítit propojení s ostatními. V dialogickém kontextu se nacházíme v situaci specifické vnímavosti vůči člověku, emocím i řeči těla. V dialogickém prostoru se setkávají subjekty, nikoli subjekt s objektem. Dialogičnost se tak stává i způsobem společného sdílení a bytí.

Autorka studuje na FSS MU.

Došlo do redakce: 10. 9. 2010. K publikaci přijat 10. 9. 2010.

GOING TO CALIFORNIA...

41. Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Asilomar, Kalifornie, 27.–30. června 2010

Zbyněk Vybíral, Ester Danelová

“Standing on a hill in my mountain of dreams, / Telling myself it’s not as hard, hard, hard as it seems” (Led Zeppelin)

ZV: Krátký úvod píšu sám, ale určitě bychom se s Ester shodli na tom, že by toho bylo hodně k popisování (i k „básnění“). Oba jsme se poprvé ocitli u Pacifiku, 120 mil jižně od S. F., pár kroků od výletní 17-Mile Drive. Kousek od Monterey. Já zmýlen představou o počasí, jihu a konci června vybaven (přece jsem letěl k moři!) hned několikero kratasy, Ester letními šaty. A u Pacifiku zima a vítr. Konference se konala pár desítek metrů od rozbouřených vln.

Kousek na jih Jeffersovo „hnízdco“ v Carmelu, v témž, jehož starostou byl v letech 1986 až 1988 Clint Eastwood. Holt... California. – A ještě více na jih, po Highway 1 jsme pak po konferenci podnikli výlet kabrioletem ve třech do Esalenu (projeli jsme Big Surem, kde to měl tak rád Henry Miller) a zpět (ve třech s Danem Pokorným).

Bylo by a je stále o čem vyprávět. Ale k „věci“.

Do Asilomaru se sjelo v červnu 2010 přibližně půl tisíce výzkumníků všech generací z 29 zemí světa, přijato bylo (včetně posterů) přes 600 příspěvků. Na úvod obdržel cenu za významný přínos profesor ze Stanfordu **Len Horowitz** (mimořádně skromný muž). Na konferenci vystoupili nejvýznamnější představitelé výzkumu psychoterapie, a to převážně z univerzit, např. Jacques Barber (Uni of Pennsylvania), Clara Hill (Uni of Maryland), Lynne Angus (York Uni), Michael Lambert (Brigham Young



Konferenční centrum v Asilomaru

Uni), Larry Beutler (Palo Alto Uni), Les Greenberg, Robert Elliot, William Stilles a další a další.

ED: V první den konference jsem se zúčastnila předkonferenčního workshopu na téma Jak se stát úspěšným vědcem a jak postupovat v začátcích své kariéry. **Kim de Jong**, doktorandka z Holandska, a **Kenneth Levy** a **Wolfgang Lutz** hovořili o svých začátcích, ale například i o praktických otázkách organizace CV, nebo „tradičním vývoji profesní dráhy“. Co ve mně utkvělo nejvíce, je však výzva nereagovat na všechny nabídky, které člověka v životě potkají, ale umět si držet směr: tedy rozhodnout se už na začátku, kam chci ve své kariéře dojít (klinický psycholog, výzkumník, terapeut soukromé praxi) a podniknout kroky, které tímto směrem vedou a v neposlední řadě, výzkumně se zabývat těmi tématy, která nás oslovují a naplňují, ne jen těmi, která se nám nabízejí. Tento důraz mi dále pomáhal i při třídění témat konference. Souběžně bylo v programu vždy deset alternativních panelů, řízených diskusí zájmových sekcí, či *brief paper sessions* a téměř vždy jsem si

musela díky kvalitě programu a atraktivitě nabízených témat vybírat alespoň z pěti takových, která jsou aktuální, a je dobré vědět o nich víc.

ZV: Hlavní přednášku na 41. konferenci měl **Louis Castonguay**, prezident SPR pro rok 2009–2010. Dal jí název „Promising dawn: Integrative connections in psychotherapy“ (Svítání na lepší časy: Integrativní propojování v psychoterapii). Zmínil v ní dva základní teoretické modely integrace – Stilesův asimilační model změny a Prochaskův model změny – a podrobněji společné faktory (už Orlinsky s Howardem ve druhé polovině 80. let identifikovali v literatuře devadesát faktorů!); na příkladu kognitivní terapie (kterou L. C. v integrativní podobě reprezentuje) se zmínil o kontraproduktivní rigiditě některých terapeutů; aby doporučil uvažovat o principech změny v psychoterapii *napříč jednotlivými přístupy* (APA & NASPR Task Force, viz L. C. a Beutler, 2005). To, co podle L. C. potřebujeme poznat lépe z dalších výzkumů, je terapeutova angažovanost nebo kde, kdy a zda opravdu je některý z přístupů účinnější než jiný (například psychodynamický způsob práce lepší než KBT). Osobnost psychoterapeuta označil L. C. ve shodě s jinými autory za svého druhu paradoxní proměnnou ve výzkumech účinnosti psychoterapie („*paradox in the field; therapist effect*“). Dobrý psychoterapeut se může postarat o to, že i výzkumně nepotvrzená metoda léčby (či nedoporučovaná jako indikovaná) může zapůsobit – a vice versa. Bohužel? Bohudík? – To vše přesto, že 9 z 11 základních principů terapeutické změny jsou spojeny úzce s osobností klienta (*client specific*). V přednášce zaznělo také to, že stranit integrování v psychoterapii nemá být odborně zaslepující. Není možné např. tvrdit, že integrativní přístupy jsou vždy lepší, než přístupy jednotlivých škol. Tak tomu není.

Castonguay, jak čtenáři *Psychoterapie* vědí, ovšem zastáncem integrativních extenzí klasických přístupů jednoznačně

je. Např. integrativní kognitivní terapie pro deprese, kterou prosazuje a opakovaně zkoumá, se v pre/post testu ukázala vysoce účinnější než bylo zlepšení pacientů čekajících na léčbu ($r=1.91$), ale ukázala se také jako významně účinnější než klasická kognitivní terapie ($r=.50$). Není to však sama integrace, co je účinnější, než „čistá“ forma psychoterapie! Zazněly i dva termíny, mezi nimiž je třeba rozlišovat – klinická validita výzkumů a vědecká validita.

Michelle Newman (Penn State University) věnovala svou přednášku tomu, proč se pacienti s GAD drží svých starostí, obav, svých příprav na nejhorší („preparation for the worst“). V sympaticky překvapivém vyznění přednášky Michelle v podstatě hledala výhody těchto starostí. Opírajíc se o známou psychologickou teorii, mohla i na základě zkoumání pacientů s GAD prohlásit, že tito lidé se (chytře, evolučně výhodně) vyhýbají tomu, aby byli vystaveni nesnesitelnému (náhlému) negativnímu kontrastu.

ED: Já jsem si z programu přednostně vybírala témata, která se týkala zejména výzkumu výcviku v psychoterapii. V řízené diskusi na toto téma se zájmová sekce SPR shodla na potřebě spolupráce a po konferenci zůstáváme nadále v kontaktu hlavně s týmem **Bernharda Strausse**, bývalého prezidenta SPR z Jeny. Osobně jsem se také setkala a mluvila s **Davidem Orlinským**, spoluzakladatelem SPR a vedoucím kolaborativní sítě zabývající se výzkumem výcviku. Spoluprací s jeho týmem, zejména s **Verou Romano**, jsme navázali už před půl rokem v Kanadě a teď jsme měli možnost mluvit zejména o praktických otázkách.

S výcvikem nezřídka úzce souvisely i přednášky o terapeutické alianci. V rámci čtvrtého panelu jí z pohledu kontrastu mezi vnímáním klienta a terapeuta věnovali pozornost **Robinder Bedi**, **Angela Kertes**, **David Skorunka** a **Takuya Minami**. Velmi ráda jsem se zúčastnila přednášky **Marca Dienera** o kvalitě Case formulations frekventantů výcviků, prezentace **Steffi Kohl** o projektu

EuropTrain vznikajícího v Jene, prezentace Louise Castonguayho o tréninkových implikacích škodlivých účinků psychoterapie pro frekventanty terapeutických výcviků. Zaujaly mě také výzkumy **Martiny Belz**, ohledně účinných komponent terapeutických výcviků, terapeutického vztahu, ale i „návycíkových“ témat spirituality v psychoterapii, či metodologických seminářů zejména ke kvalitativní metodologii (kvalitativní meta-analýza, kterou současně rozvíjí jak **Clara Hill**, tak **Laco Timulák** a jeho tým z Trinity College v Dublinu.) Obzvlášť mě však oslovily přednášky studentů Penn State University zaměřené na téma výzkumu účinnosti jednotlivých psychoterapeutů ve vztahu k léčené diagnóze.

ZV: Za zásadní bych označil vystoupení **Jacquese Barbera** „Supportive Expressive Therapy vs. SSRI vs. Placebo in major depression: Initial results of the treatment for depression study.“ Barber zde představil výzkum účinnosti léčby deprese u 156 pacientů, náhodně rozdělených do tří skupin (viz název příspěvku). Pacienti byli ve věku 18 až 70 let, většinou byli tzv. ekonomicky znevýhodnění, všichni žili v „Inner City Philadelphia“, byli vysoce komorbidní, deprese u nich byla chronická, pouze 46 z nich žilo v manželství, léčba trvala 16 týdnů. Jedním z výsledků výzkumu je obdobná „úmrtnost“ pacientů ve skupinách pouze medikovaných, resp. „medikovaných“, tedy ve skupinách léčených psychofarmaky a placebem. Ze skupin o počtech 55, resp. 50 pacientů odpadlo shodně 40% pacientů, zatímco ze skupiny psychoterapeuticky léčených (n=51 nedokončilo léčbu jen 23%. Výzkum přitom potvrdil hypotézu, že medikace zabere rychleji než psychoterapie. U těch pacientů, kteří léčbu v jednom ze tří uspořádání dokončili, přitom došlo k naprosto srovnatelné

velikosti účinku. Další závěry formulované J. B.: U mírné deprese nemají léky (SSRI) lepší účinek než placebo. Placebo-léčba ale neznamená v žádném případě totéž jako „ne-léčit“. U mužů z minoritní populace (nikoliv bílí Američané) byla psychoterapie (SET) účinnější než psychofarmaka či placebo. Naopak placebální léčba zabírala nejlépe na bílé muže. Psychoterapeuty zapojenými ve výzkumu byla tři terapeutky ženy a jeden muž, všichni velmi zkušení.

Zjištění týmu znovu potvrzuje relativní / vztahově zkrácenou / zčásti ne-substanciální účinnost léků. Nebyl žádný rozdíl v tom, jak pacienti i s těžkou depresí reagovali na Zoloft (SSRI) a jak na lékové placebo!

Absolvoval jsem v Asilomaru dále přednášky **Stanleyho Messera**, **L. Greenberga** (důraz na neverbální v psychoterapii: to, jak se terapeut tváří, je součástí psychoterapeutického procesu...). Tématy výzkumů a zpráv o výzkumech byly staré známé koncepty a témata: *ruptures markers, in-session processes, alliance, sudden gains, methods...* Zkoumají se třeba účinky terapeutovy direktivnosti... Z České republiky přítomný **David Skorunka** uspořádal a moderoval celý panel věnovaný klientově a terapeutově perspektivě, z nichž vidí terapeutický vztah a proces (Davidova přednáška se

Esalen: tady se „vařila“ alternativní psychoterapie, tady se medituje u Pacifiku





Spoluautorka E. D. a oceán

ptala již názvem: „*On the same track?*“); už se o dalších vystupujících v tomto panelu zmínila Ester výše.

ED: Chci zdůraznit, že jako nejužitečnější prvek konference vnímám vedle navazování spolupráce možnost seznámit se se známými osobnostmi výzkumu psychoterapie a mluvit s nimi. Jejich otevřenost a ochota mě nepřestává udivovat a přináší s sebou pocit, že nejde o dokonalé bytosti daleko na výzkumnickém nebi, ale o kolegy a mentory v pravém slova smyslu.

ZV: Ano, David byl například nemocný a „pod prášky“, Louis si v Asilomaru způsobil zranění ruky: bytosti ne dokonalé, naopak zranitelné. Ale prostředí je tak prosto soutěživé rivality či hostility, nedůvěry, natož despektu, že je to až s podivem – vezmeme-li v potaz, kolika různými a odlišnými cestami se zkoumá a přemýšlí... Na druhou stranu to není prostředí bez konfliktů, nebo komunita lidí, kteří by se „hladili“. Vychutnal jsem si např. energický zápal, který byl naprosto evidentní ve vystoupení **Larryho Beutlera**, nestora výzkumu, který hovořil proti dominanci vyžadovaných RCT (znárodnovaných klinických testů) v oblasti ověřování účinnosti psychoterapie.

Chci však ještě zmínit naše vystoupení. Vystoupili jsme dvakrát. V bloku „Paper

„per International Evaluation“ jsem přednesl zprávu „*Toward the refinement of a list of contemporary psychotherapies: A qualitative validation*“. V publiku seděl například Michael Lambert, s nímž jsme mohli krátce probrat smysl našeho výzkumného projektu, do něhož jsme čtenářům *Psychoterapie* dali nahlédnout článkem „Kolik je na světě psychoterapií?“ v 1. čísle ročníku 2010.

Ester Danelová vystoupila – velmi zkušeně – v panelu „Practice“ s příspěvkem „*Forming criteria for identifying alternative psychotherapies and qualitative validation by experts*“. Panel zorganizovaly kolegyně z Katolické univerzity v Santiagu de Chile.

ED: Po konferenci jsem se stala členkou kulturní zájmové sekce SPR zabývající se například výzkumem bilingvních terapeutů. Struktura SPR totiž výzkumníkům umožňuje jednoduše vytvářet sítě a sdílet nejen hotové a publikované výzkumy, ale rovněž se navzájem inspirovat ve formulaci výzkumných otázek atd. SPR však nezůstává pouze na úrovni relativně starých struktur. Novinkami v oblasti networking mají být například tzv. webinars, které umožní studentům po celém světě prezentovat si navzájem své práce a diskutovat o nich.

ZV: Takže se připravujeme na 42. konferenci SPR do Bernu (je to blíž!) ve dnech 29. 6. až 2. 7. 2011.

Cestu autorů do Asilomaru podpořily Institut pro výzkum dětí, mládeže a rodiny a stipendijní fond FSS MU. Dále Evropská komora SPR stipendiem 500 EUR věnovaným vybraným mladým výzkumníkům, které letos mezi jinými obdržela i spoluautorka tohoto článku.

LETNÍ ŠKOLA SPOLUPRACUJÍCÍHO PŘÍSTUPU S HARLENE ANDERSON

(“International Summer Institute: A Symposium on Collaborative Practices in Organizations, Therapy, Education and Research”, Playa Del Carmen, Mexiko, 20.–25. 6. 2010)

Jitka Balášová, Pavel Nepustil

International Summer Institute je bez přehánění největší událostí pro příznivce tzv. spolupracující praxe, která se řadí do rodiny postmoderních psychotherapeutických přístupů. Rozhodně ale nejde jen o psychotherapii, stejně tak jako nejde jen o učení. Tohoto sympózia s podtitulem „Co dokáže vztah a konverzace?“ se každoročně účastní přes padesát lidí z různých oborů – psychotherapie, komunitní práce, sociální práce, psychiatrie – a kromě pracovníků v pomáhajících profesích přijíždějí i výzkumníci nebo učitelé. Po skončení workshopů, seminářů a ukázek terapeutické či poradenské práce je možné si jít zaplavat do Mexického zálivu, zašnorchlovat, projet se na vodním skútru nebo strávit večer s čerstvou rybou a studenou margaritou na pláži. Tato netradiční letní škola se totiž odehrává zhruba padesát metrů od jedné z nejkrásnějších pláží v Mexiku – v Playa Del Carmen.

MYŠLENKA SPOLUPRÁCE

Jen několik stovek kilometrů vzdušnou čarou od Playa Del Carmen leží americký přístav Galveston, kde byly před zhruba padesáti lety položeny základy spolupracujícího přístupu k terapii. Tehdy se lékař Harry Goolishian potkal s psychologkou Harlene Anderson a začali spolu a posléze s dalšími lidmi vést nekonečné hovory o psychotherapii, ovlivněné jejich neutuchajícím zájmem o současnou filozofii, lingvistiku, teorii systémů, a především zájmem o klienty. Postupně zjišťovali, že vytvářejí zcela nový přístup k terapii, který má navíc dalekosáhlé přesahy do dalších pomáhajících profesí. Tento přístup několikrát změnil své jméno, v současné době je nejrozšířenější termín



Harlene Anderson

„spolupracující praxe“ („collaborative practices“).

Spolupracujícím přístupem navázali Anderson s Goolishianem na tradice rodinné a systemické terapie, přičemž některé tyto tradice obrátili doslova naruby. Odmítli totiž myšlenku, že problémy vznikají v jednotlivci, v rodině nebo v jiném systému. Oproti tomu začali tvrdit, že problémy vznikají v jazyce. A problém vzniklý v jazyce potom začíná utvářet systém, do kterého jsou zapojeni všichni ti, kteří o problému komunikují – tedy i terapeut. Jako člen problémového systému už však nemůže být „nezávislým expertem“, ideálem pozitivistické psychologie. Místo toho se stává konverzačním partnerem. Přesně zde se rodí myšlenka **spolupráce** – navázání takového vztahu, který všem zúčastněným umožní využít všech svých kvalit, veškerého potenciálu k tomu, aby dosáhli společného cíle. Terapeut je facilitátorem tohoto procesu – expertem na vedení konverzace, nikoli však expertem na něčí život – tím je klient sám.

Jakkoliv je spolupracující praxi někdy složité porozumět, k dalšímu čtení by snad mohlo stačit vědět, že Harlene Anderson

svůj přístup popisuje jako **dialogickou konverzaci**, ve které neexistuje žádná předem daná znalost ani předem známý výsledek – její základní vlastností je, že se ve společném jednání konverzačních partnerů rodí něco zcela nového, něco, co může mít potenciál transformace. **Filozofický postoj** terapeuta vede při konverzaci k rozvoji **sdíleného zkoumání**, kdy se všichni zúčastnění učí jeden od druhého, a s pomocí těchto nových, společně vytvořených znalostí, se snaží dojít k cíli. Cílem však není „vyřešení“ problému jako v tradičních terapiích, ale spíše „rozpuštění“ problému – nově získaná perspektiva může klientovi umožnit, aby změnil svůj názor na „problém“; v ideálním případě aby ho jako „problém“ přestal vnímat.

UČENÍ SE V DIALOGU

Není snadné popsat, jak International Summer Institute probíhá. Od jiných letních škol, workshopů, sympózií a seminářů se totiž dost liší. Člověk možná na podobných vzdělávacích akcích čeká, že se mu v první řadě dostane dávka teorie, dále si vyslechne přednášky a zprostředkované zkušenosti zkušených, známých kolegů, snad se dostane i k praktické „ochutnávce“, uvidí ukázkou, jak pracuje nějaký velký terapeut. Domů pak odjíždí vybaven novými informacemi, v kufru si odváží papíry zhusta popsané poznámkami a sborník abstrakt, možná se zde také naučil novou techniku do svého terapeutického repertoáru. Vrací se jistě obohacený, inspirovaný a teď ve své praxi může zkoušet použít tuto novou výbavu. Účastník ISI se ale možná ptá sám sebe, co se vlastně na ISI naučil, co si odváží. Místo stohů papírů má patrně v batohu ještě mokré plavky, teorie také moc nebylo, nová technika kromě tradičního přípitku tequilou veškerá žádná...

Jak tedy vypadá „jiná výuka“ ve spolupracující praxi? Spíše než učení se proces, kterým účastník ISI během pěti dnů prochází, podobá postupnému vstřebávání tzv. filozofického postoje, sdílení zkušeností

a myšlenek, společnému tvoření, hledání nových možností a významů. Není tu učitel, někdo, kdo informace „předává“. Nové myšlenky jsou neustále tvořeny v rozhovoru, v rámci celé komunity.

„Collaborative Learning Community“ letos tvořilo 43 lidí z devíti zemí. My jsme byli jediní Evropané. Psychoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci, univerzitní profesori, studenti, právníci..., lidé, kteří hovoří různými jazyky, kteří pocházejí z úplně rozdílného prostředí. Všechno řečené bylo překládáno do angličtiny a španělštiny. Praxe v náplni rozhodně převažovala. Každý den jsme spolupracovali buďto na konzultaci s reálnými klienty, nebo na supervizi či konzultaci s organizací. Následné reflexe se často protáhly do večerních neformálních rozhovorů, hranice toho, kdy končí práce a začíná večírek, se často prostupovaly. Obojího bylo hodně.

ÚTULNOST DIALOGICKÉHO PROSTORU

Spolupracující atmosféra ISI je neobyčejná. Čím to? Harlene Anderson a její dvě pravé ruce, Sylvia London a Margarita Tarragonna, vystupují jako dokonalé hostitelky, s velkou pozorností se věnují každému našemu projevu, opečovávají tzv. dialogický prostor. Každého zahrnují do rozhodování o tom, jak bude program pokračovat, čemu se budeme věnovat, jak a o čem budeme mluvit. V komunitě se o všem vyjednává, nic není předem dáno. Každý se tak za chvíli cítí být členem společenství, partnerem a kolegou ostatních, bez ohledu na zvučnost jména, akademické tituly či věk.

Takhle ve zkratce může ISI vypadat jako ozdravný pobyt v lázních. Účastníci se nadýchali přímořského vzduchu, vylouhovali se ve slané vodě, pěkně si povídali, byli k sobě pozorní a rozuměli si, užili si tepajícího nočního života – a po téhle kúře odjíždějí spokojeně domů. To by asi ale bylo málo... I když otázka, „co mi vlastně ISI dalo, co jsem se tu naučil“, je ve vzduchu, ještě když letadlo vzlétá z cancúnské runwaye a možná

zůstává i po návratu. Ale po několika dnech strávených opět v práci či při studiu, zpět ve svých vztazích a v životě, si začnete všimnout, že něco je jinak.

POSUNY A TRANSFORMACE...

...dialogickou formou, vlastní spolupracující praxi:

Pavel: Po pár měsících si už všechno, co mě na ISI ovlivnilo, asi nevybavím, ale on je ten odstup vlastně fajn. Myšlenky se mi po počátečním zmatení trochu zpřehlednily a když nyní reflektuji svoji práci s klienty, mohu bez otálení a bez přehánění napsat, že jsem v Playa del Carmen udělal velký posun nejen ve svých úvahách o terapii a poradenství, ale i v praxi.

Jitka: Když ISI skončilo, cítila jsem se úplně nabitá energií a nápady, měla jsem velkou chuť vyzkoušet je v praxi nebo aspoň číst, pustit se do diplomky. Nebyla ale možnost. Holt jsem musela pokračovat do hor ☺. Když jsem se na dlouhých cestách autobusem nebo při šplhání na sopku tvářila zamyšleně, Ondra se mě jako vždycky ptal, o čem přemýšlím. V porovnání s našimi předešlými putováními, kdy jsem většinou myslela na rajskou omáčku nebo na nohy v lavoru s horkou vodou, byly teď mé myšlenky trochu jinde...

Příklady mého „posunu“ jsou spíše k pousmání, ale pro mě je to fakt změna. Vítaná mnou i okolím. Zdá se mi, že teď jsem s lidmi trochu jinak než dřív, jinak poslouchám, jinak reaguji a víc mě to baví. Teď nepracuji nikde s klienty, takže moje dialogické experimentování se redukuje na hospodské a domácí rozhovory...

Hodně se ptám, jsem zvědavější, někdy tak asi druhého přivádím k otázkám, které jsou obyčejné, ale možná si je zatím sám nepoložil. Doptávám se, když lidi prezentují svoje názory, někdy zkamenělé jak trilobity, takové, které už opakují po stopadesátý – názory na veřejné dění, politiku, souzení, co je dobré a co špatné, co hezké a co ošklivé... Mě tahle „tvrdá“ tvrzení vždycky vytáčela a měla jsem tendenci oponovat, říkat, že to



Jitka vlevo

může být i jinak. Vedlo to ale spíše ke střetu a hájení dvou mimoběžných „pravd“, které neměly šanci se potkat. Dřív jsem byla jakoby zajatá od začátku ve své představě o tom, co slyším. Rovnou jsem to slyšené roubovala na svoje zkušenosti a ono to nedrželo... takže jsem měla potřebu se vymezit.

Třeba tohle teď dělám jinak. Neoponuju, ale doptávám se a přidávám, jak to mám já, se zájmem o to téma, ne se snahou změnit toho druhého. A ono to opravdu vede rozhovor do úplně jiných, příjemnějších cest. K tomu se mi zdá příhodný výrok Johna Shottera: „Dialogický přístup znamená, že přijímám skutečnost, že nemohu nic změnit, ale pokud vytvořím podmínky či prostor, kontext, pak pravděpodobnost, že změna nastane, je vysoká.“

Pavel: Když o tom přemýšlím zpětně, asi nejvíc mě ovlivnil hned začátek sympózia. Harlene nabídla účastníkům možnost přijít na supervizní seminář a otevřít nějaký svůj problematický případ nebo klinické dilema. Přihlásily se dvě terapeutky, jedna z Argentiny, druhá z Mexika, každá se zcela odlišným případem. Neměli jsme čas na dvě konzultace, přesto jsme nemuseli hlasovat. Harlene se rozhodla, že bude konzultovat s oběma terapeutkami naráz. Vzala si k sobě ještě svoji kolegyni z Mexika, Margaritu Tarragonu, a přidala se ještě Sylvia London, další mexická kolegyně Harlene, která všechno řečené tlumočila ze španělštiny do angličtiny a opačně. Po důkladném prozkoumání situací obou terapeutek (ve vyprávění se střídaly) navrhla Harlene, aby každá měla

k dispozici svůj reflektující tým, složený z účastníků semináře. Terapeutky diskusi v reflektujících týmech poslouchaly, potom ještě mluvily spolu navzájem. Na závěr je Harlene poprosila o krátké shrnutí, s čím budou odcházet.

Celá konzultace pro mě byla jasnou ukázkou a zároveň oživením toho, v čem vidím mistrovství Harlene a kouzlo spolupracujícího přístupu. Asi v té zcela samozřejmé a stále přítomné důvěře ve vlastní kompetenci klientů a dalších účastníků konzultací rozhodovat, vybírat, tvořit, definovat, formulovat a přeformulovávat. Kdyby práci Harlene sledoval „nezávislý pozorovatel“, možná by řekl: „vždyť ona nedělá vůbec nic“. Nezazněla žádná „zázračná otázka“, žádná „účinná technika“, žádná „promyšlená“ nebo „dobře provedená“ intervence. Viděli jsme „pouze“ obrovské zaujetí přítomnými lidmi a jejich vyprávěními, velkou dávku slušnosti, respektu a úcty k druhým lidem a vynikající, doslova uměleckou práci se sociálním prostorem, která dokázala vtáhnout do procesu všechny přítomné beze zbytku. Začali jsme jako skupina posluchačů, kteří se přišli podívat na práci slavné terapeutky. Odcházeli jsme jako kolegové, kteří spojili síly, aby pomohli dvěma terapeutkám ze svého středu najít nové možnosti pro svoji práci s klienty. A zároveň jsme si odnesli spoustu inspirace pro naši vlastní praxi.

Jitka: Co tedy je na tom umění Harlene? Je to mistrovství nebo obyčejná zdvořilost, „good manners“? Jistě by spousta terapeutů namítla, že to není nic specifického pro spolupracující přístup, že i oni ve svých směrech, ať už je to gestalt, KBT... , takhle pracují. U Harlene mi to ale přijde úplně ústřední. Jakoby forma rozhovoru leckdy byla důležitější než obsah. Už uznání klientových kompetencí, ujišťování se, jestli rozumím správně, vyjednávání o způsobu, jakým spolu budeme mluvit atd., má podle mě terapeutický účinek.

Pavel: Podle mě je ten základ opravdu v tom, že Harlene dělá všechno společně s námi. Nevychází to z jejich poctivě na-

učených tools, ale ze způsobu přemýšlení o lidech, o vztazích, o dialogických konverzacích. A pokud jde o vytvoření příjemné atmosféry, sama říká, že se snaží především chovat zdvořile, s respektem, prostě si osvojit ty „good manners“, tak jak se to většina lidí učí odmalička.

Je fakt, že zatím nemáme tolik možností vidět lidi, kteří se žádné techniky neučili, kteří si začali rovnou osvojovat filozofický postoj a pozici nevědění bez jakýchkoliv předchozích znalostí terapeutických „intervencí“. Rozhodně však takoví studenti začnou vycházet ze škol (někde už vycházejí) a je otázka, jestli začnou přeformulovávat to, co se děje ve spolupracujícím přístupu, do terminologie „technik a intervencí“ anebo jestli začnou měnit psychoterapii jako celek – včetně dominantní technologické metafory.

Jitka: Mně se zdá, že se to už děje. Aspoň na ISI se to dělo jistojistě – diskutovali jsme o možnostech jazyka, tvořili jsme společně nové metafory, mluvili jsme o jiných potřebách výzkumu, to všechno se dělo v multi-kulturní komunitě... Vidím to jako posun ke „zpřístupňování“ terapie. Netuším, jestli se postmoderní přístup stane nebo stává dominantním. Pro mě je to osobní volba – způsob práce, resp. onoho „bytí s druhými“, který je pro mě nejpříjemnější a tak nějak v souladu s mým osobním pojetím etiky ve vztazích.

„WELL, SO...“

Fajn, takže... Tak Harlene často zahajuje rozhovor a tři tečky jsou v její intonaci slyšitelné, vybízejí k pokračování. Říká také, že konverzace nikdy není ukončená, všechny dialogy jsou jen přerušené. Rozhovory, a rozhovory o rozhovorech, které jsme v Playa del Carmen započali, pokračují i v Brně.

Tady se schází skupina Narativ, která provozuje web pro postmoderní směry v psychoterapii a poradenství (www.narativ.cz) s myšlenkou propojovat lidi se zájmem o postmoderní přístupy. Na pomyslné síti kontaktů a myšlenek postupně přibývají další oka a rozrůstá se i mimo hranice ČR.

Právě ISI je jedním z míst, kde k takovému mezinárodnímu propojování dochází. A tak například konverzace, kterou načal Pavel s Rocio Chaveste Gutiérrez z Institutu Kanankil před dvěma lety v mexické Meridě a která kontinuálně pokračuje na internetu i osobně (letos v zimě při návštěvě Rocio na brněnské Fakultě sociálních studií a v létě na ISI), se nyní rozvíjí formou Skype terapeutických konzultací mezi studenty Kanankil a Narativem. Také na ISI započatá diskuze o vizi mezinárodního tréninkového programu ve spolupracující praxi, certifikovaném domovskou institucí Harlene Anderson, Houston Galveston Institute, živě pokračuje a brzy vyvrcholí v realizaci výcviku i u nás. Myšlenka spolupráce není tedy „jen“ filozofický postoj, ale také platforma pro



Rocio Chaveste Gutier

konkrétní společnou práci. Ať už v kontextu terapeutické situace nebo třeba spolupráce organizací.

Došlo do redakce: 1. 10. 2010. Přijato k publikaci: 1. 10. 2010.

BRIDGES 2010 – MOSTY K ŘEŠENÍ ČI MOSTY MEZI ŘEŠENÍMI?

(Zpráva z konference terapeutů a terapeutek zaměřených na řešení)

Leoš Zatloukal

Ve dnech 3.–5. 9. 2010 se švédské město Malmö s necelými třemi sty tisíci obyvatel stalo dočasně hlavním městem všech terapeutů a terapeutek zaměřených na řešení („solution-focused therapy“), protože se zde konala první společná konference Evropské asociace krátké terapie (European Brief Therapy Association – EBTA) a americké Asociace krátké terapie zaměřené na řešení (Solution Focused Brief Therapy Association – SFBTA). Pro EBTA to byla již sedmnáctá konference v pořadí, pro SFBTA sedmá, poprvé ale obě asociace spojily síly a uspořádaly konferenci společnou. Pravděpodobně se tak stalo i zásluhou Harry Kormanana, hlavního pořadatele konference, který je jednou z klíčových osobností současného SF¹ hnutí a má velmi úzké kontakty s lidmi z SFBTA. Snad i proto se na „Bridges“ konferenci sjelo takové množství významných představitelů tohoto přístupu z celého světa.

Program konference byl velmi bohatý a pestrý. Svědčí o tom i skutečnost, že až na několik málo výjimek probíhalo paralelně vždy šest workshopů. Každý workshop trval 45 minut a probíhal v některém ze salónek v šestém patře luxusního hotelu Hilton v centru Malmö. Salónky byly sice označené nesrozumitelnými a – což bylo ještě horší – naprosto nezapamatovatelnými švédskými názvy (konkrétně: Havsörmen, Fiskjusen, Svansjön AB, Svansjön CD, Berguven a Näktergalen), ale díky dobře a přehledně připravenému programu a vynikající organizaci ze strany pořadatelů se mi podařilo poměrně rychle zorientovat a většinou dorazit na workshop, který jsem si předem zvolil. Ze všech workshopů, které jsem měl možnost absolvovat, jsem vybral některé, s kterými bych se zde rád podělil.

Jak je v terapii zaměřené na řešení zvy-

kem, začal bych i zde od konce, protože hlavním „tahákem“ celé konference bylo nedělní dopoledne. Na programu totiž bylo diskusní setkání s (dosud žijícími) lidmi, kteří stáli u zrodu přístupu zaměřeného na řešení (tzv. „**founders group**“). Pozvání přijali Gale Miller, Eve Lipchik, John Walter, Wallace Gingerich a Dan Gallagher. Účast původně přislíbili i Elam Nunnally (který bohužel několik měsíců před konáním konference zemřel) a Scott Miller (který nakonec musel účast zrušit ze zdravotních důvodů). Diskusi moderoval a vtipně glosoval Brian Cade. Během diskuse se objevovala různá témata – od osobních vzpomínek na Steva de Shazera a Insoo Kim Berg, přes některé teoretické otázky a výzkum, až po budoucí směřování přístupu zaměřeného na řešení. **Gale Miller**² například zavzpomínal na to, jak spolu se Stevem přirovnali přístup zaměřený na řešení k pizze – na stále stejný základ lze klást velmi různé přílohy podle chuti a každý si navíc může vzít tolik, kolik chce nebo potřebuje. **John Walter**³ mimo jiné vyprávěl příběh o tom, jak v počátcích své terapeutické kariéry pracoval v Milwaukee s mladíkem, který o terapii nejevil přílišný zájem. Při práci je pozoroval tým, ve kterém seděl i Steve de Shazer. John se snažil, seč mohl, aby mladíka získal pro spolupráci – naklonil se k němu, ptal se ho nejrůznějšími způsoby, domlouval mu..., ale nic nepomáhalo. V tom zazvonil telefon (v té době ještě v BFTC používali „přímou“ supervizi po telefonu), John se mladíkovi omluvil, zvedl sluchátko a slyší Steva, jak mu dává instrukce: „Až se k tomu mladí-

kovi vrátíš, sedni si na židli, opři si záda o podložku, uvolni se a zpomal.“ John se tedy vrátil k mladíkovi, posadil se a opřel se, ale za půl minuty už byl zase v předklonu a bombardoval mladíka otázkami. Opět se rozezněl telefon, John se znovu mladíkovi omluvil, dostal naprosto stejnou instrukci a opět se vrátil. Tento cyklus se několikrát opakoval, takže nakonec i mladíka začalo zajímat „co se tu k čertu děje“ a pozvolna se zapojoval do konverzace. John si z toho podle svých slov odnesl především poučení o nutnosti respektovat tempo klienta a nepracovat příliš za klienta. Při úvahách o budoucnosti terapie zaměřené na řešení se **Wal Gingerich**⁴ zamýšlel nad důležitostí dalšího výzkumu přístupu zaměřeného na řešení. Poukázal přitom na skutečnost, že v současnosti v USA upřednostňované výzkumné metody (RCT – znáhodňované klinické zkoušky) opakovaně potvrzují účinnost přístupu zaměřeného na řešení (sám na svých stránkách zveřejnil databázi realizovaných výzkumů). Zároveň však protežování RCT nutí výzkumníka pracovat v „paradigmatu“, které je zcela odlišné od toho, v němž se pohybují terapeuti zaměřeni na řešení. **Eve Lipchik**⁵ zmínila s velkou naléhavostí důležitost ucelenějších a dlouhodobějších výcviků v přístupu zaměřeném na řešení. Současná praxe v USA, kde se většinou realizují jen krátkodobé workshopy, na kterých pracovníci sbírají kredity, podle jejího názoru neumožňuje hlubší porozumění přístupu zaměřenému na řešení ani jeho rozvíjení. A budoucnost tohoto způsobu práce si bez toho nedokáže představit.

Zajímavý byl i úvodní páteční workshop věnovaný koučování zaměřenému na řešení.

¹ SF je zkratka „solution-focused“ (zaměřené na řešení).

² Gale Miller je původním vzděláním sociolog, je autorem knihy „Becoming miracle workers“ (1997) a řady dalších knih a článků, spolu se Stevem de Shazerem například napsali vlivný článek o emocích v přístupu zaměřeném na řešení.

³ John Walter je (spolu s Jane Peller) autorem významných knih „Becoming solution-focused in brief therapy“ (1992) a „Recreating brief therapy: Preferences and possibilities“ (2000) a četných článků o přístupu zaměřeném na řešení.

⁴ Wallace Gingerich je rovněž jedním z původních členů BFTC, zabývá se zejména výzkumem a je autorem četných článků na toto téma.

⁵ Eve Lipchik je autorkou vlivné knihy „Beyond technique in solution-focused therapy: Working with emotions and therapeutic relationship“ (2002) a editorkou staršího, ale hojně citovaného, sborníku „Interviewing“ (1988), napsala rovněž mnoho odborných článků o přístupu zaměřeném na řešení.

Workshop moderoval **Ben Furman**⁶, který nejprve stručně představil vlastní model Reteaming a poté přizval **Marka McKergowa**⁷, který představil zase svůj přístup (modely SIMPLE a OSKAR). Nakonec přizval **Gaby Wallström**, manažerku, která koučovací postupy aplikuje při řízení firmy s několika desítkami zaměstnanců. Všichni společně diskutovali o tom, jak lze ve firmách efektivně zavádět „koučovací principy“ zaměřené na řešení a k jakým výsledkům to vede.

Ve workshopu o spiritualitě přístupu zaměřeného na řešení nejprve australský terapeut **Andrew Turnell**⁸ vymezil spirituální praxi jako cokoli, co tvaruje (shape) naše vědomí. Z tohoto pohledu je spirituální praxí hluboká meditace stejně jako nakupování v supermarketu (tím se ovšem nestírá rozdíl mezi vědomím utvářeným meditací a vědomím utvářeným posunováním nákupního vozíku mezi blikajícími reklamami). Následně Andrew přešel ke konkrétnějším věcem. Zajímavé byly jeho úvahy o práci s tichem v terapii srovnávaným s kontemplací a soustředěním mystiků, o zaměření na detaily (a jejich oceňování, které je analogické ke vděčnosti mystiků) nebo o ne-normativním přístupu (který odkazuje i k jedinečnosti duchovní cesty každého člověka). Přístup zaměřený na řešení lze podle Andrewa chápat jako určitou formu spirituality či spirituální praxe, ale v žádném případě ne jako nějakou posvátnou věc. Proto Andrew svou přednášku zakončil parafrází slavného ze-

nového výroku: „Potkáte-li někde Steva de Shazera, zabijte ho!“

Nizozemská terapeutka **Fredrike Bannink**⁹ se ve svém workshopu zabývala společnými a rozdílnými aspekty přístupu zaměřeného na řešení a pozitivní psychologie. Společnými aspekty jsou podle ní zejména uznání a oceňování kladných stránek člověka, zaměření na preferovanou budoucnost, hledání pozitivních výjimek, měření (škály) a zaměření na schopnosti a kompetence.

Na druhou stranu Fredrike upozornila i na rozdíly:

- Teorie vs. praxe – povaha pozitivní psychologie je převážně akademická, v přístupu zaměřeném na řešení se v praxi hledá, co funguje pro daného klienta v daném okamžiku a v daném kontextu

- Silné stránky vs. to, co funguje – pozitivní psychologie hovoří o „silných stránkách“ nebo „charakterových znacích“ (intrapersonální konstrukty), zatímco terapeut zaměřený na řešení se nezajímá o nějaké univerzální silné stránky, ale hledá zdroje a výjimky v určitém kontextu

- Zaměření na přítomnost vs. zaměření na budoucnost – pozitivní psychologie se ptá „Kde nyní jsme a kde chceme být?“ (A → B), zatímco terapeut zaměřený na řešení začíná od konce „Kde chceme být a kde již jsme nyní?“ (B → A).

- Vědění vs. ne-vědění – pozitivní psychologie se pokouší nalézt to, co funguje obecně, a produkuje teorie, které lze testovat, zatímco SF zastává postoj ne-vědění, protože každý případ je jiný.¹⁰

- Individuální vs. interakční – pozitivní psychologie se zaměřuje na jedince a na to,

⁶ Ben Furman je finský terapeut a kouč, spolu s Tapani Aholou napsali mnoho vlivných knih a článků, nejznámější je „Solution talk: Hosting therapeutic conversations“ (1992), dále „Changing through co-operation: Handbook of Reteaming“ (2007) a „Kids' Skills“ (2004).

⁷ Mark McKergow je jedním z průkopníků koučování zaměřeného na řešení, spolu s Paulem Z. Jacksonem napsal knihu „The solution focus“ (2. vyd. 2006), která se stala klasickou příručkou v oboru.

⁸ Andrew Turnell je znám zejména svými podněty pro práci s ohroženými dětmi, je spoluautorem knih „Signs of safety“ (1999) a „Working with denied child abuse: The resolutions approach“ (2006).

⁹ Fredrike Bannink je autorkou knih „Handbook of solution-focused conflict management“ (2010) a „1001 solution-focused questions: Handbook for solution-focused interviewing“ (2010) a mnoha článků o přístupu zaměřeném na řešení.

¹⁰ Fredrike doporučuje nahradit pojem „ne-vědění“ převzatý od Harlene Anderson a zdomácněný i v SF literatuře novým pojmem „mysl začátečníka“. Zdůvodňuje to tím, že vědění je nevyhnutelné, jen je otázka, jak dlouho vydržíme k příběhu klienta přistupovat jako začátečníci.

co se děje v jeho hlavě, terapeut zaměřený na řešení se zaměřuje na interakce (akce je v interakci), protože to, co se děje v naší mysli, se projevuje tím, jak se chováme, a co děláme.

Výzkumu psychoterapie – konkrétně výstupům z realizovaných **mikroanalýz komunikace** – se věnovalo několik workshopů **Janet Bavelas¹¹, Petera De Jonga¹², Harry Kormana¹³, Sary Smock a Adama Froerera**. Mikroanalýza komunikace je výzkumná metoda, která se využívá k analýze relativně krátkých úryvků videonahrávek terapeutických sezení. Výzkumník tyto úryvky terapeutické konverzace staví pod pomyslný „mikroskop“, aby mohl detailně kvalitativně a někdy i kvantitativně analyzovat jednotlivé komunikační výměny. Předmětem takové analýzy jsou většinou videozáznamy konzultací tvůrců jednotlivých terapeutických přístupů nebo jejich předních představitelů. Jeden výzkumný projekt srovnával na základě mikroanalýz, zda jsou KBT (kognitivně behaviorální terapie) a SFBT (přístup zaměřený na řešení) podobné nebo zda se liší. Zkoumaly se zejména rozdíly v četnosti pozitivního a negativního obsahu.¹⁴ Ukázalo se, že v analyzovaných sekvencích převažoval u KBT negativní obsah, zatímco u SFBT pozitivní obsah, že SF terapeuti

měli tendenci reagovat pozitivně nejen na pozitivní, ale i na negativní a neutrální obsah klientů. Zároveň se sledovalo, nakolik jsou konzultace vůdčích postav obou přístupů konzistentní s jejich teorií a výzkumný tým došel k závěru, že KBT konzultace byly více heteronomní než SFBT. Další výzkumný projekt se zabýval používáním jazyka terapeuta při reakci na sdělení klienta. Výzkumníci rozlišili čtyři základní formy formulací v reakcích terapeuta¹⁵: a) doslovné opakování klientových výroků, b) použití některých (klíčových) slov, c) použití synonym a d) přidávání něčeho (interpretace, používání terapeutického „žargonu“ apod.). Předmětem výzkumu byly konzultace Insoo Kim Berg (SFBT), Harry Kormana (SFBT), Donalda Meichenbauna (KBT), Petera A. Lichtenberga (KBT) a Williama R. Millera (MI¹⁶). Analýzy ukázaly, že u SFBT ve srovnání s KBT i MI významně převažují formulace typu a) a b), formulace typu c) se vyskytovaly zhruba stejně a formulace typu d) se u SFBT objevovaly více než třikrát méně často než u ostatních dvou přístupů.

Belgický kouč a terapeut **Paul Koeck**, který kombinuje přístup zaměřený na řešení s ericksonovskou (hypno)terapií (jeho Atntwepský ericksonovský institut je oficiálně registrován u Milton H. Erickson Foundation), představil a na dobrovolnici demonstroval vlastní metodu „hypnotického škálování“ (hypnotic scaling). Metoda je podle něj zvláště vhodná při práci s lidmi, kteří dokáží mít velmi intenzivní pozitivní nebo negativní pocity, ale „nic mezi tím“ a nedokáží své stavy ovlivnit vůlí. Základní kostru této metody tvoří škála, na které jedinec v transu umístí svou emoci (např. smutek). Poté se pracuje v kombinaci detailních popisů jednotlivých stavů (emocí, tělesných reakcí, myšlenek a chování), malých posu-

¹¹ Janet Bavelas je spoluautorkou (spolu s Paulem Watzlawickem a Donem Jacksonem) klasické knihy o komunikaci „Pragmatics of human communication“ (1967), dále knih „Personality: Current theory and research“ (1978) a „Equivocal communication“ (1990), napsala rovněž velké množství článků o komunikaci, analýze jazyka a výzkumu psychoterapie.

¹² Peter De Jong je autorem (spolu s Insoo Kim Berg) významné knihy „Interviewing for solutions“ (2. vyd. 2007) a četných článků o přístupu zaměřených na řešení.

¹³ Harry Korman je autorem knihy „Talk about miracle!“ (2002) a mnoha článků o přístupu zaměřeném na řešení.

¹⁴ „Pozitivní obsah“ jsou komentáře, otázky, návrhy apod. zaměřené na pozitivní aspekty života klienta, zatímco „negativní obsah“ je zaměřen na negativní aspekty (nejedná se o hodnotící rozlišení dobrý vs. špatný, jen o označení obsahu – tématu).

¹⁵ Reakcemi terapeuta mohly být komentáře, otázky, návrhy... Zkoumalo se, jak se v tom, jak terapeut používá jazyk, odráží klientovo používání jazyka.

¹⁶ MI je zkratka „motivational interviewing“ (motivační rozhovory).

nů na škále (nejprve směrem ke zhoršení, a až poté vzhůru) a pozorování rozdílů mezi jednotlivými stavy včetně zjišťování zdrojů („Jak jste se posunul(a) z X do Y?“). Klient poté dostává za úkol za pomoci objevených zdrojů a schopností posunout na škále trénovat i doma (každý den asi 5 minut), čímž získává daleko větší vliv na své prožívání a zároveň větší citlivost ke škále a pestrosti emočních stavů, které prožívá.

Oblíbené SF technice – používání škál – věnovala svůj workshop rovněž **Thorana Nelson**¹⁷. V první části pustila několik krátkých videoukázek, na nichž pracovali se škálou Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Yvonne Dolan a Therese Steiner. Poté jsme diskutovali o rozdílech v používání škál a o vlastních zkušenostech při práci s nimi. Zaujal mě například postřeh, že zatímco muži údajně většinou kreslí škálu svisle, ženy naopak preferují vodorovné zobrazení.

Debatovalo se rovněž ohledně definování 0 na záračné škále (či škále pokroku v terapii)¹⁸:

- definovat 0 jako začátek terapie – toto nastavení škály příliš zdůrazňuje význam terapie na úkor „běžného života“ klienta, ale umožňuje měřit pokrok v terapii;

- definovat 0 jako okamžik, kdy se klient rozhodl kontaktovat terapeuta – toto nastavení umožňuje navíc měřit kromě pokroku v terapii i změnu před prvním sezením (pre-session change);

- definovat 0 jako situaci, kdy to bylo nejhorší – umožňuje kromě pokroku v terapii a změny před prvním sezením měřit i pokrok klienta, který udělal sám, nejlépe propojuje s běžným životem klienta;

- definovat 0 jen jako opak 10 – nula se podrobněji nedefinuje, a tím se na negativní aspekt neupoutává pozornost klienta

(případně je možné podobného efektu dosáhnout i tím, že se nejdříve definuje 0 a pak teprve 10, čímž se na 10 více zaměří pozornost klienta).

Joel Simon¹⁹ prezentoval na svém workshopu využití terapie zaměřené na řešení při práci s truchlícími. Hned na začátku skromně předdeslal, že skutečnost, že je považován za odborníka na práci s truchlícími a s umírajícími, je hluboké nedorozumění. Došlo k tomu jednoduše proto, že k němu ostatní kolegové začali takové klienty posílat, a protože měl úspěchy, vznikla kolem něj jakási „aura“ experta na tuto problematiku. Joel sám se cítí být výhradně odborníkem na přístup zaměřený na řešení, nikoli na truchlení nebo nějaký jiný problém. Řekl bych, že je to příliš skromná sebeprezentace někoho, kdo napsal velmi uznávanou knihu na toto téma. Nejčastější odpovědí jeho klientů na jeho oblíbenou otázku „Jak byste poznali, až skončíme, že to byl dobrý nápad sem přijít?“ je údajně: „Bude to jako dřív.“ Zde je podle Joela důležité zaměřit se na detaily preferované budoucnosti, aby se oddělily nerealistické a realistické složky budoucího cíle. Truchlící klienti často podle Joela předpokládají, že truchlení má být krátkodobé (často vyhledávají terapeuta, když mají za to, že „už to trvá dlouho“). Joel se pak zabýval i některými specifickými otázkami. Například uvedl, že se mu potvrdilo pozorování Steva de Shazera, že ženy přikyvuji, když poslouchají a muži jen když souhlasí. Podrobnější pozornost věnoval tzv. „přestávce“, kterou terapeuti obvykle dělají před závěrečnou zpětnou vazbou. Zdůraznil, že přestávka má mnoho výhod – dává řád a strukturu sezení, terapeut má čas vytvořit užitečnou závěrečnou zpětnou vazbu pro klienta, dává terapeutovi druhou šanci, pokud něco v sezení pokazil nebo zanedbal či posiluje očekávání klienta. Na konec svých úvah o přestávkách citoval Steva de Shazera:

¹⁷Thorana Nelson je autorkou či spoluautorkou mnoha knih, mezi nejvýznamnější patří „Handbook of solution-focused therapy: Clinical applications“ (2006), „Doing something different“ (2010) a „Solution focused substance abuse therapy“ (2009).

¹⁸Desítky je zde automaticky definována jako cílový stav.

¹⁹Joel Simon je autorem knihy „Solution-focused practice in end-of-life and grief counseling“ (2009) a mnoha článků v odborných časopisech.



Founders group

„Raději bych se vzdal zázračné otázky, než přestávky.“

Velmi provokativní workshop nazvaný „Situation focused windows“ (okna zaměřená na situaci) vedl polský kolega **Tomasz Switek**. Již během několika minut ukázal, že jeho prohlášení, že je tak trochu „heretikem SF přístupu“, je zcela oprávněné. A jako správný „heretik“ otevřel mnoho důležitých otázek a zpochybnil mnoho předpokladů, které už se v SF berou příliš automaticky na to, aby se nad nimi ještě nějak zvlášť přemýšlelo. Hned v úvodu nabídnul úvahu, zda by se terapeuti zaměření na řešení neměli místo na řešení zaměřovat na situace – v minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Jednoduché rozlišování mezi „řešením“ a „problémem“ může být někdy ošidné. Tomasz uvedl příklad z vlastního života – jeho vášeň pro cyklistiku je pro něj řešením mnoha věcí, ale pro jeho rodinu, která jej po příjezdu z práce zahlédne jen přisednout z auta na kolo, než zase zmizí, je to spíš problém. On sám se zaměřuje na to, co vypráví klient, a při práci používá tři „situační okna“ – WHAT?/CO? (okno, kterým ho klient nechá nahlédnout do svého pohledu a pohledu druhých lidí na situaci, v níž se nachází, a na cíle, kterých by rád dosáhl), HOW?/JAK? (okno, kterým ho klient nechá nahlédnout do svých zkušeností, jak se mu podařilo dosáhnout pozitivních změn (výjimky) a mapují se interní i externí zdroje) a DO/DĚLÁNÍ (okno, kde lze na-

hlédnout, co lze dělat jinak během sezení i v běžném životě a kde lze experimentovat se změnou). Kromě rozlišování problém vs. řešení zpochybnil Tomasz další předpoklad SF o významu kladení otázek. Referoval o své zkušenosti, že místo kladení otázek je mnohdy užitečnější říkat „řekněte mi více o...“ nebo „zajímalo by mě, jak vidíte...“. Kromě toho v rozhovoru s klientem nejsou podle něj příliš důležité otázky samotné (na které se coby na „techniky“ terapeuti většinou nejvíce soustředí), ale odpovědi klienta (které je pak snadné přeslechnout). Dalším ústředním konceptem SF, který Tomasz polemicky otevřel, je expertnost klienta. Nabídnul jeden absurdní příklad: Předpokládejme, že klient v terapii začne povídat o tom, že se naučil létat. Už několikrát létal a jde mu to velmi dobře. Pokud terapeut akceptuje klientův rámec, klient možná bude chtít svou dovednost terapeutovi předvést a pohne se k oknu, aby ukázal, že když z něj vyskočí, tak místo, aby se rozplácnul na dlažbě, bude poletovat jako pták. Kdo z nás terapeutů v takové situaci uzná, že klient je expert na svůj život, a nechá ho ve své pracovně takový experiment provést?

Kromě odborného programu organizátoři pamatovali i na odrazení účastníků konference. V pátek večer proběhlo poměrně decentní setkání v krásném sále na radnici v Malmö (město Malmö bylo jedním z part-

nerů konference) a v sobotu večer proběhla výrazně živější párty, která trvala až do brzkých ranních hodin a zapříčinila, že účast na nedělním dopoledním programu byla poněkud menší a méně soustředěná, než by se s ohledem na význam přednášejících dalo očekávat. Během párty někteří kolegové pro potěchu ostatních i svou vlastní předvedli i některé své mimoterapeutické dovednosti – Mark McKergow kupříkladu zapreludoval na klarinet a Harry Korman předvedl velmi zdařilou pantomimu ztváňující povolání, které původně měl dělat (Harry je skvělý herec, takže nebylo těžké poznat operujícího chirurga). Celým večerním programem

provázel Paul Z. Jackson, který zde zúročil své zkušenosti z moderování rozhlasových zábavných pořadů. Místní rocková kapela se poté postarala o hudbu spíše k tanci než k poslechu a veselý rej ukončily až první paprsky časné podzimního švédského slunce. Konference skončila po nedělním programu vděčným potleskem pro organizátory a videopozvánkou všech na příští rok do Dresdenu, kde místo mostů budou na pořadu dne rámce (konference se bude jmenovat „Frames and beyond“).

Došlo do redakce: 4. 10. 2010. Přijato k publikaci: 5. 10. 2010.

10. KONFERENCE EVROPSKÉ ASOCIACE GESTALT TERAPIE

Jan Roubal, Dagmar Schneiderová, Ester Neumanová

9–12. září 2010 se v Berlíně uskutečnila jubilejní 10. konference Evropské asociace gestalt terapie (EAGT) s názvem „Lost in Transformation“. Současně oslavila 25. výročí založení EAGT.

Velký sál konferenčního centra berlínského hotelu Estrel se večer zaplnil do posledního místa. Více než 600 účastníků jubilejní konference se fascinovaně dívalo na pódium, kde seděl... **Fritz Perls**. Oblečen v pestré košili s typickým rozevlátým účesem, zahalen cigaretovým dýmem přísně shlížel do publika. (Později se ukázalo, že košile kdysi patřila skutečnému Fritzovi a v aukci ji zakoupil Christof Weber z německé asociace pro gestalt terapii.) Perls přivítal účastníky konference ve městě, kde se před 117 lety narodil a které byl donucen ve svých čtyřiceti letech opustit.

Osudy Fritze a Laury Perlsových přiblížila výstava rodinných fotografií a dokumentů, kterou němečtí pořadatelé instalovali u vchodu do konferenčních prostor, a stánek s gestalt literaturou nabízel knihu Bernda Bociana: Perls v Berlíně. To vše připomína-

lo fakt, že se gestalt terapeuti tentokrát sešli na místě, jehož atmosféru za života manželů Perlsových ovlivnila kulturní předválečná avantgarda. Ve městě, kde se Fritz a Laura stali následovníky psychoanalýzy, aby později její platformu opustili a své zkušenosti přetrafovali v teorii novou.

Odbornou část konference zahájil **Frank Staemmler** (Německo) přednáškou „Toward a Psychology of Joint Situations: From the Cult of Aggression to a Culture of Compassion“. Staemmler popsal vývoj gestalt terapie od individualisticky zaměřeného pojetí raného období práce F. Perlse k současnému zaměření na spoluutváření a sdílenou zodpovědnost. V práci současných terapeutů byl původní „bum, bum, bum“ styl vystřídán dialogickým pojetím a důrazem na teorii pole. Avšak v teoretické rovině stále přetrvává koncept kontaktu s okolním světem založený na biologické metafoře potravy, kterou je nutno destrouvat, aby mohla být asimilována. Staemmler nabídl jiné metafory kontaktu s okolím, které destrukci nevyžadují – například dýchání

nebo pohled, kterým se na sebe dívají matka s dítětem. Staemmler také vyvracel Perlsův předpoklad, že původně potlačovaná agrese, která je projevována v terapeutické situaci (křik, mlácení do polštáře), vede k větší kontrole a menšímu riziku agresivního chování v reálných situacích. Podle citovaných výzkumů a Steammlerovy poslední knihy o agresi je prý opak pravdou. Přednášku je možné získat na www.frank-staemmler.de.

Dále přednášelo nebo vedlo workshop 150 aktivních účastníků konference. Uvádíme zde některá z vystoupení, která jsme navštívili.

Peter Philippon (lektor gestaltových institutů ve Velké Británii a USA) při svém workshopu „Kontinuita a změna v gestalt teorii self“ popsal svoji originální teorii tří úrovní hranic self a okolí a předvedl krátkou ukázkou terapie.

Gonzaque Masquelier (ředitel pařížského gestalt institutu) uvedl zásady supervize v gestalt přístupu. Zvláště zdůraznil potřebu ne-expertnosti supervizora vůči supervidovanému, která pak vede k žádoucí ne-expertnosti terapeuta vůči klientovi.

Michela Gecele (italská lektorka gestalt terapie) a **Dan Bloom** (gestalt institut v New Yorku) moderovali workshop o vlivu, který měla na Fritze a Lauru Perlsovy atmosféra soužití Židů a Němců ve 20. letech v Berlíně.

Olaf Zielke (německý gestalt terapeut a speciální pedagog) představil ve své přednášce práci speciálního pedagoga ve škole pro děti s poruchami chování. Na konkrétním příkladu práce s agresivním chlapcem a jeho matkou ilustroval posun ve vnímání autority učitele v souvislosti se změnami ve společnosti a pojetím výchovy dětí. Oproti dřívějšímu respektu k autoritě učitele a jeho pedagogickým postupům upřednostňují současní rodiče spíše zájmy dítěte spolu s volným nastavením hranic v obavě o ztrátu lásky dítěte. Autor rovněž upozornil na problémy spojené s narůstající nerovností v západních společnostech (sociální problémy, násilí, duševní problémy). Uvedl, že

v Německu je 15–30 % dětí, kterých se tyto problémy dotýkají.

Gianni Francesetti a **Michela Gecele** (italští lektori gestalt terapie) moderovali panel o pojetí psychopatologie z hlediska gestalt přístupu. Hojná účast a živá diskuse naznačila, že toto téma stále čeká na důkladné a koncepční rozpracování.

Dva workshopy německých gestalt terapeutů zaměřených na práci s tělem a dechem (**Gertrud Kutscher**) a uvědoměním (mindfulness) vlastních identit vycházejících z buddhistické psychologie (**Markus Halle**) nabídly inspiraci a konkrétní techniky například pro práci s klienty při zvládání stresových situací.

Joe Melnick (jeden ze zakladatelů Gestalt International Study Center, Cape Cod, USA) představil ve svém dvoudílném workshopu s masovou účastí ve stísněných prostorách tzv. „Cape Cod Model – An Optimistic Model for Creating Transformational Change“ – výsledek 25leté práce týmu centra, který se ukázal vysoce účinným v procesu růstu a transformace. Model je uplatňován v práci s jedinci, páry, rodinami a organizacemi a vychází z principů gestalt terapie jako je dialog, holismus, zákon pregnance a optimismus. Autor demonstroval model na práci s dobrovolnickým párem německých gestalt terapeutů.

Ken Evans (bývalý prezident EAGT a EAP, gestalt terapeut, sociální pracovník, pastor a farmář) demonstroval na vlastním případu pacienta podstupujícího kardiochirurgický zákrok zkušenost psychické transformace v konfrontaci s vlastní nemocí, bezmocí a strachem ze smrti. Prezentace byla spojená s exploračními vlastními modely vyrovnávání se stárnutím v malých skupinách účastníků. V závěru přednášky zazněla závažná otázka pro naši generaci: „Jak si poradíme s vlastním stárnutím?“ Autor navrhuje tvořivou cestu každého z nás prostřednictvím přijetí toho, co je „tady a teď“.

Česko mělo na konferenci šestičlenné zastoupení. Aktivně se účastnil **Jan Roubal** (Gestalt institut v Praze), který v přednášce

představil koncept „nakažlivosti“ deprese v terapeutickém vztahu. **Marcela Vacková** a **Ladislav Dvořák** z Institutu pro Gestalt koučink prezentovali své pojetí aplikace gestalt teorie na poli koučinku. Účastníky přednášky seznámili se strukturou výcvikového programu pro kouče a s možnostmi kreativního gestalt koučinku.

Letošní konference se konala 25 let od založení Evropské Asociace pro Gestalt terapii. EAGT k tomuto výročí vydala publikaci mapující historii organizace od založení po současnost a její prezident **Peter Schulthess** vedl panelovou diskusi, která

se zaměřila na misi a vývojové mezníky organizace. Diskuse mezi členy EAGT (pamětníky) a začínajícími gestalt terapeuty byla velmi živá a snad byla obrazem živosti této organizace jako celku.

Počet účastníků se oproti minulé konferenci v Aténách opět o trochu zvýšil, letos jich přijelo 630 z 33 zemí, a to nejen z Evropy, ale i z USA, Číny a Egypta. Příští evropská konference gestalt terapie bude v polském Krakově v roce 2013.

Došlo do redakce: 6. 11. 2010. Přijato k publikaci: 10. 11. 2010.

IV. česko-slovenské sympóziium PCA

s mezinárodní účastí

Emócie v čase krízy

16.–17. 6. 2011, Bratislava

Začiatok 15. 6. 2011 – v podvečerných a večerných hodinách, kedy bude priestor pre úvodné stretnutie a ďalší voliteľný program

Kde: Evanjelická bohoslovecká fakulta UK, Bartókova 8, Bratislava s možnosťou ubytovania (10,- Euro/noc) a stravovania (12,- Euro/deň)

Účastníci: facilitátori a frekvenciári výcvikov z PCA inštitútov v Prahe, Brne a Bratislave a ďalší zájemci o PCA a jeho vývoj

Aktívnu účasť prisľúbili: Sheila Haugh, Katarína Karaszová, Lygia Bátovská, Hana Smitková, Ivan Valkovič, Ladislav Timulák, Jan Holeyšovský

Úvodnú prednášku prednesie profesor **Les Greenberg, Ph.D; York University, Toronto** Profesor Greenberg je jedným z autorov psychoterapie zameranej na emócie (Emotion Focused Therapy, EFT) pre jednotlivcov a páry, ktorú predstaví nielen teoreticky, ale aj prakticky formou workshopu

Pre-seminár: v utorok 14. a stredu 15. 6. 2010 urobí prof. Greenberg seminar EFT pre záujemcov o tento prístup. Seminár sa bude konať tiež na EBF UK a možno sa naň prihlásiť zvlášť.

Predbežná cena je 200,- Euro

Kredity SKP: podujatie je akreditované SPS a SKP (minimálne 4 kredity za deň, ďalšie za aktívnu účasť)

Aktuálne informácie nájdete na www.pca.sk, www.coachingplus.org

Srdečne Vás pozýva tím organizátorov

Lýgia Bátovská, Hana Smitková, Jana Špániková, Martin Miler a Ivan Valkovič

PROBLÉM KLINICKÉ PSYCHOHLODIE

Petr Moos

Na stránkách časopisu *Psychoterapie*, v čísle 2, ročníku 2010, mě zaujal článek Vladimíry Strakové a Patrika Grexy „Využití Gestalt přístupu při krizové intervenci“ a rovněž článek Jana Roubala „Diagnostikování a intervence v gestalt terapii“. K vážnějšímu přemýšlení nad oběma články mě potom přinutila recenze Petra Možného: Komentář k příspěvku Jana Roubala. Je to opravdu velmi dobře napsaný text a rád bych touto cestou Petru Možnému vyjádřil své uznání a také díky za inspiraci.

V následujících odstavcích bych se chtěl zamyslet nad dvěma základními otázkami, které Možný vyslovil v jedné větě: „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.“

Kolegové gestaltisté ve svých článcích používají opravdu neuvěřitelně obłudný, šroubovaný a znásilňovaný jazyk. Shodou okolností jsou to zrovna gestaltisté, možná proto, že ty články nepsali analytici, systematici, rogeriáni či terapeuti pevným objetím. Tahle hantýrka, plná „psychohlodů“, se týká celé naší panoptikální obce, napříč jednotlivými přístupy a směry.

Společným jmenovatelem tohoto vyjadřování není pouhé používání obecně nesrozumitelných a cizojazyčných pojmů, ale je to i jakási meritorní vážnost a objevná naléhavost při sdělování naprosto banálních a triviálních skutečností. Jak jinak máme vnímat sdělení Strakové a Grexy, že „jeden z důležitých principů gestalt terapie je setkat se s klienty tam, kde jsou, a tam s nimi pracovat. Tato úvaha je v souladu s principy gestalt přístupu, který jako dominantu předkládá důraz na teorii pole, existenciální dialog, fenomenologii, sebeorganizující 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...“.

Žádný existenciální dialog, fenomenologie, ani sebeorganizované self nikdy nepřesunuly pozornost terapeuta na přítomnost, nikdy nezredukovaly jeho spekulativní závěry a nezdůraznily jeho autenticitu. To všechno možná udělal ten terapeut sám za sebe v momentě, kdy se setkal s pacientem tam, kde právě byli. Kde by se s ním asi jinak setkal? A ten terapeut rozhodně nebyl jen gestaltista, to byl kterýkoli terapeut s kterýmkoli pacientem. A pokud se to nějakému terapeutovi takto svébytně a osobně nedaří, potřebuje-li k tomu teorii pole, figuru, pozadí či fenomenologii, měl by se nad sebou zamyslet, neboť svou autenticitu právě ztratil.

Čteme-li ale text kolegů gestaltistů pozorně, zjistíme, že pod nánosem balastu „psychohlodů“ se také u nich skrývá opravdová, obyčejná autenticita při práci s pacientem, takže svou práci terapeutů, za obrannou zdí *smrtelné* vědy a citací, dělají zřejmě velmi dobře. Straková a Grexa například píše: „Záchraná služba oznámila, že do krizového centra veze manželský pár bezprostředně poté, co jim náhodně utonulo jejich jediné dítě... Na úvahy klientky, co má kdy učinit ze svých životních rozhodnutí, reagoval terapeut návrhem, že nemusí spěchat. Jedná se o zpomalování klientky (zintenzívnění konfliktu dle Perlse)... Fenomenologická reflexe se terapeutovi jevila obdobně jako v mnoha jiných případech setkání s lidmi po traumatu nepřijatelná, např. ‚vidím, že mluvíte hodně rychle‘. Terapeut akceptoval potřebu útěku...“.

Toto jsou klasické „psychohlody“ v naší obci. Jaké „zintenzívnění konfliktu dle Perl-

se“? Jaké „akceptování potřeby útěku“? Co to je za nesmysl? Naštěstí je však v textu zmíněn i jeden naprosto obyčejný, autentický moment, který je podle mého názoru a mých osobních zkušeností nejpodstatnější. „Terapeut cítil před setkáním úzkost ze zodpovědnosti, strach a zděšení, poté až jakési tupé ochromení s odevzdaností, během sezení pak hlubokou a osvobozující bezmoc.“ Ano, to je pocit, který z podobných situací dobře znám, autentické spočinutí v „tady a teď“, jež je naplněno čirou hrůzou a zoufalstvím. Bez Perlse, bez pole, bez zpomalování a útěků, prostě situace, která JE v tu chvíli TAK, a terapeut ji pomáhá svému klientovi lidsky unést. Pokud by zde začal terapeut produkovat nějaké „fenomenologické reflexe“, tak je prostě v pozici netaktního a poškozujícího hlupáka, jemuž je potřeba se vyhnout na sto honů.

Vraťme se tedy k první otázce Petra Možného: „Proč mají psychoterapeuti takovou potřebu halit své poznatky do obecně nerosozumitelných pojmů?“ A já dodávám, do celkově obłudného, ba až směšně vykonstruovaného jazyka. Jednoznačnou odpověď neznám, ale napadají mě tři důvody. Prvním důvodem může být obrana terapeutů před nárokem otevřít svůj emoční svět plný konfliktů veřejnému nahlédnutí. Jsme obcí s nejvyšší mírou profesní úzkosti a bojíme se, že nás druzí budou posuzovat a devalvovat z pozice svých vlastních nejistot a tápání. Proto se raději skryjeme za Perlse a spoustu všelijakých pojmových konstruktů.

Druhým důvodem může být komplex méněcennosti ve vědecky orientovaném moderním světě. Psychologie není standardní vědou a nechce si to přiznat. Zuby nehty se drží současného paradigmatu vědy, která se žene za nesmyslnou evidence based objektivitou. Psychologie a psychoterapie se snaží držet krok, ale pouze za cenu ztráty své vlastní podstaty a svého vlastního umění, osobní moudrosti a zkušenosti, jež se ztrácí v nepřehledném množství zdanlivě si odporujících teorií. A to je velká škoda.

A konečně třetím důvodem může být pu-

blikační stereotyp na stránkách „recenzovaných a citovatelných odborných časopisů“. Takový odborný článek přeci nemůže být pouhou snůškou subjektivních postřehů z praxe, nýbrž musí obsahovat potřebné náležitosti jako je např. hromada použité literatury, ze které citujeme a citujeme. My už totiž ani necítíme, neboť citujeme. Důkazem pro mě je třeba právě uvedený článek Jana Roubala, kterého osobně velmi dobře znám jako kamaráda, se kterým si v profesních věcech naprosto normálně a jednoduše rozumím. Ovšem pokud má někde publikovat jako akademická postava FSS MU, nedá se to skoro číst. Zdá se, že Petr Možný při své recenzi spíše narazil na tuto „akademickou postavu“, než na kolegu Roubala, jenž se kdesi vytratil. A jistě dělá svou terapeutickou práci výtečně.

Mimochodem, abych se stále nevozil po jiných kolezích, já sám, když si nerad někdy přečtu některé své odborné texty z dob minulých, zůstává mi rozum stát nad tím, kolik intelektuálních *eflorescencí*, tedy výkvětků, někdy bych řekl až výpotků, jsem byl schoopen vypustit do světa. Ale tak už to prostě je.

A nyní ke druhé otázce Petra Možného: „Proč si každý psychoterapeutický směr vytváří svou vlastní terminologii, srozumitelnou jen zasvěcencům?“ Odpověď na tuto otázku mi již připadá jednodušší. Psychoterapie je výsostně subjektivní záležitost. Objektivita v této oblasti je pouhou iluzí. Každý terapeut funguje pro každé setkání s pacientem jako nástroj, jenž je sám sebou. Nemáme zobrazovací techniky, nemáme laboratorní hodnoty, nemáme pilulky, zkrátka nemáme vnější nástroje pro zacházení s pacientem. Jen my sami si zbýváme a jsme vydáni sami sobě napospas. Je tedy logické, že do pojetí psychoterapie vždy vnášíme něco ze sebe, ze svého vidění světa, ze svého vzdělání, poznání a ze svých zájmů. Co terapeut, to trochu jiný pohled na věc. Uvedu pár příkladů.

Kdysi jsem pět let studoval Elektrotechnickou fakultu na ČVUT v Praze (nakonec jsem se tím přestal trápit a zběhl k psycho-

logii), konkrétně obor technická kybernetika. Tento obor se věnuje studiu struktury a dynamiky systémů s vysokou mírou komplexity, jejich zpětnovazebním mechanismům, cirkulární determinaci, stabilitě, teorií deterministického chaosu apod. Velmi dobře vím (a často jsem toho sám využíval), že tento obor poskytuje celou řadu velmi zajímavých a nosných metafor pro nejrůznější procesy v psychologii i psychoterapii. Když to někoho hodně baví, může na tom založit celý systém pojetí psychoterapie jako vysoce komplikovaného procesu s vysoce komplikovanými proměnnými, přičemž se vlastně zabývá velmi obyčejnými, subjektivními a autentickými vztahy mezi lidmi, na něž prostě nasadí metaforu kybernetického aparátu. Hodně to bavilo např. neurobiologa Huberta Maturanu a do sociálních systémů celou věc hezky potáhnul třeba Niklas Luhmann. A máme na světě systemický přístup, který si pro sebe uzmula hlavně rodinná terapie.

Ve třetím ročníku elektrotechnické fakulty je nutno absolvovat asi nejtěžší předmět a nejtěžší zkoušku, která se jmenuje Teorie elmag pole. Tak jsme jí jako studenti říkali a já sám jsem se na té zkoušce dvakrát kroutil, neboť jsem to moc neuměl. Kdyby to z kolegů psychoterapeutů někoho hodně bavilo, získal by velmi nosnou metaforu pro silová působení v rámci pole, vektorovou analýzu, ekvipotenciály, definice napětí jako rozdílu dvou potenciálů atd., atp. Našel se kolega, kterého to kdysi hodně bavilo, konkrétně Kurt Zadek Lewin. Kolega Kurt Zadek nám ovšem zdaleka nepřinesl jen nějakou figuru a pozadí. Při větší znalosti věci je to obrovský prostor pro tvořivé uvažování na hermetickém principu podobnosti. Stejně jako v případě technické kybernetiky.

Kdybych byl býval vystudoval medicínu a stal se gynekologem a porodníkem jako třeba kolega Vladislav Chvála, nemohl bych opomenout velmi bohatou a pestrou metaforu ženské dělohy pro dynamiku procesů v „sociální děloze“ rodiny, zakončenou „sociálním porodem“. A protože to Chválu s Chválovou-Trapkovou bavilo, napsali

o té metafoře knihu a máme na světě další zajímavý přístup. A tak bychom mohli jít dále. V. E. Frankl nespočetněkrát v koncentračních táborech uvažoval nad smyslem toho všeho (logoterapie). Albert Pessó jako tanečník a herec nutně musel vnímat tělo jako palubní desku s nepřeborným množstvím různých indikátorů, kontrol a zdrojů důležitých sdělení (PBSP).

Problémem tedy nejsou kolegové, kteří se něčemu nejprve do hloubky věnují, studují to, baví je to, a následně své poznatky přinesou do prostoru psychoterapie. Problémem jsou kolegové, kteří se do hloubky nevěnují ničemu, vystudují na „fildě“ psychologii a následně se chopí myšlenkového systému či teorií někoho jiného. Postupně se zahalí do tajuplného tváření a začnou používat okultní kódová označení pro všechno možné, aby náhodou někdo neodhalil jejich autentickou obyčejnost a prostotu. To je někdy opravdu hrozná a nezřídka tragikomická. Ozbrojení svým chatrným mečíkem pouštějí se do soubojů na bitevním poli psychoterapie a občas někoho, často i nechtěně, popíchají a zraní. Navíc způsobují ne zcela pravdivý dojem, že psychoterapie je velmi rozdělená, že zde existují nesmiřitelné školy a přístupy, že jeden směr je lepší než druhý.

Pravda je přitom taková, že nás pouze obyčejně něco více přitahuje, něco nás více baví, něčemu jsme se v životě více věnovali, v něčem se cítíme jistější a v něčem zase tápeme, a to je celé. Tuto svou (v lepším případě probádanou, zralou a pevnou) životní subjektivitu posléze nabízíme svým pacientům. S postupující praxí, životní zkušeností a moudrostí se nám to všem, bez rozdílu v přístupech, může dařit čím dál lépe.

V Liberci dne 30. 9. 2010

*Mgr. Petr Moos – klinický psycholog
a psychoterapeut (analytik)
Soukromá ambulance Liberec*

*Došlo do redakce: 30. 9. 2010. Přijato
k publikaci: 5. 10. 2010.*

JE PSYCHOTERAPIE SAMOSTATNÝM A NEZÁVISLÝM OBOREM?

Petr Moos

Nedávno jsem ve své elektronické poště nalezl e-mail od doc. Zbyňka Vybírala, ve kterém sděluje, že rezignoval na místo českého zástupce v psychologickém výboru EFPA (Evropské federace psychologů), protože „nemůže souhlasit s politikou EFPA, kde zvítězila myšlenka, že psychoterapie je jen věcí klinických psychologů a psychiatrů.“ Zbyněk Vybíral toto nemůže přijmout, proto odstoupil. Je to výsostně jeho rozhodnutí, rozumím mu a nemám s tím žádný problém. Avšak celá věc mě přivedla k vážnému přemýšlení nad tímto tématem. Je psychoterapie opravdu záležitostí klinických psychologů a psychiatrů? Patří pouze do prostoru zdravotnictví? Tedy výhradně do prostoru klinického? Anebo je to činnost či živnost, kterou může provozovat v podstatě kdokoli, kdo absolvuje „psychoterapeutické vzdělání“, bez rozdílu ve vzdělání pregraduálním a postgraduálním?

Mezi kolegy psychoterapeuty se poslední dobou setkávám s pozoruhodným názorem, že psychoterapii pro sebe usurpuje klinická psychologie a psychiatrie. Když sáhnu do své prořídle paměti a vzpomenu na praotce zakladatele různých psychologických směrů, vychází mi jednoduše následující:

Sigmund Freud – neurolog a psychiatr (psychoanalýza),

C. G. Jung – klinický psycholog a psychiatr (hlubinná psychoterapie),

V. E. Frankl – neurolog a psychiatr (logoterapie),

Aaron Beck – psychiatr (KT, KBT),

Albert Ellis – klinický psycholog (RET, KBT),

Carl Rogers – klinický psycholog (PCA),

Fritz Perls – psychiatr (gestalt terapie),

Abraham Maslow – klinický psycholog (humanistická a existenciální psychoterapie),

Medard Boss – psychiatr (daseinsanalýza),

a tak bychom mohli pokračovat dále a postupně tak popsat celé stránky tímto seznamem. Z takového úhlu pohledu na věc ani za mák nerozumím těm kolegům, kteří hovoří o nějakém „usurpování“ psychoterapie ze strany klinických psychologů a psychiatrů. Spíše bych to viděl zcela opačně. Kolegům psychiatrům a klinickým psychologům vděčíme za ustavení a postupnou kultivaci psychoterapie jako samostatného oboru, který je ovšem zřetelně vázán na klinickou praxi, léčbu, zdravotnictví a určitý jednoznačný typ pregraduálního vzdělání.

Ve své klinické praxi jsem se setkal nejednou s pacientem, který byl vážně poškozen „psychoterapeutem“ provozujícím svou „psychoterapii“ mimo jasně definovaný klinický prostor. Nejednou jsem se setkal s pacientem, který byl ke mně promptně odeslán z poradny, kde se na prvním sezení vydělili, že užívá Seropram, a byl měsíc hospitalizován s panickou poruchou. Na druhé straně jsem se také například setkal se zhroucenou pacientkou, jejíž manžel se po dvacetiletém manželství najednou rozhodl, že bude nadále „krotit horu“ se svým homosexuálním přítelem, a kolega psychoterapeut (nepsycholog a nepsychiatr) této pacientce za veřejné peníze pojišťovny sdělil, že muži to takhle někdy mívají, že najednou zjistí, že jsou vlastně bisexuální, a manželka to prostě může vydržet a tolerovat, ono to možná časem přejde. Vydržela dva roky. Onen kolega zmíněnou pacientku velmi netaktně odbyl a poškodil. Za peníze pojišťovny, ve zdravotnickém zařízení.

Kromě své soukromé klinicko-psychologické praxe v současné době funguji jako odborný garant, konzultant a vedoucí klinické psychologie v Krajské nemocnici

Liberec. Když vidím, jaké předatestační, výcvikové, kurzovní, stážové a přednáškové martyrium čeká v budoucích letech mé svěřence, absolventy klinické psychologie, kteří chtějí opravdu dobře diagnostikovat a psychotherapeuticky léčit pacienty, jímá mě z toho až hrůza, co všechno budou muset v rámci dalšího vzdělání absolvovat. Jaký by však takové náročné vzdělání mělo smysl, pokud by na trh psychoterapie byla každou chvíli vyvržena hromada vycvičených opiček, inženýrů, sociálních pracovníků, zdravotních sester, koučů, šamanů, indiánů, učitelů, fyzioterapeutů, gynekologů, zubářů, numerologů a narcistních histrionů? Ti všichni se do naší tržnice vehementně tlačí se svými stánky. A někteří z nich dokonce již v minulosti stačili otevřít svůj stánek s párky v tržnici zdravotnictví a usednout na úvazcích s pojišťovny.

Psychotherapeutická zařízení pak mohou mít velký problém s efektivitou, stávají se selektivními a vysokoprahovými pracovišti, kde pacient čeká na přijetí čtvrt roku, často ještě za předpokladu, že není pro terapeuty příliš obtížný a náročný. Připadá mi také, že česká psychoterapie je především jeden velký nepořádek a chaos, kde je možné v podstatě cokoli, takže nechápu tendence a snahy některých kolegů dále tento obor znepřehledňovat a otvírat jej přílivu nejrozumnějších dalších dychtivých pomahačů odkudkoli.

Osobně se domnívám, že by systematickou psychoterapii neměl vykonávat člověk bez pregraduálního vzdělání v jednooborové psychologii nebo v medicíně (následně pak lépe v oboru psychiatrie), jenž nemá zkušenost s kontaktem s klinickým pracovištěm pro léčbu duševních poruch, nevyzná se v klinické diagnostice, psychopatologii a rámcově i ve farmakoterapii, neumí dobře stanovit diagnózu nebo vést diferenciálně diagnostické úvahy. Takový člověk nechť vykonává konsultační činnost, poradenství, koučování, mediaci a meditaci, ale nechť to probůh nedeklaruje jako systematickou psychoterapii. Jsem velmi zásadně pro,

aby psychoterapie byla jasně definovanou odbornou léčbou, jež nesmí ztratit propojení s klinickou praxí. Následně potom psychotherapeut s klinickou zkušeností ať vykonává psychoterapii i mimo zdravotnictví, třeba ve věznicích, školách, různých ústavech nebo poradnách. Avšak jakési svébytné a oddělené „psychotherapeutické vzdělání“, postavené pouze na sebezkušenostním výcviku a troše teorie, dle mého názoru vůbec nestačí.

Řekl bych, že řada kolegů právě v rámci psychotherapeutických výcviků očkuje své školence a frekventanty touto myšlenkou, že výcvik je postačující podmínkou. Není. Mám dojem, že vlastně i termín „psychotherapeutický výcvik“ je zavádějící. Výcvik není psychoterapie, je to sebezkušenost. Sám jeden výcvik vedu, ano, je to pohyb na jakémsi pozoruhodném pomezí, ale v porovnání se systematickou psychoterapií s mými pacienty je to něco jiného. A můj vlastní „psychotherapeutický výcvik“ by mi pro klinickou praxi zdaleka nestačil. Možná i proto, že jsem se nespécializoval na práci s pouze zdravými lidmi.

A nyní bych se rád ještě dotkl problému, který je podle mého názoru pro českou psychoterapii základní a největší. V jednom z minulých čísel Psychoterapie jsem uveřejnil článek Krize psychosociálního průmyslu, za který jsem od některých kolegů sklídl pochybovačnou kritiku a částečně i lehce devalvující úsměv. V tomto článku jsem popsal stav a symptomy, které by taková krize mohla mít. Mimo jiné i boj o moc, o prostor, o definice psychoterapie, o veřejné peníze, ale hlavně jev, který považuji v psychoterapii za nejrizikovější, a tím je orientace psychotherapeutů na nekonečné vycvičování dalších pomahačů, vycvičování supervizorů, supervize, supervize supervizí a supervize supervizorů, kteří provádějí supervize supervizí. Zkratka orientace na MLM či Letadlo v naší obci, kdy stále méně času zbývá na práci s pacientem.

Psychotherapeuti totiž objevili meritorní pravdu: Stvořit nového pomáhajícího je

jednodušší a lukrativnější než spoluvytvářet zdravého pacienta! Navíc se ten nový pomáhající automaticky zaháčkuje do pyramidového byznysu a stává se supervidovatelným a doškolovatelným a dále kurzovatelným adorantem svého lektora. Je to jakási nová přicházející tradice, kdy hlavní příjmy psychoterapeut realizuje mimo zdravotnictví, mimo klinickou práci. Tento trend je pro psychoterapeutickou práci s pacienty velmi nevýhodný. Nakonec, ať si kdo chce, školí, koho chce, ať nakonec ti školenci dále školí další školence, ať se ti školenci dále věnují konzultacím, koučováním, mediaci a poradenství mimo zdravotnictví, ale ať se to potom nenazývá systematická psychoterapie s naprostou rezignací na znalosti z psychopatologie, neuropsychologie, vývojové psychologie, neurofyziologie či farmakoterapie.

Závěrem bych tedy vyslovil svůj názor

v tom smyslu, že psychoterapie není nezávislou profesí, kterou pro sebe usurpují kliničtí psychologové a psychiatři. Naopak, psychoterapie je závislou profesí, kterou kolegům psychologům a psychiatrům – zakladatelům – usurpuje kdejaký jiný byznysmen.

V Liberci dne 7.10.2010

Mgr. Petr Moos – klinický psycholog a psychoterapeut, Soukromá klinicko-psychologická ambulance, Liberec

Došlo do redakce 7. 10. 2010. V revidovaném znění: 20. 10. 2010. Přijat k publikaci: 21. 10. 2010.

(Článek byl diskutován v redakční radě a po úpravě, na kterou autor přistoupil, ho zařazujeme jako příspěvek k polemice.)

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

ZRNKO 33

připomíná příběh jednoho psychoterapeuta. Patří k těm nejžádanějším – každý jej doporučuje, protože je skutečně skvělý. A je drahý: potvrzuje svojí cenou, že být jeho klientem a léčit si u něho svá trápení znamená úspěšně vyřešit to, co nás přivedlo k rozhodnutí požádat jej o terapii. Takže: nevyléčit se u něho znamená být klientem, který nechce spolupracovat. A který si tudíž jeho službu nezaslouží...

Nu – a teď se jeden z jeho klientů, velmi bohatý pan Josef, dokázal díky spolupráci s ním vymanit z problému, kvůli kterým jej jeho obvodní lékař k panu doktorovi poslal. Cítí, že se díky terapii zbavil pout trápení, a že tudíž může terapii ukončit. Jenomže – jenomže pan doktor mu stále předepisuje další a další termíny konzultací. A pan Josef nemá odvahu říci, že je už nepotřebuje. Klade si totiž otázku, zda moudrý pan doktor něco netuší – něco, co by jej znovu mohlo přivést k problémům. A nejen to: současně si – i díky svému uzdravení a také proto, že je úspěšný a velmi pragmatický podnikatel! – uvědomuje, že je jedním ze zdrojů výtěžku ordinace pana doktora a že není jednoduché sehnat si bohatého klienta a vydělávat na řešení jeho problémů. Tak.

Tak. Tak – a co teď? Co teď, když mu pan doktor stále dává další a další termíny konzultací, která hezky nazývá: „setkání“? Setkání, která pan Josef musí respektovat, protože podle vstupní dohody pan doktor nejlépe ví, zda je potřebuje, anebo zda je již nepotřebuje...

A co když skutečně pana doktora a psychoterapii stále potřebuje? Co když jeho pocit, že již není nemocen, je jen dalším z projevů jeho nemoci, jak se v průběhu léčení několikrát objevilo...? A co když si jen díky terapii u pana doktora dokáže klást i tyto otázky??? Ano – je to otázka!!!...

Otázka nejen pro něho.

ZRNKO 34

Paní doktorko, vy končíte? A co my – co my, vaši vděční pacienti a klienti? Vy nás přesouváte k někomu jinému? Už jenom to slovo „přesouvat“ nás děsí! My nechceme žádné přesouvání, naše rodina nechce někoho jiného – chce jenom a jen vás! Vás!!!

Cože? Že odcházíte do důchodu a že tím otevíráte cestu mladému kolegovi, který je skvělý a proto jste přesvědčena, že s ním budeme také rádi řešit své problémy? No jo – ale co my? My nechceme jiného terapeuta, my chceme jen vás – učila jste nás věrnosti k sobě a k rodině a k našim hodnotám. Zachránila jste naši rodinu! A navíc – zvykli jsme si za ta léta na vás a chceme jen potvrdit to, co jsme díky vám poznali a získali – i onu již zmíněnou věrnost...

Je pro nás dokonce nemožné představit si, že se už nikdy – nikdy! – nevidíme... vždyť je to vlastně až nenormální, rozejít se po tom všem, co jsme vám sdělovali a společně a díky vám prožívali a sdíleli a řešili... Anebo vás udivuje, že už nechceme nějakému novému panu doktorovi vyprávět znovu to, co nás přivedlo k vám do léčebny a pak do ordinace???

Budete-li souhlasit, jsme připraveni chodit za vámi i jinak – a třeba si za naše setkání i platit, ač, jak víte, peněz nemáme moc... Prosíme...

Tak.

Tak: a paní doktorka usměvavě mlčí. Má o čem přemýšlet. Ani ne tak o tom, zda má právo jít do důchodu, jako spíš o něčem jiném. Dokonce ji napadly dvě otázky, o nichž si řekla, že jsou „ošklivě krásné“. Jedna zní takto: Není to, že mě stále tak chtějí, vlastně moje chyba? A druhá otázka? Druhá otázka se ptá, zda ji – tu otázku! – uhádneme sami...

ZRNKO 35

přivádí dvě bytosti, které se setkaly kdysi dávno a kde chce jedna od druhé rozhovor.

Ta jedna si nepřeje být jmenována – a tak jí říkáme paní Jedna. A druhá také nechce prozradit svoje jméno – a tudíž je to pan doktor Druhý. Paní Jedna se s dr. Druhým seznámila před 15 lety na okně 11. patra paneláku. Rozhodla se tehdy vyskočit a ukončit tak svůj život.

A dr. Druhý tehdy pracoval v krizovém centru, které podnikalo výjezdy za lidmi v akutním ohrožení. Bylo to dramatické setkání, které skončilo tím, že paní – tehdy ještě slečna – Jedna odjela s dr. Druhým do krizového centra a tam pak dospěla k rozhodnutí léčit svůj vztah k sobě a ke světu. Podařilo se jí to. A stala se (i díky tomu, jak dokázala řešit svá témata!) úspěšnou novinářkou. A teď – teď přichází proto, aby si splnila dávný sen: napsat něco hezkého o panu dr. Druhém. Dr. Druhý ji hned nepoznal. Paní Jednu to nejdříve zaskočilo, ale pak tím byla potěšena: uvědomila si, že máme právo nepamatovat si po více než 10 letech ani události, ve kterých šlo o život. Zde je všem nutno dodat, že dr. Druhý zažil takových událostí tolik, že to, že si je uměl nepamatovat, bylo současně vyjádřením jeho duševního zdraví a... a normality... i když: i když nakonec si vždycky vzpomněl – jako i teď, když mu paní novinářka připomněla svůj příběh...

A paní novinářka Jedna položila první otázku: Jak jste se vlastně dostal k té psychoterapii?

A dr. Druhý odpověděl: Omylem. Chtěl jsem dělat do kultury, proto mám střední knihovnickou školu – a přihlásil jsem se tudíž po vojně na obor „výchova a vzdělávání dospělých“, kde jsem se moc těšil na přednášky filosofa Karla Máchy a psychologa Milana Nakonečného. Jenže... jenže s rozvojem tak zvané „normalizace“ byli Karel Mácha i Milan Nakonečný vyhozeni – naštěstí však zůstalo několik osvědčených učitelů a jeden z nich – Pavel Hartl – mi doporučil účastnit se akcí Jaromíra Rubeše

na Horní Palatě. Nu – a tam jsem se v rámci jedné „psychodramatické šou“, jak jsem tomu říkal, dostal do zajímavého problému při řešení modelové situace s kolegyní Jitkou. Krásně se nám dařilo hledat a nalézat řešení... A Jaromír Rubeš mi pak před ukončením řekl, abych dělal psychoterapii, když mi ten kumšt byl ukraden. Nu – tak jsem si upravil studia a šel dělat psychoterapii... a protože jsem se musel žít, nastoupil jsem v době studií do jednoho pastáku, pardon: dětského výchovného ústavu. A tam jsem se prvně setkal s „Ostrovem rodiny“. Nu – a pak...pak jsem i s tím „Ostrovem“ pracoval na svém prvním psychologickém pracovišti – v Pedagogicko-psychologické poradně v Klatovech.... a pak dál... a dál... a dál...

Jedna: V pastáku jste se potkal s „Ostrovem rodiny“?

Druhý: Ano. Ale to je na dlouhé povídání.

Jedna: Prosím! Prosím – alespoň trochu...

Druhý: Jeden z obyvatel pastáku, tehdy jedenáctiletý Jirka, dnes je to podnikatel, mi ve slabé chvílce vyprávěl o své rodině. Mluvil o světě plném bezpečí, klidu a lásky.

Divil jsem se, proč je v pastáku, když přišel z tak dobré rodiny. Podíval jsem se do jeho papírů a uvědomil si, že si vymýšlí, že si utváří jakýsi vysněný – pak jsem tomu říkal „virtuální“ – ostrůvek světa. A že díky tomuto snu je plný naděje, tak, jako jsou v pastáku plny naděje děti, kterým je vyprávěn příběh o tom, jak jeden z nich dokázal po odchodu z ústavu vyrůst ve skvělého odborníka anebo herce. Takových nadějeplných poselství děti v pastácích v době bolševika moc neprožívaly – tam se častěji dozvídaly, že dopadnou špatně, že skončí v base, jako ten a ten a ten, kdo byl v pastáku před nimi. Když vyprávěl Jirka svůj příběh kolegyním a kolegům vychovatelům – trestali ho za to, že lže, a říkali mu, že jakožto lhář špatně dopadne! Stále jsem kolegyně a kolegy prosil, aby dětem v ústavech vyprávěli příběhy, naplněné šancí... a dařilo se mi jen málokdy, že jsem byl oslyšen. Někdy jsem byl dokonce označen za stejného podvodníka, jako jsou ty děti. Pravdou jest, že jsem

se právě proto v jednom DVÚ naposledy v životě popral – napadl mě kolega, který mě „lži o tom, jak může virtuální svět být hojivě inspirující“, považoval za nesmyslné manipulace. Uvědomil jsem si alespoň, že oslyšen být asi nemohu, protože v ústavech pro děti pracovali často ti, kteří si potvrzovali, že život a lidé v socialistickém lágru nejsou OK... V té době to vlastně byla jedna z možných motivací k práci s dětmi v pastácích – protože nemají šanci se ani bránit, potvrzují tím, jak je ten socialistický svět špatný... a někteří jejich vychovatelé a vychovatelky si to potvrzovali mimo jiné i proto, aby se zbavili pocitu své slabosti a zrady svobodného světa, když zůstávali v bolševické republice...

Jedna: Takže – aby se zbavili výčitek, že neemigrovali, a aby si uchovali pocit svobody, šli pracovat do pastáku? Nevím, jestli rozumím...

Druhý: Někdy to bylo jediné řešení, jak si uchovat úctu k sobě...

Jedna: A někdy – někdy si to odnesly děti...

Druhý: A možná je to přivedlo k objevu ostrova rodiny...

Jedna: Takže?

Druhý: Takže co?

Jedna: Takže aha...

...A ... A ZRNKO
NA ROZLOUČENOU...

Začneme připomenutím – připomenutím září 1990, kdy vyšlo 1. číslo Konfrontací.

Založil je a řídil Zbyněk Vybíral a přivedl až k dovršení 66. číslem v roce 2006. Tehdy

Konfrontace otevřely cestu dnešní Psychotherapii – té, kterou právě držíte v ruce a jejíž 4. ročník zrovna teď a tady přerůstá v ročník další. Zbyněk Vybíral dovedl Konfrontace a na ně navazující Psychotherapii až sem – nyní se rozhodl předat roli šéfredaktora.

Předává ji ve chvíli, kdy Psychotherapie patří k nejlepším odborným časopisům. Je to obdivuhodné rozhodnutí, které by mělo být výzvou i pro nás. Umět dospět k poznání, že je vhodné umět nabídnout dílo, které jsem dovedl ke smysluplnému růstu. A udělat to proto, abych otevřel příležitost nejen dalším kolegyním a kolegům, ale také sobě: sobě k dalšímu směřování...

Měl jsem tu čest být po celou dobu u toho – a tak mohu s radostí a s úctou Zbyňkovi poděkovat a jeho nástupci popřát, aby pokračoval v cestě, která díky svému zakladateli zanechala obohacující stopy a je plna inspirací a tvořivých výzev. A současně oznámit, že i já se loučím s redakční radou a přeji jí a jejím čtenářům jen a jen samé HEVYK dny!

Co je to HEVYK? No přeci HEzké a VYdačené a Klidné...

Redakce Psychotherapie a členové redakční rady děkují PhDr. Zdeňku Riegrovi za letité neúnavné, spolehlivé a vždy v termínech psané odborné glosy (ZRNění a ještě předtím Zrcadlení a Zrání). Začali jsme s nimi pravidelně od čísla 4/1999 a vycházely déle než 11 let. (Již předtím se objevily Riegerovy glosy v číslech 3/1998, 4/1998 a 3/1999.) Ač někdy od pohledu literárnější, než odborné, po zevrubnějším zkoumání často odbornější, než se zprvu zdálo.

O PORUCHE LÁSKY K SEBE SAMÉMU

Asper, K. (2009). *Opuštěnost a sebeodcizení. Nové přístupy k terapii narcistické poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Zuzana Lakošítková

Dostala sa mi do rúk knižka, ktorá si na svoj preklad do češtiny musela počkať dlhých 22 rokov. A tak som bola zvedavá, či má čitateľovi čo povedať i dnes. Mňa rozhodne nesklamala.

Podtitul knihy oznamuje, že témou bude narcistická porucha osobnosti a nové prístupy k jej terapii. Myslím si však, že ponúka oveľa širší rámec, i mimo túto poruchu. Predmetom je skôr narcistické zranenie získané v rannom detstve ako patologický narcizmus. Asper podáva pohľad Jungovej analytickej psychológie a odráža sa od hlavného symptómu a to emocionálnej opustenosti, ktorá stojí pri zrode narcistického zranenia. Tak ako pri iných poruchách osobnosti, pozornosť pri hľadaní príčin sa kladie na ranné vzťahy. Kladne hodnotím, že matka je tu predstavená nielen ako primárny opatrovateľ, ale zároveň aj ako archetyp, ženský princíp, „obraz matky v našom vnútri“, ktorý sa nemusí zhodovať s reálnou osobou matky. Pri vzniku narušených ranných väzieb tak do hry vstupuje určitá osudovosť a matka prestáva byť výhradným vinníkom. „Dá sa povedať, že sa objavila negatívna archetypová konfigurácia, na ktorej sa podieľa dieťa aj matka. Narušený začiatok života z archetypovej perspektívy je tiež vždy osudom a nielen ľudským zlyhaním, nie je zakotvený len v životných okolnostiach“ (s. 47).

Narcizmus je vykreslený v symbolických obrazoch napr. za pomoci rozprávok bratov Grimmovcov, či legendy o sv. Krištofovi. Nájde tu i analýzu známeho mýtu o Narkissovi, ktorý prekvapivo nie je vyložený ako komplexný obraz ochorenia, ale len ako vysvetlenie východnej tragickej situácie a tiež problematiky vzťahov. Asper pridáva aj niekoľko kazuistík, pretkaných osobnými postrehmi a vlastnými terapeutickými

skúsenosťami, ktoré podávajú ucelenejší a zároveň hlbší pohľad na narcistickú poruchu. V jednej z dlhších kazuistík sa venuje aj práci so snami. Okrem toho knihu dopĺňajú aj ukážky kresieb klientov, ktoré sú trochu nešťastne umiestnené až na posledných stránkach. Pre prehľadnosť by som ich uvítala priamo v texte, čo je však poznámka skôr na stranu vydavateľa.

Formálne je knižka rozdelená na dve časti: *Opuštenosť* a *Sebaodcudzenie*. Musím sa však priznať, že veľký rozdiel medzi týmito oddielmi som nepostrehla a v texte mi chýbala jasnejšia štruktúra, ktorá by dielo sprehľadnila. Aj preto sa rozhodne nejedná o jednoduché čítanie, ktoré preletíte za jeden večer. Na obálke síce stojí, že kniha je okrem odborníkov určená aj čitateľom, ktorí poruchou sami trpia a ich príbuzným, podľa mňa je však pre laickú verejnosť písaná príliš zložitým, odborným jazykom, ktorý si vyžaduje aspoň určitú znalosť analytickej terminológie a miestami aj latinčiny. Pre základnú orientáciu v problematike by som skôr odporučila podobne koncipované dielo od Rohra: *Narcismus - vnitřní žalář*, ktoré tiež vychádza z jungiánskej psychológie, je však písané populárnejšou formou. Pre tých, ktorých sa náročnosťou textu nenechajú odradiť a „prelúskajú“ sa až do konca, kniha ponúka veľa zaujímavých postrehov a naozaj „hlboko analytický pohľad na dno narcistickej duše.“

ODKAZ:

Röhr, P. H. (2001). *Narcismus - vnitřní žalář: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál.

Autorka recenze studuje obor psychoterapeutická studia na FSS MU.

ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLADY, DOVEDNOSTI A TECHNIKY RODINNÉHO TERAPEUTA

Mark Rivett, Eddy Street: Family Therapy (100 Key Points and Techniques). Hove: Routledge, 100 Key Points Series, 2009, ISBN978-0-415-41039-7, s. 301

David Skorunka

„Ukažte nám nějakou techniku!“ Tak zní občasný požadavek studentů a frekventantů výcviku v rodinné terapii, kteří chtějí, aby lektor demonstroval způsob práce s rodinami a zejména prostředky k podnícení terapeutické změny. Podobná žádost zaznívala i ve výcviku, jež *prodělal* autor této recenze. Sám patřil mezi ty nejzarputilejší, co se nechtěli nechat odbýt poznámkou lektorů, že technika není nejdůležitější. Čas dal v lecčems za pravdu lektorům. Nicméně osvojení si různých metod práce s rodinami (tzv. techniky či intervence), je nezbytnou součástí znalostí a dovedností rodinného terapeuta, má-li být ve své roli kompetentní. Samozřejmě v terapeutickém procesu nelze vše předvídat. Nelze čekat, že pro každou situaci existuje specifická intervence, jež nebohého klienta (nebo spíše terapeuta) vyprostí z nesnází. Jenže štěstí přeje jen připraveným a nesnáze lze v terapii čekat, nejen v té rodinné. Proto se může hodit publikace s názvem *Rodinná terapie; 100 klíčových témat a technik*, kterou v nakladatelství Routledge v roce 2009 vydala dvojice autorů Mark Rivett a Eddy Street. Jde o zkušené terapeuty, z nichž Rivett je současným a Street předminulým šéfredaktorem *Journal of Family Therapy*, odborného periodika britské *Association of Family Therapy* (AFT). Oba spojili své síly, aby vytvořili vlastní verzi úvodu do rodinné terapie, a systemické perspektivy s důrazem na konkrétní příklady hlavních *technik* užívaných rodinnými terapeuty. Jak sami uvedli, chtěli představit základní prvky *rodinně-terapeutického* řemesla ve vší rozmanitosti typické pro vývoj a současný stav tohoto psychoterapeutického odvětví.

Kniha je strukturována do 11 částí, které jsou dále děleny do menších, maximálně třístránkových kapitol podle jednotlivých témat. Čtenář je nejprve seznámen s hlavními teoretickými předpoklady rodinné terapie. To kdyby se náhodou kniha dostala do ruky někomu, kdo ještě nic neslyšel o teorii systémů a systemické perspektivě. Věnují pozornost základním pojmům, které se v průběhu času staly součástí učebnic rodinné terapie a ve zvláštní kapitole probírají některé kontroverzní či diskutované aspekty teorie. Činí tak bez konfrontačního nádechu, spíše vyjasňují, dle vlastních slov, určitá nedorozumění. Od následující kapitoly už dominují na praxi zaměřená témata. I když se ani v dalším textu autoři zcela nevyhýbají teoretickým konceptům, pojednávají o nich s důrazem na jejich aplikaci v klinické praxi. Poměrně velký prostor je věnován klíčovému základním dovednostem a těm aspektům terapeutického procesu, které jsou typické pro počáteční fáze terapie. Následují kapitoly věnované konkrétním technikám, způsobům dotazování a intervencím typickým pro různé přístupy v rodinné terapii. Hypotetizování, různé formy dotazování, práce s rodokmenem, domácí úkoly, dopisy, to jsou jen některé z mnoha příkladů v knize zpracovaných. Ve zvláštní kapitole jsou uvedeny techniky typické pro hlavní školy rodinné terapie. Užitečné je, že autoři v knize nadřazují základní dovednosti a obecné aspekty terapeutického procesu nad příslušností k jedné z mnoha škol rodinné terapie. Nechybí otázka ukončení terapeutické spolupráce, různé kontexty práce s rodinou, integrativní trend a výhled do budoucna. Velmi přínosné jsou dvě kapitoly

věnované osobě terapeuta a nejčastějším *problematickým* situacím v rodinné terapii. Které to podle autorů jsou? Tzv. odpor rodiny ke změně (či k terapii vůbec), nezdár v terapii, uvíznutí ve slepé uličce, zvládání konfliktu a intenzivních emocí, práce s tajemstvím a tzv. částečnou „pravdou“, obtíže při práci s dětmi a vynechávání terapeutických sezení (rodinou, nikoli terapeutem). Náročné situace autoři nahlízejí systemickou optikou a zároveň poskytují návrhy, jak je možné postupovat. Ocenil bych, kdyby autoři zařadili také svůj pohled na možné způsoby práce s rodinami, které nejsou příliš aktivní a od terapeuta očekávají zejména rady.

Publikace je přehledná, vše je pojednáno v „kondenzované“ formě. Stručnost v některých případech hraničí se strohostí, což je snad jediná výtku, která by na adresu autorů mohla zaznít. Srozumitelnost textu jí našťástí neutrpěla. A možná je sporný i autorův subjektivní výběr klíčových myšlenek a intervencí, byť se k němu otevřeně v úvodu přiznávají. Ono vybrat to hlavní z dynamického vývoje rodinné terapie a vtěš-

nat vše na necelých tři sta stran drobné knihy o menších rozměrech než má iPad není jednoduchým úkolem. Navíc čtenáři v této „příručce do kapsy“ najdou takřka totéž, co je v jiných, detailněji zpracovaných učebnicích, popsáno na téměř dvojnásobné ploše. Jde o stručné, ale výstižné seznámení s hlavními teoretickými body rodinné terapie a se způsoby práce nazývanými jako techniky. Časté jsou příklady z klinické praxe a krátké ukázky rozhovorů s rodinou. Je patrné, že autoři tvořili s ohledem na studenty, frekventanty výcviků a samozřejmě na *technicky* založené therapy. A také na odborníky z jiných oborů, kteří často s rodinnými therapy spolupracují. Nebo by alespoň měli. Kniha může být užitečná i pro zkušeného rodinného terapeuta k osvěžení některých intervencí, nabídce nových terapeutických kroků, reflexi a případnému připomenutí opomíjených prvků *rodinné-terapeutické* praxe. Marku Rivettovi a Eddy Streetovi se *pragmatický úvod do jednoho z nejméně dynamických a náročných psychoterapeutických přístupů* jednoznačně povedl.

Autor recenze je rodinný terapeut a lékař.

„STARÝ DOBRÝ GESTALT“

Gary M. Yontef: Gestaltterapie – uvědomování, dialog a proces.
Praha: Triton 2009, 564 stran.

Tatiana Sabová

Garyho Yontefa, autora knihy „Gestalt-terapie-uvědomování, dialog a proces“ nie je potrebné medzi gestalt psychoterapeutmi predstavovať. Ide o renomovaného gestalt terapeuta. Osobne som veľmi rada, že bola jeho kniha preložená do češtiny a že sa s jej obsahom máme možnosť bližšie oboznámiť aj v Čechách a na Slovensku.

Kniha je rozsiahla – má vyše 500 strán a je rozdelená do 4 častí: história a politika gestaltterapie, teória gestaltterapie, teória poľa a prax gestaltterapie. Tieto štyri časti sú členené do 15 kapitol. Kniha je písaná

dobrym zrozumiteľnym spôsobom a dobre sa číta. S radosťou som otvárala jednotlivé stránky a nachádzala v nej: „starý dobrý gestalt“ – zhrnutie princípov gestaltterapie a ich rozpracovanie. Text je pretkaný úvahami autora a typickými Yontefovými „gestalt výrokmi“, ako napr. „Čo je, je“, „Jedna vec vedie k druhej“, „Ja a Ty, tu a teraz, čo a ako“, „žiadne „mal by som“ „zahodte hlavu a vráťte sa k zmyslom“, „kontaktuj to aktuálne“ „zostaň s tým“ ... Pri čítaní knihy som sa cítila ako doma.

Predpokladám, že knihu ocenia hlavne

psychoterapeuti pracujúci gestalt štýlom. Pri čítaní knihy budú mať príležitosť zopakovať si princípy gestalt terapie a objaviť nové súvislosti vyplývajúce z gestalt teórie.

Myslím si, že v teórii gestalt terapie je vždy čo objavovať a nahliadať známe veci z nových uhlov pohľadu.

V prvej časti „História a politika gestalt terapie“ sa Yontef venuje trendom v gestaltterapii v USA a približuje 40-ročnú históriu vývoja GT. Prechádza od začiatkov vychádzajúcich z psychoanalýzy cez 60-te roky spojené s tzv. bum-bum terapiou, glorifikáciou terapeuta a štýlom charizmatického vodcu k 70-tym rokom spojeným s triezvym uvažovaním a prechodom od individualistického prístupu „Ja si robím svoje, Ty si rob svoje“ k dialogickej terapii v zmysle Buberovej filozofie „Ja-Ty“ a prechod od jednotlivých techník k zodpovednosti a porozumeniu zmyslu intervencií v kontexte poľa. Postupne sa dával väčší dôraz na dialogický vzťah, fenomenologické uvedomovanie a teóriu poľa, význam empatie. Autor poukazuje na proces postupného formovania gestalt teórie. Venuje sa paradoxnej teórii zmeny, dôrazu na prítomné dianie, dialógu. Prináša pohľad na to, prečo sa stal gestaltterapeutom a začína ho listom adresovaným Simkinovi. Ponúka tzv. gestaltterapeutické hry – hra s preháňaním, hra s obrátením v opak, projekčné hry, hra na preberanie zodpovednosti... Autor sa zaoberá aj porovnaním jednotlivých terapeutických smerov, hlavne behaviorálneho a psychoanalytického s poukazovaním na rozdiely v gestalt terapii. 80-te roky vníma ako čas syntézy.

Druhá časť „Teória gestalt terapie“ oboznamuje so základnými pojmami, prináša teóriu osobnosti a teóriu psychoterapie. V teórii osobnosti kladie dôraz na význam vzťahu organizmu a environmentálneho poľa, organizmickej selfregulácie, zaoberá sa narušeniami kontaktovej hranice, uvedomovaním, zodpovednosťou, paradoxnou teóriou zmeny, polaritami a slepou uličkou.

V teórii psychoterapie zdôrazňuje „jediný cieľ“ GT, ktorým je uvedomovanie, význam dialogického vzťahu a prítomného diania, prináša techniky slúžiace fokusovaniu, zaoberá sa vyváženosťou medzi frustráciou a podporou a zaoberá sa ďalšími mechanizmami psychoterapie. Táto časť obsahuje aj kauzistické ukážky, ktoré ilustrujú aplikáciu teórie v praxi. Poukazuje na to, že gestalt terapia čerpá z gestalt psychológie a venuje sa asimilácii diagnostických a psychoanalytických perspektív do gestalt terapie.

Tretia časť je venovaná teórii poľa, významu prepojenosti a vzájomného ovplyvňovania prvkov poľa, charakteristikám poľa a dôležitosti procesu. Pozornosť je zameraná na self v psychoterapii, zaoberá sa dialógom, protiprenosom a zodpovednosťou terapeuta, zamýšľa sa nad spôsobmi myslenia v GT.

Štvrtá časť prezentuje prax GT: zaoberá sa dôležitou diagnózou ako nevyhnutnej súčasťou dobrej terapie, ktorá je východiskom pre potrebné intervencie, ponúka svoj pohľad na diagnostikovanie v gestalt terapii s mnohými praktickými návrhmi pre terapeutov. Zaoberá sa procesom formovania a deštrukcie figúry a pozadia, procesom uvedomovania, schopnosťou kontaktu, úrovňou podpory a skúma ďalšie gestalt diagnostické charakteristiky.

Predposledná kapitola je venovaná liečbe ľudí s narcistickou a hraničnou poruchou osobnosti a prechádza od popisu charakterových porúch k vývinovému pozadiu a liečbe. Posledná kapitola sa zaoberá prácou s hanbou v GT. Kapitoly prinášajú množstvo praktických podnetov pre terapeutickú prax.

Yontef sa v knihe delí so svojimi praktickými skúsenosťami a ponúka gestalt teóriu zaujímavým spôsobom. Vrelo odporúčam nielen gestalt terapeutom, ale všetkým záujemcom o gestalt prístup.

Autorka recenzie je psycholožka a psychoterapeutka, pracuje na Psychiatrickém oddělení Nemocnice Ostrov (kontakt: tatiana.sabova@gmail.com)

GESTALT A ORGANIZÁCIE

Frans Meulmeester: Zmena príjde, když se zastavíš. Gestalt přístup v organizacích. Dobříš, Drvoštěp 2010.

Tatiana Sabová

V posledných mesiacoch sa na pultoch kníhkupectiev objavil preklad knihy holandského autora Meulmeestera „Zmena príjde, když se zastavíš“. Zaoberá sa využívaním gestalt prístupu v organizáciách – téme, ktorej je venovaná v poslednom čase stále väčšia pozornosť a ktorá sa stáva stále populárnejšou. Názov knihy je odvodený od základného princípu gestalt prístupu – zastaveniu sa a vnímaniu toho, čo sa deje.

Kniha je rozdelená do 7 kapitol a 2 častí. Prvá časť knihy je venovaná princípom gestalt teórie a vysvetleniu základných pojmov. Druhá časť ponúka aplikáciu gestalt prístupu v organizáciách. Prvé kapitoly oboznamujú so základnými pojmami a princípmi gestalt prístupu – zaoberajú sa kontaktom, uvedomením, figúrou a pozadím, kontaktným cyklom, mechanizmami kontaktovania a teóriou poľa. Ďalšie kapitoly aplikujú kontaktný cyklus na organizácie – ponúkajú pohľad na fungovanie zdravej organizácie, na prerušenia procesu v jednotlivých fázach a poskytujú potrebné intervencie.

Prvá kapitola „Kontakt“ ponúka gestalt definíciu kontaktu ako „procesu interakcie medzi organizmom a prostredím“. Z hľadiska teórie figúry a pozadia sa díva na kontakt ako na „proces opakovaného rozlišovania nových figúr voči meniacim sa pozadiam“. Jednoduchým a názorným spôsobom vysvetľuje kontaktný cyklus a jeho fázy: vnímanie-uvedomenie-mobilizácia energie-akcia-kontakt-naplnenie-stiahnutie. Zdôrazňuje potrebu vedomého prechádzania kontaktným cyklom pre dosiahnutie zmeny. Ďalšia časť kapitoly je venovaná kontaktným mechanizmom: konfluencia, introjekcia, projekcia, retroflexia a deflexia.

Druhá kapitola „Teória poľa“ poukazuje na dôležitosť vzájomného prepojenia všetkých prvkov poľa a ich ovplyvňovania. Ce-

lok a jeho časti sú vo vzájomnej interakcii, ktorá dáva zmysel poľu. Pole organizujú a utvárajú potreby a proces interakcie je zdravý, ak vedie k uspokojeniu potreby. Autor približuje aj zákon pregnancie, podľa ktorého má „pole tendenciu uskutočniť najlepší možný tvar v rámci existujúcich okolností“. Zákon sebaregulácie organizmu poukazuje na to, že organizmus sa snaží o maximálne uspokojenie prevládajúcej potreby. Organizmus sa bude vždy vyvíjať tak, ako je to najlepšie pre neho a pre jeho prostredie.

Tretia kapitola „Zdravá organizácia: organizmus v poli“ sa venuje dôležitosti primárneho procesu, facilitáčného vedenia a tvorivého prispôsobenia. Hľadá dominantnú potrebu organizácie, ktorá bola pôvodne dôvodom vzniku organizácie a z ktorej vychádza primárny proces. Facilitáčné vedenie spočíva v dôvere primárnemu procesu organizácie a sebaregulačným mechanizmom organizácie a jeho podpore. Tvorivé prispôsobenie je prejavom zdravého fungovania organizácie a spočíva vo flexibilnej reakcii na zmeny. Na jednotlivých fázach kontaktného cyklu autor vysvetľuje, ako prebieha proces zdravého fungovania v organizácii.

Štvrtá kapitola „Prerušený proces – model pre organizačnú diagnostiku“ opisuje nezdravo fungujúcu organizáciu. V takejto organizácii neprebíha tvorivý proces plynule, ale zasekáva sa. Autor vysvetľuje fixné prispôsobenie a stagnujúci proces. Znovu prechádza celým kontaktným cyklom a približuje, k čomu vedie prerušenie cyklu v konkrétnej fáze. Poukazuje na to, ako sa stagnácia v určitej kontaktnej fáze prejavuje v organizácii.

Piata kapitola „Facilitáčny management“ je venovaná schopnostiam manažera, ktoré sú potrebné k efektívnej facilitácii procesu v organizácii. Facilitáčny management pod-

poruje sebaregulačnú schopnosť organizácie. Ide o taký spôsob zaobchádzania s tvorivým procesom, ktorý vedie k čo najlepšiemu usporiadaniu poľa. Základnými požiadavkami sú: dôvera, prítomnosť, uvedomenie, fenomenologický postoj a účelné sebaodhalenie. Prítomnosť predstavuje plné prežívanie toho, čo sa deje tu a teraz a uvedomovanie toho, čo sa deje v nás a v prostredí. Fenomenologický postoj predpokladá otvorenosť voči pôsobiacim signálom. Účelné sebaodhalenie predstavuje schopnosť zdieľať s inými vlastné prežívanie spôsobom, ktorý podporí ich tvorivý proces. Autor ponúka 13 zručností, ktoré má mať manager – sú rozdelené podľa fáz kontaktného cyklu.

Šiesta kapitola „Intervencie“ poukazuje v úvode na rozdiel medzi intervenciami podľa postavenia, aké človek zaujíma v organizácii. Intervencie nepredstavujú len zasahovanie, ale aj zastavenie sa a zvyšovanie uvedomovania prítomného diania. Práca s polaritami predstavuje ďalší spôsob intervencií. Autor poukazuje na dôležitosť preskúmania potrieb, ktoré sa skrývajú za fixným prispôbením. Uvádza konkrétne intervencie zodpovedajúce jednotlivým

fázam tvorivého procesu a približuje nutné podmienky pre intervencie.

Siedma kapitola je venovaná skupinovej dynamike z pohľadu gestalt teórie. V súlade s teóriou poľa zdôrazňuje vzájomnú prepojenosť jednotlivých prvkov. Každý člen skupiny odráža spoločné témy skupiny. Autor oboznamuje s modelmi vývoja skupiny a s potrebou integrovať polarity. Rozlišuje tri úrovne intervencií: individuálnu, interpersonálnu a skupinovú/tímovú. Na každej úrovni sa jedná o ovplyvňovanie celého poľa.

Kniha je písaná veľmi pútavým spôsobom a jednoduchým štýlom. Jednotlivé teoretické časti sú pretkané množstvom konkrétnych príkladov z praxe. Kniha je prehľadne členená, text sa dobre číta, je písaný zrozumiteľne, porozumeniu napomáhajú aj schémy a tabuľky.

Knihu určite privítajú gestalt terapeuti a vrelo ju odporúčam aj psychoterapeutom z iných psychoterapeutických smerov a všetkým, ktorí pracujú so skupinou, tímom alebo sa venujú organizáciám.

Autorka (Mgr. et Mgr. Tatiana Sabová) je psychologička a psychoterapeutka.

JAK PRACOVAT S EMOCEMI V PÁROVÉ TERAPII

Leslie G. Greenberg, Rhonda N. Goldman: Emotion-Focused Couples Therapy; The Dynamics of Emotion, Love and Power. Washington:

APA Publication, 2008, ISBN 978-1-4338-0316-1, stran 405

David Skorunka

První dekádu 21. století v rodinné a systemické terapii charakterizoval zvýšený zájem o emoční procesy jak v rodinách, tak v terapeutickém procesu. Zajímavá publikace na toto téma ale nevzešla z pera rodinného terapeuta, ale je dílem přední postavy současných prožitkových psychoterapií Leslie S. Greenberga a jeho kolegyně Rhondy N. Goldmanové. Greenberg je respektovanou postavou v mezinárodní *Society for Psychotherapy Research* a profesorem na

York University v Torontu. Jak víme z kuloárů, je také absolventem výcviku vedeného Virginíí Satirovou a systemického programu v *Mental Research Institute* u neméně známého Carlose Sluzkiho. Publikace, kterou Greenberg spolu s Goldmanovou před dvěma lety vydali, má název *Emotion Focused Couples Therapy*. Je výsledkem dlouholetého vývoje nejen individuálních, prožitkově zaměřených terapií, ale také plodem již minulé spolupráce Leslie Greenberga se Susan Johnsonovou,

současnou představitelkou *attachment-based couple and family therapy*. Právě s ní Greenberg vytvořil přibližně před dvaceti lety základy dnešní na emoce zaměřené párové terapie.

Čemu věnují autoři na úctyhodných čtyři sta stranách pozornost? Napoví již podtitul: *The Dynamics of Emotion, Love and Power*. Ano, bude řeč především o emocích, ale o jakých, v jakých souvislostech? Jak lze s emocemi pracovat souběžně v párové a individuální terapii? Není lepší se emocím v párové terapii vyhnout? K těmto a mnoha dalším otázkám týkajících se přímé práce s emocemi se autoři poměrně detailně vyjadřují ve třech rozsáhlých kapitolách. Dozvíme se základní informace o emocích, regulaci afektu jak z individuální, tak interakční perspektivy. Tato úvodní kapitola má interdisciplinární charakter; autoři se pohybují na pomezí současné afektivní neurovědy, kognitivní psychologie, teorie citové vazby, psychologie osobnosti a systemického přístupu. Nechybí ani kulturně senzitivní a genderový pohled. Ve druhé kapitole Greenberg a Goldmanová představují svůj vlastní teoretický rámec, z něhož pŕí práci s páry, ale také s jedinci, vycházejí. Uvádějí rozlišení primárních a sekundárních emocí, jejich vztah k základním citovým potřebám jedince a význam v partnerských interakcích. V solidní rovnováze přibližují čtenáře s terapeutickými cíly v párové a individuální psychoterapii.

Třetí a závěrečná kapitola je věnována terapeutické práci s konkrétními základními emocemi, které jsou v páru klíčovým „motorem“ problematických interakčních vzorců. Jedná se o vztek, smutek, strach a stud. Tyto základní emoce se dle koncepce autorů mohou projevat v primární či sekundární podobě, adaptivním či maladaptivním způsobem. Autoři rozlišují dvě základní dimenze, k nimž se tyto emoce váží: dimenzi citové vazby/sbližení a vlivu/identity. Zdůrazňují, že je v práci s párem nutné rozlišit nejen o jaké primární emoce a potřeby se v konfliktu jedná, ale také zdali

se citové potřeby jednoho či obou partnerů týkají buď dimenze citové vazby či identity v páru. Podle toho se totiž odvíjí samotná terapie, která se v některých případech odehrává v párovém uspořádání, často souběžně s individuální terapií s oběma partnery zvlášť. V této prakticky zaměřené, třetí kapitole, jsou četné a někdy docela rozsáhlé, ukázky párové terapie v podobě terapeutických rozhovorů. Autoři je na některých místech doplňují poznámkami, jimiž se snaží didakticky ukázat a pojmenovat, co v průběhu terapeutického procesu konkrétně dělají.

Jaké jsou nedostatky a přednosti publikace? Zbytečné je například opakování teoretických poznatků či hlavních východních předpokladů autorů, což přispívá ke zbytnělému rozsahu textu. Jinými slovy, kniha by mohla být stručnější, aniž by tím utrpěla její kvalita. Zajímavostí, které si pozorný čtenář může všimnout, je citovanost některých odkazů na odbornou literaturu. Nápadně často se vyskytují práce, jichž je Greenberg autorem či spoluautorem, přičemž procento z celkového počtu citovaných prací je vskutku významné. Tento fakt uhodí do očí zejména tehdy, když autor odkazuje na své práce v souvislosti s určitými tématy, o nichž pojednávali i jiní věhlasní terapeuti. Samozřejmě tento „úkaz“ nemusí být znakem Greenbergovy sebestřednosti, jako spíše důsledkem současného systému hodnocení vědecké a publikační činnosti v akademické obci. V něm je právě citovanost autora jedním z hlavních kritérií. Dalším diskutabilním prvkem jsou ukázky terapeutické práce, v nichž je patrná výrazná expertní pozice terapeuta, dle mého názoru málo reflektovaná. V některých ukázkách mluví autor za klienty, aktivně jim nabízí slova k vyjádření jejich emocí a prožitků, zcela v souladu se svým konceptem neboli svým před-porozuměním. To samo o sobě nemusí být na škodu. Pro některé klienty je povzbuzení k vyjádření a zkusmá nabídka možných slov k popsání emoční zkušenosti důležitá a někdy dokonce nutná. Přesto by

stálo za to, kdyby autoři této věci věnovali trochu pozornosti.

Navzdory zmíněným, ze subjektivního pohledu recenzenta problematickým rysům klady publikace převažují. Jde o důkladné a srozumitelné seznámení se současným terapeutickým přístupem jak v rovině teoretické, tak praktické. Tento přístup je v anglicky mluvících zemích respektovaný a jeho účinnost je empiricky doložena. Je ve své podstatě integrativní, neboť v něm autoři propojují individuální psychoterapeutické modalidy (gestalt terapie, na osobu zaměřená terapie) s přístupy interakčními a prvky systemickými (párová terapie, transgenerační pohled, vliv Satirové, Minuchina). Autoři svou *emotion-focused couples therapy* také ukotvují v současném kontextu rozvoje poznání afektivní neurovědy a teorie citové

vazby. To je důležité zvláště s ohledem na situaci v akademické obci, kde jsou kritéria o vědeckosti a účinnosti určitého psycho-terapeutického přístupu stále ovlivněna především metaforami z přírodních věd. K tomu v posledních letech přistupují další omezení v podobě úsporných opatření a ekonomizace všech oblastí lidského života. V takovém společenském kontextu mají výhodu terapeutické přístupy s dobrou teoretickou základnou, empiricky doložené a korespondující s vývojem poznání v dalších oblastech, včetně integrativních trendů v psychoterapii. A to vše na emoce zaměřená párová terapie Greenberga a Goldmanové evidentně splňuje.

Autor recenze je rodinný terapeut, kmenový člen redakční rady časopisu.

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 zaměření 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).