

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

# PSYCHOTERAPIE – 3. ročník, 2009, číslo 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 Gjuríčková** – Centrum rodinné terapie FN Motol, Praha

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Prof. PhDr. Alena 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](mailto:vybiral@fss.muni.cz), tel. 549497970

## *Adresa redakce:*

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

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

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

*Uzávěrka čísla 3-4/ 2009* byla 5. 11. 2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 26. 11. 2009. Vychází v prosinci 2009.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

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

# OBSAH ČÍSLA 3–4 ROČNÍKU 2009

## EDITORIAL - - - 149

### Z PRAXE

Petr Pöthe: Jsem traktor nebo dělo? Vnitřní realita „šlenuků“ dětí - - - 150

Ladislav Timulák: Integrativní terapie zameraná na emócie - - - 161

Jan Šiřínek: Mesiášský gen, pudový zdroj altruizmu? (O vztahových systémech v teorii a praxi PBSP) - - - 169

### TEORIE

Leoš Zatloukal: „Zázračná otázka“ a její využití v krátké terapii - - - 179

David Skorunka: Sociální konstrukcionismus a psychoterapie - - - 192

Petra Holcnerová (Vondráčková), Hana Váchová: Kulturní dimenze v procesu psychoterapie - - - 200

### MÉNĚ ZNÁMÉ (OKRAJOVÉ) PŘÍSTUPY V PSYCHOTERAPII II

Martina Palková: Potenciálně nebezpečné terapie - - - 208

Terapie pevným objetím podle Jiřiny Prekop: očima zastánců - - - 214

Jiří Závora: Salutogenetický charakter artefaktivity Jana Slavíka - - - 220

### VÝZKUM

Lenka Lacinová, Radka Michalčáková, Ondřej Bouša: Vyjadřování lásky v intimních vztazích: Příspěvek ke zkoumání užívání strategií vztahové údržby v partnerství a manželství - - - 224

### DISKUSE

Kateřina Machovcová: Zamyšlení nad genderovými aspekty popularizačních psychologických diskursů - - - 225

### KONFERENCE, WORKSHOPY

VI. mezinárodní konference Pessu Boyden psychomotorické terapie, Amsterdam – Bergen, 4.–6. 2009 (Jan Šiřínek) - - - 239

Workshop Jill Freedman „Umění dotazování v narativní terapii“, Praha, 12.–14. 10. 2009 (Pavel Nepustil, Kateřina Novotná) - - - 241

Kanadská konference Společnosti pro výzkum psychoterapie „Budování mostů mezi výzkumem a praxí“, Montreal, 23.–24. 10. 2009 (Zbyněk Vybíral, Ester Danelová) - - - 245

### RECENZE KNIH

L. Janáčková, P. Weiss: Komunikace ve zdravotnické péči (K. Havlenová) - - - 251

P. Chadwick: Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis (J. Benda) - - - 253

H. Anderson: Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Postmoderní přístup k terapii (T. Nagy) - - - 254

S. Kratochvíl: Manželská a párová terapie (T. Kvarda) - - - 256

### ZRCADLENÍ (Z DRUHÉHO BŘEHU)

Marie Hlaváčková: Zvládla jsem to! - - - 258

### KRÁTCE

ZRnění Zdeňka Riegera - - - 260

Děkujeme těm, kdo finančně i jinak podpořili vydávání časopisu: Janu Poněšickému, Renatě Ehm, J. Zvoníčkoví, K. Šindelářové, J. Jakubů.



Institut pro výcvik v Gestalt terapii, o. p. s.

otevívá v září 2010  
pětiletý

## **SYSTEMATICKÝ VÝCVIK V GESTALT TERAPII.**

Program je akreditován  
European Association for Gestalt Therapy,  
European Association for Psychotherapy  
a pro oblast zdravotnictví ČPS ČLS JEP.

**Přihlášky přijímáme  
do konce března 2010.**

Další informace: IVGT, tel.: 220 511 790,  
e-mail [vycvik@gestalt.cz](mailto:vycvik@gestalt.cz) [www.gestalt.cz](http://www.gestalt.cz).

## EDITORIAL

Zbyněk Vybíral

Vážení čtenáři a příznivci psychoterapie – a Psychoterapie.

Každý rok vám nabízíme dvě jednotlivá čísla a závěrem roku dvojčíslo.

Dvojčíslo je tradičně nabídkou *všehochuti* složené z různých ingrediencí. To neznamená, že se příspěvky navzájem nepropojují a nesouvisejí spolu, naopak. Že jsme nevybírali z více zaslaných a posuzovaných. Dvojčíslo můžete číst různě. Ve dvojčísle se vám např. dobře propojí text věnovaný sociálnímu konstrukcionismu se zprávou o workshopu J. Freedman a recenzí na knihu H. Anderson.

Nabízí se začít blokem příspěvků založených na kazuistikách.

Do rubriky Praxe jsme zařadili články, jež představují a) psychoanalytický způsob uvažování v terapii s dětmi, b) relativně nový, integrativní způsob práce orientovaný na emoce a c) terapii inspirovanou dvojicí tanečnicků a psychoterapeutů Pessoa a Boyden (PBSP).

Na článek o PBSP navazuje zpráva z konference v Amsterdamu. A tyto články nemají vlastně daleko k rubrice „Méně známé – okrajové – přístupy“. Rubriku zařazujeme podruhé (v návaznosti na číslo 1 tohoto ročníku) a zdaleka s ní ještě nekončíme. Alternativními psychoterapiemi se momentálně zabývá např. výzkumný tým na jedné z chilských universit (Universidad Catolica

de Chile), s nímž jsme v kontaktu. Alternativním psychoterapiím bude věnovaná brzy diplomová práce Ester Danelové, z níž čtenářům rádi přineseme úryvky. Tentokrát jsme věnovali hodně pozornosti tzv. *holding therapy*, způsobu pomoci (?) dětem a rodičům, ve které se pevným držením překonávají negativní emoce: vztekání se aj. Věřím, že jako čtenáři oceníte fakt, že přinášíme velmi kritický (a o řadu odkazů opřený) článek k tomuto postupu, ale také stanoviska zastánců z České republiky.

(Napíšete-li nám, co si „o tomto“ myslíte: zda jste pro zařazování pohledů „pro a proti“ a zda terapii pevným držením spíše zavrhuje, nebo víceméně uznáváte, budeme jen rádi.)

Snažíme se, aby byl časopis inspirativní i svými rubrikami Teorie, Výzkum a Konference. Příspěvky zde musejí být jasně srozumitelné, ale také vysoce fundované. Aby zajímavějšího se čtenáře vtáhly do tématu a aby poučily. Myslím, že se to tentokrát zdařilo bezesbytku. Na text v rubrice Diskuse můžete navázat i vy.

Přeji vám všem, ať rok 2010 začne dobře. Náš časopis v něm mimochodem bude slavit dvacáté výročí...

V Brně dne 2. prosince 2009

## JSEM TRAKTOR NEBO DĚLO?

– Vnitřní realita „šiléných“ dětí

Peter Pöthe

### ABSTRAKT

Intrapsychická realita dítěte je hybatelem i klíčem jeho sociálního chování a vztahů. Patologizace zdánlivě nesrozumitelného chování dítěte může vést k degradaci významu jeho vnitřních prožitků, což vede k narušenému rozpoznávání a porozumění vlastním mentálním procesům a emočním stavům. Podmínkou ovládnutí emočních impulzů a stavů je schopnost mentalizace. Mentalizace zahrnuje identifikaci, reflexi a symbolickou transformaci mentálních obsahů na sdělitelné a srozumitelné významy. Vznik schopnosti mentalizovat závisí na specifických vlivech v rámci raného vztahu dítěte a matky a nejlépe se uplatní, pokud matka s dítětem sdílí bezpečnou vazbu (secure attachment). V případě selhání vzniku mentalizace dochází k poruchám emočního a sociálního fungování dítěte, které indikují zahájení psychoterapie, optimálně v kombinaci s terapeutickou prací s rodičem. Během psychoanalytické psychoterapie si může dítě volně a bezpečně exploraovat stavy své mysli a mysli terapeuta a naučit se s nimi pracovat na úrovni jejich intrapsychických reprezentací. Internalizovaný terapeutický vztah mu taktéž dovolí prožívat samo sebe jako smysluplnou a hodnotnou bytost. Subjektivní pocit smysluplnosti vlastních emocí a postojů souvisí pak se vznikem subjektivního pocitu štěstí, kdy dítě může fungovat v souladu se svými skutečnými emocemi a potřebami. Fungování v souladu s pravým self dítěte omezí pravděpodobnost vzniku a budování kompenzačních obranných mechanismů, zejména v podobě falešného self, charakterizovaného používáním narcistických kompenzačních obran a nezralých psychických struktur.

*Klíčová slova:* mentalizace, psychoanalytická psychoterapie, hyperaktivní syndrom, poruchy chování, teorie vazby

### ABSTRACT

The internal reality of a child plays a key role in his actions and behaviour. The unnecessary pathologising of his meaningless behaviour by doctors or parents may lead to degradation of his internal experience that may consequently decrease the reflection and understanding of his mental processes and states. The ability to control emotional states and impulses is conditioned by the acquisition of mentalization. Mentalization includes sensing, reflecting, and controlling of ones mental states and impulses that are vital for the development of adaptive social functioning, healthy personality and mental condition. The process of mentalization evolves in specific conditions of a early mother-child relationship, ideally within a secure attachment. If this process fails, it can be started and promoted by individual psychotherapy of the child, in combination with the psychotherapy of the parents at best. During individual psychoanalytically oriented psychotherapy the child and the parent can learn to reflect and resolve his emotional states at a symbolical representational level, rather than through acting out or through compensatory narcissistic structures and immature defensive mechanisms. The therapeutic relationship with the challenged child or adolescent may be internalised as a new emotional experience where a patient can feel himself as a valuable and meaningful human being, whose thoughts, emotions and actions make sense.

*Key words:* mentalization, psychoanalytic psychotherapy, hyperactive syndrome, behavioural disturbances, attachment theory

### JSOU ŠŤASTNÉ?

„Chová se jak blázen,“ stěžuje si zoufalý rodič. „To děcko je naprosto nezvladatelné,“

přidávají se naštvaní učitelé základních a mateřských škol. „Vaše dítě trpí syndromem hyperaktivity a poruchou pozornosti,“ konstatují dětské lékaři a dětské psychiatři, a protože „je to nemoc jako každá jiná“, rodičům malého „zloducha“ nabídnou medicaci. Všichni pak čekají až zabere a problém dítěte se vytratí. Díky medicínské vědě se tak z neposlušného a neklidného ale zdravého dítěte rázem stane poslušný a klidný pacient. V lepším případě se dětem a rodičům dostane vedení z oblasti pedagogicko-psychologického poradenství, jindy se vedle chemického zasněžování jejich rostoucího mozku utratí pár bodů Zdravotní pojišťovny na kognitivně-behaviorální poradenství. Motivovanější a movitější rodiče si pak dovolí modulaci mozkové činnosti pomocí techniky EEG biofeedbacku. Vedle výhod, které zmíněné přístupy poskytují, mají jednu velkou nevýhodu: jsou zaměřené převážně nebo výlučně na vnější projevy a chování dítěte a nezabývají se anebo nezkoumají to, co se v hyperaktivním či „šliveném“ dítěti vlastně odehrává, čili jaká je jeho vnitřní, intrapsychická realita.

Nikdo se většinou ani nezamýšlí nad tím, co se v neklidném, neorganizovaně, iracionálně či impulzivně se chovajícím chlapci či dívce děje, když „řadí“. Co konkrétní Jonášek nebo Natálka cítí, z čeho má radost anebo strach, na co se těší, když „zešílí“, a zda, a to je hlavní, je vůbec šťastný/šťastná. Tyto otázky si bohužel nekladou nejen sebevědomí odborníci, ale čím dál více ani rodiče. Ti se často zajímají, kdy a jaké výkony jejich dítě podalo a zda nebylo moc na obtíž svému okolí či zda není něco, za co by ho mohli nebo měli potrestat. Při tom co jiného než osobní pocit štěstí by mělo být měřítkem kvality života a zdraví? Co jiného by mělo být cílem kvalifikované psychologické péče o dítě anebo rodičovství? Vždyť už i klasická „vědecká“ medicína a nejen moderní psychoanalytické teorie přiznávají, že přítomnost pozitivních emocí pro psychické, tělesné a sociální zdraví a pro fungování společnosti je důležitější

než pouhá absence nějakého patologického symptomu či diagnózy.

Podle mého názoru je podmínkou osobního pocitu štěstí pocit vlastní smysluplnosti a vlastní hodnoty. Čím obtížnější je pro dospělého jedince a také pro dítě porozumět svému chování, pocitům či postojům, tím se více bude sám sebe prožívat jako náhodná, křehká, nejistá a bezcenná bytost a tím více bude záviset na hodnocení a názorech jiných lidí. Čím méně bude vědět, že jeho hněv, radost či strach mají svůj důvod a příčinu v tom, co se mu děje, anebo čím méně bude vědět o tom, že vůbec nějaké emoce má, že vůbec něco prožívá, tím více bude vystaveno svým náhlým citovým impulzům a méně je bude schopno kontrolovat a ovládat. Svoje pochybnosti ohledně svojí vlastní hodnoty pak bude kompenzovat narcistickými mechanismy a nezralými psychickými obranami, které ho budou od vnější reality ještě více vzdalovat a izolovat, a tím snižovat jeho sociální cenu a hodnotu.

Je jasné, že podobný vývoj nejvíce hrozí těm, kteří jsou z nějakého důvodu sami pro sebe a pro svoje okolí méně srozumitelní a tolerovaní než jiní. Do této skupiny bezpochyby patří i „hyperaktivní“ děti. Jak podobnému negativnímu vývoji zabránit?

#### MOŽNOSTI PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VZTAHU

Z pohledu rodičovské péče ale i psychoanalyticky orientované psychoterapie je východiskem prevence takového vývoje poskytnutí emoční zkušenosti bezpečného citového vztahu dítěte se zralou rodičovskou-terapeutickou postavou, schopnou nejen tolerovat, ale i emočně kontejnovat složité mentální procesy a intenzivní emoční stavy dítěte, čili poskytnout dítěti prožitek vztahu, ve kterém by svoje emoce mohlo jak bezpečně projevovat, tak i přijímat zpátky ve formě bezpečných, srozumitelných obsahů a významů. Zřejmě jedinou nadějí pro takové dítě by bylo založení vztahu, ve kterém by se mohlo opakovaně a trvale prožívat jako jedinečná, srozumitelná lidská bytost, jejíž

„symptomy“ a skutky mají jasný význam a rozpoznatelný smysl.

Tento proces jde ruku v ruce se získáním pocitu osobní hodnoty v návaznosti na vnější realitu, která by se pro šileně se chovající dítě postupně stávala méně ohrožující a více přijímací. Proces je to velmi náročný nejen v podmínkách rodičovství, kde hodně záleží na vzájemné podpoře rodičů a jejich okolí, ale také v profesionálních podmínkách. Jak od rodiče, tak od terapeuta vyžaduje dostatečné emoční naladění na prožívání dítěte a také velkou motivaci, což je v případě terapeuta samozřejmě těžší než v případě rodiče. Ve prospěch terapeuta hraje předpoklad nezbytné teoretické průpravy a menší míra únavy a frustrace z chování dítěte, což je však vzhledem k množství klientů možnost spíše nereálná.

Naladění na vnitřní realitu dítěte vyžaduje i stav tzv. afektivního naladění (affective attunement), zahrnujícího zrcadlení (mirroring) afektů dítěte v raném věku (Stern, 1985). Právě v raném vztahu získává dítě od matky specifickou inter-subjektivní zkušenost, nezbytnou k tomu, aby svým a jejím činnostem mohlo dát smysl z perspektivy vnitřních prožitků, tj. emocí, přání představ či fantazií. Stern pod inter-subjektivitou přitom rozumí interakci nikoli „objektivních“ vnějších projevů matky a dítěte (terapeuta a klienta), nýbrž interakci mezi jejich „subjektivními“ prožitky a mentálními stavy (Stern, 1985). Díky dosažení „afektivního naladění“ vzniká inter-subjektivní self umožňující dítěti vnímat samo sebe a další osoby nejen jako konající, ale také jako přemýšlející a cítící bytosti. Intersubjektivní self se nejlépe vyvíjí ve vztahu, který nese charakteristiky bezpečné vazby. Tam také vzniká optimální prostředí pro vznik schopnosti zpracovávat emoce na abstraktní, symbolické úrovni, tedy i na úrovni intrapsychické reality.

#### STADIA MENTALIZACE

K osvojování mentalizace fyziologicky dochází v průběhu prvních let života

dítěte (Allen, Fonagy, 2006). Ve druhém půlroce života dítě rozeznává kauzalitu, ví, co po čem následuje. Dokáže také odlišit biologický (samočinný) děj od děje mechanického, rozlišuje akci a důsledek, přičemž akci vidí jako prostředek k dosažení určitého cíle.

Kolem devátého měsíce začíná dítě „mentalizovat“, tedy vidět skutek osoby z hlediska jejích záměrů. Je to počátek toho, že dokáže samo sebe vnímat jako někoho, kdo něco chce, kdo má nějaký cíl a může si k tomu cíli vybrat neefektivnější cestu. Jednání a kauzalitě však ještě rozumí čistě ve smyslu fyzických dějů a limitů. Představu mentálního stavu sebe nebo jiné osoby v tomto období děti ještě nemívají. Připomínají tak způsob fungování lidí s hraničními poruchami osobnosti, kteří si rovněž nedokážou představit a přijmout jiný ukazatel duševního stavu člověka než ukazatel fyzický nebo smyslový (pořežou se, aby něco cítili).

Kolem druhého roku života se rozvíjí „mentalistické porozumění“ jednání. Dítě pochopí, že ono a ti druzí něco dělají, protože po něčem touží, něco cítí nebo něco chtějí, čili mají nějaký záměr. Také se naučí chápat, že akce může znamenat nejen motorický pohyb, ale i pohyb myslí. Je to doba, kdy začne chápat ukazování (pointing). Dítě se přestane zabývat ukazujícím prstem a směřuje svoji mysl na to, na co jedinec myslí a na co jeho prst ukazuje. Je to dovednost, kterou žádný jiný biologický druh než člověk nezvládne. 15 měsíční děti mohou také rozlišovat mezi zamýšleným cílem určité akce a jejími náhodnými důsledky, tedy těmi, které byly akcí vyvolány nepřímo či náhodně. Děti v tomto období také začínají pomocí jazyka přemýšlet méně egocentricky o pocitech a mentálních stavech jiných lidí. Začnou chápat, že jiná osoba může mít ráda něco jiného než ony, třeba jiné jídlo. Rovněž ztrácejí výraznou egocen-



tričnost. Už si nemyslí, že okolí musí automaticky znát všechny jejich přání a myšlenky. Uvědomování si mentálních stavů jiných osob a vlastních se děje zejména přes společnou hru, směřovanou k dosažení společného cíle, ale i přes provokování hranic a provokování sourozenců. Uvědomování si svojí myslí a myslí jiných osob však ještě dítěti v tomto věku neumožňuje reprezentovat mentální stav nezávisle na vnější realitě, tedy na fyzikálním stavu. Dítě není schopné rozlišit externí a interní realitu, proto neví, že někdo může konat nezávisle na tom, co cítí. Odpovídá to „psychickému ekvivalentu“, kdy jedinec věří tomu, že to, co cítí, tak skutečně je i ve vnější realitě. Klinicky tento jev můžeme často pozorovat v post-traumatických stavech a u poruch osobnosti.

Když jsou dítěti 3 až 4 roky začne svému jednání a jednání jiných rozumět i z hlediska přesvědčení (beliefs). Už ví, že lidé ne vždy cítí to, co se zdá, že cítí. Ví, že reagují na základě okamžité nálady nebo dokonce na základě toho, co se jim stalo před časem nebo co očekávají, že se stane. Porozumění emocím je u předškolního dítěte spojeno s nástupem empatických postojů, sociálním chováním a pozitivními vrstevnickými vztahy. Děti jsou také schopné pomoci triků, vtípů a podvodů přisuzovat sobě i lidem mylná přesvědčení. Čtyřleté děti dokážou na rozdíl od dětí mladších „false belief“ test, začínají chápat, že lidi reagují na základě přechodných myšlenek a pocitů, ale také na základě schopností a osobních charakteristik. Mají čím dál lepší vztahy s vrstevníky sdílejícími stejné zájmy a humor a méně si už hrají s dospělými, kteří byli do té doby hlavním zdrojem mentalizace.

V 6. roce jsou děti schopné organizovat vzpomínky na svoje cílené aktivity a prožitky do koherentního rámce, který dává vzniknout „extended self“ rozšířenému o autobiografické prvky (co se

jim stalo, co zažili...). To self zajišťuje koherenci v čase. Dítě získává nové mentalizační dovednosti, osvojuje si teorie mysli 2. řádu, rozumí mylnému přesvědčení o přesvědčení (já jsem si chybně myslel, že si myslím), porozumívá jí smíšeným emocím a emočním konfliktům (že mohou po něčem toužit a zároveň se toho bát), rozumějí ovlivňování jednání očekáváním (já jsem se na to tak těšil, že jsem na to druhé úplně zapomněl) a sociálním podvodům (white lies) (řekl jsem mu to, aby nebyl tak smutný). V tomto stadiu klesá fyzicky násilné chování a zvyšuje se citová agrese ve vztazích (citová manipulace, uvedení v omyl, vydírání apod.)

#### KDYŽ MYŠLENKY NEJSOU SYMBOLY

Výzkumy v oblasti teorie vazby (*attachment*) prokazují, že nejlepším prostředím pro vznik a rozvoj mentalizace u dítěte je bezpečná vazba (*secure attachment*) mezi matkou a dítětem v raném věku (Fonagy, 2006). Schopnost matky naladit se na emoce dítěte, jež je předpokladem jejich rozpoznávání, přijímání a transformování na srozumitelné obsahy, může být významně snížena, a to v závislosti na stavu matky i dítěte. Rizikové situace na straně matky představují zejména depresivní stavy, duševní poruchy (především psychózy), nedostatek sociální a emoční podpory matky a domácí násilí (Raphael-Leff, 2000). Významným rizikovým faktorem ve smyslu selhání procesu mentalizace je existence dezorganizované vazby mezi matkou a její matkou. K omezenému osvojení mentalizace dochází i „vinou“ dítěte, například v případě chronické nemoci dítěte, opakovaných separací třeba v důsledku hospitalizací bez přítomnosti matky, stavů, při kterých dítě dokáže obtížně komunikovat, například v důsledku perinatálně či geneticky podmíněné těžké hyperaktivity, a ne schopnosti dítěte zaměřovat pozornost na matku.

Proces mentalizace je významně inhibo-

ván v případě týrání dítěte (Pöthe, 1996). Násilí na dítěti se děje obvykle v rámci tzv. dezorganizované vazby (*desorganised attachment*). Dítě se v těchto případech nachází ve fatálním intrapsychickém konfliktu, kdy je instinktivně puzeo k rodiči jako zdroji bezpečí a ochrany a zároveň je od něj odpuzováno svou traumatickou zkušeností s ním. Týrané dítě nevědomě či vědomě inhibuje svoji přirozenou potřebu explorovat mysl rodiče, aby se chránilo před intenzivní nenávistí a hněvem vůči sobě, které by v myslí rodiče našlo. Pokud je dítě traumatizováno v rámci vazbového vztahu, každé přiblížení se k blízké osobě aktivuje jeho traumatickou zkušenost (Fonagy, Gergely, Elliot, 2002).

Znovuprožívání traumatu vyvolává disociaci, která vede k poruše mentalizace. Myšlenky přestávají fungovat jako symboly. To, co si dítě myslí, se i stane. Každá vzpomínka tak znovu aktivuje trauma, které se vrací podobě smyslového vjemu. Flashbacky jsou v tomto smyslu nementalizovanými součástmi traumatické události. Ne náhodou se traumatizované děti nemohou naučit výrazy pro emoce, podobně jako traumatizovaní dospělí selhávají v testech při spojování konkrétního obličejce s konkrétní emocií. Jedním z důsledků nemožnosti nebo neschopnosti mentalizace je „alexithymic“ – neschopnost uvědomit si a symbolicky pracovat s emocemi.

Bez schopnosti mentalizace, které se u dospělých říká „*reflective self function*“ (RSF), je subjektivní zkušenost sebe sama – self – fragmentovaná. To má za důsledek vznik náhradního nebo falešného self (podle Winnicotta „*false self*“) na úkor pravého self („*true self*“) (Winnicott, 1974). Jen opravdový prožitek sebe, neboli pravé self, může zaručit skutečný pocit štěstí. Chování a fungování takových dětí je chaotické právě proto, že je odpojené od vnitřní zkušenosti. V důsledku neschopnosti mentalizovat je však „opravdová“ vnitřní emoční zkušenost dítěte nejen málo dostupná, ale i nesrozumitelná a zmatená. Dítě či dospělý s falešným self je pak adaptovaný na vnější realitu

zdánlivě dostatečně, ale ve skutečnosti pouze povrchně. Pro děti a dospělé fungující na základě falešného self je charakteristické, že fungují podle tzv. psychického ekvivalentu, to znamená, že nevnímají rozdíl mezi vnější a vnitřní realitou – podobně jako u lidí s diagnózou schizofrenie pro ně existuje jen jedna realita. To, co takové dítě či dospělý cítí, je pro ně jedinou realitou bez ohledu na to, zda má jeho pocit či představa nějaký odraz ve vnější realitě („já to tak cítím, proto je to pravda“). Jejich fungování se děje jenom „jako“ (*pretend mode*), za jejich skutky nejsou skutečné emoce, chovají se tak, jak si myslí, že se od nich očekává, jindy „hyperaktivně“ mentalizují, neustále o něčem přemýšlejí, ale ve skutečnosti nic neřeší, úlevu a klid najdou jenom v akci („musím furt něco řešit“). Vnější realitu si tyto děti (a dospělí) přizpůsobují pomocí projektivní identifikace, kdy svoje mentální obsahy nevědomě promítají do jiných osob či skupin. V nich je pak doopravdy nalézají, ať už se jedná o nějakou povahovou črtu nebo o agresivní představy a emoce.

V důsledku nedostatku mentalizace jsou psychické konflikty řešeny nikoli na reprezentativní úrovni, nýbrž na úrovni fyzické a mechanické, tedy zneškodněním objektu, který je v myslí dítěte nositelem ohrožení. Typickým příkladem podobného fungování je „agresivní“ chlapec, který preventivně napadne svého spolužáka, jenž mu v afektu pohrozí, že ho „zabije“. Chlapec se brání nikoli metaforicky či symbolicky, například nadáváním anebo vítěznou fantazií či hrou, ale rovnou jeho zneškodněním, tedy v duchu mechanické kauzality.

Je pravděpodobné, že podobné vnímání reality je z velké části odpovědné za agresivní a impulzivní chování dětí s ADHD. (Kvůli „impulzivitě“ jsou tyto děti mimochodem medikovány intenzivněji a častěji než kvůli poruše pozornosti). Impulzivitu, podobně jako chaotičnost a hyperaktivitu, můžeme chápat i tak, že pro tyto děti je každá fyzicky a mechanicky podmíněná změna ekvivalentem určitého duševního

(nementalizovaného) pochodu, například nějakého nápadu, fantazie, emoce nebo implicitní vzpomínky.

#### PSYCHOTERAPEUTICKÁ VÝCHODISKA

Pohled na hyperaktivní chování dítěte z perspektivy intrapsychie reality nám umožňuje odhalit jejich narcisticky hraniční osobnostní strukturu (ve Francii se dětem s ADHD běžně říká hraniční), založenou na falešném self a absenci schopnosti mentalizace. Je pravděpodobné a náležitou psychoterapeutickou praxí prokazatelné, že změny jejich vnějšího chování a vztahů lze dosáhnout změnou jejich intrapsychie mentálních procesů na basi rozvoje jejich pravého self a schopnosti mentalizace. Je důležité připomenout, že k rozvoji mentalizace nemusí docházet jen ve vztazích s rodiči, významnými pečovateli či terapeuti, ale i spontánně během hlubokých uměleckých prožitků, zejména během prožívání hudby, tance, filmů a čtení krásné literatury. Proto mají v ovlivňování chování dítěte význam muzikoterapie, taneční terapie a arteterapie různého druhu. Specifickým a řízeným prostorem k žádoucím inter-subjektivním interakcím však zůstává specifický vztah matky a dítěte, na který může navázat i vztah terapeutický. Mělo by se jednat o vztah, kde na rozdíl od autoritativního neosobního medicínského modelu dochází mezi pacientem a terapeutem k neustálé výměně, transformaci a přijímání pozitivních, ale i negativních emocí a obsahů. Mělo by to být místo, kde se tyto obsahy stanou jak rozpoznány, tak srozumitelnými a přijatelnými. A to jak pro terapeuta, tak pro pacienta. V podobném vztahu se dítě může přestat vnímat a cítit jako šílené, pomatené, špatné či nemocné. Může se naopak začít vnímat jako jedinečná a smysluplná bytost, jejíž pocity, nápady a touhy dávají jasný smysl.

Jako příklad podobné interakce mezi dítětem a psychoterapeutem-psychiatrem, chci uvést následující případ:

#### KLINICKÁ ILUSTRACE Č. 1

Pět a půlletý chlapeček byl ke mně přiveden na doporučení MŠ z důvodu „nepřízřusobivého chování, agresivity vůči jiným dětem a vůči učitelkám, neschopnosti spolupracovat při hře, vzdorovitosti, nedodržování jakýchkoli pravidel, nekontrolovaného pohybového neklidu, destruktivního chování...“ Chlapeček ve školce bral dětem jejich hračky, boural domečky, často běhal neustále po místnosti a nedokázal se sám nebo za pomoci učitelky zklidnit. Když nebylo po jeho, dostával záchvaty vzteku, při kterých kousal spolužáky nebo plival učitelce do obličeje. Když jsem se s ním poprvé setkal, radostně vběhl do místnosti, okamžitě skočil k bednám s hračkami a vysypal jejich obsah na koberec. Vybíral jednu hračku po druhé, chvíli s nimi jezdil, posouval po koberci nebo s nimi létal, běhal po místnosti, kmítal z jednoho kouta do druhého a zdánlivě mě vůbec nevnímal, jako bych tam s ním ani nebyl. Snažil jsem se pojmut jeho aktivity a najít v nich souvislost, ze smršti načatých a nedokončených příběhů objevených, použitých a vzápětí odhozených lidiček, zvířátek, aut či přišer jsem se však čím dál více cítil ztracený. Moji zmatenost prohlubovalo i to, že chlapeček ani na jednu moji otázku neodpověděl srozumitelně, jakoby ani neočekával, že jeho odpovědi mají dávat nějaký smysl, jakoby na jakýkoli smysl toho, co si myslí a co dělá, sám dávno rezignoval. Po určité době jsem začal přemýšlet nad tím, zda mi prostřednictvím mých protipřenosových pocitů nedává nevědomě pocítit, jak se sám cítí ve své hlavě – zmateně, nesrozumitelně, šíleně, ztraceně a nevyhnutelně nešťastně. Chytil jsem ho tedy za rameno, aby se na chvíli zastavil a řekl jsem: „Přemýšlím, zda mi vším, co tady v mé přítomnosti provádíš, vlastně neukazuješ, co se zrovna děje v tvé hlavičce.“ Chlapeček se najednou opravdu zastavil, pak vyskočil a vybral z bedny hračku, strčil mi ji pod nos a položil mi otázku: „Je to traktor, co seje nebo dělo, co střílí?“

Individuální psychoterapie dítěte je indikovaná zejména tam, kde z rozličných důvodů selhávají rodiče a pečovatelé. V případě individuální psychoanalytické psychoterapie dítěte při tom nejde o nahrazení reálného vztahu s rodičem, respektive jeho intrapsychieké reprezentace. Jde spíše o založení a prožívání paralelního vztahu, který je dítětem internalizován jako paralelní, nikoli substitutivní „vnitřní pracovní model“ (*internal working model*) podle Johna Bowlbyho.

Jako příklad terapeutické práce s výše uvedeným chlapcem uvádím jedno z psychoterapeutických sezení (Pöthe, 2007):

#### KLINICKÁ ILUSTRACE Č. 2

F: Si přeje hrát společenskou hru. Souhlasím. Strašně se těší, že vyhraje, prý minule s podobnou hrou s kamarádem prohrál. Vysvětluji mu pravidla, přesně a podrobně, a hrajeme podle nich. Mezitím se spontánně zmiňuje o svých snech: Ve snu má strach, že mu ukradnou maminku. Proto spí „v ní“, pak se opraví „u ní“. Taký má sny, kdy matka umírá, on shání záchranáře, ale oni přijedou pozdě, až po půlnoci, a ona umře. Táta přijde taky pozdě, až na druhý den. Snažím se mluvit o jeho strachu z toho, že zůstane sám, opuštěný. Neodpovídá a nadšeně hraje dál. Zpočátku vede, nakonec však zaostává za mnou, při každém neúspěšném hodu kostkou pláče, nařká, je velmi nešťastný, odchází od hry, ale vrací se, chce změnit pravidla – „aby byla lehčí“. Já však trvám na nich. Když nakonec doopravdy prohraje, nařká, až se třese na těle, a vrhá se na postel a boří se do polštářů. Po té, co ho nechám plakat a hladím ho na zádech, komentuji jeho možné pocity. Snažím se také vyjádřit lítost, zároveň trvám na tom, že výsledek hry musíme respektovat. Pláč a moje asistence u něho trvá asi patnáct minut. Pak se uklidní a prohlásí:

F: Nejsem dobrej.

P: To, že jsi prohrál, znamená, že jsem byl v tuto chvíli lepší než ty. Víš, že je to pro tebe těžké zjištění.

F: Já nikdy nevyhraju

P: To teď záleželo hlavně na štěstí, že jsi prohrál.

F: Na vině byla kostka, hnusná kostka, já nejsem dobrej.

P: Já si myslím, že dobrej jsi, protože jsi měl odvahu pokračovat, i když jsi prohrával. Je dobré, že sis neulehčil tak, že bys změnil pravidla. To je výhra, že jsi nakonec dohrál podle pravidel, která jsme na začátku určili.

F: Ale já jsem plakal.

P: To nevadí, plakat vůbec nevadí, byl jsi smutný, tak jsi plakal.

F: Ale ty bys neplakal.

P: Kdybych byl na tvém místě a byl bych tak nešťastný jako jsi teď ty, tak bych taky plakal, to víš, že bych plakal.

Nakreslí obrázek tanku, ze kterého se střelí na třech místech. Podává mi ho.

F: „To je dárek za to, že jsi vyhrál, zasloužíš si to.“

Dárek chápu jako vyjádření toho, že uznává moje vítězství, a také jeho vděčnosti za to, že jsem bral vážně jeho pocity.

#### KONZULTAČNÍ A TERAPEUTICKÁ PRÁCE S RODIČI

Individuální strukturovaná, čili kontrolovaně spontánní psychoterapie není jedinou možností, jak maladaptivně chovajcímu se dítěti či adolescentovi dlouhodobě pomoci. V případě spolupracujících a pozitivně motivovaných rodičů je někdy dostupnější terapeutická a konzultační práce zaměřená přímo na ně, která má za cíl pozitivně ovlivňovat jejich intrapsychieký prostor pro dítě, zejména jejich schopnost kontejnovat, neboli rozpoznávat, transformovat a vracet emoční a myšlenkové obsahy jejich dítěte. Při tomto postupu je samozřejmě vhodné, nikoli však nezbytné, aby terapeut na začátku absolvoval několik sezení nejen s rodiči, ale samozřejmě i s dítětem, které mu slouží jako informační zdroj o problému, případně jako inspirace pro přímou práci s rodičem, ideálně s oběma rodiči. Přímá konfrontace s dítětem během několika diagnostických

rozhovorů totiž často vede k odhalení nových oblastí prožívání a zkušenosti, která rodičům z důvodů jejich psychických obran anebo vysoké hladiny stresu mohla zůstat zahalená.

Zvláštní situací v psychoanalytické terapeutické pomoci dítěti jsou pak společné konzultace rodiče s malými dětmi, například novorozenci a kojenci, ve kterých je zdrojem poznání chování dítěte v přítomnosti rodiče. Toto chování je v přítomnosti terapeuta pozorováno a viděno „novým“ pohledem. Při konzultacích například z důvodu nespavosti, nechutenství či plačtivosti kojence se rodiče učí vidět svoje dítě jinak než dosud, a to jak díky „jinému“ nezaujatému pohledu, tak také díky tomu, že jejich úzkosti a obavy jsou terapeutem kontejnovány. Terapeut tak poskytuje rodiči stejnou funkci, jakou rodič poskytuje (neposkytuje) svému dítěti.

V případech konzultací s rodiči může dětský psychoanalyticky orientovaný psychoterapeut pomáhat odhalit nejen to, co se s dítětem děje navenek, ale zejména to, co dítě nevědomě prožívá, čeho se bojí, po čem touží a jak vnímá sebe anebo svoje rodiče v různých kritických situacích. Profesionál by si při tom neměl klást nároky na znalost „pravdy“, nýbrž by se měl chovat tak, aby rodiče k přemýšlení o svém dítěti, zejména o jeho psychické realitě, motivoval. Už tím, že rodiče v přítomnosti terapeuta a pod jeho řízeným vlivem přemýšlejí o svém dítěti, vytvářejí a zvětšují v sobě prostor a kapacitu pro přijetí nesrozumitelných nebo zraňujících obsahů v jeho chování. Tento nový či rozšířený mentální prostor můžeme chápat jako tzv. třetí prostor ve smyslu D. W. Winnicotta, který jej považoval za nezbytný pro vznik symbolického myšlení a hraní (Winnicott, 1974). Zde bych si dovolil parafrázovat Winnicottův výrok, o tom, že ukazatelem psychického zdraví dítěte je schopnost hrát si. Rodič, který si ve své mysli nedokáže hrát s představami o dítěti a setrvává na svých rigidních postojích, není úplně zdravým rodičem.

Tak, jak je indikátorem bezpečné vazby schopnost dítěte (a matky) mentalizovat,

tak to platí i naopak. Matky, které dokážou o svých dětech přemýšlet a mluvit z hlediska jejich pocitů, přání a vnitřních motivací, jednoduše řečeno matky či rodiče, kteří „drží dítě ve své mysli“, sdílejí s nimi bezpečnou vazbu. Bezpečná vazba dovoluje matce zkoumat svoji mysl a přemýšlet o ní, a také dovoluje dítě zkoumat svoji mysl. Tuto schopnost matky si můžeme otestovat například žádostí, aby rodič zkusil své dítě popsat („Jak byste popsala svého syna?“).

Příčiny, proč jsou někteří rodiče „zablokováni“ ve svých rigidních a jednoznačných názorech a postojích vůči chování svých dětí, mohou být jednak v přítomnosti, jednak v minulosti dítěte (např. traumatická událost) či rodiče (vazba s vlastní matkou, trauma...). Psychoanalyticky orientované rozhovory s rodičem mohou tyto příčiny nalézt jak v přítomnosti, v současných a nedávných interakcích v rodině, tak v minulosti rodiče, přesněji v jeho zkušenostech s vlastními rodiči. Většinou při tom nejde o konkrétní, časově ohraničené události, ale o spíše o dlouhodobou emoční zkušenost s rodičem nebo přesněji o její intrapsychickou reprezentaci. Terapeut pomůže či otcí odhalit, že i když je například kritický k tomu, jak jej vlastní otec vychovával, a jeho postoje hodnotí jako přehnané či dokonce kruté, při konfliktních interakcích se svým „bláznivým“ synem se nevědomě identifikuje se svým „krutým“ otcem, respektive s jeho postoji a motivacemi. Příkladem vyjádření rodiče v podobné situaci je následující výrok: „Já po něm nechci, aby mě musel pokaždé žádat o povolení, zda si může vzít jogurt z lednice, ale nemůže se přece chovat jako nějaký hulvát a ani za něj nepoděkovat... Přece musí být někde nějaká hranice...“ Když se pak rodiče zeptáte, co „hranicí“ myslí, nedokáže konkrétně odpovědět, protože z něj mluví spíše „pocit frustrace“ z toho, jak to má jeho syn (dnešní děti) v porovnání s ním „lehké“ a jak si toho „vůbec neváží“... Nakonec to synovi „nedaruje“ a pořádně mu vynadá nebo dá „malý pohlavek“ („já bych ho nikdy

nezmlátil“). Vědomě tak učiní za porušení určitého pravidla, nevědomě za to, že závidí svému synovi svobodu a sebevědomí, které on vůči svým rodičům nikdy necítil. Vedle uvedeného nevědomého motivu zde mohou hrát roli i další mentální procesy. Rodič může v konfliktní situaci svou vlastní potlačovanou agresivitu vůči vlastnímu rodiči projikovat do vlastního dítěte. Nevědomě se pak může obávat, že kdyby syn nedodržel jeho pravidla, bude na něj agresivní tak, jak si on přál být agresivním vůči vlastnímu otci. Postoj rodiče vůči svému dítěti je pak motivovaný nevědomým strachem z vlastní agresivity, kterou musel celé dětství ve vztahu k vlastnímu otci potlačovat.

Pokud dětský psychoterapeut pomůže rodiči najít tyto skryté souvislosti, uvolní v jeho mysli prostor pro lepší porozumění chování svého dítěte. Jeho aktivity pak může interpretovat i jinak než ve vztahu k sobě. Pochopí, že dítě může mít strach, může se zlobit, toužit po něčem anebo něco odmítat i z jiných důvodů než z těch, které se týkají jejich vztahu, a než z důvodů iracionálních, náhodných či chorobných.

Příkladem podobné intervence může sloužit následující klinická ilustrace.

### KLINICKÁ ILUSTRACE Č. 3

Čtyř a půlletý Péta mě navštívil na doporučení učitelky MŠ. Na první pohled pohodová a šťastná rodinka se přišla „jen poradit“, co si počít s Pětovými „záchvaty šílenosti“. Tatínek a maminka se mi před svým synem svěřili, že si s ním neví rady. Každé ráno naříká a nechce s otcem odejít do školky. Vzték a zuřivost postupně narůstají a nabývají rozměrů, které rodiče děsí. Nevědí, jak se k němu mají chovat, když kope do nábytku, vytrhává klíče ze zámku, drží se zárubně dveří a „s neuvěřitelným řevem“ dává najevo svoji touhu zůstat s maminkou doma. Scény plné emocí trvají obvykle do té doby, než tatínek ztratí trpělivost a silou „narve“ chlapce do výtahu a do auta. Sám se u toho cítí „hrozně, jako sadista, mučící své dítě“. Matka byla celou

situací rozladěná, opakovala, že návštěvy školky synovi nikdy před tím problémy nedělaly, dokonce ho prý chválili za to, jak se, na rozdíl od ostatních dětí, zadaptoval. Nyní však byl, „jakoby zešle“.

„Ranní tirády“ Péti začaly přibližně v době, kdy ho do školky začal namísto maminky vodit tatínek, protože matka dostala výhodnou nabídku v zaměstnání. Rodiče napadlo, že chování Péti souvisí s možnou změnou, snažili se ji proto dělat postupně. Oba však byli toho názoru, že chování a prožívání Péti je natolik neodklonitelné, že je až chorobné. Měli pocit, že kdyby mu nyní ustoupili a nechali ho doma, celý problém by se pouze oddálil. Péta se před tím cítil ve školce dobře, děti ho přijímaly a učitelky chválily za jeho samostatnost a znalosti. V posledních dvou měsících si však učitelky stěžovaly, že „běhá jako blázněk“, bere dětem hračky, kouše je, neposedí ani minutu a jakoby „záměrně zlobí“.

Zatímco rodiče vyjadřovali svoji bezradnost, Péta se vesele vrtěl a tvářil se, že je vůbec neposlouchá. Když jsem rodiče požádal, aby mě nechali s chlapcem o samotě, Péta z mého nápadu nebyl vůbec nadšený. Ve chvíli, kdy se matka vzdalovala, skočil za ní a jako malý šimpanz se obtočil kolem stehén. Ona ho však s ledovým klidem sundala a věcně mu oznámila, že musí jít vedle. Otec si na chvíli k němu dřepl a vysvětloval, že budou jenom ve vedlejší místnosti. Když to Péťovi nestačilo, navrhl jsem, že táta s ním na chvíli zůstane. Péta trval na matce, která se však mezitím nenápadně vzdálila mimo budovu. Zklamaný chlapec se nakonec rezignovaně posadil na koberec a po chvíli si začal prohlížet hračky. Zajímal ho dinosauři, divoká zvířata a auta. Lidských figurek si všiml také, začal je k sobě posouvat tak, aby si byly blíže. Po deseti minutách si vynutil, aby otec zavolal mámě. Ta nakonec neochotně přišla, unaveně se posadila do křesla a Péta pokračoval ve hře, jakoby mu ke spokojenosti stačila pouhá pasivní přítomnost matky. On byl za to o to aktivnější. Jezdil auty, létal letadly a porážel dinosauery.

Během hry nadšeně křičel a díval se při tom na mámu. Ta se na něj občas usmála, ani jednou však na něho nepromluvila. Nezáčastně seděla a z výšky sledovala projevy svého syna. Když se k nám po čase připojil tatínek, klekl si k Pětovi na koberec, začal si s ním hrát, povzbuzoval a chválil ho při bojových akcích, nad kterými maminka vyjadřovala spíše nelibost. „Nech toho, nebij tatínka, nestřílej, uklidni se,“ pronášela občas, zatímco tatínek si to užíval. V momentě, kdy se na můj popud zvedla, že odejde, Pěta se na ni opět vrhl a začal plakat. Namísto toho, aby ho uklidnila, maminka kroutila hlavou a dívala se mi do očí a svým pohledem jakoby říkala: „No vidíte sám, je to hrozný, on se fakt zbláznil...“

Matku jsem pak pozval na samostatnou konzultaci. Když jsme probírali anamnézu a rozpomínala se na svoje dětství, narazila na období, o kterém se jí „nechtělo mluvit“. Na druhém setkání s matkou jsem se přece jenom dozvěděl, že když jí byly čtyři roky, odešel od rodiny otec. Tatínek, kterého měla ho moc ráda a s kterým se cítila bližší než s maminkou, se od ní a od mámy odstěhoval za jinou paní. Máma byla náhlým odchodem manžela zřejmě velmi zasažena. Během několika dní se rozhodla odstěhovat se nejen z bytu, ale i z města, kde rodina žila. V cizím městě si pak našla pána, který měl být i „novým tatínkem“ pro dceru. S vlastním otcem se dcera-matka Pěti pak už nikdy nesměla vidět. Matka jí bránila nejen v jakýchkoli kontaktech s milovaným tátou, ale zakazovala jí o něm i mluvit. Zůstaly jí jen vzpomínky a bolest ze ztráty, o kterou se však s nikým nesměla podělit. V nové rodině se cítila na obtíž, máma jí schovávala, jakoby se za ní styděla. Nový manžel matky na ni nebyl hodný. Zdál se jí přísný a hrubý, zcela jiný než táta, na kterého bolestivě, ale provinile tajně vzpomínala.

„Rozpomínání“ matky při následujících konzultacích bylo doprovázeno výraznými projevy emocí. Z původně „chladné“ a citově nedostupné matky a zřejmě i manželky, jak si mi manžel na jedné z konzultací

postěžoval, se matka stávala někým, kdo zažíval nové pocity a stavy. Stavy, kterým kdesi ve svém vývoji nejen přestala rozumět, ale přestala je brát i na vědomí. Objevení lítosti, hněvu a agrese na matku, ale i na otce, stejně jako bezmoc a smutek nad ztrátou jí postupně umožnily zahájit proces truchlení, nezbytný k tomu, aby se definitivně dokázala odpoutat od vnitřních objektů, na kterých byla celoživotně závislá. Po nastartování těchto procesů se matce nabídla souvislost mezi její nementalizovanou emoční zkušeností a symptomy, kterými se trápil Pěta. Hledání této souvislosti či souvislostí nešlo bez toho, abych matku nezavítal do procesu psychického vývoje dětí a jejího syna.

Z hlediska charakteru a průběhu Pětových úzkostných a agresivních projevů se mi pro pochopení, odhalení a odstranění možných kauzálních souvislostí mezi symptomy matky a symptomy dítěte jevila jako nejužitečnější vývojová teorie Margaret Mahler (Mahler, Pine, Bergman, 1975). Ta vývoj dítěte popsala jako dynamickou interakci mezi potřebou dítěte vymanit se ze závislého, symbiotického vztahu s mateřským objektem, tedy separací, a potřebou rozvoje autonomní fyzické a mentální existence s definovanou identitou, čili individuací. Jednou z důležitých podmínek fyziologického průběhu „separačně-individuačního procesu“ je vůle a ochota matky podporovat separační a autonomní chování u dítěte. Dítě musí cítit, že matka ho pouští ze symbiózy nejen navenek, například tím, že ho verbálně posílá „do světa“, ale že je s jeho separací, tedy s jeho potenciální ztrátou, srozuměna a že si ji dokonce přeje. Emoce, které separaci doprovázejí, jsou mimořádně náročné jak pro dítě, tak pro matku. Úzkost, následuje protest, hněv, pak smutek, který dítě potřebuje projikovat do matky, protože jej samo neunes, což může mít za následek to, že se od ní nikdy plně neoddělí a bude vyhledávat symbiotické a závislé vztahy i v dospělosti.

Jaké byly předpoklady Pětovy maminky pro tento emočně náročný proces? Bylo mož-

né, že si separaci svého dítěte, na rozdíl od svého vědomého přesvědčení, ve skutečnosti nepřála? Bylo možné, že emoce syna prožívané v rámci separačního procesu v ní vyvolávaly emoce, které „úspěšně“ potlačila a vytěsnila do nevědomí v době, kdy nadobro ztratila svého milovaného otce? Bylo možné, že úzkost, strach, agrese a následný smutek, který syn v separačních situacích prožíval, byly pro ni natolik ohrožující, že se jim potřebovala za každou cenu vyhnout? Historie matky i její emoční projevy v separačních situacích, jako i vývojová fixace dítěte v raných stádiích tzv. praktikující fáze separačně-individuačního procesu, by tomu nasvědčovaly. Pokud se matka nevědomě nebála a nebránila se prožívání úzkosti, bezmoci, agrese a smutku svého dítěte, ale bála se prožívání svých vlastních negativních emocí, bylo pravděpodobné, že Pétiova „šílenost“ byla projekcí její vlastní „šílenosti“, „šílenosti“, kterou by zřejmě zažila v případě, kdyby se jí dávno potlačené a „zapomenuté“ emoční vzpomínky z období jejího separačně-individuačního procesu dostaly do vědomí.

Ať tomu bylo jakkoli, nejdůležitější byla současnost. Zkoumání a propracování emoční zkušenosti matky mohlo vést k posílení její emoční kapacity ve smyslu lepšího kontejnování emocí svého syna. Tím, že emoce Pétii mohly být více či méně kontejnovány, čili vzaty na vědomí, rozpoznány, přijaty, transformovány a vráceny zpátky ve srozumitelné, tedy bezpečné formě, dostalo jeho „šílené“ chování jasný smysl a význam. Svoje vnitřní konflikty pak mohl méně odehrávat v akci, například prostřednictvím destruktivního chování, a více mentalizovat, tedy ovládat a řešit je na symbolické úrovni, tedy ve smyslu jejich intrapsychických reprezentací.

## ZÁVĚRY

Terapeutická zkušenost ukazuje, že psychoanalyticky orientované koncepty emočního vývoje, včetně konceptu mentalizace ležícího na hranici mezi psychoanalytickou

a kognitivní vývojovou psychologií, spíše než jako návody či itineráře vývoje slouží jako inspirace k porozumění vnitřní realitě dítěte. Je tomu tak díky terapeutické interakci, která poskytuje novou zkušenost a pohled na sebe i na vnější svět. Klíčovým momentem při návratu k porozumění vlastních motivací a motivací jiných osob je poskytnutí prostoru, kterému D. Winnicott říkal tzv. třetí prostor. Tento další prostor, vedle prostoru matky a prostoru dítěte, umožňuje klientovi hru a kreativní činnost, uvažování a prožívání v souladu s pravým, nikoli falešným self. Tento třetí prostor, v terapeutickém vztahu je to prostor, ve kterém se překrývá prostor terapeuta a dítěte, je místem vzniku symbolických reprezentací vnější reality. Reprezentací, které frustrovanému, zkoušenému a trpícímu dítěti dovolí odžít si svoje konflikty na reprezentativní, symbolické úrovni, tedy prostřednictvím mentalizování, a nikoli odehrávání (agování) v rizikových interakcích se svým tělem, životem či jinými osobami.

Děti chtějí o sobě vědět co nejvíce. Svoji osobnost, postoje, motivace a ambice formují do velké míry na základě toho, jak je vidíme a jaký smysl jejich projevům dáváme. Pokud je budeme vnímat a zrcadlit jako „šílené“, „narušené“ či „nemocné“ jedince, začnou se podle toho i chovat. Časem se z nich pak opravdu mohou stát „blázni“ či „šišci“, kteří nenesou odpovědnost za svoje chování a vezou se na vlně instantní gratifikace.

Bez ohledu na to, jakou pomoc můžeme frustrovaným dětem a rodičům v podmínkách naší práce nabídnout, měli bychom vždy pamatovat na to, že to, jestli se dítě cítí více destruktivním „dělem“ anebo užitečným „traktorem“, záleží především na tom, jak ho my sami dokážeme a chceme vidět.

## LITERATURA:

- Allen, J. G., Fonagy, P. (ed.): *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, Wiley&Sons Ltd, England, 2006.



Fonagy, P., Gergely, Gy., Elliot, J. L., Target, M.: *Affect regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, Other Press, New York, 2002.

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A.: *Psychological Birth of the Human Infant, Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books, 1975.

Pöthe, P.: Aplikace teorie vazby při prevenci a terapii týrání, *Propsy*, č.12, 1996.

Pöthe, P.: *Emoční poruchy v dětství a dospívání-psychoanalytický přístup*, Grada, Praha, 2007.

Raphael-Leff, J. (ed.): *„Split milk“ perinatal loss*

*and breakdown, Psychoanalytic Ideas*, Insitute of psychoanalysis, London, 2000.

Stern, D. N.: *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books, 1985.

Winnicott, D. W.: *Playing and Reality*, Penguin Books, New Zealand, 1974.

*Došlo do redakcie: 29. 11. 2008, v revidovaném znení 30. 5. 2009. K publikaci přijat 16. 9. 2009.*

## INTEGRATÍVNA TERAPIA ZAMERANÁ NA EMÓCIE

Ladislav Timuľák

Táto kazuistika sa zameriava na ukážku práce v jednom stretnutí, ktoré bolo vedené podľa princípov terapie zameranej na emócie. Toto stretnutie bolo súčasťou katamnestických stretnutí integratívnej terapie, ktorá využívala prvky kognitívno-behaviorálnej terapie, terapie zameranej na klienta a terapie zameranej na emócie. Ukážka demonštruje prácu s úzkostnými symptómami v terapii zameranej na emócie.

Pred niekoľkými rokmi ma v súkromnej praxi vyhľadal dvadsaťročný klient Peter, ktorému všeobecný lekár predpísal antidepresíva, nakoľko prežíval panické záchvaty a mal agorafobické symptómy (panická porucha s agorafóbiou). Všeobecný lekár mu odporučal psychologické poradenstvo/psychoterapiu.

Úzkosť sa u klienta prejavovala v rôznych formách. Prvý panický záchvat zažil na strednej škole, keď mal šesťnásť rokov, aj keď už predtým mal rôzne pocity úzkosti. Osem mesiacov predtým, ako ma vyhľadal, mal silný panický záchvat v cudzine, keď mala jeho priateľka zdravotné problémy, ktoré ho vyľakali. Odvtedy sa neustále strachoval a bol na pokraji panického záchvatu. Symptómy panického záchvatu mal každý deň, aj keď úplný záchvat zriedkavo. Neustále žil v obave nového panického záchvatu a začal mať agorafobické správanie. Prestal chodiť

von: do mesta, do obchodov, s kamarátmi – lebo sa bál panického záchvatu. Zmenil štúdium, aby mohol študovať z domu. Zvykol chodiť na prechádzky so psom, ale aj počas nich sa bál panického záchvatu. Autom chodieval iba na známe miesta a centru mesta sa vyhýbal.

Neustále mal pocity neadekvátnosti preto, že má panické záchvaty, obavy z nich a agorafobické správanie. Mal neustály pocit, že je iný ako kamaráti, ktorí sú bezstarostní, všade chodia a študujú na dennom štúdiu. Veľmi si zakladal na osobnej sile (doneďava hral rugby) a na tom, aby mal dobre akademické výsledky. Tvrdil, že rodičia nie sú úzkostní alebo nerobia si o neho starosti, ani nepodporujú jeho závislosť na nich. Na prvú stretnutie ho však priviedla matka, ktorá zorganizovala, aby prišiel na terapiu ku mne. V priebehu terapie sa tiež objavili depresívne symptómy, pocit izolácie a kritickosti voči sebe pre úzkostné symptómy.

Na úvodnom stretnutí som klientovi administroval dva štandardné sebaopisovacie dotazníky: Dotazník CORE-OM (Evans et al., 2002; slovenská verzia Gampe et al., 2007) a Dotazník výsledku 45 (Outcome Questionnaire-45; Lambert et al., 2004; slovenská verzia pozri Bieščad, 2008). V oboch dotazníkoch bolo klientovo skóre na hrane klinickej a bežnej populácie. Klient tiež

vyplnil idiosynkratický dotazník kľúčových starostí (Battle et al., 1966), kde uviedol dva kľúčové problémy: 1) Úzkosť obmedzuje môj život (závažnosť 10 na škále od 0 do 12); 2) Nespím dobre (závažnosť 8).

Základná terapia trvala 15 stretnutí a podľa dohody s klientom sa zamerala na jednej strane na zvládnutie panických a agorafobických symptómov a na druhej na otvorené podelenie sa, porozumenie a uznanie vulnerability k úzkosti u klienta. Terapia bola integráciou terapie zameranej na klienta (zameranou na poskytnutie podporného vzťahu, ktorý by umožňoval klientovi regulovať úzkosť a porozumieť dynamike úzkosti) a kognitívno-behaviorálnej terapie zvládania paniky (Craske a Barlow, 2008), ktorá sa zamerala na zvládnutie symptómov paniky a agorafóbie. Kognitívno-behaviorálne prvky obsahovali vysvetlenie mechanizmu úzkosti a panických a agorafobických symptómov, nácviku diafragmatického dýchania (klient sa ho naučil na stretnutí a potom doma pravidelne cvičil a tiež, keď mal pocit prichádzajúceho záchvatu) a expozície v imaginácii a in vivo. Expozícia sa zamerala postupne na rôzne situácie z hierarchie situácií, ktoré vzbudzujú úzkosť (napríklad ísť v meste po ulici, ísť mestským vlakom, ísť autom do susedného mesta, ísť loďou na rodinný výlet). Expozícia bola vždy najprv prevedená v imaginácii na stretnutí opakovane, až kým nedošlo k zníženiu úzkosti, a potom in vivo, kedy klient mal za domácu úlohu urobiť v realite to, čomu sa vystavoval v imaginácii, napr. ísť do mesta na najrušnejšiu ulicu. Empatický na klienta zameraný rozhovor sa zameral najmä na poskytnutie empatickej blízkosti pre klientove pocity izolácie a depresívne sebakritické pocity toho, že je iný ako druhý a to je neprijateľné.

Terapia skončila prirodzene letným dovolenkovým obdobím (tak ako bolo plánované). Klient po štyroch mesiacoch stretávania nemal panické ataky, zapísal sa na univerzitu, začal chodiť sám ako aj s kamarátmi do mesta, začal chodiť pravidelne do knižnice,

urobil niekoľko ciest sám autom, vybral sa loďou na rodinný výlet (na lodi strávil viac ako deň). Všetky tieto aktivity bol klient schopný absolvovať bez ochromujúcej úzkosti. Terapiu si veľmi pochvaľoval a veľmi oceňoval, že mohol hovoriť o svojich problémoch s niekým, kto mu rozumel a pred kým sa nemusel hanbiť. V závere sme sa dohodli, že ak by mal záujem, mohli by sme terapiu obnoviť a zamerať sa na celkové prepracovanie zraniteľnosti (vulnerability) k úzkosti a odolnosť voči nej.

Po asi osemmesačnej prestávke ma klient vyhľadal s pocitmi osamelosti na univerzite a s obavou, že by sa mu úzkostné pocity mohli vrátiť. Po tomto stretnutí sa ozval sporadicky asi raz za dva tri mesiace, keď bol doma z univerzity, a mali sme jedno až dve stretnutia s dohodou, že si nájde čas na to, aby sa mohol zapojiť ešte do jedného bloku terapie zameranej na prepracovanie úzkosti a posilnenie odolnosti voči nej. Táto terapia sa potom začala uskutočňovať asi dva roky po tom, čo bol prvýkrát na terapii, je vedená spôsobom terapie zameranej na emócie a stále prebieha. Klient je síce plne funkčný – nevyhýba sa ničomu, ale stále vulnérabilný k úzkosti. Z toho obdobia pochádza aj prepis stretnutia, ktoré si teraz priblížime.

Ukážka je ilustráciou toho, ako sa prepracúvajú depresívne a úzkostné pocity v terapii zameranej na emócie. Úzkosť a depresívne pocity spojené s negatívnym sebahodnotením (najmä hanba) sa v terapii zameranej na emócie prepracúvajú ich (1) sprítomnením tak, aby sa prekonalo typické vyhýbanie sa im, (2) zvýraznením roly, ktorú hrá samotný klient vo vzbudzovaní úzkosti a hanby, (3) ich prekonaním vyjadrením zranenia, ktoré klient ich aktivovaním prežíva a (4) následným vzbudením starostlivosti o seba a seba ochraňujúcej asertívnosti, ktoré ošetrí sprítomnené zranenie (pozri obrázok v 28. kapitole venovanej práci s emóciami v psychoterapii – in Vybíral, Roubal et al., 2010 – v *tisku*; tiež Pascual-Leone a Greenberg, 2007).

Ukážka začína priblížením symptómov

úzkosti prostredníctvom ich sprítomnosti v dialógu za pomoci techniky prázdnej stoličky, za účelom sprítomnosti a zosilnenia emócií:

T: Čoho sa týka úzkosť, kde ju cítite?  
 K: Nie je tu.  
 T: Kde je?  
 K: Je to akoby, to závisí, je to akoby...  
 T: Kde je teraz?  
 K: Teraz v mojich nohách a ramenách.  
 T: Je to akoby ste chceli byť pripravný...  
 K: Áno.  
 T: K čomu?  
 K: Je to nazbieraná energia, viete ...ísť...  
 T: Ok.  
 K: Ísť.  
 T: A urobiť niečo už...nečakať...  
 K: Cítim sa unavený v hlave, stále keď sa snažám relaxovať, musím, viete ...  
 T: Čo je tak ťažké, čo vás čaká. Čo sa... lebo to vyzerá akoby ste boli mobilizovaný alebo pripravený niečomu čeliť. Čo je to, čomu musíte čeliť?  
 K: Novej výzve, univerzite. Myslím, viete, je to...  
 T: Čo je to? Nový ľudia alebo...  
 K: Áno, nový ľudia. Je nás len 16 a mnohých nepoznám a bude to ešte ťažšie a ja len neviem, čo môžem očakávať, a to ma akoby zúskostňuje. Naozaj neviem, čo môžem očakávať.  
 T: Je to akoby.. budú.. ako budú moji spolužiaci na mňa reagovať, budú ma mať radi, budem s nimi vedieť vychádzať?  
 K: Budem ustráchaný alebo budem ok v takej malej skupine, take niečo, viete?  
 T: Máte nejaké starosti ohľadom školy – také akože či budete dobre zvládať učivo?  
 K: Nie.  
 T: Je to skôr sociálne...  
 K: Áno presne. Je to narábanie s ľuďmi, čoho sa obávam. Nie či zvládnem učivo. Toho sa naozaj nebojím. Takže sa snažím na to nemyslieť, ale z času na čas to príde späť a ja...aj keď si to nevšimnem, vstanem ráno alebo predtým ako idem spať

mám ten úzkostný zvyk, že ak sa cítim úzkostný v posteli, tak krčím palce na nohách a podobne, a potom sa zobudím, že to robím. Rozumieme, čo myslím, zobudím sa niekoľkokrát za noc a... (ne zrozumiteľné)...a neviem zaspáť, ma to budí a je to na hrane...

T: Je to naozaj ako by ste boli pripravný...  
 K: Áno naozaj, (nezrozumiteľné) pripravený čeliť, neviem, tomu čo sa stane. To je keď je to sociálne, sociálne príležitosti a podobne viete?  
 T: Áno. Môžeme sa na to pozrieť so stoličkou ako minule? (Návrh experienciálnej techniky).  
 Takže ste si robili starosti ohľadom tých, ktorých ste stretli.  
 K: Áno.  
 T: Tak ak by ste si predstavili ich, áno, zoberte si náhodného spolužiaka alebo (nezrozumiteľné) prejdite si rôzne tváre. Akú, akú obavu by ste mali, čo si môžu myslieť alebo všímať u vás.  
 K: Predpokladám, že by som mal obavu, že budem cítiť úzkosť alebo paniku alebo niečo v malej miestnosti, v ktorej sme, pretože je to viac stiesnený priestor ako učebňa tak pretože...  
 T: Tak skúsime s tým pracovať. Takže predstavte si niekoho, kohokoľvek. Máte nejakú tvár? Vyberte si niekoho.  
 K: Áno.  
 T: Budú akoby reprezentantmi tých ľudí. Môže to byť skupina, ale jednoduchšie bude si predstaviť jednu osobu. (Snažím sa nájsť spúšťač úzkostnej reakcie).  
 K: Áno. Ok.  
 T: Tak ak by ste skúsili povedať tej osobe, čoho sa obávate, že si on alebo ona všimne. Je to on alebo ona? (Tu som mal klienta najprv zamerať na pocit, ktorý má, keď si predstavuje niekoho z triedy, aby sa jednak dobre evokovala emócia a jednak, aby si klient uvedomoval, ako reaguje na dôležitý spúšťač.)  
 K: Ona.  
 T: Ona, ok. Povedzte jej, akoby ste mali spolu rozhovor, áno, necítim sa v po-

- hode, pretože si robím starosti, že by som a ty by si...*
- K: *Necítim sa v pohode, pretože sa obávam, že budem cítiť úzkosť v miestnosti, vieš, robím si starosti, že budem musieť robiť veci, pri ktorých si budem strašne uvedomovať, čo robím a budem cítiť úzkosť, lebo sa budem obávať, že...*
- T: *Je to pre mňa ťažké. Povedzte jej, prečo to je ťažké pre Vás (tuto mala reakcia byť skôr, ako ťažké je to, nie prečo je to ťažké – použitie slova prečo je riskantné, lebo klient môže zostať len v kognitívnej rovine).*
- K: *Veľmi si seba uvedomujem v malých skupinách a tiež sa cítim veľmi úzkostne, pretože sa obávam záchvatu paniky a tak. V akejkolvek situácii, keď som v miestnosti s tebou alebo niekoľkými ľuďmi, keď si jeden druhého všímame, necítim sa v pohode.*
- T: *Tak čo je Váš strach? Že by Vás videla so záchvatom paniky? Ako by Vás vnímala?*
- K: *Myslím, že nechcem byť vnímaný ako čudák.*
- T: *Strach je, že sa obávam, že by si ma videla ako čudáka.*
- K: *Hej.*
- T: *Ok, vymeňte sa teraz (Vyzývam klient prejsť do druhej stoličky, v ktorej bola spolužiačka). Ako by ste to urobili, aby sa Peter cítil ako čudák? Čo by ste urobili Petrovi, aby sa cítil ako čudák? (Klient to zosobňuje vlastné percepcie zahanbovania, ktoré pripisuje iným – v podstate prehráva zahanbujúcu kritiku, ktorú predpokladá u iných, ktorá je ale jeho nastavením.)*
- K: *Hovorila by som k Tebe a bola by som prekvapená, čudovala by som sa.*
- T: *Čudovala by som sa, pozerala by som sa čudne, čo sa deje s Petrom? (nezrozumiteľné) (Snažím sa podporovať vyjadrenie v stoličke spolužiačky, ktoré je v podstate klientovou projekciou založenou na jeho skúsenostiach a spomienkach.)*
- K: *Čo sa s tebou deje? Čo nie si v poriadku? Prečo sa takto správaš v tejto situácii? Je to veľmi čudné. Nerozumiem, čo robíš. Niečo nie je v poriadku? Je to veľmi čudné.*
- T: *Si veľmi čudný (terapeut tu zvyrazňuje bolestivú kritiku a zahanbovanie). Hej, povedzte mu si veľmi čudný.*
- K: *Si veľmi čudný.*
- T: *Mohli by ste sa vymeniť? (Klienta inštruujem, aby prešiel do stoličky, kde bol pôvodne on.) Čo sa deje vo Vás vo vnútri, keď to počujete, že ste veľmi čudný a ona sa čuduje? (Zameranie na vnútorné prežívanie projikovaného negatívneho hodnotenia.)*
- K: *Cítim sa ponížený, necítim sa byť normálny. Cítim sa byť označovaný a vylčený od normálnych ľudí. Skupina... cítim sa v tej situácii ešte horšie (nejasné).*
- T: *(Nezrozumiteľné)*
- K: *Hej, všetko, čo nechcem, sa mi deje.*
- T: *Ok, čiže je to akoby: Dostávaš ma do situácie alebo pozície, ktorú naozaj nemám rád. Je to naozaj nepríjemné.*
- K: *Hej.*
- T: *Takže mám ten nepríjemný pocit, že sa cítim nepríjemne.*
- K: *Hej.*
- T: *Kde to môžete cítiť?*
- K: *Tu, hej, tu znova.*
- T: *Ok. Takže sa cítim ponížený, cítim, že niekto je na mňa príliš prísny alebo ako?*
- K: *Ja, ja.*
- T: *Nedokážem sa ochrániť.*
- K: *Hej. Cítim sa slabý, cítim sa menejcenný, to je to podstatné. Menejcenný voči nim, voči všetkým, kvôli tomu. Cítim sa ponížený a slabý.*
- T: *Vystavený (nechránený) tiež?*
- K: *Hej.*
- T: *Ok. Nemám žiadnu ochranu, som vystavený a slabý, je to čudné a je to nepríjemné.*

V tomto momente som sa klienta pýtal na to, čo by potreboval, čo by potreboval ten vulnerabilný pocit, ktorý má. Klient vyjadril potrebu, že by potreboval porozumenie. Na otázku, kto by mu rozumel, klient uviedol sestru. Klienta som potom požiadal, aby si sestru predstavil v prázdnej stoličke a vyjadril sestre svoje pocity, aby sa podelil s pocitmi toho, že je čudný a že je s týmito pocitmi sám. Klient vyjadril svoju vulnerabilitu a potrebu s ňou spojenú, aby bol v nej niekym porozumený. Na to som ho požiadal, aby si presadol a zosobnil svoju sestru a jej reakciu na túto svoju potrebu. Klient si takto môže vyjadriť starostlivosť o seba cez jej internalizáciu z reálnych spomienok zo vzťahu s inou osobou (tuto sestrou). V roli sestry klient vyjadril porozumenie. Keď si opäť presadol a požiadal som ho o to, aby sa sústredil na cítený dopad tejto reakcie, cítil uvoľnenie. Po tomto som ho opäť požiadal menovať niekoho, komu by to mohol povedať. Nominoval jedného svojho priateľa. Zopakovali sme proces podobne ako s predstavou sestry. Tieto vyjadrenia starostlivosti sa používajú na posilnenie zdravej starostlivosti o seba, súcitenia so sebou, ktoré môžu byť liečivé same o sebe alebo môžu prispievať k zosilneniu klienta, aby mal kapacitu priniesť vulnerabilitu do stretnutia.

Po tomto som klienta poprosil, aby si nechal voľne plynúť myseľ, či sa mu nevybaví situácia, kedy podobné zahanbovanie od niekoho zažil. Klient si vybavil situáciu, keď bol ako 6 ročný šikanovaný spolužiakom. Zasa sme použitím prázdnej stoličky aktivovali toto šikanovanie a ponižovanie, s tým, že som sa snažil facilitovať prirodzenú ochrannú sebaaserciu (sebaapresadenie) na strane klienta, prípadne ochrannú starostlivosť o seba. Prepis od 33. minúty stretnutia nasleduje.

*K: Pocit, ktorý mi vyvstáva je...chlapci...  
- keď som bol v prvej triede, som vám už o tom hovoril.*

*T: Hej, keď ste mali 4 alebo 5 vtedy, och prvá trieda 6 hej.*

*K: Okolo 6 hej. Určite to sa mi vybavuje. Hoc je to tak dávno, určite to vo mne zostalo.*

*T: Tak kto bol ten, čo šikanoval.*

*K: Bolo tam niekoľko, ale hlavný bol John.*

*T: Ok.*

*K: Hej. Viete potom som bol vždy v takej populárnej skupine, takže som už nikdy nezažil veľa podobného, bolo to len...*

*T: Ok. Mohli by ste si ho tu predstaviť? Johna. Ano? (Ukazujem pritom na prázdnu stoličku.)*

*K: Hej.*

*T: Mohli by ste mu povedať, čo vo Vás vyvoláva alebo vyvolalo jeho správanie? Ako na Vás vplýva? (Tu by bolo opäť lepšie najprv sa sústrediť na to, aký pocit predstava vyvoláva, a až potom ho vyjadriť.)*

*K: Keď si ma, vieš, šikanoval a tak, keď si ma úplne vyčleňoval od celej triedy. Cítil som sa z toho, čo si robil nenormálny, cítil som sa ako outsider. Cítil som sa úplne nepodstatný a iný. A pre žiaden dôvod si si ma vybral a úplne ma vyčlenil z triedy. Nechcel som chodiť do školy, lebo som nemal, pretože vieš, nemal som žiadnych priateľov kvôli Tebe. Ty si to urobil, aby si ma každý obzeral a vieš, aby sa so mnou nikto nebavil a podobne. To bolo veľmi ponižujúce a... (Toto je ukážka sekundárneho sťažovania sa – zmesy hnevu a smútku. Úlohou terapeuta je facilitovať to do vyjadrenia primárneho hnevu a pri márneho smútku.)*

*T: Mohli by ste sa vymeniť a byť ním na chvíľočku. Ako urobíte Petra nepodstatným, ako to on robí, čo ho robí nepodstatným (ticho 6 sekúnd). (Toto je inštrukcia, ktorá vedie k vyjadreniu najviac zraňujúcich prvkov v správaní osoby, ktorá bola prežívaná ako zraňujúca.)*

*K: Ehm, nehovor so mnou (nahnevane odmietajúco, ponižujúco), nechcem s Tebou hovoriť. To je zvláštne mám takú živú spomienku ako raz...*

- T: (nejasné) *Čo by urobil?*
- K: *Ehm, on videl, ako niekto iný mi potriasol ruku, a on prišiel a povedal: pozri, ako on trasie rukou, pretože ako, nehovor s ním a podobne (nejasné). To je výrazná spomienka, čo mám, pravdepodobne jediná taka výrazná.*
- T: *Povedzte to (ako John) tomu chalanovi (nejakej prítomnej tretej osobe), nepodávaj si ruky s Petrom, áno? (Opäť podporujem vyjadrenie percipovaného zraňujúceho správania.)*
- K: *Nepodávaj mu ruku ako, prečo s ním chceš hovoriť? Ja s ním nechcem hovoriť, ja s ním nechcem hovoriť ako.*
- T: (Nejasné) *Čo je v tom? Aký odkaz? Áno? (Tuto sa snažím identifikovať hlavný atribút, ktorý klienta zraňuje.)*
- K: *Je to, že je nepodstatný, načo by so s ním hovoril, nepáči sa mi.*
- T: *Nepáči sa mi, je nepodstatný, áno?*
- K: *Áno.*
- T: *On je nič, hej? Ok.*
- K: *Hej.*
- T: *Robili ste ešte viac tu s tým (ukazujem na ruky), prečo by ste sa mali starať? (Tu som poukázal na neverbálne správanie vyjadrujúce poníženie a požiadal klienta, aby ho zopakoval – cieľom je amplifikovať správanie, ktoré je zraňujúce.)*
- K: *Hej.*
- T: *Hej, ale to je dôležité.*
- K: *Hej, myslím, že keď niekto robí toto (ukazuje na neverbálne vyjadrenie), keď vám nadáva, je to ponžujúce gesto. Viete to je ako (nejasné) také vec.*
- T: *Môžete sa vymeniť?*
- Môžete zameriť pozornosť do vnútra? Čo sa deje, keď dostanete takéto gesto? (nejasné) Čo sa deje pre vás? (Týmto sledujem dopad, aký to má na prežívanie klienta.)*
- K: *Sorry, ja...úzkosť a napätie tu vo vnútri.*
- T: *Ok. Mohli by ste mu povedať, čo sa vo vás deje? Ako by ste na to odpovedali? Aký pocit to vo vás vyvoláva? (Týmto sa podporuje pocit, ale potenciálne aj potreba s ním spojená.)*
- K: *Cítim sa z toho poníženy, cítim sa iný, nenormálny. Myslím, že neexistuje žiadny prirodzený dôvod, prečo by si si mal myslie, alebo prečo by si so mnou nemal hovoriť alebo nútiť iných, aby so mnou nehovorili. A tak čo robíš ma len ponižuje, znižuje moju sebadôveru, vyvoláva to vo mne pocit nepodstatnosti.*
- T: *Takže si to nezaslúžite. (Týmto skúšam, či klient má kapacitu pre sebaaserciu.)*
- K: *Hej.*
- T: *Nemáš právo takto so mnou hovoriť (týmto ju podporujem).*
- K: *Nie. Nemáš žiadne právo to hovoriť, aj keby si to tak cítil. Nebuď ku mne hrubý a tiež do toho neťahaj ostatných a tak...*
- T: *Nie je to tvoja vec. Povedz mu to ešte viac... (podporujem sebaaserciu).*
- K: *Myslím, že je to úplne bezprecedentný útok. Nie je, vieš, nie je žiaden dôvod, prečo by si to mal robiť. Nič zlé som ti neurobil, preto nemôžem pochopiť, prečo to robíš. To vo mne vyvoláva zlý pocit, pretože neviem, ešte viac sa pozorujem, keď robím niečo zle. Nemáš žiadne právo to robiť. A aj keby som urobil niečo zle, vysvetli mi, čo som urobil namiesto toho, aby si bol ku mne hrubý a nadával mi a každého huckal proti mne. (Klient tu kolabuje opäť do sťažovania sa, ktoré je mixom zranenia, smútku a hnevu – ja sa budem snažiť to diferencovať.)*
- T: *Nedáva mi to zmysel, prečo sa sústredíš na mňa, prečo si zo mňa uťahuješ, je to také nefér, nedokážem sa vlastne brániť.*
- K: *Hej, lebo sa pozorujem, pretože nerozumiem prečo.*
- T: *To ma veľmi zranilo. Áno. To ma veľmi zranilo, čo si robil.*
- K: *Hej, to ma veľmi zranilo, veľmi zranilo.*
- T: *A ja som bol malý chlapec, ktorý s tým nemohol nič urobiť (empaticky sa zameriavam na zranenie).*
- K: *Hej. A nebol na to jediný dôvod. Tomu*

- nedokážem porozumieť. Ehm, nerozumiem prečo.*
- T:** *Je to naozaj akoby, nemám žiadnu silu ochrániť sa, pretože je to...*
- K:** *Ale ja nemám žiadnu obranu, pretože nemám ani potuchy, prečo to robíš. Takže sa nemôžem brániť. Vieš, keby na to bol nejaký dôvod, že som niečo urobil alebo ako som konal alebo tak, mohol by som sa ospravedlniť alebo zmeniť, ale pretože nie je žiaden dôvod, nemám ako sa brániť. Vieš? Iba to bolí, pretože vieš, nepoznám dôvody, tak si to stále iba prechádza dokola.*
- T:** *Môžete sa vymeniť a byť teraz Peter? (nejasné) (Povzbudzujem ho, aby si sadol do prázdnej stoličky a bol dospeлым sebou.)*  
*Čo by ste povedali 6 ročnému Petrovi. Povedzte mu to teraz.*
- K:** (Nejasné)
- T:** (Nejasné) *Trpí áno. Čo by ste mu povedali (Lepšia reakcia by bola, čo cítite voči malému 6 ročnému Petrovi.)*
- K:** *Ehm. Povedal by som mu, že...*
- T:** *Povedzte mu. Nie: Ja by som mu povedal.*
- K:** *John je iba decko, možno problémové decko. Ty to nevieš. Z nejakého dôvodu si vybral teba na útočenie a na to nie je žiaden dôvod, iba si vybral teba. Vieš? Prenes sa cez to. Ty si (nejasné) čokoľvek, len to nenechaj, aby sa ťa to dotklo, lebo on na to nemá naozaj žiaden dôvod. On, on má vlastné problémy. Preto to zjavne robí. On potrebuje byť mocný alebo tak, ale to nie je preto, že by si bol čudný alebo iný alebo tak. Viem aké pocity to v tebe vyvoláva, ale to nie je, je to jeho problém, nie tvoj. Tak ja viem, že je to ťažké, ale prenes sa cez to a keď ťa príliš šikanuje povedz to učiteľom, alebo ak sa to dá, ignoruj ho a dúfam, že to prejde, ale aby si vedel, že to nie je preto, že by si bol čudný alebo nepodstatný alebo niečo podobné. Je to čisto preto, že niečo trápi jeho a vedie ho to, aby ťa šikanoval. (Toto je vyjadrením starost-*
- livosti o seba, zdravým súcitením so sebou – self-compassion.)*
- T:** *Takže to nemá nič s tebou.*
- K:** *Hej.*
- T:** *To je len on. Je to jeho problém. Nie je žiaden dôvod zaoberať sa tým, aký bol dôvod, aký je dôvod.*
- K:** *Hej.*
- T:** *OK. Môžete sa vymeniť? (Klient sa usádza do pôvodnej stoličky.)*  
*Aké to je počuť to ako malý Peter, malý Peter vo vás?*
- K:** *Hej. Hej, myslím, že to prináša nejakú úľavu. Je to akoby akceptovať, povzbudzuje to sebadôveru, pretože sa cítite, ja sa cítim, že to možno nie som ja, je to možno iba on. Viete? Ja som neurobil nič zlé, takže nemám, čo by som potreboval pochopiť.*
- T:** *Teraz povedzte Johnovi tu a teraz (ukazujúc na prázdnu stoličku, v ktorej sedel ako John), to nie som ja, to nie je môj problém. Je to tvoj (nejasné) čo koľvek, áno? Povedzte mu (podpora rotektívnej sebaasercie).*
- K:** *Nič zlé som ti neurobil. Nikdy som nebol voči tebe hrubý, neurobil som nič, vieš, čo by ťa nahnevalo, takže jediný dôvod, ktorý ma napadá, prečo na mňa útočíš je, že buď máš doma problémy, alebo máš rád moc, alebo máš niečo zlé v sebe, pretože nie je žiaden dôvod, aby si na mňa útočil... Hoci tomu nerozumiem, viem, že to nie som ja, takže si myslím, že je niečo bazálne nie v poriadku s tebou alebo niečo zlé sa deje v tvojom živote, čo spôsobuje, že šikanuješ druhých. Ale ja viem, že to nie som ja. Ja ťa budem ignorovať (vyjadrenie sebaasercie a hnevu).*
- T:** *Takže je to akoby prestaň, áno? (nejasné)*  
*A ja som možno príliš dobrý k tebe, že ti dovoľím alebo niečo...nemáš žiadne právo hovoriť niekomu: Nepodávaj mu ruku. Alebo nejako nie si ok.*
- K:** *To sú tvoje názory a nie je žiadna potreba, nie je žiadna potreba, aby si sa o ne delil s inými ľuďmi ohľadom mňa.*

- T: *V podstate vás chce zranit' (nejasné).*
- K: *Tak ma len nechaj a dovoľ ostatným ľuďom robiť to, čo chcú, pretože ak ma nemá rád, nehovor so mnou, to je ok, ale nehuckaj ostatných ľudí proti mne (vyjadrovanie hnevu).*
- T: *Ok. Aké je to hovoriť mu to.*
- K: *Cítim sa dobre. Cítim to, viete, akoby som ho dával späť na svoje miesto viete? (vyjadrenie sebaasercie)*
- T: *Ok. Ak by toto bol on, kde by ste ho dali na "svoje miesto". Dajte ho niekam. (V pracovni mám veľký vankúš a podá vam ho klientovi – snažím sa podporiť jeho reparatívny zážitok, tým, že ho podporí správaním.)*
- K: *Niekam.*
- T: *Áno. Kdekoľvek kde by ste ho dali na „jeho miesto“ ako hovoríte. Fyzicky ho chyťte a dajte ho tam.*
- K: *Mohol by som ho vyhodit' za dvere (smiech).*
- T: (smiech) *Hej možno, že môžete.*
- K: (nejasné) *Rád by som ho položil tam (nejasné) (kladie ho niekam do kúta).*
- T: (nejasné) *Ako sa pritom cítite?*
- K: *Robí mi to dobre, vyhodit' ho, cítim sa dobre.*
- T: *Je tiež dôležité, aby ste si to vyriešili pre seba. Viete, že to vo vnútri vybudujete, že získate pocit vnútornej sily a že to bude konkrétne alebo tak (snažím sa konsolidovať tento reparatívny zážitok).*
- K: *Hej. Cítim sa z toho dobre. Jedna vec je, že viem veľmi dobre, že neskôr v živote John sa stretol s jedným mojím priateľom, ktorému som o tom nikdy nepovedal, pretože vec sa má tak, že on po prvom ročníku odišiel, v čom som mal šťastie, že to nepokračovalo. Bol prelo žený zo školy a neskôr ja som o tom nič nehovoril, lebo on, on je o toľko menší odo mňa teraz, taký nepodstatný, viete, čo myslím.*
- T: (smiech) *Skutočnosť je, že on je nepodstatný.*

Stretnutie už pokračovalo iba chvíľku, kde som klientovi vysvetlil (psychoedukácia je prirodzenou súčasťou terapie zameranej na emócie) dôležitosť vyjadrenie zranenia i hnevu i starostlivosti o seba pri zážitkoch úzkosti. Tieto prepracúvajú emocionálne schémy úzkosti (Greenberg a Paivio, 1997; Timulák, 2008) tak, aby klient dokázal byť odolný a flexibilný voči zážitkom úzkosti v zúskostňujúcich situáciách a nesnažil sa iba vyhnúť panicky úzkosti. V závere stretnutia sme prebrali súvislosť tohto zážitku s podobnými zážitkami v súčasnosti.

Táto ukážka je pomerne verná ukážka práce v terapii zameranej na emócie (až na drobné chybičky). Terapia sa zameriava na kľúčové problematické emocionálne schémy. Pointou je zvyšovať schopnosť klienta spracovávať bolestivé emócie. Zvyčajne sa to deje ich aktivovaním, prehrávaním situácií, kde boli zažitá alebo kde sú zažitá v súčasnosti. Terapia má zvyčajne jeden alebo niekoľko fokusov okolo centrálnych problematických emocionálnych schém. Viac ako obsah stretnutia sú dôležité emócie (celkový klientov arousal) a kvalita ich prežívania, t.j. aby bolo vyhýbanie sa im prekonané, pretože vyhýbanie sa emóciám bráni ich spracovaniu. Počas terapie sa udeje viacero takýchto dialógov okolo hlavných emocionálnych schém klienta. Napríklad sa opäť môže objaviť dialógom so spolužiakom, ktorý ho šikanoval, ako tomu bolo aj v prípade tohto klienta, ale aj dialóg s matkou, ktorá bola kritická ak poriadne neštudoval. Dialóg so starou mamou, ktorá bola kritická, ak sa necítil dobre, a mala pocit, že s ním ničो není v poriadku apod. V terapii sa potom prepracúvajú kľúčové schémy ako: v ničom nie som v poriadku (sprevádzané úzkosťou a hanbou).

#### LITERATÚRA

- Battle, C. G., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criterion for improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 184-192.



- Bieščad, M. (2008). *Aplikácia nástrojov merajúcich efekt psychoterapie*. Dizertačná práca. Trnava: Trnavská univerzita.
- Gampe, K., Biescad, M., Balunova, L., Timulak, L., et al. (2007). A Slovak adaptation of CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure). *Czech and Slovak Psychiatry*, 103(1), 4-13.
- Craske, M.G. & D.H. Barlow (2008). Panic Disorder and Agoraphobia. In D.H. Barlow (Ed), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.)*. (pp. 1 – 55). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Shimokawa, K., et al. (2004). Administration and scoring manual for the OQ45.2.
- Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services, LLC.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why 'the only way out is through'. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 75(6), 875–887.
- Timulak, L. (2008, July). *Experiential therapy of anxiety disorders*. 8<sup>th</sup> World Person-Centred and Experiential Conference, Norwich, UK.

Zkrácená verze této kazuistiky vyjde v knize Současná psychoterapie (editoři Z. Vybíral a J. Roubal) v Portálu v roce 2010.

Došlo do redakce: 10. 6. 2009. K publikaci přijat 16. 6. 2009.

## MESIÁŠSKÝ GEN, PUDOVÝ ZDROJ ALTRUISMU? (O vztahových systémech v teorii a praxi PBSP)

Jan Sírínek

### ABSTRAKT

„Mesiášský gen“ je jedním z klíčových pojmů PBSP (Pesso Boyden System Psychomotor). Instinktivní dokončování nedokončených tvarů je obecnou vlastností vnímání. Je považováno za princip tzv. „vykonávání spravedlnosti“. Albert Pesso tak rozšiřuje Freudovské „pracovat a milovat“, když definuje „vykonávání spravedlnosti“ jako třetí základní intenci lidské bytosti. Každé dítě „vykonává spravedlnost“, když automaticky vstupuje do chybějících rolí ve vztahových systémech. Přílišná stimulace „mesiášského genu“ jako následek „děř“ v rodinném systému může stát v pozadí vývojových disproporcí. Formou eseje uvádí autor koncept do odborné diskuse, používá jako kontext Freudův strukturální model osobnosti. Připojuje úvahu o spojení mesiášského genu a altruismu. Na fiktivní kasuistice demonstruje relevantní psychoterapeutické postupy a pokračuje tak v předstávání PBSP odborné veřejnosti.

*Klíčová slova:* PBSP, altruismus, vztahové systémy, díry v rolích, vykonávání spravedlnosti, egopsychologie

### ABSTRACT

**Messianic Gene, instinctive source of altruism? (About relational systems in theory and practice of PBSP)**

The “Messianic Gene” is one key concept of PBSP. The instinct to complete unfinished shapes is a general attribute of perception. It is considered to be a platform for so-called “justice making”. Therefore, Albert Pesso propagates the Freudian “to work and to love”, and defines “justice making” as another basic intention of human beings. Every child “makes justice” when stepping automatically into missing roles in relationship systems. The excessive arousal of the “Messianic Gene”, as a consequence of holes in a family system, is being found as a catalyst for various developmental disorders. The writer introduces the concept to the discussion with an essay

using the Freudian structural model as his context. He adds a reflection on a connection between the “Messianic Gene” and altruism. He demonstrates relevant psychotherapeutic approaches on a fictive case and in this manner is presenting PBSP for the Czech professional public.

*Key words:* PBSP, altruism, relational systems, justice making, holes in roles, egopsychology

#### MOTTO:

*„Našel jsem matku skloněnou nad deníkem... Tvrdošjně jsem se ptal, jak a proč. Snad jsem za dramatem svých rodičů zahlédl babiččinu mrazivou sílu. Jako mladé děvče si vzala stárnoucího muže s třemi syny, kterým nebylo o mnoho méně než jí. Manžel po krátké době zemřel a zanechal po sobě ženu s pěti dětmi. Co ta v sobě musela udusit a zničit?“*

*Otázka je to určitě jednoduchá a přesto zůstává nezodpovězena. Jistě vím jen to, že naše rodina byli lidé dobré vůle s katastrofálním dědictvím přemrštěných požadavků, špatného svědomí a pocitů viny.“*

(INGMAR BERGMAN, LATERNA MAGICA)

#### ÚVOD

Když Sigmund Freud formuloval svůj strukturální model osobnosti, byl hluboce přesvědčen o vrozené destruktivitě pudových sil v člověku. Mocnosti id, agresivita a sexualita jsou ve své syrové podobě bezbřehé a sobecké. Úkol poutat tyto „jaderné zdroje“ lidské vitality delegoval Freud na kulturu. Zde se rodí meze, normy i restrikce, které – vtisknuté superu – korigují sklony agrese k ničení a libida k nenasytosti. V případě kvalitních rodičovských postav je dosaženo relativního smíru. Pudové síly se podrobí principu reality, v důsledku čehož je člověk schopen pracovat a milovat, aniž by bořil či znásilňoval. Racionalita sycená sublimací je dle Freuda nejradostnější rovinou vývoje lidské mysli. Všudypřítomná nespokojenost pak nezbytnou daní za fascinující výsady civilizace (Mitchel, 1986).

Zájem o blaho celku, altruismus a smysl pro spravedlnost tak nejsou lidskému jedinci vlastní jako takové, ale jsou nahlíženy spíše jako obranný reflex, trpný kompromis sobeckého ega vůči větší síle zvenčí.

Freudovi pozdější oponenti protestovali proti tak pesimistické redukci lidské bytosti (Fonagy, Target, 2005). Jednu z podstatných tezí, vinoucích se komplikovanou diskusí mezi jednotlivými psychoanalytickými školami, lze formulovat takto: základním egotvorným principem není střet pudových sil s vnějšími restrikcemi, ale je jím vztah. Lidské mládě nevyhledává objekty pro pouhé vybití primitivních impulsů, nýbrž probouzí se do vztahových struktur, v nichž se utváří v osobnost schopnou vést dobrý život a realizovat maximum možností.

I zde jsou agresivní a libidinózní sklony nebezpečné a musí být ovládnuty, ale změnilo se pojetí přirozenosti. Pudy „touží být zkroceny“. Lidská bytost nosí v sobě hlubokou potřebu vymezení. Z podstaty je adaptivní, najde-li dítě v raných interakcích řád, meze a tím i kanál pro svou vitalitu. Omezování vnějškem není tedy a priori znásilňováním přirozenosti, ale naplněním potřeby, která naopak umožňuje přirozenost uskutečňovat. Altruistické kvality jsou takto viděny již jako zdravému egu vlastní, pokud ovšem plně dozraje, překoná infantilní stadia a dosáhne vývojového optima. V tomto pojetí je altruismus výšinou lidskosti, vycházející z kultivace dobrých možností, byla-li ovšem dříve zvládnuta agresivita a sexualita.

Albert Pessó začal pracovat o více jak půlstoletí později než Freud. Jeho PBSP nabývala na svébytnosti od počátku 60. let minulého století. Svým pojetím duševního vývoje i celkovým přístupem k člověku může být viděn na podobné názorové vlně s „optimistickými“ egopsychologickými školami. Například ve smyslu Akhaterova dělení (1992) by šlo o „romantické“ Goethovsko-Rousseauovské křídlo, důvěřující v lidský potenciál a v možnost stimulace jeho vývoje prostřednictvím pozitivní terapeutické zkušenosti. Na opačné straně toho-

to kontinua stojí křídlo „klasické“, pesimistické, zakotvené v Kantovské filosofii, upřednostňující interpretaci, náhled, předpokládající spíše lidskou destruktivitu, kterou je nutno redukovat (Fonagy, Target, 2005). Dle jiných psychoanalytických autorů je tato optimisticko-pesimistická polarita reprezentována jmény Heinze Kohuta na straně jedné a Otto Kernberga na straně druhé (Mitchel, 1986).

V posledních letech doplnil Pessa svou teorii osobnosti o pozoruhodnou hypotézu, ve své podstatě nastiňující dispoziční povahu altruismu. Myšlenku lze ovšem dobře objasnit právě na pozadí veskrze „pesimistického“ strukturálního modelu Sigmunda Freuda.

#### S PRAVEDLNOST JE ZAKOŘENĚNÁ V TĚLE (ROOTS OF JUSTICE ARE IN THE BODY)

Tak zněl název přednášky Alberta Pessa na universitě v Osnabrucku (2006). Volně reprodukováno: Kromě agresivity a sexuality, dvou komponent Freudovského id, zakořeněných rovněž v těle a dávajících člověku sílu v zájmu jedince a rodu „tvořit či bořit“, je lidský tvor vybaven ještě třetí, z hluboké instinktivní vrstvy vycházející tendencí, tzv. „mesiášským genem“. Jeho smyslem je – v názvu již naznačené – „vykonávání spravedlnosti“, která míří k zájmům celku.

Pessova teorie osobnosti vychází v evolucionistickém duchu ze skálopevné víry v biologickou determinaci všech základních zdrojů nezbytných k účinné adaptaci. Odmítá tedy v humanistické psychologii tradičnější vrstevnatost v tom smyslu, že altruismus je jiné než biologické povahy, že nejprve je třeba zkrotit sobecký pud, aby se teprve následně na vyšších úrovních mohl zrodit smysl pro dobro celku. Ten je nutno pojmout naopak jako jeden z bazálních motivačních zdrojů hýbajících člověkem, podobně jako pudová síla, a to od samého počátku bez nutnosti nejprve do něho dorůst. V primitivní nezvládnuté podobě se ovšem může paradoxně podílet na aktivaci právě lidské destruktivity – kapacity neřizeně „bo-

řit“, nikoliv „tvořit“. Dle Pessa se tedy primární určení zdravé lidské bytosti ubírá trojím, nikoliv dvojím směrem, jak předpokládal Freud – jeho okřídlené „pracovat a milovat“ zde dostává třetí determinantu: vykonávat spravedlnost (justice making).

#### MESIÁŠSKÝ GEN

Slyší-li kdo nedokončený triviální popěvek (Kočka leze dírou, pes oknem, nebude-li pršet, nezmok...), pocítí napětí a nutkání dokončit jej. Anticipuje totiž celý tvar a teprve prožitek celku mu uleví. Tuto elementární vlastnost vnímání rozpoznali v novodobé psychologii staří gestaltisté berlínské školy (M. Wertheimer, 1912, In Hoskovec, 1992).

Neurologicky vyjádřeno se struktury významů v lidském mozku nedokáží vyrovnat s nekompletností a inkongruencí (Grawe, 2004). Nervový systém vyvine automaticky motorickou odezvu k obnovení prožitku kompletnosti či souladu. Pessa pojal anticipaci tvaru a bezděčné nutkání k jeho dokončení za elementární princip „mesiášského genu“. „Vykonáváním spravedlnosti“ pak mívá tento princip uplatňovaný na úrovni vztahů. Ve vyzrálé, dospělé formě v něm spatřuje vrozený základ lidské schopnosti intervenovat ve sférách přesahujících bezprostřední zájem individua. Ve vývojově rané podobě jde pak o nevědomé puzení prožívat se v těch rolích, které v relevantních vztahových systémech chybí, s potenciálním psychopatologickým dopadem. Tím ovšem předpokládáme, že člověk je a priori vybaven předobrazem toho, jak jsou vztahy v lidském přibuzenstvu přirozeně uspořádány.

Lidská bytost, sama v zárodku sjednocující mužskou a ženskou polaritu, očekává tutéž „monádu“ na úrovni objektového vztahu – rodičovských postav. V nich jsou oba principy odděleny a sjednoceny zároveň. Od dobrých rodičů dítě získává v pravý čas to pravé (náklonnost, podněty, podporu, ochranu, vymezení), aby byly naplněním těchto potřeb vytvořeny prvotní vztahové předpoklady pro vývoj jeho zdravého ega.

Obsahuje-li však lidský genom skutečně vše podstatné pro adaptaci jedince i druhu, musí v něm být zakódována i generačnost. Teprve přirozené probíhající generační cykly mohou druhu zabezpečit účinné přizpůsobení. Tudy lze vést dedukci na evolučně-vztahové téma: stejně jako každý homo sapiens potřebuje splnění svých potřeb ve vztazích, právě tak může toužit po kompletnosti a vyváženosti na úrovni generačního stromu, na jehož kmeni mají rodiče své rodiče a ti zase své. Rovněž tak by mohl „tušit“ vztahové větvení a disponovat nadáním rozlišovat v něm jednotlivé vztahové kvality a poměry. Taková predispozice by předpovídala vlohy zaujímat základní vztahové role. Analogii lze vidět v hluboké struktuře jazyka, umožňující každému člověku orientovat se ve větné stavbě a slovních družích, ať již je jeho rodný jazyk kterýkoliv.

#### PŘÍKLAD 1

Představme si, že v rodině chybí fyzicky či psychologicky otec. To, co je v dítěti s to být partnerem, reflexivně a automaticky akceleruje. Nápodoba či identifikace nehrají nejpodstatnější roli ve srovnání s niterně podmíněnou nutností zažívat svět kompletní, „spravedlivý“. Očekávaná součást objektu („matka má partnera“, nikoliv tedy pouhé „já mám otce“), musí být prožitkově dotvořena aktivitou subjektu. Dítě se nevědomě začne prožívat jako partner matky. Vzhledem k nastíněné vztahové „preinteligenci“ se pak může dětské tvořící se ego neadekvátně aktivovat v nejrůznějších poměrech vůči rodičům, sourozencům, parodičům i jiným vztahovým osobám.

#### PŘÍKLAD 2

Člověk se od zvířete liší řečí. Zasluchne-li slovo, před vnitřním okem (mind's eye) mu vyvstane obraz, na který reaguje motoricky jako na reálně sledovaný výjev (princip seedo) (Pesso, [www.pbsp.com](http://www.pbsp.com)). Uvedme zde příklad matky vyprávějící dítku, že ona ztratila matku, když byla velká jako ono. Dítě si představuje, co slyší a odpovídá na ob-

razy ideomotoricky, ve smyslu uvedeného principu tak, jakoby je skutečně vidělo: to, co je v něm schopno být matkou, v tu chvíli automaticky pečuje, podporuje, chrání imaginovaný obraz matky jako dítěte.

Když se tedy dítě naučí označovat slovy, slova začnou vyvolávat obraz a obraz motorickou reakci. Na zrání ega se pak podílejí příběhy, které kolem dítěte znovu a znovu prožívají, vypravují a tradují jeho blízcí. Zásadní podoby příběhů tak bez ohledu na čas a prostor hrají roli v tom, jestli jeho vývoj probíhá harmonicky<sup>1</sup>.

#### PŘÍKLAD 3

Sleduje-li dítě příběh na plátně či obrazovce, stává se ochráncem či hrdinou. Jeho zaujetí pro sledované výjevy, emocionální prnutí a motorickou odezvu lze interpretovat jako prožitek nekompletnosti, touhy po „spravedlnosti“. Při šťastném konci přijde zadostiučinění a úleva, při nespravedlivém nezbude než spravedlnost vlastní imaginací zjednat. Již zbývá pouze krok – člověk se nevztahuje od počátku jen k biologicky či fyzicky bezprostředním osobám a jejich předkům skrze rodinné tradice. Reaktivitou na imaginované příběhy je pro něho přirozené vztahovat se „hrdinsky či ochranitelsky“ i k mnohem širším společenstvím, obcím, komunitám, vůči celému myslitelnému světu, který pro něho nabude osobního významu.

Pesso si zde bere příměr z biologie: plod je zpočátku tvořen pouze jedním, dosud nerozlišeným druhem kmenových buněk (stem cells), které se teprve později funkčně specializují. Na počátku se může každá buňka stát v rámci organismu čímkoliv, součástí jakéhokoliv funkčního systému. Lidské self je analogicky ve stavu zrodu

<sup>1</sup> Pesso byl při jedné ze svých pražských návštěv (2007) v diskusi tázán, co soudí o projevech mesiášského genu v preverbálních obdobích, když dítě ještě nemůže reagovat na vyprávěné příběhy. Tazatelka mu tehdy podsunula možnou odpověď, totiž zda dítě „reaguje na pole“. „Children smell it“, zněla odpověď – stručně vyjádřená, mnohokrát projevená důvěra v neprozkoumané kapacity nervového a hormonálního systému, přírodovědecká orientace, kterou upřednostňuje před metafyzikou, jakými si psychoterapeutickým spiritualismem či přímo kýchem.

jakýmsi „stem self“, kdy každá část může být potenciálně čímkoliv, tj. angažovat se v jakékoli vztahové relaci.

Toto je tedy podstata „mesiášského genu“, síly id, řečeno obrazně ve smyslu Freudova strukturálního modelu. Podle PBSP terminologie jde o dispoziční zdroj lidského smyslu pro spravedlnost, péče o celek a, dodejme, altruismu.

#### VÝVOJOVÁ PSYCHOPATOLOGIE MESIÁŠSKÉHO GENU

Přílišná zátěž pocházející z disproporčních vztahů v rodině a nepříznivé historie aktivuje dítě způsobem, který neprospívá jeho vývoji. Přirozené zrání ega je narušeno bytostnou nutností „spasit svět“ (rozuměj dotvořit vnitřní obraz kompletního „spravedlivého“ prostředí). Za tím účelem mobilizuje a etabluje programy, na které je čas daleko později, v jiných vztazích a za jiných okolností. Principiálním následkem takového raného dotváření vztahů je redukce receptivity, podstatně zvyšující riziko deprivace vývojových potřeb. Egotvorné zážitky od blízkých postav pak nemohou být vstřebávány, byť by byly i adekvátně poskytovány. Jsou vytěsněny jiným vzorcem energie než je přirozené: poskytovat namísto přijímat. Fenomén mesiášství sám je totožný s omnipotencí. „Mesiášský gen“ velí emoční kvalitou hrdinství či soucitu vykonat spravedlnost, tj. nevědomě se prožít ve vztahové realitě vzdálené podobě jako ten jediný a nezastupitelný, kdo chrání, trestá, zbožňuje atd.

Infiltrují-li se takové zkušenosti vývojově do celého rytmu organizace a distribuce energie, mohou být na pozadí křehkého, traumatizovaného či deprivovaného ega rozpoznány v různých projevech grandiozity, zhrouceného sebehodnocení, deprese, autoagrese či v nejrůznějších tělových symptomech. Pessova hypotéza o psychodynamice tohoto procesu praví, že rané nediferencované prožitky nenahraditelnosti zbavují člověka niterného pocitu vlády nad agresivními a sexuálními impulsy. Obranné reflexy proti následnému strachu z exploze vlastní

vitality pak charakterizují podobu zmíněných klinických projevů. Podrobnější rozbor těchto obran je nad rámec tohoto textu.

#### PBSP – TERAPIE MESIÁŠSKÉHO GENU

PBSP emocionálně „doučuje“ pomocí symbolicky ztvárňovaných, správných vývojových vzorců. Pomáhá klientům, aby „to v nich“ rozpoznalo lepší adaptivní možnosti, než jakých „to“ používá na základě dříve prožitých, reálných zkušeností. Na jiném místě (Síríneck, 2008) popisují samotné principy metody. K vysvětlení základních pojmů spojených s technikami PBSP lze odkázat tam. V následujících ilustracích použiji stejnou kasuistickou fikci, tentokrát ovšem se zaměřením na „mesiášský gen“.

#### KASUISTIKA REMINISCENCE

Ve výše zmíněném pojednání je použit příklad mladé ženy trpící enormní trémou. V pozadí její deprimovanosti při pouhé vzpomínce na školní zkoušku se během PBSP struktury objevilo zvnitřnělé přesvědčení „musíš uspět za každou cenu“. V další vrstvě vyvstal obraz otce nabádajícího ji ke studiu. Studentčiny vzpomínky jej pak vykreslily jako toužícího spíše po synovi než dceři. V důsledku nenaplněných rodičovských snů otec v průběhu života dívce podsouval spíše mužské zájmy, motivy a role.

V použitém případě terapeut intervenuje nejprve symbolickým ztvárněním „ideálního syna reálného otce“. Klientce se tou představou viditelně uleví a objeví novou možnost: „To bych mohla dýchat, kdyby na to, do čeho mě otec nutil, měl někoho jiného... uť, to by byla úleva!“ Na scéně se dále objevuje „ideální otec“ s potvrzením: „se mnou bys mohla dýchat“ a následným historicky ranějším ujištěním: „Já bych se těšil na dceru!“

#### KOMENTÁŘ 1

Kdyby jí terapeut nabídl ihned vytvoření ideálního otce, který by toužil po dceři, velmi pravděpodobně by intervence byla

neakceptovatelná. Dívka by ji buď z poslušnosti, ale bez účinku přijala, nebo ji rovnou odmítla jako neuvěřitelnou a vzdálenou. Důležitý mezitah v podobě ideálního syna pro reálného otce pro tu chvíli vyplňuje mezeru v jejím obraze historického vztahového systému. Reálnému otci se dostává toho, po čem touží v hypotetickém, relevantním vztahu. Klientce se při té představě může ulevit, její obraz světa je v tu chvíli kompletní, „spravedlivý“.

„Spravedlnost“ nemusí vykonávat ona, nemusí se prožívat v hypertrofované mužské části svého self jako falešný ideální syn. Možnost předat roli na správné místo uvolňuje kýžený stav receptivity. Ideální otcovská postava, vedle níž má místo ve své ženskosti, je nyní přirozená, což se jeví v podobě spontánního, proprioceptivního zážitku – může dýchat! Vlastní otec má, co jeho jest a ona je s tookusit alternativu, na níž se dále pracuje, s cílem symbolicky „vyživit“ její ženskou část.

#### KOMENTÁŘ 2

Při jedné z pražských návštěv před několika lety si Albert Pessu trpce stěžoval na pasivně rezistentní klienty, kteří nejsou schopni korektivní zkušenosti, nejsou s to přijmout v PBSP strukturách tzv. antidotum a profitovat z něho. Člověk zůstává netečný a skeptický při pokusu oslovit jeho potřebu. Pessu si však během dalších let všiml, že lidé ožívají, když se mluví o jejich blízkých, jsou mnohem vstřícnější, emočně bezelstnější, cítí soucit, zlost, jsou ochotni spoluvytvářet možnosti. Koncept mesiášského genu není tedy abstraktní idea, ale vnikli jej autorovi sami klienti při pokusech zvládnout jejich odpor vůči psychotherapeutickému efektu.

#### KASUISTIKA – POKR.

V reálné terapeutické situaci by se dost možná klientka při kontaktu s fiktivním, ideálním otcem zarazila: „Ale vždyť můj otec byl dobrý a měl mě rád.“

#### KOMENTÁŘ

Lidská paměť je vrstevnatá. Na povrchu se vůči otci objevila běžná hostilita jako reakce na frustraci (nutil mne, abych... a já radši... ach ta úleva, když nemusím a mohu!). V hlubší vrstvě však rozpoznáváme loajalitu, nechuť ho opustit a přijmout alternativní fikci. **Teprve v kladné emoci ve vztahu k frustrující postavě objevujeme skrytou sílu mesiášského genu.** Dívka reaguje emocionálně na obrazy v paměti, kde otec vystal v širších souvislostech.

#### KASUISTIKA – POKR.

Terapeut: Jaký měl tvůj otec život?

Klientka: Otec ztratil otce, když mu bylo 10 let, byli čtyři bratři, on byl nejstarší, matka byla slabá, finančně na tom byli špatně, na vysokou nebylo pomýšlení.

#### KOMENTÁŘ 1

Tomu se říká historická zátěž v podobě obrazů z otcova života v dceřině paměti, jakéhosi vnitřního kina, na které emocionálně reaguje. Intervenci musíme posunout právě sem. Zabývat se vývojovými potřebami dcery je zatím bezpředmětné. Je od nich příliš vzdálena, nachází se mentálně i citově v otcově mládí a „ono to v ní intervenuje tam“.

#### KOMENTÁŘ 2

Pozoruhodná je Pessova hypotéza o neurofyzilogii mesiášského genu, pro příklad sahá k fenoménu tzv. slepého vidění. Člověk, kterému je neurologicky znemožněno vidět (narušení přenosu informace z oka do mozku) přesto motoricky reaguje na objekty v místnosti, jakoby je viděl! Podobně si „to v nás“, na základě přítomných podnětů, vybavuje a přehrává dávno minulé příběhy bezpráví. Aniž bychom je ovšem doslova viděli, jen tělo na ně reaguje.

#### KASUISTIKA – POKR.

Některé z dalších variant, které mohou nastat: v myslí dívky může být otec prožíván jako chlapec bez otce, oslabený a zahlcený nutností napomáhat matce. Jeho vývoj jde

na vedlejší kolej. Vytváříme obraz, externalizovanou scénu: otec dívky jako chlapec (externalizace reálného paměťového obrazu ztvárněného předmětem) se dívá, jak jeho matka (symbolizovaná opodál) má ideálního manžela (externalizovaná terapeutická fikce), který jí stojí po boku a říká mu (rozuměj otci jako chlapec): „Je to má práce starat se o mámu, ne tvoje, kdybych já byl manželem tvé matky, staral bych se o ni a ty bys to nikdy nemusel dělat za mě“.

#### KOMENTÁŘ 1

Ideální manžel reálné matky může osvobodit tu část dívčina self, která pečuje o otcovu matku tehdy a tam, aby se o ní býval nemusel starat otec jako mladý hoch. Zažije-li nad tím mladá žena úlevu, může následovat další krok.

#### KASUISTIKA – POKR.

Klientčin otec jako malý hoch (stále tentýž předmět, symbol dívčina paměťového obrazu) dostává nyní sám ideálního otce (terapeutická fikce), který by nezemřel a podporoval by syna ve studiu, případně ideální rodiče (opět terapeutická fikce), kteří jsou dostatečně finančně zabezpečeni. Tyto možnosti jsou verbalizovány a projikovány do symbolů znázorňujících ideální rodiče, jak oslovují symbol reálného otce: „My bychom byli finančně zabezpečeni a podporovali tě ve studiu.“, případně „Kdybych já byl tvým ideálním otcem, nezemřel bych, ale byl bych s tebou a podporoval tě ve studiu.“ Dostává-li se úleva, je pro tu chvíli zpracována dívčina investice do otcova příběhu.

#### KASUISTIKA – POKR.

Terapeut: Co by to znamenalo pro jeho život?

Klientka: ... to by byl zcela jiný...byl by spokojený, uvolněný, silný, tolerantní...

#### KOMENTÁŘ 1

Imaginuje kvality pro svého hypotetického ideálního otce, který by po této historické

exkurzi mohl být přijatelný a „léčivý“. Ve stavu receptivity by mohla přijmout antidotum.

#### KOMENTÁŘ 2

Lze doporučit opakované přečtení předchozích ilustrací vztahových schémat. Složitost je pouze zdánlivá, způsobená lineárním jazykem při popisu komplexních jevů. Na scéně samotné bývá vše přehledné a přirozené.

#### POZNÁMKY K TECHNICE PBSP

Albert Pessu připodobňuje technickou realizaci postupů k médiím 21. století: „movies“, filmové multiplexy, otevírání a zavírání okének, mnohačetné obrazovky, na nichž běží fragmenty jednotlivých prožitkových vrstev a časových pásem lidského příběhu. Postavy mají schopnost vybíhat z těchto „obrazovek“ ve stylu filmových scén Woodyho Allena směrem k protagonistovi a sdělit mu klíčové poselství (např.: „To je naše práce dělat to a to, s námi bys to nikdy nemusel dělat ty...“).

Praxe PBSP je naopak docela obyčejná, prostá jakýchkoliv technických vymožeností. Různé polštářky, kameny, dřevěné kostky, které symbolizují velikostí, tvarem, barvou či materiálem, jsou tradičními objekty vhodnými k projekci. Klient si může „movies“ představit „ve vzduchu“ a jen náznakem je v místnosti lokalizovat. Symbolizující předměty nemají mít ovšem konkrétní tváře či jiné příliš realistické atributy, které by vážaly imaginaci k figurkám samotným a odváděly ji od relevantních historických obsahů. Ve skupinové formě PBSP obvykle hrají postavy lidé. Ti představují zpravidla až finální roli, která se bezprostředně vztahuje k protagonistovi a jeho korektivní zkušenosti (k antidotu). Účel světí prostředky, pokud jde o realizaci scény. Důležitý je prožitkový efekt. Určující je míra a druh klientovy představivosti. Zásadně jsou naopak respektována dvě pravidla:

**1. Původní paměťové obrazy a jejich externalizace se nesmí směřovat s aktuálně vytvářenými terapeutickými fikcemi (ide-**

**álními postavami).** Postavy vstupující do rolí či předměty symbolizující to či ono se doslovně vymezují k postavám reálným, např. „vstupuji do role ideálního otce reálného otce a v žádném směru nepředstavuji tvého reálného dědečka“. Zvědomění rozdílu mezi dvěma rovinami skutečnosti je klíčové: hypotetická možnost vytvořená teď a tady, byť ve vztahu k dávné minulosti, je pravdivá a může být citově poučná. Fiktivní vylepšování obrazu reálných postav v paměti (např. představa vlastního otce, který by býval nepil...) je naopak pouhým falšováním vzpomínek, které způsobuje zmatek v emocích.

2. Ve druhém pravidle jde o **respekt k přirozené struktuře lidské vztahovosti a její „vývojové správnosti“** – tzv. ideální postavy nemají plnit přání, ale vývojové potřeby, mají tedy být zdůvodnitelné zákonitostmi přirozené ontogeneze. Jedním z účinných faktorů PBSP je, takřkajíc na motivech vlastního příběhu, tříbit schopnost rozlišit mezi nejrůznějšími odstíny a podobami vztahovosti: poměr otce, resp. matky, vůči synovi či dceři, kvalitu partnerskou, sourozeneckou apod., náklonnost prarodičů přes generaci vůči vnukům, která má jiné atributy než bezprostřední biologická vazba rodičovská atd.

Znovu budu citovat uvedený kasuistický příklad, nyní ovšem z hlediska obou těchto principů.

#### KASUISTIKA – POKR.

Klientka nejprve vidí symbol reprezentující jejího otce jako chlapce (externalizace reálného paměťového obrazu). Chlapec na scéně hledí na výjev (movie), v němž jeho matka (v té době, když byl kluk) má ideálního manžela (terapeutická fikce), který způsobem ztvárnění sugeruje ochranu a zaštitění matce a zároveň tyto kvality verbalizuje: „To je moje práce být matce oporou, ne tvoje. Kdybych já byl manželem tvé matky, já bych býval nezemřel, ale byl bych s ní, podporoval bych ji a ty bys to nikdy nemusel dělat za mě.“

#### KOMENTÁŘ

„Ideální manžel“ reálné otcevy matky (který, ovšem nemá nic společného s klientovým reálným dědečkem!) kupodivu neznázorňuje zároveň chlapcova „ideálního otce“. Ten se objevuje až v dalším, k tomu zvlášť vytvořeném „movie“, čímž je velmi pečlivě diferencovaná kvalita partnerství k jeho matce a kvalita otcovství k němu samému – druhy vztahovosti, které se právě naší dívce v její historii popletly, když otcův příběh během života vstřebávala a v důsledku mesiášského genu se nadměrně prožívala ve všech zmíněných mužských relacích zároveň. V PBSP je třeba tyto kvality zvědomit a prožít v jejich specifických na adekvátních místech a zejména zažít úlevu ze správnosti či spravedlnosti – každému, co jeho jest, od těch pravých, v pravý čas.

Otcovská vztažnost tedy vyžaduje nové movie s novou fiktivní postavou, nekontaminovanou významy předchozích rolí.

#### KASUISTIKA – POKR.

Postava v blízkosti chlapce, znázorněného třeba polštářem, vytváří přímo jemu alternativní historii: „Kdybych já byl tvým ideálním otcem, nezemřel bych, ale byl bych s tebou a podporoval tě,“ říká nový, větší polštář (ideální otec) tomu menšímu, znázorňujícímu reálného otce jako chlapce. Přátelsky se k němu kloní a jemně se ho v symbolické hře dotýká.

#### KOMENTÁŘ

Tato prostá symbolická hra s věcmi představujícími historické obsahy bývá emocionálně dosti účinná. Další krok je otevření alternativy pro život reálného otce otázkou.

#### KASUISTIKA – POKR.

Terapeut: Co by to pro tvého otce znamenalo, kdyby mohl takto vyrůstat?

#### KOMENTÁŘ

Protagonistce zasažené předchozí možností může naskočit celý fraktál otcevy hy-



potetické minulosti i s povahovými důsledky (byl by klidný, silný, tolerantní – viz výše). Výčet kvality se obvykle vkládá do postavy ideálního otce, který je zde a nyní vytvořenou fikcí, nikoliv vylepšenou podobou reálné postavy. Je-li skupina, bývá ztvárněn přímo člověkem,.

#### KASUISTIKA – POKR.

Dívku vybraný člen skupiny říká: vstupuji do role ideálního otce a nepředstavuji v žádném směru tvého reálného otce.

#### ÚVAHA NAD PBSP V SOUVISLOSTECH

Albert Pesso je původem tanečník a choreograf. PBSP tak vzbuzuje u neinformované odborné veřejnosti představu taneční terapie či psychodramatu, které vytvářel umělec. Uměleckost pak v obecné představě nese punc sice snad originality, zároveň však lability, neukázněnosti, „rozvlátnosti“. Psychoterapii zaměřenou na tělo zase mnozí zažili jako nepřehlednou, emocemi nabitou kolektivní aktivitu, kde se lidé masírují, živelně objímají, kde skáčí a často křičí.

Pesso však využil erudici z pohybového divadla jinak. Propracovanou technologii zavedl do bodyworku řád a přiměřenost, umožňující postihnout nevidané vztahově-emocionální nuance, a to při velké flexibilitě i hloubce záběru. V běžnějších postupech nelze obvykle v mračnách zvržené živelnosti takovou jemnost ani zahlédnout, natož s ní pracovat. Domnívám se, že právě poměr mezi hloubkou záběru a mimořádnou měrou možného rozlišení vztahových nuancí je v případě PBSP unikát a znamená posun v psychoterapii orientované na tělo jako takové, ne-li v psychoterapii vůbec. Kvality, dosud postižitelné jen ve „svátek intuice“, jsou nyní dostupnější v rovině správně používané metody.

#### KASUISTIKA – POKR.

Historie klientčina otce bude nyní napolede z ilustrativních důvodů pozměněna:

Lze si představit, že otcův otec přecházel v r. 1949 ilegálně hranice komunistického Československa, byl zatčen a zemřel brzy následkem podlomeného zdraví po mnohaletém pobytu v uranových dolech. S tvorbou alternativní historie budeme muset začít dost možná až zde, velmi daleko od obsahů vázících se bezprostředně k egu dívky.

Někdy se pracuje s obrazem „ideálního státu“. Klientka si v takovém „movie“ např. kamínky vyznačí prostor, do něhož projikuje obraz ideální země, v níž by nikdy nezvítězili komunisté. Na scéně lze zvýraznit propustnost hranic či jiné citově obsazené atributy. Taková země slouží jako hypotetické ideální prostředí pro život ideálního otce reálného otce. Byl by zdravý, vitální a nezemřel by brzy.

#### PBSP A SYSTEMICKÉ KONSTELACE

Pojem „holes in roles“ (díry v rolích) není rozhodně ve světě psychoterapie nový. Je spojován se jménem Berta Hellingera a jím inspirovanými tzv. systemickými či rodinnými konstelacemi. Rozdíl mezi oběma školami je zásadní, ač se při vnějším pozorování mohou jevit podobně. Hellinger uplatňuje interpersonální přístup. Účastníci konstelací volně improvizují na motivy protagonistova procesu nebo jsou naopak direktivně instruováni facilitátorem. Bez jakékoliv racionální podpory se předpokládá, že improvizované projevy a nekoordinované projekce kteréhokoli účastníka mají k příběhu protagonisty jakousi relevanci.

PBSP naopak neopouští rozměr intrapsychický. Vše externalizované je považováno za vnější ztvárnění kdysi internalizovaného. Nikdo neimprovizuje. Terapeut a klient společně vytvářejí konkrétní podobu intervencí, která je pro postavy v rolích závazná. Terapeutické fikce nejsou „ad libitum“, ale jsou vázané vývojovými koncepty.

Práce s „děrami“ ve vztahových systémech nemíří totiž k postavám protagonistovy minulosti jako takovým, ve smyslu víry, že s nimi lze, často in memoriam, vstoupit

v kontakt a uspořádat si vztahy. PBSP si klade v tomto ohledu v posledku velmi skromný cíl: zvládnout odpor v individuálním psychotherapeutickém procesu. Umožnit člověku uvěřit, že může být on osobně, v čase přítomném, ve svých bytostných potřebách osloven, navštíven a uspokojen.

#### ZÁVĚR

Vlivem krutostí I. světové války pojal Sigmund Freud destruktivitu jako základní lidský sklon. Dílo Alberta Pessa je – v evolucionistickém duchu – naopak oddané směřování člověka k životu, jeho uchování, rozmnožení a naplnění. V Pessově přístupu zahrnuje tato bazální intence v nedělitelné jednotě „sobeckou“ starost o přežití jedince i „altruistický“ zájem o potřeby blízkých postav i celého světa.

Pesso tak předestřel, jak teoreticky přemostit rozpor mezi fenoménem sobectví a altruismu. Popsal, jak se obojí v člověku prolíná a vychází z jediného principu. Poukázal rovněž, že na přímé deprivaci vývojových potřeb dítěte se nemusejí podílet pouze nejbližší pečující osoby, nýbrž i příslušníci předchozích, fyzicky již nepřítomných generací. Jeho hypotézy se nevyvíjejí racionálně a nemusejí sahat k metafyzickým domněnkám. Soudím, že oba koncepty jsou v psychotherapii přinejmenším velmi neotřelé.

#### DOVĚTEK

Adaptační zdroje člověka mají nesmírnou sílu. Než však porozumí prostředí, do ně-

hož byly vrženy, a zvládnou jeho rozpory, reagují na ně s bezelstnou přímočarostí, neschopné dekódovat jeho skryté úklady. Jsou-li podmínkami ošáleny, mohou střílet do vlastních řad na všech úrovních, s nejlepšimi motivy, avšak ničivými důsledky.

Zmatený mesiášský gen, alias pud po spravedlnosti, alias dispoziční zdroj altruismu v pozadí destrukce se zdá býti dobře padnoucím paradoxem.

#### LITERATURA

- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál.
- Hoskovec, J. (1992). *Tajemství experimentální psychologie*. Praha: Academia.
- Mitchel, S. A. (1986). Ikarova křídla: Iluze a problém narcismu. In Mitchell, S. A., Lewis A. (2004). *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice*. Praha: Triton.
- Pesso, A. Filling the Holes-in-roles, of the past With the Right People in the Right Time. Dostupné na [www.PBSP.com](http://www.PBSP.com).
- Pesso, A. Roots of Justice are in the Body (video). Dostupné na [www.PBSP.com](http://www.PBSP.com).
- Siříněk J. (2008). Vývojová psychopatologie a body work. *Psychotherapie* 2008 (1), s. 21–26.
- Workshopy a přednášky A. Pessa: Basilej 2005–2007, Praha 2007, Freiburg, 2008; nepublikované audio a videozáznamy. Přednášky a výroky, Psychotherapeutický výcvik v PBSP, 1998–2003.

*Došlo do redakce: 21. 11. 2008, v revidovaném znění 10. 6. 2009. K publikaci přijat 11. 6. 2009.*

## „ZÁZRAČNÁ OTÁZKA“ A JEJÍ VYUŽITÍ V KRÁTKÉ TERAPII

Leoš Zatloukal

### ABSTRAKT:

Příspěvek představuje techniku „zázračné otázky“ a její využití v krátké terapii. Pozornost je věnována zejména tomu, jak se zázračnou otázkou pracovat. Popsány jsou fáze přípravy, formulace zázračné otázky, rozhovoru o situaci po zázraku a rozhovoru navazujícího na zázračnou otázku. Teoretické úvahy jsou doplněny příkladem z praxe.

*Klíčová slova:* krátká terapie, přístup zaměřený na řešení, zázračná otázka

### ABSTRACT:

#### **The miracle question and its use in brief therapy**

The technique called „miracle question“ and its use in brief therapy are presented in this article. The article is aimed to describe how to work with miracle question. There are some phases described in the article: preparing phase, formulating a miracle question, dialogue about post-miracle situation and dialogue which follows the miracle question. Theoretic reflections are appended by practice example.

*Key words:* brief therapy, solution-focused approach, miracle question

Technika „zázračné otázky“<sup>1</sup> je poměrně známá a zmínku o ní lze nalézt ve většině solidních učebnic psychoterapeutických přístupů (např. Prochaska, Norcross, 1999; Kratochvíl, 2002; Sommers-Flanagan, Sommers-Flanagan, 2004, Sharf, 1996). Co však v podobných přehledových učebnicích již najdeme ve velmi omezené míře, jsou informace a tipy, jak se zázračnou otázkou pracovat, čeho se vyvarovat, a na co se naopak zaměřit. Bohužel, snaha používat zázračnou otázku bez důkladné znalosti této

metody vede většinou ke zklamání terapeuta, k pochybnostem o účinnosti metody a ke zmatení klienta. Podobnou zkušenost patrně udělali i kolegové z libereckého Střediska komplexní terapie, kteří popisují v jednom článku jinou užitečnou metodu – externalizaci – a píší: „Tato zdánlivě jednoduchá metaforická technika může i v obtížných případech až zázračně prospívat, bývá však zavrhována, pokud se zázraky nedostavují“. Při supervizích rodinné terapie vidáme, že **častěji případ vážne pro chyby v použití externalizace, než v metodě samé**“ (Chvála, Trapková, 2003, s. 1).

Cílem tohoto článku je nabídnout podrobnější výklad využívání zázračné otázky v psychoterapii. Jsem přesvědčen, že kromě terapeutů zaměřených na řešení, kteří tuto metodu používají poměrně často, ji mohou velmi účinně využít i kolegové vycházející z jiných přístupů.

<sup>1</sup>Z věcného hlediska by bylo přesnější hovořit o „otázce na zázrak“ (Kratochvíl, 2002), nebo ještě přesněji o „otázce na den po zázraku“ (terapeut totiž při rozhovoru neanalyzuje zázrak samotný ani to, jak k němu mohlo dojít apod., ale **zabývá se rozdílem** mezi současným stavem a situací po zázraku). Korman (2005) má dokonce za to, že název „zázračná otázka“ je zavádějící a navrhuje ji nazývat „reality question“ (otázka na skutečnost), protože otázka se vztahuje k tomu, jak se pomyslný zázrak projevuje v reálném klientově světě a nikoli k zázraku jako takovému. V textu se přesto držím již zavedeného názvu „zázračná otázka“, který vhodně odráží dvojznačnost anglického „miracle question“ a odkazuje nejen k tématu rozhovoru (co bude jinak, až se zázrak stane), ale i k faktu, že tato otázka často vede (jakoby zázračně) k významným změnám a posunům v situaci klienta. I autoři (a dokonce i kritici) této metody si s jejím názvem pohrávají, když nazývají své knihy a příspěvky dvojznačně: např. „The miracle method“ („Zázračná metoda“) (Miller, Berg, 1995), „More than miracles“ („Víc než zázraky“) (De Shazer, Dolan, 2007) či „Does the ‚miracle question‘ always create miracles?“ („Vytváří ‚zázračná otázka‘ vždy zázraky?“) (Friedman, 1993).

## PŮVOD ZÁZRAČNÉ OTÁZKY

Již v dílech Alfreda Adlera a jeho žáků (např. Rudolfa Dreikurse) nalezneme metodu, která nápadně připomíná zázračnou otázku. Autoři ji nazvali prostě „*The Question*“ (otázka). Její znění je následující: „Jak by se váš život lišil, kdybyste byl v pořádku?“, popřípadě také „Co byste dělal se svým životem, kdyby symptom zmizel?“ (Dreikurs, 1937; Carlson, Sperry, 1998).<sup>2</sup>

Jistým předchůdcem současné podoby zázračné otázky a práce s ní byl inovativní způsob terapeutické práce Miltona H. Ericksona.<sup>3</sup> Za zmínku stojí zejména tzv. „technika křišťálové koule“ („*crystall ball technique*“), při které si klient v hypnotickém transu má vytvořit křišťálovou kouli a rozpomenout se nejprve na nějakou ranou a příjemnou vzpomínku, poté na nedávnou, ale překvapivě zapomenutou událost, kterou by si rád připomenul<sup>4</sup> a nakonec se měl klient rozpomenout(!) na to, jak byl problém již vyřešený a měl popsat, jak k tomuto řešení došlo a jak na to reagovali jiní (Erickson, 1980; Zeig, Munion, 2008; De Shazer, 1993; 1980). Celá technika končí tím, že je klient zpět uveden do přítomnosti a rozhovor je odveden k tématu, které s klientovým

<sup>2</sup> Je třeba říci, že Adler byl průkopníkem řady metod a postupů, které byly v psychoterapii znovuobjeveny třeba i po několika desetiletích (např. práce s myšlenkami, paradoxní techniky, využití observačního učení, práce se silnými stránkami klienta, využití metafor, úkoly „dělat jako“, biblioterapii apod.). Bohužel, Adlerův přínos pro náš obor je podle mého soudu stále nedoceněný.

<sup>3</sup> Podrobněji k M. H. Ericksonovi a k jeho způsobu práce, který velmi významně ovlivnil podobu současné psychoterapie, viz např. Zeig, Munion (2008), Haley (2003), O'Hanlon, Martin (1992), Zeig (1985a; 1985b; 2005), Yapko (1990). Jednotlivé směry a přístupy, které se inspirovaly prací M. H. Ericksona, popisuje např. O'Hanlon (1985) a Battino, South (2005), inspiraci Ericksonovým přístupem v krátké terapii zaměřené na řešení popisuje De Shazer (1993; 1980; 1988) a přístupy zaměřené na řešení řadí mezi ericksonovské přístupy i Battino a South (2005).

<sup>4</sup> De Shazer zde ve druhém bodě začal později používat pokyn k rozpomenutí se na úspěch, který byl výjimkou z pravidel problému (De Shazer, 1993).

problémem nebo s křišťálovými koulemi nijak nespojuje. Změny pak nastávají mezi sezeními a často mají úplně jiný průběh, než jaký klient „viděl“ v křišťálové kouli (De Shazer, 1993). De Shazer později upustil od indukce transu a pracoval pouze s principem křišťálových koulí, tedy usiloval o co nejdůkladnější popis toho, jak to bude vypadat, až bude problém vyřešený (De Shazer, 1993). Na tomto principu stojí i technika zázračné otázky.

Za tvůrce zázračné otázky v současném pojetí jsou považováni Insoo Kim Berg a výše zmíněný Steve De Shazer, průkopníci krátké terapie zaměřené na řešení (*solution focused brief therapy*) a zakladatelé Centra krátké rodinné terapie (Brief Family Therapy Center – BFTC) v Milwaukee v USA.

Způsob, jakým byla tato metoda v BFTC vytvořena, je sám o sobě poměrně výmluvný. Ukazuje totiž několik podstatných prvků této metody. Stalo se to v polovině osmdesátých let při jedné konzultaci, kterou vedla Insoo Kim Berg s „velmi unavenou, depresivní a suicidiální matkou, která popisovala, že v jejím životě nic není, jak má být“ (Berg, Dolan, 2001, s. 6). Žena měla čtyři děti, které měly výrazné problémy s chováním ve škole, její manžel, alkoholik, byl věčně bez práce a ona byla na konci sil. Když se terapeutka klientky zeptala: „Co by se zde na našem sezení muselo stát, abyste si řekla, že to stálo za to sem přijít?“, klientka chvíli mlčela a pak smutně odpověděla: „Nejsem si jistá, jestli s mým životem vůbec jde něco udělat. Nechci být nějak nezdravá, ale vlastně nechápu, proč tu s vámi mluvím, protože si vůbec nejsem jistá, jestli se s tím dá něco dělat...“ Protože terapeutka v té chvíli nevěděla, co říci, seděla chvíli potichu a klientka volně dodala: „Leda byste dokázala udělat zázrak.“ Terapeutka se k myšlence zázraku připojila a tiše se zeptala: „Dobře, představte si, že se stane zázrak, co bude pro vás jinak?“ Klientka po této otázce výrazně ožila a začala vyjmenovávat seznam věcí, které by byly jinak – počínaje větší energičností, přes děti, vztah s manželem atd. Pro-

tože Insoo Kim Berg byla tímto obratem v konzultaci překvapená, rozhodla se položit podobnou otázku i dalším klientům a později ji rozvinula spolu se svými kolegy až do současné podoby. Je zajímavé si všimnout, že tato metoda nevznikla prostou aplikací nějaké teorie, ale vyvinula se přímo v praxi v situaci, kdy se terapeutka snažila „připojit“ ke klientce a tvořivě pracovat s tím, co se nabízelo.

#### PRÁCE SE ZÁZRAČNOU OTÁZKOU

Zázračná otázka bývá formulována (v různých jemně se lišících variacích) takto:

**„Předpokládejme, že když budete dnes v noci spát, stane se zázrak. Ten zázrak způsobí, že problém, se kterým jste dnes zde, bude vyřešený. Ale vy nevíte, že je vyřešený, protože spíte. Čeho si zítra ráno všimnete, že je jiné, co vám řekne, že se stal zázrak?“** (Berg, 1992, s. 25)

Zázračná otázka není jen jednoduchá technika (samotná otázka), ale jde o komplexnější postup.

Pro přehlednost popíši práci se zázračnou otázkou ve čtyřech fázích:

- příprava
- formulace zázračné otázky
- rozhovor o situaci po zázraku
- rozhovor navazující na zázračnou otázku.

#### a) Příprava

V rámci přípravy na zázračnou otázku je vhodné pracovat s tím, co Zeig (1990) nazývá **zasévání** (*seeding*). Zasévání je postup, který Erickson údajně využíval velmi často a který spočívá na jednoduchém principu, že pokud se chceme v rozhovoru s klientem na něco zaměřit a něčeho dosáhnout, je vhodné na to pamatovat již od začátku rozhovoru a takzvaně si „připravovat půdu“ (Zeig, 1990). Jako zasévání lze kupříkladu využít hned v úvodu otázky: **„Co by bylo jinak, kdyby byl problém vyřešený a vy byste už nepotřeboval(a) terapii?“** Ačkoli se terapeut ve většině případů místo odpově-

di dočká jen popisu problému, připravuje si takovou otázkou půdu pro pozdější zaměření konzultace na řešení a testuje připravenost klienta<sup>5</sup> přejít k zaměření rozhovoru na řešení (Zatloukal, 2007b). Podobnou funkci mají všechny otázky nebo komentáře, které se zaměřují na změnu v terapii nebo na úspěšné ukončení spolupráce.

Za ještě sofistikovanější variantu zasévání lze podle mého soudu považovat postup, který využívají kolegové z pražského Institutu pro systemickou zkušenost (ISZ) a který v mnoha ohledech připomíná způsob, jak se zaséváním pracoval Erickson. Jde o takzvaného **„předskokana“** (Strnad, osobní sdělení). Při práci s „předskokanem“ terapeut nejprve zavede řeč na překvapení: „Stalo se vám někdy, že vás něco hodně příjemně překvapilo? A co to bylo...?“ Rozhovor takto nějakou dobu pokračuje, pak terapeut stočí hovor na průběh večera, a poté teprve položí zázračnou otázku. Klient je již z rozhovoru o překvapení předpřipraven a měl by na zázračnou otázku reagovat lépe (Strnad, osobní sdělení)<sup>6</sup>. Moje vlastní zkušenost říká, že na dobře administrovanou zázračnou otázku reagují klienti poměrně dobře i bez „předskokana“, proto jej používám jen zcela výjimečně a jen tehdy, když lze očekávat nějaké komplikace při standardním položení zázračné otázky (např. klient, který hůře reaguje na konstruktivní otázky, dítě apod.).

Užitečnou přípravou klienta na zázračnou otázku může být rovněž rozhovor o tom, **co klient bude dělat večer před spaním**. Takový rozhovor je zakončen tím, že terapeut všechny popsané činnosti krátce shrne a doplní formulaci: „... a potom půjdete tedy spát. Předpokládejme, že zatímco budete

<sup>5</sup> V textu používám u označení „klient“ pouze mužský rod a pouze jednotné číslo. Je to jen kvůli zjednodušení – klientkami jsou samozřejmě také ženy a také bývá na sezení občas více než jen jeden klient.

<sup>6</sup> Pojetí „předskokana“ jako způsobu zasévání („seedingu“) je můj interpretací uvedené techniky – samotní tvůrci techniky nemusí tento pohled sdílet a možná se při její tvorbě ani u Ericksona neinspirovali.

spát... (a následuje formulace zázračné otázky)“. Díky tomuto přípravnému rozhovoru se klient snáze vžije do „příběhu o zázraku“ a lépe se zapojí do „hry“.

Důležitou roli hraje u zázračné otázky i **načasování**. Zázračnou otázku je vhodné položit na prvním nebo nejpozději na druhém sezení. Přitom je třeba zohlednit, zda je klient připraven přeorientovat se již v rozhovoru na řešení. Podle principu „vedení z pozice krok za klientem“ („*leading from one step behind*“ – De Jong, Berg, 1998) je třeba se ke klientovi velmi citlivě připojovat, naslouchat a netlačit jej směrem k řešení, dokud není připravený. Rovněž je ale třeba – zejména z hlediska teorie změny, s níž se pracuje v rámci přístupu zaměřeného na řešení – se vyvarovat zbytečného a neproduktivního otálení u problému. Pracovat s touto dichotomií připojování vs. podněcování<sup>7</sup> patří podle mého soudu k základním dovednostem terapeuta bez ohledu na jeho teoretickou orientaci.<sup>8</sup>

Z hlediska načasování je také důležité počítat s tím, že důkladná práce se zázračnou otázkou vyžaduje poměrně dost času. Není tedy příliš vhodné klást zázračnou otázku až v poslední čtvrthodině sezení. V posledních pěti minutách sezení je pokládání zázračné otázky prakticky již zbytečné.<sup>9</sup>

Poslední doporučení ohledně přípravy na vlastní formulaci zázračné otázky se týká **zarámování**. Tím mám na mysli pomyslné

označení a vymezení té části terapeutického rozhovoru, v níž budeme s klientem diskutovat o tom, co by v jeho životě zázrak způsobil, jako určitého prostoru pro tvořivost, fantazii a hravost, v němž je dovoleno uvažovat i o „divných věcech“ (zázraky jsou přece tak trochu „divné“). Vhodné je například použít formulaci: **„mám takovou možná trochu zvláštní (neobvyklou) otázku“**. Osobně tuto formulaci ještě doplňuji vysvětlením, že i když na ni může být obtížné odpovědět, může nás hodně posunout při hledání řešení klientových problémů. Takové zarámování dává klientovi příležitost, aby se naladil, a zároveň upoutává pozornost. To je klíčové i pro úspěšné uplatnění sugestivního aspektu zázračné otázky. Insoo Kim Berg při takovém zarámování s oblibou dodává: „Doufám, že máte dobrou představivost...“ (De Jong, Berg, 1997). Může být užitečné dát klientovi i nějaké instrukce, např.: „Nemusíte spěchat, můžete si o tom v klidu přemýšlet.“ nebo „Pokud budete chtít, můžete si zavřít oči a představovat si to...“<sup>10</sup>

### **b) Formulace zázračné otázky**

Samotná formulace zázračné otázky zní, jak jsem již uvedl výše, zhruba takto: „Předpokládejme, že když budete dnes v noci spát, stane se zázrak. Ten zázrak způsobí, že problém, se kterým jste dnes zde, bude vyřešený. Ale vy nevíte, že je vyřešený, protože spíte. Čeho si zítra ráno všimnete, že je jiné, co vám řekne, že se stal zázrak?“ (Berg, 1992, s. 25).

Při úvahách o formulaci zázračné otázky se dotkneme dvou oblastí – obsahu a formy.

**Z obsahového hlediska** je zajímavé si všimnout několika prvků:

1. Začíná se slovem „**předpokládejme**“,

<sup>7</sup> K označení téhož se používá mnoho pojmenování, známé je například „*pacings*“ a „*leadings*“ Bandlera a Grindera (O’Hanlon, 1985) nebo „*potvrzování klienta*“ vs. „*devalvování problému*“ (Ludewig, 2003).

<sup>8</sup> Osobně nemám v této věci nějaké striktní pravidlo. Když vidím, že klient má velkou potřebu hovořit o problému a přes různá natuknutí (či zasévání) se vrací k popisům problému, věnuji raději celé sezení jemné dekonstruktivní práci s významy, které jsou kolem jeho potíží opředeny. Při tom lze dobře využít externalizaci.

<sup>9</sup> Scott a Miller (1994) dokonce uvádějí, že administrace zázračné otázky včetně důkladného rozhovoru o situaci po zázraku zabere 20–30 minut, přičemž je potřeba ještě počítat s časem pro navazující části rozhovoru (např. výjimky, škály, experiment apod. – viz níže).

<sup>10</sup> Pokud terapeut pracuje se zázračnou otázkou s klientem v hypnóze, což je samozřejmě možné, uvedené zarámování nebo zvláštní instrukce (popř. sugesce) již nutně nejsou, protože „hypnóza“ vytváří sama o sobě specifický kontext, v němž se mohou dít „zvláštní věci“.

které je k tomu, aby byl klient uveden do tématu zázraku, vhodnější než „představte si“.

2. „**Stanese zázrak**“ – tato formulace umožňuje rozvíjet rozhovor o řešení problému, ačkoli klient v danou chvíli považuje řešení za nedosažitelné (Pichot, Dolan, 2003); kdyby chtěl terapeut klienta přesvědčovat o tom, že pozitivní změna je možná, pravděpodobně by narazil na odpor (klient svou situaci chápe jako neřešitelnou) a s největší pravděpodobností tak rovněž bude opakovat to, co před ním již neúspěšně zkoušeli jiní (rodinní příslušníci, přátelé...), a tím bude „problémový systém“<sup>11</sup> jen utvrzovat. Bavit se nezávazně o zázraku je vlastně elegantní způsob, jak tyto potíže obejít.

3. „Zázrak způsobí, že **problém, se kterým jste dnes zde**, je vyřešený (a už nepotřebujete dále terapii)“ – toto je důležitý moment formulace zázračné otázky: je třeba jasně vymežit, co „zázrak“ způsobí; že „zázrak“ například nezpůsobí absolutní štěstí a blaženost, ale „jen“ vyřešení problému, který klienta do terapie přivedl<sup>12</sup>; za pozornost stojí užití přítomného času („je vyřešený“).

4. „**Nevíte**, že je vyřešený, protože spíte“ – tato formulace ještě umocňuje potřebu popsat rozdíl mezi situací po zázraku a před zázrakem (a o tento popis vlastně jde), a přitom obrací pozornost klienta k němu samému (on spal a on se tedy potřebuje dozvědět, že už je problém pryč); navíc se na tuto formulaci lze odvolávat při potížích klienta s popisem dne po zázraku (viz níže).

5. „**Podle čeho poznáte**, že se zázrak stal?“ – otázka na popis situace po zázraku (viz

níže), je možné také použít formulaci „co bude první věc, které si všimnete, podle které poznáte, že se zázrak stal?“

Z **formálního hlediska** lze doporučit, aby:

- **tempo řeči** bylo pomalé, aby se klient stačil vyladit;
- terapeut volil **vídný a klidný tón** řeči;
- aby **pracoval s pozorností** umocňováním
- **dramatičnosti** (např. ztišení hlasu, pauzy), je výhodné, pokud je terapeut trénovaný v hypnoterapii a umí pracovat se sugestivní intonací;
- **zvláště po první větě** („...stane se zázrak“) je užitečné nechat **krátkou pauzu** a počkat na reakci klienta (úsměv, zvednutí obočí, tázavý pohled...), pauza by však neměla být příliš dlouhá, jinak klienti často reagují tím, že prohlásí, že na zázraky nevěří (De Shazer, In Korman, 2005).

### c) *Rozhovor o situaci po zázraku*

Tato fáze je při využití zázračné otázky nejdůležitější, protože cílem je získat důkladný popis toho, jak vypadá situace klienta po zázraku, tedy bez problému, který ho přivedl do terapie. Velmi často se při cvičeních na seminářích setkávám s tím, že terapeut příliš rychle opustí rozhovor o situaci po zázraku a celou techniku takřkajíc „nevytěží“. Důležité je neustále udržovat rozhovor u dne po zázraku (a pokud se rozhovor odchýlí, tvrdošijně jej vracet k tomuto tématu) a pít se po co nejkonkrétnějších popisech z různých perspektiv. Insoo Kim Berg často opakovala zásadu: „The more detail, the more real“ („Čím víc podrobností, tím je to skutečnější.“; Berg, In Korman, 2005). O to, aby se zázrak stal skutečností a klient již nepotřeboval terapii, nám jde především. Ačkoli se zaměřujeme zejména na behaviorální popisy využitelné pro definování cílů spolupráce (co klient dělá jinak), zajímáme se i o myšlenky a pocity s tím spojené. Zároveň pracujeme s cirkularitou: čeho si na klientovi všimne člověk „významný blízký“, jak bude na klientovy změny reagovat,

<sup>11</sup> K pojmu „problémový systém“ viz Ludewig, 1994; Goolishian a Andersonová totéž označují jako „problémem determinovaný systém“ (Goolishian, Anderson, 2005).

<sup>12</sup> Uvedená formulace předpokládá, že je již nějak formulován problém (či problémy), s kterým(i) klient do terapie přichází; do formulace zázračné otázky je možné přímo vložit i to, o jaké problémy jde – v tom případě je vhodné použít klientův jazyk, kterým problému popisuje.

jak bude klient reagovat na jeho změny atd. Takto lze do rozhovoru zahrnout členy rodiny, blízké přátele, kolegy v práci apod. Často je vhodné rozhovor o „významných druhých“ uvést otázkou: „Kdo jiný si všimne, že se stal zázrak?“ A potom již cirkulárně pracovat způsobem naznačeným výše.

Užitečnou technikou, která umožňuje rozvinout popis dne po zázraku a která existuje v mnoha obměnách, je tzv. „videotalk“ (O’Hanlon, 1998; O’Hanlon, Weiner-Davis, 2003). Ve „videotalku“<sup>13</sup> usměřňujeme popis klienta tak, aby byl co nejkonkrétnější, a to pomocí metafory s videem: „Představte si, že bych vás v den po zázraku natáčel na video... Co bych vás na videu viděl nebo slyšel dělat jiného než dřív? Na co byste mi na videu mohl ukázat a říct ‚tohle způsobil ten zázrak‘?“<sup>14</sup>

Velmi důležitá otázka při rozvíjení popisu dne po zázraku je: „**A co ještě?**“ Terapeut by se takřkajíc neměl „nechat odbýt“ jen jedním či dvěma nápady.

Mnohdy terapeuta odradí i **reakce klientů**, zejména pokud klient neví nebo pokud značně vykládat věci, které nelze přímo využít pro definování cílů terapie.

Pokud klient mlčí nebo odpovídá „já nevím“, je důležité především neztrácet hlavu a nezačít hned měnit téma hovoru (mnozí terapeuti mají za to, že jsou ve slepé uličce a ve snaze, aby se neblamovali, rychle začnou mluvit o něčem jiném). Vhodné je naopak vyčkat a rovněž mlčet<sup>15</sup>, popřípadě se pokusit pomoci klientovi s popisem dne po zázraku (např. „Když se ráno probudíte, kdy už to poznáte, že se stal zázrak? Ještě před snídání?“; „Jak dlouho to bude trvat,

než si toho zázraku všimnete?“; „Kdo si první všimne, že se stal zázrak – vy nebo někdo jiný?“; „Vstanete, protáhnete se... a co budete dělat pak? A už zjistíte, že se stal zázrak, nebo ještě ne?“ apod.). Terapeut může také klienta motivovat k další snaze (např. „Je důležité vědět, podle čeho poznáte, že už je problém vyřešený a že už můžeme skončit s terapií... Jinak vlastně můžeme dělat nekonečnou terapii.“). Klienti někdy získávají čas tím, že prohlásí: „Hmmm, to je těžká otázka.“ Obvykle s nimi souhlasím, protože i podle mého soudu není snadné na zázračnou otázku odpovídat.<sup>16</sup> Insoo Kim Berg nabízí ještě jednu alternativu, jak reagovat na klientovo „nevím“ – ptá se (poněkud konfúzně<sup>17</sup>): „Předpokládejme, že byste věděl, co byste řekl?“ (De Jong, Berg, 1998).

Někdy odpovědi klientů poskytují jen málo vodítek pro definování cílů terapie. V tom případě je třeba s nimi pracovat tak, abychom se společně s klientem dobrali dobře zformulovaných cílů (viz výše). Pokud klient **staví nerealistické vize/cíle** – tzv. „vzdušné zámky“ (např. výhra v loterii, mercedesy v garáži...), je podle mého soudu naprosto zbytečné mu vysvětlovat, že špatně porozuměl otázce nebo mu to dokonce vyčítat. Naopak se snažím využít a posléze v rozhovoru usměrnit to, co klient do konzultace přináší, aby z toho mohl mít užitek. Lze například s klientem souhlasit („Ano, to by bylo pěkné, že?“) a potom jen doplnit něco ve smyslu, že ten zázrak neumí všechno, že způsobil „jen“ to, že zmizel problém, který zde řešíme. Ještě elegantnější je zmapovat významy, které má klient spojené s nerealistickou vizí. Můžeme se tak například ptát: „Co myslíte, jaké nové příležitosti by vám to přineslo?“; „Co byste díky tomu

<sup>13</sup> „Videotalk“ je složenina angl. slov „video“ (= video) a „talk“ (= mluvit), techniku bychom tedy mohli přelozit jako „videomluva“, což zní ale natolik podivně, že jsem raději v textu ponechal původní anglický výraz.

<sup>14</sup> Podobně funguje méně „technická“ metafora „zlaté mušky“ (Furman, In Úlehla, 1999).

<sup>15</sup> Insoo Kim Berg říká, že když klient po zázračné otázce mlčí, ona si to překládá jako „nechte mě chvíli přemýšlet“ a podle toho se i chová (De Jong, Berg, 1998).

<sup>16</sup> Měl jsem možnost sledovat několik videozáznamů práce Steva de Shazera, který na to často s úsměvem odpovídá: „Ano, je to těžká otázka... Dávat těžké otázky je moje práce.“

<sup>17</sup> Konfúze je zjednodušeně zmatení; záměrné využití konfúze v terapii rozvinul zejména M. H. Erickson a jeho pokračovatelé (podrobněji viz. např. Battino, South, 2005; Haley, 2003).



mohl dělat, co teď dělat nemůžete?“ nebo z jiného úhlu: „Co vám říká, že ... se ve vašem životě může stát?“

Když klient stanovuje sice realistické, ale **příliš veliké vize a cíle**, zaměřujeme se v souladu s pravidly pro dobře zformulované cíle (viz níže) na první malé kroky. Například můžeme reagovat takto (De Jong, Berg, 1998): „To zní jako velký zázrak. Jaká bude první malá věc, které byste si všimnul a která by vám řekla, že se věci změnila k lepšímu?“

Klienti také velmi často popisují dny po zázraku tak, že **určité věci už nebudou** („nebudu už smutný“, „nebudeme se doma hádat“). Dobře zformulovaný cíl by však měl být vyjádřen pozitivně (tj. co bude). Při negativní formulaci se proto ptáme, co bude „místo toho“ (např.: „Když už se nebudete trápit obavami, co budete dělat místo toho?“).

#### *d) Rozhovor navazující na zázračnou otázku*

Má-li terapeut „vytěžit“ a využít co nejvíce nebo alespoň podstatnou část toho, co klient v rámci rozhovoru po zázračné otázce nabídnul, je důležité, aby i další průběh rozhovoru řídil směrem ke konkretizaci, posílení a přípravě na praktickou realizaci načrtnuté vize řešení. Zatímco klient zůstává expertem na svůj problém a na jeho řešení, terapeut je stále expertem na vedení rozhovoru (Úlehla, 1999) a této roli musí dostát.

Terapeutický rozhovor je samozřejmě vždy nový a jedinečný a nelze předepsat „jediný správný“ průběh rozhovoru po zázračné otázce. Rád bych jen stručně nabídnul několik inspirací, jak v rozhovoru pokračovat a rozvíjet to, co vzniklo v rozhovoru o zázračné otázce.

Dále je možné se zaměřit například na následující témata (De Jong, Berg, 1998; Miller, 1994; De Shazer, 1994):

- **výjimky** – tedy na situace, kdy se v klientově životě objevují nějaké prvky dne po zázraku, kdy se klientův problém navzdory očekávání neobjevuje, je méně intenzivní nebo se ho daří zvládnout rela-

tivně uspokojivým způsobem apod. Je třeba mít na paměti, že výjimky patrně budou vnímány jako „nepatrné“ a „nevýznamné“ ve srovnání s „převládajícími“ a „závažnými“ problémy (De Jong, Berg, 1998). Pokud se však z výjimek klient poučí o tom, co již umí a jak dokáže některé věci zvládnout, může se poměr sil poměrně rychle obrátit. De Shazer výstižně upozorňuje, že zabývat se výjimkami z pravidla je důležitější než zabývat se pravidly samotnými (Hoyt, Wea-kland, De Shazer, 1994).

- **škály** (stupnice) – škály či stupnice neslouží v přístupu zaměřeném na řešení primárně k měření<sup>18</sup>, ale využívají se především jako pomůcky k rozvíjení rozhovoru kolem klíčových témat. Mohou se používat číselné škály (např. 0 až 10, 0 až 100, -10 až 0 apod.) nebo škály procentuální (0 % až 100 %). Často se využívá tzv. „**zázračná škála**“ („miracle scale“)<sup>19</sup>, například: „Představte si stupnici, kde 10 je situace po zázraku (je možné definovat konkrétně) a 0 je taková situace, kdy byl problém nejhorší. Kde na stupnici mezi 0 a 10 jste teď?“, „Jak jste se dostal z 0 na... (klientem udávané číslo)?“, „Podle čeho byste poznal, že jste o 1 bod výš?“. Dále je možné pomocí škály diskutovat o **motivaci ke změně** („Představte si stupnici, kde 10 znamená ‚udělám cokoli pro to, aby se moje situace lepšila‘ a 0 znamená ‚když se to změní, tak se to změní, ale nebudu se v tom nijak angažovat‘. Kde mezi 0 a 10 jste teď?“) nebo o tom, nakolik klient **důvěřuje možnosti změny** („Představte si stupnici, kde 10 znamená ‚jsem přesvědčený, že to nakonec zvládnu‘ a 0 znamená ‚jsem přesvědčený, že mi vůbec nic nikdy nepomůže‘. Kde mezi 0 a 10 jste teď?“). Existuje samozřejmě široký okruh témat, která můžeme s pomocí škály diskutovat.

<sup>18</sup> A můžeme dodat, že už vůbec ne k měření „objektivnímu“.

<sup>19</sup> Někdy je také označována jako „progress scale“ (škála pokroku v terapii).

- **kroky k uskutečnění alespoň části zázraku** – po zázračné otázce lze také společně s klientem mapovat, jak by bylo možné alespoň část zázraku realizovat; je možné se např. ptát: „Co by bylo potřeba, aby se alespoň kousek zázraku stal?“, „Co to bude vyžadovat?“, „Co nejmenšího by se muselo stát, abyste si řekl, že se začínáte blížit ke dni po zázraku?“, „Je něco, co už teď máte k dispozici, co by vám mohlo pomoci, aby se něco ze dne po zázraku stalo už teď?“
- **definování cílů** – na základě rozhovoru zázračné otázky lze dojednávat cíle spolupráce; lze se například zaměřit na některé prvky popisu dne po zázraku (zejména ty, které splňují podmínky dobře zformulovaných cílů, nebo ty, u nichž je dobrý předpoklad, že se dají vhodně konkretizovat a využít jako cíle) a ptát se: „Až budete X, bude to znamenat, že už nebudete potřebovat terapii a že už to budete zvládat?“, „Co bychom mohli společně dělat pro to, abyste dosáhl X? Jak bych vám při tom mohl být užitečný?“
- **experiment (úkol)** – významným prvkem přístupu zaměřeného na řešení je experimentování s řešením mezi sezeními; experimenty by měly být tvořivé, nedevalvující kohokoli ze zúčastněných a zaměřené na rozvíjení řešení. Při navrhování experimentů se vychází z toho, co klient přináší, zvažuje se terapeutický vztah (návštěva, stížnost, zakázka), výjimky (zda jsou popsány či nikoli, zda jsou záměrné nebo náhodné) a zda jsou dobře definované cíle spolupráce. Většinou se navrhuje experimenty zaměřené na pozorování a na chování (De Jong, Berg, 1998). Ve spojitosti se zázračnou otázkou se osvědčují zejména tyto: 1. ve vybrané dny „dělat jako by se zázrak stal“, 2. pozorovat prvky zázraku mezi sezeními a poznamenat si je, 3. ve vybrané dny vždy večer předvídat, zda druhý den bude mít prvky dne po zázraku nebo ne, 4. kombinace předchozích (zejména v párové a rodinné terapii). V této podobě jde samozřejmě jen o hru-

bé vodítko k vypracování konkrétního a jedinečného experimentu pro daného klienta či klienty.

#### PŘÍNOSY ZÁZRAČNÉ OTÁZKY

Při popisu práce se zázračnou otázkou byly patrné některé funkce této techniky. Stručně shrnu alespoň ty nejdůležitější (De Jong, Berg, 1998):

a) **Definovat cíle terapie** – zázračná otázka se vztahuje k popisu toho, jak bude život klienta vypadat, až bude problém vyřešený a nebude tedy již potřebovat terapii. Terapeut s klientem rozvíjejí tuto vizi do co nejkonkrétnější a nejdetailejší podoby. Některé věci, které v takto vedeném rozhovoru zaznějí, lze využít přímo jako cíle terapie. S užitkem lze z mého pohledu využít pouze takové cíle, které jsou **konkrétní** (nikoli vágní a neurčitě), **realistické** (dosažitelné), **významné pro klienta** (klient o ně sám usiluje), které zohledňují **sociální kontext** (systemické hledisko), jsou **pozitivně formulované** (jako začátek něčeho, ne jen označení toho, co být nemá), obsahují **první krok** (je vhodnější než jen konečný cíl), **popisují chování** (tj. co klient dělá, nikoli jen co cítí nebo co si myslí) a jsou pro klienta **výzvou** (cíle není příliš snadný).

b) **Obrátit zaměření konzultace k řešení** – vytvořit představu řešení je první krok k tomu, aby mohlo být nějaké řešení realizováno; rozvíjení zázračné otázky tak pomáhá posunout důraz rozhovoru od neúspěšných rozborů problémů k hledání řešení a dosažení požadované změny (Zatloukal, 2007a).

c) **Otevřít široké pole možností** – zázračná otázka nabízí určitý rámec „hry“ (co by bylo, kdyby se stal zázrak a problém byl vyřešený), což podporuje u klientů i u terapeuta odvahu, tvořivost a fantazii při rozvíjení vize budoucnosti bez problému – z tohoto materiálu lze pak vybrat ty věci, které se mohou dále využít. Podobný princip funguje např. u známého „brainstormingu“, který se využívá zejména v managementu (Plamínek, 2000).

d) **Sugerovat prvky zázraku** – zázračná otázka pracuje velmi jemně se sugescí a nedirektivními hypnotickými postupy inspirovanými Miltonem H. Ericksonem, nepřímou se sugeruje zejména samotná možnost zázraku, ale lze sugestivně posilovat i jednotlivé aspekty toho, co bylo kolem dne po zázraku řečeno; úspěšná administrace zázračné otázky je většinou provázena jevy, které bychom mohli v nejširším slova smyslu označit jako transové (např. zaměření pozornosti, víceúrovňová sdělení, amnézie, posthypnotická sugesce; Yapko, 1990). Na druhou stranu bychom mohli společně s Watzlawickem (1985) dodat, že patrně neexistuje účinná terapeutická metoda, ve které by se tyto „hypnotické“ prvky v určité míře nevykytovaly.

#### PŘÍKLAD Z PRAXE

Rád bych využití zázračné otázky v terapii dokumentoval na příkladu z vlastní terapeutické praxe.<sup>20</sup>

Do terapie přišla dvaadvacetiletá studentka filosofie, která byla hospitalizovaná na psychiatrii. Po skončení hospitalizace jí byla doporučena další psychoterapie. Klientka si stěžovala na úzkost a nervozitu, na to, že „vůbec nechápe normální lidi“ a na „lidi, kteří jsou jakože nejsou“ (klientka si uvědomovala, že tito fantazijní „lidé“ „ve skutečnosti“ neexistují), kteří na ni křičeli, trápili ji a nutili ji dělat věci, které nechtěla (včetně sebepoškození a pokusu o sebevraždu). V prvním sezení jsme mapovali její očekávání od terapie, kontext (péče dalších odborníků, blízcí lidé apod.) a významy spojené s některými oblastmi jejího života (nerozumění lidem, lidé, kteří jsou jakože nejsou apod.). Snažil jsem se spíše naslouchat a co nejdéle nerozumět a nechat se provést po jejím světě s občasnými testováními, zda je klientka připravená se zaměřit na řešení. Po prvním sezení jsem jí navrhnul, aby pozorovala, co by v jejím životě mělo zůstat tak, jak je a neměnit se.

Na druhém sezení jsem po krátkém zmapování změn mezi sezeními položil zázračnou otázku. Klientka hovořila o tom, že by v den po zázraku víc rozuměla lidem, víc by normálně žila (tedy nejen, že by dělala rutinní úkony, ale občas by něco změnila, vybočila ze stereotypu – např. jela tramvají někam, kde nikdy nebyla...), občas by někam vyrazila s kamarádkou (sama by to iniciovala, teď ji spíš ostatní přemlouvají), zvládala by ty „lidi, co jsou jakože nejsou“. Diskutovali jsem také o tom, kdo ještě by si zázraku všimnul (máma, dvě kamarádky, malá sestra, psychiatr, kam ambulantně dochází pro léky). Poté jsme se věnovali výjimkám – několikrát se jí např. podařilo zvládnout ty „lidi“ tím, že si o nich povídala s kamarádkou nebo tím, že se soustředila na něco jiného (zejména na lidi, kteří jí mají rádi). Na „zázračné škále“ se ohodnotila na 3,5 (když je s kamarádkou, tak to zvládá), diskutovali jsme podle čeho by poznala posun na 4. Na závěr sezení jsem jí navrhnul experiment: „Vyberte si jakékoli dva dny v každém týdnu a hodte si hned ráno korunu. Když Vám padne panna, tak nic. Když Vám padne orel, tak ten den se chovejte tak, jako že se zázrak už stal a že „normálně žijete“. V zázračný den pozvete nějakou kamarádku na nějakou akci, ale neříkejte jí předem, kam se půjde (je to „překvapení“). Ani neříkejte, že je to úkol z terapie. Až se sejdete, vedte ji někam, kde jste ještě nikdy nebyla, namátkou sedněte do tramvaje, vystupte, až budete chtít, a zvolte nějakou restauraci nebo jiné příjemné místo, kde se scházejí lidé. Při té schůzce si povídejte o čemkoli, například se můžete bavit o lidech, kteří jsou tam s vámi a společně se jim pokusit porozumět... O zázračných dnech si vedte záznamy – zapište si, co jste dělala a co z toho se blížilo dni po zázraku.“<sup>21</sup>

Na dalším sezení klientka referovala o změnách. V zázračných dnech byla s kamarádkou na nákupech, pak s druhou na pizze, uvědomila si, jak je ráda, že má někoho blízkého, podařilo se jí ve společnosti více lidí více se zapojit do hovoru, víc mluvit

<sup>20</sup> Další příklady lze nalézt např. v Zatloukal (2009), Berg (1992), Korman (2005).

i s mámou, sestra si všimla změny, když jí klientka navrhla, ať jdou skákat panáka, „lidé“ se objevili méně a zahnal je myšlenkami na nové zážitky, které zažila, nebo tím, že začala něco dělat místo ležení na posteli a poslouchání těch „lidí“. Na záračné škále se posunula na 5, proběhla diskuse o posunu na další bod a o desítku (po tolika změnách své zlepšení hodnotí poměrně malým posunem, proto jsem si ověřoval, zda chápe klientka desítku jako konec terapie nebo si ji předefinovala jako stav dokonalosti a zda může být cílem terapie třeba sedmička nebo osmička – vyplynulo, že by jí stačila osmička). Další krok ke zlepšení by poznala, kdyby přestala při chůzi sledovat kachličky a přestala našlapovat jen na určité z nich. Obtěžuje ji to (nemůže se dívat po lidech nebo na cestu), ale nemůže si pomoci. Místo toho by se mohla dívat kolem sebe nebo o něčem příjemném přemýšlet. Na konci sezení jsem navrhl následující experiment: „Pokračujte v záračných dnech jako dříve s tím, že házet mincí můžete 3 x týdně. Když padne orel, tak podnikněte opět (nejlépe s někým) něco neobvyklého. Zároveň si v „záračných dnech“ při chůzi místo šlapání po kachličkách zkuste povídat s druhým člověkem nebo myslet na něco příjemného... kdyby se to nedařilo, pak se místo sledování kachliček zaměřte na počítání kroků a při tom se rozhlížejte kolem sebe a pozorně pozorujte ostatní lidi a věci v okolí.“<sup>22</sup>

Klientka posléze referovala o dalších „záračných dnech“, o dalším posunu na škále (6,5) a o tom, že už dokáže kráčet bez sledování dlaždiček. Hovořili jsme pak o tom, jak změnu udržet a rozvíjet a jak pracovat s relap-

sem. Terapii jsme ukončili po sedmi sezeních s tím, že klientka získala nové nasměrování a podporu a je nyní již sama schopná postupně dosahovat cílů, které si stanovila.<sup>23</sup>

### ZÁVĚREM

Na závěr bych rád zdůraznil jednu věc, kterou považuji za zásadní. Záračná otázka po přečtení tohoto textu možná působí jako velmi složitá technika, která se řídí přísnými pravidly. Domnívám se, že to je jen polovina pravdy. Samozřejmě pracovat se záračnou otázkou je možné teprve poté, co si terapeut osvojí základní technické znalosti a dovednosti. A „řemeslem“ se také obvykle začíná. Když chce někdo hrát na klavír, také na začátku trénuje techniku a do omrzení vyťukává „ovčáky čtveráky“, čímž přivádí k šílenství všechny okolo. Ale po zvládnutí techniky a „řemesla“ přichází čas pro improvizaci, hravost a tvořivost. Cílem není přece technika hry, ale skladba. Podobně u záračné otázky (a psychoterapie obecně) nejde podle mého soudu o techniku (i když tou začínáme), ale o jedinečné setkání, tvořivou improvizaci a estetický zážitek.

<sup>22</sup> Uvedený návrh experimentu vycházel z podobných východisek jako předchozí s tím, že a) zvyšuje frekvenci hodů korunou (začínaly prázdniny, proto bylo možné toho využít ke zvýšení intenzity úkolu), b) druhá část experimentu pracuje s odvedením pozornosti (s předpokladem, že je užitečné dělat více toho, co jí funguje) – je zaměřen buď na zaměření pozornosti na jinou osobu nebo příjemnou událost nebo na počítání kroků (místo dlaždiček), což umožňuje pozorovat okolí; navíc zaměření na *důkladné* pozorování okolí komplikuje počítání kroků, c) protože druhá část úkolu se vztahuje jen na „záračné dny“, je možné pracovat i zde s rozdílem mezi „záračnými“ a „normálními“ dny a všimnout si, kdy prvky „záračného dne“ „prosakují“ i do běžných dní.

<sup>21</sup> Navržený experiment zahrnuje hned několik prvků: a) je vložen prvek náhody (hod mincí), protože i výjimky byly spíše náhodné, b) je to behaviorální experiment, protože terapeutický vztah je zakázka, c) promítá se tam několik prvků dne po záraku (iniciativa při pozvání kamarádek, jízda někam do neznáma, porozumění lidem a skryté i zvládnání „lidí“, co jsou jakože nejsou“ pomocí odvedení pozornosti, které, jak vyplynulo z rozhovoru o výjimkách, klientce několikrát fungovalo). Znění experimentu jsem klientce poslal také e-mailem.

<sup>23</sup> Walter a Pellerová (1994) upozorňují, že v krátké terapii je třeba ukončit spolupráci ve chvíli, kdy klient již terapeuta nepotřebuje, což nemusí nutně znamenat, že už má vyřešené všechny problémy, dokonce to ani nemusí znamenat, že má již bezzbytku vyřešené ty problémy, s nimiž přišel do terapie. Stačí, když je – slovy uvedených autorů – „na cestě“ („on track“), která k řešení vede a po které již klient může kráčet postupně sám. Samozřejmostí je ukončení spolupráce ošetřit (Walter, Peller, 1994).

Velmi dobře to vystihuje Ludewig (1994), když jako poznávací znamení dobré terapie uvádí respekt, krásu a užitek. Někde jsem slyšel myšlenku, že stačí, když je v terapii respekt a krásu a užitek jsou tam automaticky také. Možná že to platí i jinak: tam, kde je terapie krásná (estetická), je automaticky přítomen i respekt a užitek. Jen těžko bychom mohli obdivovat krásu terapie, která by byla klientovi k ničemu nebo by jej dokonce poškozovala.

Text o zázračné otázce naznačil jen určitá vodítka, jak s ní lze pracovat. Není to žádný soubor rigidních pravidel nebo dokonce nějaký „manuál“<sup>24</sup>. V literatuře o přístupu zaměřeném na řešení lze najít mnoho ukázek takového tvořivého pojetí zázračné otázky. Vznikly také různé alternativy k zázračné otázce a z přepisů rozhovorů terapeutů je zřejmé, že i se standardní zázračnou otázkou pracují velmi pružně a tvořivě.

Pro zdokumentování výše uvedených tvrzení uvádím několik alternativních otázek, které lze použít – například když zázračná otázka nefunguje nebo není z nějakého důvodu vhodná (Pichot, Dolan, 2003; Miller, 1994; Furman, Ahola, 1992; 1994):

„Představte si, že naše sezení končí a těmito dveřmi odcházíte domů. Ale tyto dveře jsou kouzelné a jak jimi projdete, dostanete od nich dárek. A ten dárek spočívá v tom, že problém, který vás sem dnes přivedl, je vyřešený. Vy ale nevíte, že tyto dveře jsou kouzelné... Když nasednete do auta (autobusu) a pojedete domů, jakých změn si všimnete? Co vám řekne, že je něco jinak?“

„Představte si, že naše společná práce byla úspěšná. Co bude ve vašem životě jinak? Podle čeho poznáte, že to byla úspěšná terapie?“

<sup>24</sup> Sdílím s Yalomem (2006) vážné pochybnosti o užitečnosti „terapeutických manuálů“, zvláště pokud mají reprezentovat empiricky podložené způsoby léčby („empirically based practice“) a jejich dodržování je vyžadováno s odůvodněním, že právě takto a ne jinak se dělá dobrá terapie.

„Představte si, že nastupujete do stroje času. A tento stroj času vás přesune do budoucnosti, přesně o rok ode dneška. Stroj času je ale naprogramovaný tak, že každému, kdo s ním cestuje do budoucnosti dá vlastnost nebo schopnost, která může všechno v budoucím světě dané osoby změnit. Když vystoupíte ze stroje času, podle čeho poznáte, že vám tuto vlastnost nebo schopnost dal?“

„Představte si, že jsme v budoucnosti a problém, se kterým jste zde, je už nějakou dobu pryč. My se někde náhodně potkááme a já jsem zvědavý, jak se máte. Co mi odpovíte? ... A já jsem ještě více zvědavý a zajímám se, čím se to stalo, že se vaše situace změnila. Co mi odpovíte?“

„Co nejmenšího by se muselo změnit, abyste si řekl, že přijít sem byl dobrý nápad?“

„Představte si, že je už konec dnešního sezení a že odcházíte domů. A po cestě domů zjišťujete, že jste na sezení dostal právě to, co jste potřeboval, že to sezení nebyla pro vás ztráta času. Podle čeho poznáte, že jste dostal na sezení něco užitečného? Čeho si ostatní kolem vás doma všimnou, podle čeho poznají, že dnešní sezení pro vás bylo užitečné?“

„Pokud byste mohl změnit na sobě jednu jedinou věc, co by to bylo? ... Co by bylo jinak, kdybyste byl...?“

„Představte si, že jste v supermarketu. Tento supermarket ale prodává jen vlastnosti a schopnosti. Neplánoval jste tam nic kupovat, ale jak jste tak procházel mezi regály, zaujalo vás něco, bez čeho teď už nemůžete žít a koupil jste si to. Co jste si to koupil? Čeho si na vás ostatní (členové rodiny, kolegové...) všimli, že je jinak, když jste se vrátil domů?“

„Představte si, že v budoucnu, kdy už máte děti a vnuky, jim chcete říct něco velmi důležitého o svých zkušenostech s problémem, který teď prožíváte, a o tom, jak jste ho řešil a co jste se naučil. Co jim povíte?“

„Představte si, že vaše malé dítě má už třicáté narozeniny. Váš telefon vyzvání a váš již dospělý syn (dcera) volá a říká vám, že jste ta nejlepší máma (táta), jakou si dokáže představit. Co řekne, že se od vás naučil(a) nebo od vás dostal(a), čeho si na vás váží?“

Uvedené otázky samozřejmě **nejsou stejné** jako zázračná otázka. Zaměřují se ale (více

či méně) na podobné cíle a mají podobné prvky. Co je ale důležitější – ukazují, že lze využít mnoho způsobů, jak rozvíjet rozhovor zaměřený na řešení. A to může být výzvou pro každého terapeuta, aby tvořivě hledal svůj způsob, jak zaměřit i své rozhovory s klienty na řešení. Vždyť koneckonců kam jít bychom terapeutické rozhovory měli směřovat?

## LITERATURA

- Battino, R., South, T. L. *Ericksonian approaches: A comprehensive manual*. 2nd ed. Norwalk: Crown house publ., 2005.
- Berg, I. K. *Posílení rodiny*. Praha: ISZ, 1992.
- Berg, I. K., Dolan, Y. *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: W. W. Norton and comp., 2001.
- Carlson, J., Sperry, L. *Adlerian psychotherapy as a constructivist psychotherapy*. In Hoyt, M. F. (ed.) *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998, s. 68–82.
- De Jong, P., Berg, I. K. *Interviewing for solutions*. Pacific Grove: Brooks/ Cole publ., 1998.
- De Shazer, S. *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton & comp., 1988.
- De Shazer, S. *Investigation of indirect symbolic suggestions*. American journal of clinical hypnosis 23, 1980, s. 10–15.
- De Shazer, S. *Klíče k riešeniu v krátkej terapii*. Trenčín: Galanta, 1993.
- De Shazer, S. *Putting difference to work*. New York: W. W. Norton and comp., 1991.
- De Shazer, S. *Words were originally magic*. New York: Norton & co., 1994.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. *Brief therapy: Focused solution development*. Family process 25, 1986, s. 207 – 222.
- De Shazer, S., Dolan, Y. et al. *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: The Haworth press, 2007.
- Dreikurs, R. *Úvod do individuálnj psychologie*. Praha: Československá grafická Unie, 1937.
- Erickson, M. H. *Deep hypnosis and its induction*. In Erickson, M. H., Rossi, E. L. *The nature of hypnosis and suggestion: The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis – vol. I*. New York: Irvington publ., 1980, s. 139 – 167.
- Freedman, J., Combs, G. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton Company, 1996.
- Friedman, S. *Does the 'miracle question' always create miracles?* Journal of systemic therapies 12, 1993, s. 71 – 74.
- Furman, B., Ahola, T. *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: W. W. Norton and comp., 1992.
- Furman, B., Ahola, T. *Solution talk: The solution-oriented way of talking about problems*. In Hoyt, M. F. (ed.) *Constructive therapies*. New York: The Guilford press, 1994, s. 41–66.
- Haley, J. *Neobyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona*. Praha: Triton, 2003.
- Hoyt, M. F., De Shazer, S., Weakland, J. On the importance of keeping it simple and taking the patient seriously: A conversation with Steve de Shazer and John Weakland. In Hoyt, M. F. (ed.) *Constructive therapies*. New York: The Guilford press, 1994, s. 11–40.
- Chvála, V., Trapková, L. *Osm kroků externalizace v narativní terapii u poruch příjmu potravy (PPP)*. 2003. Dostupné na: <http://www.sktlib.cz/publikace/externalizace.htm>; 5. 4. 2008.
- Korman, H. *The miracle question – the reality question*. 2005. Dostupné na: [http://www.sikt.nu/Articl\\_and\\_book/The%20Miracle%20question%20and%20it's%20scale.PDF](http://www.sikt.nu/Articl_and_book/The%20Miracle%20question%20and%20it's%20scale.PDF); 6. 3. 2008.
- Kratochvíl, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002.
- Ludewig, K. *Reality and construction in psychotherapy: Sense and nonsense of this distinction*. Human systems 14, 2003, s. 69–82.
- Ludewig, K. *Systemická terapie*. Praha: Pallata, 1994.
- Miller, S. D. Some questions (not answers) for the brief treatment of people with drug and alcohol problems. In Hoyt, M. F. (ed.) *Constructive therapies*. New York: The Guilford press, 1994, s. 92–110.
- Miller, S. D., Berg, I. K. *The miracle method: A radically new approach to problem drinking*. New York: W. W. Norton and Comp., 1995.
- O'Hanlon, B. *A study guide of frameworks of Milton Erickson's hypnosis and therapy*. In Zeig, J. K. (ed.) *Ericksonian psychotherapy vol. I: Structures*. New York: Brunner/ Mazel, publ., 1985, s. 33–51.

- O'Hanlon, B., Weiner-Davis, M. *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. 2nd ed. New York: W. W. Norton and comp., 2003.
- O'Hanlon, W. Possibility therapy: An inclusive, collaborative, solution-based model of psychotherapy. In Hoyt, M. F. (ed.) *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998, s. 137–158.
- Pichot, T., Dolan, Y. M. *Solution-focused brief therapy: It's effective use in agency settings*. New York: The Haworth press, 2003.
- Plamínek, J. *Synergický management*. Praha: Argo, 2000.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999.
- Sharf, R. S. *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases*. Pacific Grove: Brooks/Cole publ., 1996.
- Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R. *Counseling and psychotherapy theories in context and practice*. New Jersey: John Wiley and sons, 2004.
- Walter, J. L., Peller, J. E. „On track“ in solution-focused brief therapy. In Hoyt, M. F. (ed.) *Constructive therapies*. New York: The Guilford press, 1994, s. 111–125.
- Watzlawick, P. Hypnotherapy without trance. In Zeig, J. K. (ed.) *Ericksonian psychotherapy vol. I: Structures*. New York: Brunner/Mazel, publ., 1985, s. 5–14.
- White, M. *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton and comp., 2007.
- Yapko, M. D. *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. 2nd ed. New York: Brunner/Mazel, 1990.
- Zatloukal, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. *Psychoterapie* 1, 2007a, s. 183–203.
- Zatloukal, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. *Sociální práce* 2007b, č. 3, s. 75–86.
- Zatloukal, L. *Žiji ve strachu – využití přístupu zaměřeného na řešení při práci s psychiatrickým pacientem*. *E-psychologie (elektronický časopis Českomoravské psychologické společnosti)* 3, 2009, č. 3, s. 46–69 (Dostupné na: <http://e-psycholog.eu/pdf/zatloukal.pdf>).
- Zeig, J. K. (ed.) *Ericksonian psychotherapy vol. I: Structures*. New York: Brunner/Mazel, publ., 1985.
- Zeig, J. K. (ed.) *Ericksonian psychotherapy vol. II: Clinical applications*. New York: Brunner/Mazel, publ., 1985.
- Zeig, J. K. *Seeding*. In Zeig, J. K., Gilligan, S. G. (eds.) *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*. New York: Brunner/Mazel, 1990, s. 221–246.
- Zeig, J. K., Munion, M. W. *Milton H. Erickson*. Praha: Triton, 2008.

*O autorovi:*

*Mgr. Leoš Zatloukal vystudoval sociální práci se zaměřením na poradenství na filozofické fakultě Ostravské univerzity. V současné době je studentem doktorského studia klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a sociální práce na Ostravské Univerzitě v Ostravě, rovněž je frekventantem komplexního výcviku v systematické psychoterapii. Pracoval jako kurátor pro mládež, sociální kurátor, pracovník oddělení sociálně-právní ochrany dětí a koordinátor komunitního plánování sociálních služeb. V současnosti pracuje jako sociální pracovník a poradce na azylovém domě pro bezdomovce, na částečný úvazek jako manželský a rodinný poradce, má malou soukromou poradenskou praxi, vyučuje poradenské/terapeutické přístupy v rámci předmětu Teorie a metody sociální práce na Cyrilometodějské teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a Caritas VOŠs a působí jako krajský metodik komunitního plánování sociálních služeb.*

Kontakt: leos.zatloukal@centrum.cz

Text vychází z přednášky o zázračné otázce přednesené 18. 10. 2007 na 26. Československé psychoterapeutické konferenci v Luhačovicích.

*Došlo do redakce: 8. 10. 2008, v revidovaném znění 3. 11. 2009. K publikaci přijat 4. 11. 2009.*

## SOCIÁLNÍ KONSTRUKCIONISMUS A PSYCHOTERAPIE

David Skorunka

### ABSTRAKT:

Článek pojednává o sociálním konstrukcionismu – filozoficko teoretické platformě, v níž našli inspiraci mnozí rodinní terapeuti a psychoterapeuti. Článek nejprve stručně uvádí teoretický pohled na proces sociální konstrukce poznání. Dále věnuje pozornost v současnosti dominujícímu diskurzu deficitu a všímá si společenských důsledků tohoto trendu. V závěru nahlíží psychoterapii a současný důraz na výzkum z pohledu tohoto filozofického směru.

*Klíčová slova:* sociální konstrukcionismus, jazyk deficitu, psychoterapie, filozofie přírodních věd

### ABSTRAKT:

The article draws attention to social constructionism, a theoretical and philosophical framework that inspired psychotherapists and family therapists. In the beginning, the article focuses on the process of social construction of knowledge. Then it deals with dominant discourse of deficit in current society and takes note of the consequences of such trend. In the end, the article view psychotherapy and current emphasis on research from the social constructionist viewpoint.

*Keywords:* theory of social construction, language of deficit, psychotherapy, naturalism

### ÚVOD

Teorie sociálního konstrukcionismu je významným myšlenkovým proudem v sociálních a humanitních vědách včetně psychoterapie. Základní principy rozpracovali Berger a Luckman (1967), Gergen (1985, 1999, 2006), ale mnohé z kořenů tohoto

směru najdeme v Gadamerově hermeneutice (Liessmann, Zenaty, 1994), literární teorii Bachtina či postmoderní filozofii v pojetí Michela Foucaulta. Sociální konstrukcionismus bývá často zaměňován za konstruktivismus. Představitelé sociálního konstrukcionismu upozorňují, že naše poznání různých aspektů lidské existence (např. aspekty rodinného života, vzorce chování a role ztělesňované jednotlivými členy rodiny) jsou determinovány společenskými strukturami a ideologiemi, které utvářejí náš život a naše chápání vztahů těchto aspektů. Podle *konstrukcionistů* je skutečnost tak, jak ji chápeme, utvářena v komunikaci, v interakcích, v jazyce. Nepopírají, že existují určité danosti, ale že význam těchto daností se mění zejména v důsledku společenských vlivů. Naproti tomu reprezentanti *konstruktivismu*, zejména ti radikální, zdůrazňují to, že lidé aktivně utvářejí reprezentace světa na základě svých systémů přesvědčení a kognitivních struktur, aniž by brali v potaz vliv společensko-kulturních faktorů a diskurzů na tento proces.

### SOCIÁLNÍ KONSTRUKCE SDÍLENÉ REALITY A POZNÁNÍ

Ve vývoji teorie sociálního konstrukcionismu je podle Stainton-Rogersové (2003) klíčovým textem *The Social Construction of Reality* Bergera s Luckmanem (1967; český překlad 2001). Tito autoři popsali tři způsoby, jakými je v jednání a interakcích konstruována sociální realita. Jedná se o externalizaci, objektivizaci a internalizaci. Externalizací se různá společenství a sociální skupiny snaží porozumět světu kolem nás (pochopit jeho smysl), čímž vlastně smysl vytvářejí. Tento proces zahrnuje celou řadu aktivit institucí ve společnosti a také využívání různých konstruktů. Objektivizací jsou



tyto konstrukty a aktivity sociálních institucí představovány a vnímány jako skutečné, reálné. Tento proces bývá též nazýván jako zvěcnění či zhmotnění (angl. *reification*). Internalizace je proces, v němž je „objektivizovaný“ vnější svět považován člověkem za poznatý, pochopený a také přijatý jako „skutečnost“ prostřednictvím socializace a začlenění do dané kultury, například prostřednictvím internalizovaných příběhů, diskurzů apod. Tyto tři procesy jsou v neustálé souhře a propojení. Reprezentanti sociálního konstrukcionismu sdílejí důraz na sociální a kulturní kontext ovlivňující lidskou zkušenost a prožívání. Za hlavní prostředek konstituování lidské reality považují jazyk. K tomuto uvažování se hlásí řada sociálních vědců, psychologů a rodinných terapeutů (Anderson, Goolishian, 1993; Hoffmanová, 1993; McNamee, Gergen, 1993; McNamee, Gergen, 1999; Andersen, 1993, 1995; Freedman, Coombs, 1996; Seikkula, Arnill, 2006; McLeod, 2004; Anderson, Gehart, 2006). U nás se o východiska sociálního konstrukcionismu zajímají například rodinní terapeuti Gjuríčová a Kubička (2009), Skorunka (2002, 2010) a v psychologii Čermák (2004) a Vybíral (2006).

**Hlavní principy  
sociálního konstrukcionismu**  
(upraveno a zkráceno dle Gergen  
(1985, 1999))

- Kritický postoj k tradičním předpokladům týkajícím se sociálního světa, které považujeme za samozřejmé (angl. *taken-for-granted assumptions*) a které posilují zájmy a moc dominantních skupin ve společnosti.
- Kritika tradičního pozitivistického přístupu k poznání a zejména výchozích předpokladů, které nejsou dostatečně reflektované (prolínání s postmoderní filozofií).

- Tvrzení, že způsoby, kterými chápeme svět a vytváříme poznání, jsou výsledkem historického procesu interakcí a vyjednávání mezi různými skupinami lidí.
- Snaha redefinovat tradiční psychologické konstrukty jako „mysl“, „Self“, „emoce“ jako sociálně utvářené fenomény.

Tento pohled na proces poznání, tolik odlišný od představy „objevování“ objektivní reality „tam venku“, je pochopitelně kritizován, podle Gergena ale na základě nesprávného chápání jím akcentovaných předpokladů. Například „západní“ vědecká medicína nám poskytuje řadu užitečných poznatků a „pravd“, kterých by se většina z nás rozhodně nechtěla zbavit. Nicméně tyto „pravdy“ a poznatky jsou založeny na množství kulturně a historicky podmíněných konstrukcích, které se týkají našeho chápání postižení, zdraví, nemoci, života a smrti, tělesných omezení, podstaty bolesti atp. Nejde o to vzdát se současné lékařské vědy natož výsledků bádání, ale chápat ji jako kulturní tradici, jako jednu z mnoha kulturních tradic. A také vedle vědecké metody nezapomínat na význam komunikace a vztahových aspektů v procesu léčby. Totéž platí i pro svět psychoterapie, jehož současnou podobu a zejména výzkum výrazně ovlivňuje právě medicínský model.

V procesu utváření a prosazování určitého poznání poukazuje Gergen (1999, 2006) na politické důsledky. Ne vždy si totiž uvědomujeme, co se stane, upřednostníme-li konkrétní perspektivu. Pokaždé, když formulujeme nějaké porozumění světu, vždy nevyhnutelně upřednostňujeme určité možnosti nad jinými. Při každém tvrzení vycházejícím z nějakého tzv. pravdivého a objektivního poznání se musíme ptát, co bude následovat, kdo bude mít přínos a kdo ztrácí, či hlas je umlčen apod. V návaznosti na Wittgensteina Gergen vyzdvihuje konstitutivní vlastnosti jazyka jako fenoménu ne-

jen dorozumívání, ale přímo spoluvytváření našeho poznání, porozumění a samozřejmě i podněcování změny. Zkušenost jedince a významy, které jsou jí přikládány, nejsou utvářeny pouze jedincem, ale jsou zakotveny v dané kultuře a touto kulturou jsou spoluvytvořeny. Gergen se v této souvislosti kriticky vymezuje k přehnané individualistické ideologii, která má podle něj problematické důsledky pro trvání naší kultury: „*Pokud považujeme individuální subjektivitu jako esenciální ingredienci lidství, zároveň vytváříme svět v podstatě izolovaných jedinců, z nichž každý je uzamčen uvnitř svého vlastního soukromého světa. Ostatní jsou přirozeně cizí, jiní než my, a protože sebe-uspokojení a individuální potřeby jsou za těchto okolností zcela pochopitelné, ostatní mohou být brzy vnímáni jako potenciální nepřátelé... Jestliže chápeme komunikaci jako primárně zaměřenou na dosažení osobních cílů, veškeré lidské vztahy se stávají mořem manipulace. Chápeme-li takto komunikaci, projevy důvěry jsou projevy naivity, závazek je známkou slabosti a snahy o zachování lidských práv nejsou víc než pouhým politickým trikem*“ (Gergen, 2006, str.16).

#### KRITIKA JAZYKA DEFICITU

Součástí sociálně konstrukcionistického pohledu na utváření poznání je kritika odborného diskurzu, jehož základem je terminologie a jazyk zaměřený na patologii či nedostatky jedince. Tento tzv. diskurz deficitu je v současnosti patrný v psychiatrii, psychologii i psychoterapii a prostupuje každodenní řeč. Gergen (1999) patří k významným a často citovaným kritikům diskurzu deficitu. Upozorňuje na dramatický nárůst kategorií duševních poruch, což má podle něj mnohé důsledky pro jedince i společnost. Profesionální tradice zaměřené na vytváření definic poruchy a rozšiřování této klasifikace přispívají k tomu, že stále více problémů každodenního života se stává „nemocí“, nedostatkem či poruchou, jejichž „léčba“ je odkázána do rukou specialistů. Kritické hlasy přicházejí i z jiných

oblastí poznání např. kritické psychiatrie (Moncrieff, 2003), kritické a diskurzivní psychologie (Parker, 1999), pozitivní psychologie (Maddux, 2002), systemické terapie (Hoffman, 1993; Tomm, 1990), narativní terapie (White, Epston, 1990; Payne, 2006), ale také ze současné existenciální psychoterapie (van Deurzen, 1996). Podle některých reprezentantů uvedených disciplin vede expanze psychiatrických diagnóz a odborné terminologie a zejména jejich aplikace v každodenním životě k tomu, že vysvětlení komplexních problémů je zúženo na individuální úroveň. Zároveň snadněji dochází ke stigmatizaci a zastření vlivu dalších faktorů, zejména těch sociálních a politických (Anderson, Hoffman, Gergen, 1996; Moncrieff, 2003). Naše koncepte psychologické normality i abnormality včetně diagnostických kategorií nepředstavují fakta o lidech, ale sociální konstrukce – abstraktní koncepty, které postupně vytvářeli členové odborné komunity (jedinci a instituce) a které představují sdílený pohled na věc. Taxonomie duševních chorob není pouze jednoduchým popisem a klasifikací některých rysů určitých skupin jedinců, ale je formou aktivního utváření verze normality/ abnormality (Maddux, 2002). Klasifikace dle diagnostických systémů v oblasti duševního zdraví se podílí na vytváření a udržování ochranné iluze, že psychiatričtí pacienti jsou jiní než my. Přesvědčení, že duševní nemoci jsou něco jako „přírodní druhy“, které lze jednoduše klasifikovat s pomocí diagnostických systémů posiluje pesimistický pohled, odmítání, strach z neznámého a neovladatelného a též přispívá k stereotypním představám a stigmatizaci (Mosher, Read, Bentall, 2004).

Na druhou stranu je pro některé psychiatrické pacienty odborné vysvětlení či diagnóza upřednostňovaným způsobem vysvětlení potíží či problému, které je třeba respektovat. Byť v některých případech necitlivé užívání jazyka v rozhovoru a interpretování problémů pomocí diagnostických nálepek má pro další vývoj člověka nepříznivé dů-

sledky, v jiných případech stanovení a sdělení diagnózy může přispět k tomu, že potíže a jejich příčiny budou pro člověka srozumitelné, pochopitelné, zvladatelné a že nedojde k rozvoji pocitů viny za jejich vznik. Např. pro některé pacienty s diagnózou psychotického onemocnění je chápání prožitků jako projevu nemoci osvobozující a uklidňující (McCarry, Partridge, 2007; Foster, 2007). Zvláště u dlouhodobých, v medicínské terminologii tzv. chronických potíží se nevyplatí zpochybňovat chápání vlastních problémů a prožitků pomocí diagnózy. Přerámování či dekonstrukce přesvědčení ukotvené v odborné terminologii musí být postupné a v rámci kvalitní terapeutické aliance a v některých případech nemusí být ani možné (Asen, Jones, 2000). Jedná se o jedno z terapeutických dilemat běžných nejen v psychoterapii a rodinné terapii v oblasti duševního zdraví: na jedné straně respektovat diagnózu jako možnou součást sebepojetí, zvláště v případě dlouhé psychiatrické historie, na druhé straně nerezignovat a pokusit se biomedicínskou perspektivu a limitující sebe-pojetí rozšiřovat v rámci možností a ve spolupráci s pacientem v jeho prospěch.

Další ze současných reprezentantů sociálního konstrukcionismu Shotter (1999) upozorňuje na dobře známé “napětí” mezi tzv. objektivní a subjektivní stránkou stonání. Zatímco člověk u lékaře popisuje své potíže, ať již psychického či tělesné rázu, lékař se více než o subjektivní výpověď zajímá o tzv. objektivní stránky nemoci. K tomu je také veden v průběhu dlouholeté přípravy na samostatný výkon náročného profesce: rozpoznat a určit diagnózu onemocnění jakožto nezbytný předpoklad léčby *lege artis*. Objektivní rovina stonání a jazyk biomedicíny koexistují spolu s vyprávěním pacienta a subjektivním popisem obtíží. Ale objektivnímu biomedicínskému nálezu bývá obvykle přisuzována větší váha, zatímco subjektivní sdělení je v mnoha případech bagatelizováno. Nejen Shotter si klade otázku, jak postupovat a zejména jak komu-

nikovat s nemocným, aby oba světy, svět biomedicínského poznání i pacientův životní příběh, mohly propojeně existovat zároveň jako cenné zdroje, aniž by muselo respektováním jednoho dojít k ignorování druhého. Tyto světy totiž propojené jsou a mají svou validitu, to různí odborníci si je rozdělili a začali popisovat různými jazyky. V případě diagnostikovaného onemocnění (např. epilepsie, anorexie nebo cukrovky) záleží na tom, co a jak o něm sděluje lékař, jak tomu rozumí pacient a jeho rodina a jak následně o nemoci všichni komunikují nebo jak se tento pojem stane součástí komunikačních vzorců. Jak upozorňuje von Schlippe (2001) v odkaze na německého sociologa Nicolase Luhmana, tělesné procesy a sémantické procesy (rozhovory např. o astmatu) se v čase postupně vyvíjejí a po určité době je obtížné si představit jedno bez druhého. Sémantické procesy jsou zdrojem významů a ovlivňují chování, což spoluovlivňuje procesy tělesné, neboli jak von Schlippe (2001, str. 256) píše, „jakmile začneme něco popisovat, vždy zároveň zasahujeme do procesů, které popisujeme“.

V této souvislosti jsou stále podnětné práce Lakoffa a Johnsona (1980) o významu metafory v jazyce pro lidské chápání světa a jednání. Tito autoři na mnoha příkladech popsali, jak metafory prostupující každodenní jazyk pomáhají různé aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat. Některé aspekty skutečnosti používané metafory zvýrazňují a jiné naopak zakrývají. Zároveň se pak stávají průvodcem pro budoucí činnost. Daná metafora může (a nemusí) být jediným způsobem, jak právě určité aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat (Lakoff, Johnson, 1980). Podobně každý termín implikuje určitý pohled nebo perspektivu na svět a danou problematiku. Zároveň je tato perspektiva omezením našeho pohledu a porozumění. Další možné výklady a z nich vyplývající postupy nás jednoduše nemusí napadnout, zvláště pokud nekorespondují s námi preferovaným pohledem na věc. Co to znamená

pro klinickou praxi? Například nazveme-li pacientovo trápení termínem depresivní porucha, implicitně tím sdělujeme, že jde o nemoc a že jediným legitimním způsobem léčby je antidepressivní medikace předepsaná specialistou. Ta je v mnoha případech vhodným léčebným postupem a bylo by chybou popírat její efekt nejen v případě afektivních poruch. Užitečnost novějších generací antidepressiv (SSRI, IV. generace) je zřejmá nejen v mnoha studiích, ale především v každodenní praxi, byť některé studie ukazují, že terapeutický vztah s psychiatrem a jeho působení ovlivňuje výsledek léčby více než samotná medikace (McKay, Imel, Wampold, 2006). Vzhledem k dominantní pozornosti věnované biologické rovině duševních nemocí a farmakologické léčbě a v současné psychiatrii nadměrné používání termínu deprese společně s masivní kampaní většinou nezahrnuje možnost či vhodnost jiného než farmakologického postupu. Přitom existují výzkumy poukazující na účinnost různých psychotherapeutických přístupů (např. interpersonální, kognitivní, experienciální, systematická párová terapie). Stejně tak další výzkumy dokládají, že nejúčinnější je právě kombinace farmakoterapie a psychotherapie. Podle některých zahraničních kritiků z řad samotných psychiatrů potlačuje jiné přístupy především současná hegemonie biologické psychiatrie, jež je založená na předpokladu, že psychiatrické problémy lze konceptualizovat jako samostatné entity vyskytující se u jedinců a lze je definovat nezávisle na sociálním kontextu. Jiné přístupy zdůrazňující psychologickou a sociální rovinu duševní nemoci jsou odsunuty na okraj zájmu akademické psychiatrie (Moncrieff, 2003). Komplexní léčba zahrnující psychotherapeutický či komplexnější přístup založený na týmové spolupráci bývá v důsledku těchto okolností hůře dostupná a důvodem není jen nedostatek finančních prostředků. Platí to dvojnásob pro skupinu pacientů, jejichž potíže nejsou snadno vysvětlitelné a zařaditelné v rámci současné klasifikace nemocí (např. tzv. psychosomatické potíže).

## PSYCHOTERAPIE V OPTICE SOCIÁLNÍHO KONSTRUKCIONISMU

Psychotherapeuti a rodinní terapeuti hlásí se k teorii sociálního konstrukcionismu sdílejí důraz na sociální a kulturní kontext ovlivňující lidskou zkušenost a prožívání, a také důraz na jazyk jako hlavní prostředek konstituování lidské reality. Nezaměřují se na údajné „vnitřní“ psychologické procesy. Nepátrají po pudových silách či nevědomých tématech uložených v hlubinách psyché, ani se nepokoušejí o dosažení změny nápravou a rekonstrukcí kognitivních map. Zaměřují se na dění v kultuře či komunitě, jíž je jedinec součástí, a zejména na vztah mezi jedincem vyhledávajícím terapii a danou kulturou či komunitou. Jsou to sociální a kulturní vlivy a normy, co ovlivňuje a prostupuje myšlenky, interakce a identity lidí (Payne, 2006). Z pohledu sociálního konstrukcionismu nelze hovořit o jednoznačně oddělených, nezávislých psychických procesech, neboť vždy jsou tyto procesy součástí nějakých vztahů a také kulturního prostředí. Jedinec je chápán jako sociální bytost, která v průběhu života neustále vytváří svou identitu v interakcích s ostatními lidmi, v kontextu složitého, fragmentovaného a rychleji se proměňujícího světa. Na tento proces působí řada vlivů – představitelé sociálního konstrukcionismu zdůrazňují především vliv dominantních společenských diskurzů. Člověk totiž nepřináší do terapeutické místnosti jen svou osobní zkušenost, svůj individuální příběh, ale taktéž dobová či společensky významná témata, která se v individuálním, často problematickém příběhu, odrážejí (gender otázky – role muže a ženy ve vztahu a společnosti, různé odlišnosti od obecně přijatých norem, lidská práva, životní hodnoty apod.). Z perspektivy sociálního konstrukcionismu lze psychotherapii považovat za kulturní fenomén (*cultural arena*), jež mohou lidé, kteří zažívají ve svém životě obtíže či dilemata, využít ke konstruování a rekonstruování vlastní identity, rekonstrukci sociálních vztahů

anebo znovuoobnovení zapojení do nich, a také k posílení vlastních možností zvládání (McLeod, 2004).

Sociálně konstrukcionistické myšlení od konce 20. století významně ovlivnilo především rodinnou terapii a systemickou praxi. V současnosti je za systemickou terapii považována jakákoli psychoterapie, která „nahlíží chování a psychické projevy v kontextu sociálních systémů...“, soustředí pozornost na interpersonální interakce, vzájemná očekávání, sociální konstrukci reality a rekurzivní povahu kauzality mezi symptomy a interakcemi...“ (von Sydow, 2009). Bylo by tedy na místě současné systemické pojetí zařadit do skupiny tzv. post-psychologických terapií, kam McLeod (2004) řadí ekologický přístup Williho (1999) a narativní terapii (White, Epston, 1990; Parry, Doan, 1994; Freedman, Coombs, 1996). To samé by mohlo platit o dialogických (Seikkula, Arnkill, 2006) a spolupracujících přístupech v psychoterapii (*collaborative approaches*; Anderson, 2009; Anderson, Gehart, 2006). Psychoterapeutické přístupy zařazené nebo potenciálně zařaditelné do „škatulky“ post-psychologických terapií spojuje pozornost primárně soustředěná na vzájemný vztah člověka a společnosti a utvářená v jazyce, dialogu a jednání. Je to právě problematický vztah člověka se společností, respektive určitou kulturou, co stojí v pozadí prezentovaných potíží u psychoterapeuta (McLeod, 2004). Z tohoto pohledu nemůže jít o prostou změnu psychických fenoménů v relativně bezpečném prostředí terapeutické místnosti, ale o širší kontext. Klient či pacient se totiž po sezení vrací do „vnějšího“ světa, v němž se ani zdaleka nesetkává výhradně s empatickým porozuměním, respektem a dalšími podpůrnými fenomény, které v tom lepším případě zažívá ve vztahu s terapeutem. Současný svět je totiž nadále světem nesmířitelných konfliktů, diskurzu polarizace a různých forem útlaku a diskriminace. Popularitu Michaela Whitea, jednoho z iniciátorů narativního obratu v psychoterapii, lze vy-

světlit mimo jiné právě tím, že si těchto problematických fenoménů kriticky všiml a snažil se je ve svém pojetí terapie zohlednit. Právě v narativní komunitě se o sociálním kontextu potíží klienta a přiměřeně odpovědi psychoterapeuta diskutovalo a diskutuje, nicméně ani dnes nelze jednoduše odpovědět na otázku, nakolik má být terapeut „pouhým“ odborníkem na „léčivou“ konverzaci nebo společenským aktivistou (Monk, 2003).

Sociální konstrukcionismus není radikálním pokusem o destrukci stávajícího poznání a existujících tradic. Svou užitečnost prokazuje především jako meta-pozice nutná k reflexi lidského počínání, jako snaha o rozšíření možností, které jsou k dispozici a zároveň k upozornění na limity dosavadních tradic a dostupných forem poznání. Podrobnou analýzu způsobu „konstruování“ poznání v psychoterapii nabízí například Slife (2004), profesor na *Brigham Young University* v Utahu<sup>1</sup>. Upozorňuje na nedostatečnou reflexi základních předpokladů současného výzkumu a praxe psychoterapie a kritizuje aktuální trend, kdy „ekonomický a medicínský ocas vrtí psychoterapeutický psem“ (Slife, 2004, s. 44). Dominantní trend v psychoterapii, v němž stále více převažuje medicínský model výzkumu i klinické praxe (design podobný zkoumání farmak, manualizované techniky, standardizované diagnózy apod.), podle Slifea plyne z nedostatečně uvědomovaných předpokladů filozofie tzv. naturalismu. Podle této filozofie veškeré přírodní fenomény včetně procesů našeho těla, chování a mysli řídí tzv. přírodní zákony, které objektivně existují a jsou také poznatelné. Základními pilíři naturalismu jsou: a) objektivismus – víra v možné dosažení objektivitu v procesu zkoumání; b) materialismus – větší hodnota a význam je přisuzován hmotným entitám; c) hedonis-

<sup>1</sup>Na této univerzitě působí další přední současní výzkumníci psychoterapie, např. Michael Lambert, autor dotazníku OQ-45 a hlavní proponent kvantitativního zkoumání výsledku, resp. účinnosti, psychoterapie.

mus – potěšení, požitek, pocit štěstí a vlastní prospěch jako základy dobrého života; d) atomismus – svět se skládá z různých „samostatných“ částic (*self-contained*) s určitými charakteristickými vlastnostmi a kvalitami; e) universalismus – přesvědčení, že existují univerzální, „přírodní/přirozené“ fenomény napříč časoprostorem. Slife (2004) tyto pilíře radikálně nezavrhuje, ale důkladně analyzuje důsledky jejich aplikace v procesu poznání a v psychotherapeutickém výzkumu i praxi včetně jejich omezení (např. mizející pluralita v současné psychoterapii jako následek příklonu oboru k přírodním vědám a medicíně). Důslednější uvědomění si výchozích předpokladů je nutné k tomu, aby zůstaly „pouhými“ možnými úhly pohledu (a možnými organizujícími principy v klinické praxi a výzkumu) a nikoli rigidními, nezpochybnitelnými „pravdami“.

I když se Slife (2004) k teorii sociálního konstrukcionismu nehlásí, jeho pojednání s některými východisky tohoto filozofického směru koresponduje. Především jde o jeden z přibývajících velmi cenných příspěvků do diskuse nad dalším směřováním a podobou psychoterapie – etablované a velmi rozvinuté oblasti poznání, jejímž posláním by nemělo být jen uspokojení ideologických, institucionálních či ekonomických požadavků, ale především nabízení kvalifikované pomoci lidem s ohledem na jejich potřeby a rozmanité obtíže. Například význam plurality v praxi i výzkumu vyzdvihují různí psychotherapeuti (Evans, 2009; McLeod, Cooper, 2007) a její potřebnost hájí i Gergen (2006, s. 53), který tvrdí, že „...existence mnoha terapeutických škol není příznakem rozpaků či neznalosti, nebo snad indicie předvědeckého statutu našeho oboru. Vzhledem k nesmírné proměnlivosti a variabilitám v kultuře (a její historii), z níž klienti přicházejí, musíme přestat uvažovat v termínech „mistrovské konverzace“ vhodné pro všechny...“

#### ZÁVĚR:

Můžeme souhlasit s Dallosem a Draperovou (2006), že sociální konstrukcionismus je důležitou metapozicí umožňující kriticky nahlížet, jak se psychotherapeutické teorie vyvíjejí a jak jsou konstruovány a využívány v praxi. Ale budeme-li důslední, pak i pohled sociálních konstrukcionistů lze považovat za důležitou konstrukci, která má své limity. Na ty poukázali mimo jiné někteří rodinní terapeuti. Problémy a potíže, pro něž vyhledávají lidé psychotherapeuta, jsou zejména pro ně něčím víc než sociální konstrukcí. Je třeba rozlišovat mezi realitou (*reality*), tak jak o ní hovoří sociální konstrukcionisté, a realností (*realness*), která v mnoha případech znamená tělesné prožitky a bolest, nepříznivé a obtížně změnitelné životní podmínky (Flaskas, 2002). I když je pohled sociálního konstrukcionismu užitečný pro porozumění procesu poznání nejen v psychotherapii, jeho důsledné zachování není tak jednoduché. Protože jsme součástí historie a kultury, není snadné vidět různé fenomény jako konstruované, mnohostranné a mnohohlasé sociální svět, neboť jak píše Marková (2007, s. 15), „lidské tradice, často vedené politickými a teritoriálními zájmy, omezují naše myšlenky svěrací kazajkou úzce vymezených disciplin, což nám znemožňuje vidět sociální fenomény z různých perspektiv a v mnohovrstevnatých skutečnostech, jichž jsou součástí.“ O to více je reflektující meta-pozice jakou nabízí sociální konstrukcionismus potřebná, neboť psychotherapie není, respektive by neměla být, jen mechanickým nástrojem ke změně člověka. Má také svůj obecně lidský a etický rozměr týkající se mimo jiné vztahu člověka a společnosti. Není snad troufalé tvrdit, že v dnešním rozporuplném a rychle se měnícím světě s mizejícími či proměnlivými orientačními body je etický rozměr rozmanitých lidských aktivit včetně psychotherapie to poslední, co si můžeme dovolit postrádat.

## LITERATURA:

- Andersen, T. (1993). Reflections on Reflecting with Families. In: McNamee, S., Gergen, J. K.: *Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications, s.54-69.
- Andersen, T.(1995). Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming: You Can Borrow My Eyes But You Must Not Take Them Away From Me! In Friedman, S. (ed.): *The Reflecting Team in Action; Collaborative Practice in Family Therapy*. New York: The Guilford Press, s.11-37.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that make a Difference*. Hove: Routledge Publications.
- Anderson, H., Gergen, K., Hoffman, L. (1996). Is Diagnosis a Disaster? A Constructionist Dialogue. In Kaslow, F.W.: *The Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: Wiley and Sons, s. 102-118.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1993). The Client is the Expert; a Not-Knowing Approach to Therapy. In: McNamee, S., Gergen, J. K.: *Therapy as Social Construction*. New York: Sage Publication., s. 25-39
- Asen, E., Jones, E. (2000). *Systemic Couple Therapy and Depression*. London: Karnac Books.
- Berger, L.P., Luckman, T. (2001). *Sociální konstrukce reality; Pojednání o sociologii věděni*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Cooper, M., McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*. 7(3): s.135-143.
- Čermák, I. (2004). Narativní terapie: mnohohlasý chór. In: Miovský, M., Čermák, I., Řehan, V. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. Olomouc: Nakladatelství Uni verzity Palackého. s. 33-48.
- Dallos, R., Draper, R. (2007). *An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice*. Berkshire: Open University Press. 2nd Edition.
- Evans, R. K. (2009). Praxe založená na důkazech nebo důkazy podložené praxí: integrativní perspektiva ve výzkumu psychoterapie. *Psychoterapie*.3:2, s. 95-107.
- Foster, J. L. H. (2007). *Journeys through mental illness; Clients experiences and understandings of mental distress*. Basingstoke: Palgrave Publications.
- Freedman, J., Coombs, G. (1996). *Narrative therapy; Social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton.
- Gergen, J. K. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist* 40, s. 266-275.
- Gergen, J. K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage Publications.
- Gergen, J. K. (2006). *Therapeutic Realities, Collaboration, Oppression and Relational Flow*. Chargrin Falls: Taos Institute Publishing.
- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie; systematické a narativní přístupy; 2. upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Hoffman, L. (1993) A reflexive stance for family therapy. In McNamee, S., Gergen, K. J. *Therapy as social construction*. New York: Sage Publications. str. 7-24
- Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Liessmann, K., Zenaty, G. (1994). *O myšlení; úvod do filozofie*. Olomouc: Votobia.
- Maddux, E. J. (2002) Stopping the „Madness“: Positive Psychology and the Deconstruction of the Illness Ideology and the DSM. In: Snyder, C. R., Lopez, S. J.: *The Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press, s.13-25.
- Marková, I. (2007). *Dialogičnost a sociální reprezentace*. Praha: Akademia
- McCarry, N., Partridge, K. (2007). Systemic Practice and Psychosis; Diversity and Inclusion. *Context; The Magazine for Family Therapy and Systemic Practice* 93.
- McKay, K. M., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist's effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, s. 287-290.
- McLeod, J. (2004). Social Construction, Narrative, and Psychotherapy. In: Angus, L., McLeod, J. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. New York: Sage Publications.
- McNamee, S., Gergen, K. J. (1993). *Therapy as social construction*. New York: Sage Publications.

- McNamee, S., Gergen, K. J. (1999). *Relational Responsibility; Resources for Sustainable Dialogue*. New York: Sage Publications.
- Moncrieff, J. (2003). Is psychiatry for sale? *Maudsley Discussion Paper No.13*. London: Maudsley Publications.
- Monk, G., Gehart, D. (2003). Sociopolitical Activist or Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and Collaborative Therapies. *Family Process*. Vol.42:1, str.19-30.
- Mosher, L. Read, J., Bentall, R. (2004). *Models of Madness; Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Hove: Routledge Publications.
- Parker, I. (1999). *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy; an introduction for counsellors*. 2nd ed., London: Sage Publications.
- Seikkula, J., Arnkill, E. T. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac Books.
- Shotter, J., Katz, M. A. (1999). Creating Relational Realities; Responding to „Poetic“ Movements and Moments. In: McNamee, S., Gergen, K. J.: *Relational Responsibility; Resources for Sustainable Dialogue*. New York: Sage Publications, s. 151-162.
- Skorunka, D. (2002). Východiska sociální opory poskytované rodinám a dospívajícím v národné životní situaci. In J. Mareš a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, s. 136-144.
- Skorunka, D. (2010) Narativita a psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. *Současná psychoterapie* (v tisku).
- Slife, B. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. In M.J.Lambert (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 5th Ed. New York: Wiley and Sons.s. 44-83.
- Stainton R. W. (2003). *Social Psychology; Experimental and Critical Approaches*. Berkshire: Open University Press.
- Tomm, K. (1990). A Critique of the DSM. *Dulwich Centre Newsletter Pty Ltd* 3, s. 5-8.
- Van Deurzen, E. (2002). *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage Publications.
- Van Praag, H. M. (2002). Why has the antidepressants era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis* 23, s.77-82.
- Vybíral, Z. (2006). *Psychologie jinak; soudobá kritická psychologie*. Brno: Academia.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W.Norton.
- Willi, J. (1999). *Ecological psychotherapy: developing by shaping the personal niche*. Seattle: Hogrefe&Huber.

Došlo do redakce: 2. 9. 2009. K publikaci přijat 16. 9. 2009.

## KULTURNÍ DIMENZE V PROCESU PSYCHOTERAPIE

Petra Holcnerová (Vondráčková), Hana Váchová

### ABSTRAKT

Text je úvodem do tzv. kulturní psychoterapie, která obohacuje teorii psychoterapeutické práce s klienty z odlišného kulturního zázemí o kulturní dimenzi. Seznamuje s vybranými faktory, jakými jsou sociokulturní zázemí klienta, proces akulturace, jazyk a neverbální komunikace, a také s tím, jakým způsobem tyto faktory vstupují do samotného psychoterapeutického procesu. Ke každé kapitole jsou na závěr uvedeny kazuistické zlomky, na kterých jsou jednotlivé faktory v procesu psychoterapie ilustrovány.

*Klíčová slova:* psychoterapie, kultura, akulturace, jazyk, neverbální komunikace

### ABSTRACT

#### **Cultural dimension in the process of psychotherapy**

Text is an introduction to cultural psychotherapy, which extends the psychotherapeutic work with clients from culturally different background with cultural dimension. It presents selected factors – socio-cultural background of the client, process of acculturation, language and nonverbal



communication – and deals how these affect the psychotherapeutic process. At the end of each chapter short case studies are enclosed, which illustrate how these factors influence the process of psychotherapy.

*Key words:* psychotherapy, culture, acculturation, language, nonverbal communication

## ÚVOD

Do České republiky proudí stále více cizinců, a proto se díky tomuto trendu můžeme v psychosociálních službách stále častěji setkat s osobami z odlišného kulturního prostředí. Práce s touto skupinou má svá specifika a odborníci během poskytování psychologické péče těmto klientům opakovaně narážejí na různá úskalí. V textu bychom se právě těmto specifickým chtěli věnovat a nastínit tak základní teoretické aspekty dané problematiky.

## KULTURNĚ RELEVANTNÍ PSYCHOTERAPIE

Současná psychotherapeutická teorie i praxe stále častěji poukazuje na skutečnost, že v procesu psychotherapie je nutné zohledňovat tzv. kulturní dimenzi. Pozornost je věnována především kulturním faktorům, které ovlivňují proces psychotherapie, a kulturnímu přizpůsobení ze strany terapeuta, jež je potřebné k poskytnutí efektivní psychotherapie pro klienty z odlišného kulturního zázemí (Tseng, 1999).

Ačkoliv většina směrů současné psychotherapie byla doposud považována za univerzálně aplikovatelné techniky a teorie, podrobné zkoumání odhaluje, že žádná psychologická terapie není imunní vůči kulturním vlivům (Tseng, 2001; Seeley, 2006). Dokonce lze říci, že v podstatě jakákoliv forma psychotherapie je více nebo méně pod vlivem kultury. Například většina přístupů užívaných v běžné praxi euroamerických psychotherapeutů je silně podbarvena filosofickými koncepty nebo hodnotovými systémy, které reprezentují bílí muži ze střední třídy (Casas et al., 2002). Aplikování

těchto přístupů bez zohlednění kulturního zázemí klienta může negativně ovlivňovat psychotherapeutický proces a v některých případech vést dokonce k předčasnému ukončení léčby, které je právě u klientů z odlišného kulturního zázemí velmi častým fenoménem (Tseng, 2001; Seeley, 2006).

Na základě výše uvedených skutečností se v USA, kde mají s multikulturní společností velké zkušenosti, začala v 60. letech minulého století formovat tzv. kulturní psychotherapie (kulturně relevantní psychotherapie, kulturně senzitivní psychotherapie nebo transkulturní psychotherapie), která je zaměřená především na specifika psychotherapeutické práce s klienty z odlišného kulturního prostředí (Prochaska & Norcross, 1999; Lo & Fung, 2003; Seeley, 2006). Jejím základním východiskem je předpoklad, že terapeutovi pracujícímu s těmito klienty by neměla chybět tzv. (multi)kulturní kompetence, která se skládá ze tří základních dimenzí:

**(a) uvědomění si vlastních kulturně naučených přesvědčení**, např. o sobě, světě či lidech z ostatních kultur;

**(b) znalosti týkající se kultury klientů**, např. vzorce komunikace typické pro kulturu klienta, její hodnoty a zvyky, znalosti o kulturním šoku a procesu akulturace či znalosti o službách duševního zdraví a způsobu jejich poskytování klientům v zemi, odkud přicházejí;

**(c) dovednosti týkající se způsobu práce s tímto typem klientů**, např. umění navázat spolupráci s komunitou či organizacemi, které jsou v kontaktu s klienty z určité kultury, jazykové vybavení terapeuta či schopnost řešení problémů a rozhodování se v souladu s kulturou klienta (Pedersen, 2002).

## SOCIOKULTURNÍ ZÁZEMÍ KLIENTA

Užitečné oblasti znalostí jsou hodnoty, zvyky, rituály a přesvědčení, která jsou typická pro kulturu klienta obecně (Tseng, 1999). Porozumění klientově sociokulturnímu zázemí povede k tomu, že v terapii lze stanovovat cíle, které jsou pro klienta

přijatelné (Seeley, 2006). V tomto kontextu je důležité zacházet s obecnými znalostmi o kultuře klienta velmi citlivě a vnímat, kdy si terapeut může dovolit generalizovat (tedy propojit své vědomosti o kultuře s daným klientem) a kdy je naopak potřeba individualizovat a vyhnout se stereotypizování (Jim & Pistrang, 2007).

#### SOCIOKULTURNÍ NORMY A HODNOTY

V souvislosti s rozdíly mezi západní euroamerickou kulturou a kulturami pocházejícími z Asie, Jižní Ameriky a Afriky je často zmiňováno, že ve východních kulturách je kladen důraz na poslušnost, empatii a shovívavost, zatímco západní kultury se zaměřují na individualitu, autonomii, individuální rozhodování a odpovědnost (Carter & Rashidi, 2003). Při samotné psychotherapeutické práci s klienty je však třeba vycházet z těchto možných rozdílů spíše orientačně, než je vnímat jako obecně platné. Rozdílné sociokulturní normy a hodnoty klienta by se tedy měly promítnout do zvolených terapeutických cílů, jinak by např. terapeutická intervence zaměřená na posílení autonomie a nezávislosti na rodině mohla vést k předčasnému ukončení psychotherapie (Draguns, 2002). V Číně či v Indii je totiž za základní jednotku lidské společnosti považována rodina, nikoliv jedinec, a blaho rodiny je vždy nad blahem jedince (Straussner, 2003). Od dětí v asijských rodinách se očekává, že budou obětovat své osobní tužby a ambice ve prospěch rodiny. Vztahy mezi dospělými dětmi a jejich rodiči jsou velmi úzké, což může být lidmi z euroamerické kultury vnímáno jako závislé a nezdravé. Staří jsou považováni za zdroj moudrosti a s postupem let získávají větší respekt. Klienti pak mohou raději poslouchat rodiče a starší příbuzné než terapeuta samotného (Carter & Rashidi, 2003).

Dalším prvkem, který může mít vliv na průběh psychotherapie je úcta ke starším osobám a autoritám (typická pro většinu asijských kultur). V klasické psychotherapeutické si-

tuaci se tato skutečnost může projevit tím, že pro klienta bude obtížné zahájit terapeutická sezení a vést rozhovor, protože se dle kulturní tradice sluší při rozhovoru s autoritou odpovídat na otázky pouze krátkými odpověďmi. Bez znalosti kontextu mohou terapeuti tento jev interpretovat negativně jako nedostatek sebedůvěry, zatímco ve skutečnosti se jedná o projev respektu (Sue & Sue, 1977).

Pro imigranty pocházející z Číny je typická sebedisciplína, sebekontrola, sebekultivace a akceptování osudu, spíše než změna sociálního prostředí, která je typická pro euroamerickou kulturu (Yip, 2005). Tito klienti proto mohou odmítat psychotherapii a pomoc vyhledávají až v situaci, kdy se psychologické problémy zhorší natolik, že je velmi těžké s nimi žít.

#### KONCEPT DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Pro mnoho asijských společností je příznačný koncept jednoty těla a duše, ve kterém neexistuje jasné rozdělení mezi somatickými nemocemi a psychickými poruchami (Gong-Guy et al., 1991). V některých asijských komunitách se v tomto kontextu předpokládá, že duševní poruchy mají organický podklad a k jejich léčbě jsou vyhledávání především somatických lékařů (Leong & Lau, 2001).

S holistickým pojetím těla a duše se někdy spojuje také skutečnost, že u některých klientů z odlišného kulturního prostředí se lze setkat s fenoménem somatizace psychických problémů a s tendencí tyto problémy vyjadřovat v somatické terminologii. V asijských kulturách to může souviset s tím, že je přijatelnější problém komunikovat prostřednictvím těla, než jej vyjadřovat přímo verbálně, protože duševní poruchy jsou v komunitě spojovány se stigmatem. V čínské komunitě je duševní porucha vnímána například jako důsledek provinění rodiny, což má negativní vliv na život všech jejích členů (Gong-Guy et al., 1991; Tseng, 2004). Tato skutečnost se promítá i do jazyka – například arabština má nedostatek terminologie popi-

sující duševní stavy odlišné od somatických stavů (Erikson & Al-Timini, 2001). Johnson a Nadirshaw (1993) odůvodňují skutečnost vyšší míry somatizace tím, že pro klienty z Asie je typické jít s duševními problémy k lékaři, který očekává stížnosti na somatické symptomy spíše než na problémy psychické.

S konceptem duševní poruchy souvisí také obvyklé způsoby léčby duševní nemoci. Jak již bylo uvedeno výše, většina duševních poruch bývá léčena somatickými lékaři, v některých kulturách jsou však pro léčbu psychických problémů vyhledávání místní léčitelé jako jsou šamani či duchovní představitelé (Tseng, 1999). Profese psychoterapeuta a léčba psychoterapií jsou pro mnoho imigrantů z Asie, Afriky či Jižní Ameriky neznámé pojmy. Znájí pouze princip medicíny a psychoterapie je pro ně něco zcela nového. Případně svolení léčebného postupu pouze ve formě psychoterapie bez psychofarmak pak vnímají jako selhání léčby (Gong-Guy et al., 1991). V této souvislosti se doporučuje při první terapeutické hodině využít tzv. socializační interview (Timulák, 2005) a klienta podrobně seznámit s metodou psychoterapie a jejími principy. Zároveň je vhodné souběžně s psychoterapií využít farmakoterapii, která odpovídá somatickému pojetí duševní poruchy. Navíc se jedná o způsob léčby, který je těmto klientům určitým způsobem známý, a je tedy pro ně lépe akceptovatelný (Sue & Zane, 1987).

Odlišné koncepty duševní nemoci tedy ovlivňují jednak očekávání klienta od psychoterapie a psychoterapeuta a zároveň mají významný vliv na samotný průběh psychoterapie. Například v islámské kultuře je terapeut považován za moudrého muže a léčitele, který pracuje s požehnáním Aláha. Tento obraz pak vede k očekávání, že terapeut by měl uhádnout problém a znát na něj odpověď. V případě, že terapeut začne při léčbě uplatňovat „západní“ koncept spolupráce, bude se klient ptát, jaká je role terapeuta, pokud se on může uzdravit sám (West, 1987). V kulturách, kde je autorita zvýrazněna (např. asijské národy) bude klient

od terapeuta očekávat autoritativní přístup. Tito klienti se nebudou cítit dobře v terapii, kde terapeut respektuje jejich autonomii a dává jim dostatečný prostor. Naopak v kulturách, kde je důležitá rovnost, bude klient očekávat rovný, demokratický přístup terapeuta (Tseng, 2004). V čínské kultuře je duševní porucha léčena pevnou vůlí a vyhnutím se chorobným myšlenkám. Z tohoto důvodu je léčba prostřednictvím psychoterapie zaměřená na prozkoumání emočních obsahů pro mnoho asijských klientů nepřijatelná (Leong & Lau, 2001; Yip, 2005).

Potřebu respektovat v rámci psychoterapie kulturní hodnoty a normy klienta lze ukázat na příkladě Marie z Kyrgyzstánu, která jedno období věnovala velkou část terapeutických sezeních aktuální situaci doma poté, co se k nim do bytu nečekaně nastěhoval bratr manžela. Podle zvyků v jejich zemi se Marie musela starat i o bratra, se kterým nevycházela a který se k ní podle jejích slov choval přehlíživě. Zároveň mu však žádné výhrady k jeho chování nemohla přímo sdělit, protože otevřená komunikace mezi manželkou a rodinou manžela se považuje v jejich kultuře za nepatřičnou. S Marií jsme tedy pracovali na tom, aby si v této situaci našla své místo a zároveň neporušila zásadním způsobem normy chování dané její kulturou.

#### PROCES AKULTURACE A KULTURNÍ ŠOK

Jeden z faktorů, o kterém se předpokládá, že je významně spojen s užíváním psychotherapeutických služeb imigranty, je koncept kulturního šoku a proces akulturace (Winkelman, 1994; Atkinson et al., 1995).

Akulturace je definována jako proces sociálních a kulturních změn, ke kterým dochází na základě kontaktu různých kultur. Proces akulturace nastává v okamžiku, kdy jedinec z určitého kulturního zázemí vstoupí do jiné kultury. Na počátku akulturace stojí obvykle kulturní šok (Berry, 1997). Ten bývá popisován jako pocity napětí a úzkosti pramenící z kontaktu s novou kulturou a současně

jako pocity ztráty, zmatení a neschopnosti související se změnou přivkyklých sociálních rolí a kognitivních podnětů. U některých predisponovaných jedinců se může situace kulturního šoku podílet na vzniku či relapsu duševní poruchy (Winkelman, 1994).

Oberg (In Draguns, 2002) jako první popsal 4 fáze kulturního šoku, jejichž křivka přizpůsobení má tvar písmene U. Nejprve se u člověka v první fázi objevuje (a) **idealizace a nadšení z kultury**, které postupně přecházejí v (b) **krizi**, jež je z hlediska objevení se duševních poruch nejrizikovější. Po fázi krize nastává fáze (c) **adaptace**, po které následuje (d) **akulturace**.

V rámci následujícího procesu akulturace Berry (1997) charakterizuje čtyři základní akulturační strategie, jejichž prostřednictvím se člověk vyrovnává s novou kulturou:

(a) **asimilace** (jednostranná adaptace na nové kulturní prostředí, tedy přijmutí zcela nové identity),

(b) **separace** (jednostranné udržení si původní kulturní identity a vyhýbání se kontaktu s majoritní společností),

(c) **integrace** (udržení si vlastního kulturního dědictví a zároveň i kontaktů s majoritní společností) a

(d) **marginalizace** (odmítnutí obou kultur a tedy nevyhledávání kontaktů s vlastní kulturní komunitou ani s majoritní společností).

Výzkumy ukázaly, že nejvýhodnější akulturační strategie pro duševní zdraví je integrace a naopak zvolení marginalizační strategie je ve vztahu k duševnímu zdraví nejrizikovější (Berry, 2001).

#### PROCES AKULTURACE VE VZTAHU K PSYCHOTERAPIÍ

Stupeň akulturace ovlivňuje, zda klient vyhledá psychologickou službu. Zároveň se také odráží v samotném psychotherapeutickém procesu (Loo et al., 1989). Publikované studie zaměřené na vztah mezi stupněm akulturace a vyhledáním služeb duševního zdraví opakovaně potvrzují, že osoby s vyš-

ším stupněm akulturace častěji vyhledávají psychologickou pomoc oproti osobám méně akulturovaným (Ying & Miller, 1992; Zhang & Dixon, 2003).

Proces akulturace, který se projevuje například přijetím hodnot nové kultury, které jsou současně v rozporu s hodnotami vlastní kultury, může vést ke kulturnímu konfliktu a být zdrojem stresu. U některých osob může vést k emocionálním potížím, problémům v chování a někdy i k objevení se či k relapsu duševní poruchy (Straussner, 2003; Leong & Lee, 2006).

Během psychotherapeutického procesu s imigranty je dobré zaměřit se na akulturační proces především v situaci, ve které vede k inkongruenci v kulturní identitě a ke stresu. Nejčastěji se stupeň akulturace zjišťuje přes osvojení jazyka, chování, hodnot, postojů nové kultury a míry, do jaké je klient s novou kulturou identifikován (Valdez, 2000).

V souvislosti s procesem akulturace je nutno podotknout, že existují rozdíly v rychlosti tohoto procesu, a to jak mezi jednotlivými generacemi, tak mezi pohlavími. Obecně se udává, že děti a ženy si na novou kulturu zvykají rychleji, což pak bývá zdrojem konfliktů v rodině. Opakovaně byly popisovány případy asijských imigrantů, jejichž děti, které si přivkykly na americkou kulturu a otevřeně vyjadřování emocí, pak vnímaly klasické distingované chování svých čínských rodičů jako projev nelásky. V literatuře jsou často uváděny případy žen, kdy si žena z tradiční čínské patriarchální kultury zvykne na větší autonomii v západní kultuře, což má pak za následek konfliktní manželské vztahy (Berry, 2001; Ting-Fun, 2003).

Vliv odlišného stupně akulturace v rodině lze ilustrovat na případě 16leté Oxany z Kyrgyzstánu, která vyhledala psychotherapeutickou pomoc kvůli konfliktům s matkou. Matka Oxaně opakovaně vyčítala, že místo toho, aby byla doma a pomáhala jí, je často s českými kamarádkami venku a domů se vrací večer. Poslední kapkou do číše její trpělivosti bylo, když Oxana začala v 16

letech chodit s přítelem. Situace v jejich rodině vyescalovala až do takové míry, že matka začala mluvit o tom, že bude lepší, když Oxana odejde z domova.

#### JAZYK A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Jazyková bariéra a obecně kulturou navené odlišnosti v komunikaci se často uvádějí jako jeden ze základních faktorů, které ovlivňují terapeutický proces, zejména pak vytvoření dobrého terapeutického vztahu. Nedorozumění, která vyvstávají z kulturních rozdílností v komunikaci, mohou vést k odcizení a/nebo k neschopnosti vytvořit v terapeutickém vztahu důvěru a případně mohou vyústit až k předčasnému ukončení terapie (Sue & Sue, 1977; Seeley, 2006).

#### JAZYK V PSYCHOTERAPII

Na průběh psychotherapeutického procesu má vliv, v jakém jazyce psychoterapie probíhá: zda v primárním (rodném) nebo sekundárním (naučeném později v průběhu života), a to jak psychoterapeuta, tak klienta (Kitron, 1992).

Skutečnost, že klient mluví sekundárně naučeným jazykem, je spojena s některými specifiky. Obecně se mluví o tom, že vyjadřování se v sekundárním jazyce s sebou přináší komplikace při vyjádření emocí (Seeley, 2006). Tento fakt se vysvětluje tím, že se klient musí zaměřit na překládání svých myšlenek, a tím do pozadí ustoupí emoční složka, včetně neverbální komunikace (Marcos, 1976). Psychoanalyticky orientovaní autoři tvrdí, že člověku jsou vzpomínky z dětství k dispozici právě v jazyce, v jakém se vytvořily (tedy v primárním jazyce). Když klient absolvuje psychoterapii v sekundárním jazyce, má to negativní vliv na vybavení si těchto raných zážitků, a tedy potencionální vyřešení s nimi spojených intrapsychických konfliktů (Kitron, 1992; Javier, 1995). Tento jev potvrzuje výsledek předchozích výzkumů, že někteří klienti si raději zvolí psychoterapii v sekundárním jazyce, aby se vyhnuli prožití intenzivních

primárních emocí a konfliktů (Seeley, 2006). Skutečnost použití sekundárního jazyka v psychoterapii může však mít pozitivní vliv na mluvení o traumatických vzpomínkách, které díky nižší emotivitě v sekundárním jazyce mohou být méně ohrožující, než kdyby byla terapie vedena v jazyce rodném (Rogler, 1993).

#### NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Zároveň s jazykem vstupuje do psychotherapeutického procesu také neverbální komunikace, která má v jednotlivých zemích svá specifika, a je nutné brát tuto skutečnost v potaz (např. variabilita velikosti a významu meziosobního prostoru, význam očního kontaktu či ticha v komunikaci) (Sue & Sue, 1977; Tseng, 2001).

Vliv jazyka na proces psychoterapie lze ilustrovat na příkladu 40leté dcery českých emigrantů, Barbary z Austrálie. Barbara navštěvovala po dobu dvou let multikulturní skupinu především kvůli pocitům vykořeněnosti, osamělosti a nedostatečnosti sociálních vztahů. Během skupinových sezení si vždy vyžádala překlad a i po dvou letech odmítala komunikovat v češtině. Tímto chováním se izolovala od ostatních členů skupiny. Když byla tato skutečnost na skupině tematizovaná, začala Barbara mluvit o pocitech vykořeněnosti a o tom, že ani po dvou letech nenacházela v Čechách domov. V zápětí si uvědomila, že svým odporem ke komunikaci v češtině, vyjadřovala neochotu přijmout novou kulturu, za kterou byla obava z její opětovné ztráty.

#### ZÁVĚR

Kulturně relevantní psychoterapie by měla zahrnovat management kulturních vlivů na třech základních úrovních: úrovni terapeuta, úrovni znalostí o kultuře klientů a úrovni dovedností. Úroveň terapeuta spočívá především v uvědomění si vlastních kulturně naučených přesvědčení. Ke znalostem o kultuře klientů patří porozumění tomu, jaký vliv má jejich sociokulturní zázemí, stupeň akulturace, používaný jazyk a neverbální komunikace na proces psychoterapa-

pie a jejich současnou psychopatologií. Znalosti o kultuře klienta se pak promítají i do úrovně samotných dovedností využívaných v procesu psychoterapie.

Terapeutické intervence založené na znalosti kultury mohou být dobrým vodítkem v exploraaci klientova světa, zároveň je však nutné mít na paměti, že by se samotnou znalostí kultury nemělo být zacházeno jako s konečnou, ale jako s výchozím bodem pro zkoumání klientova kulturního formování a identity.

### POUŽITÁ LITERATURA

- Atkinson, D. R., Lowe, S. M., & Matthews, L. (1995). Asian-American acculturation, gender, and willingness to seek counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 23, s. 130-138.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review* 46 (1), s. 5-68.
- Berry, J. W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues* 57 (3), s. 615-631.
- Carter, D., Rashidi, A. (2003). Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness. *Health Care for Women International* 24 (5), s. 399-713.
- Casas, J. M., Vasquez, M. J. T., Esparza, C. A. R. (2002). Counseling the Latina/o: A Guiding Framework for a Diverse Population. In: Pedersen, P. B., Dagnus, J. G., Lonner, W. J., Trimble, J. E. (Eds). *Counseling Across Cultures*. Thousand Oaks: Sage, s. 133-160.
- Draguns, J. G. (2002). Universal and Cultural Aspects of Counseling and Psychotherapy. In: Pedersen, P. B., Dagnus, J. G., Lonner, W. J., Trimble, J. E. (Eds). *Counseling Across Cultures*. Thousand Oaks: Sage, s. 29-50.
- Erickson, CH. D., Al-Timimi, N. R. (2001). Providing Mental Health Services to Arab Americans: Recommendations and Considerations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, (4), s. 308-327.
- Gong-Guy, E., Cravens, R. B., Patterson, T. E. (1991). Clinical Issues in Mental Health Service Delivery to Refugees. *American Psychologist* 46 (6), s. 642-648.
- Javier, R. A. (1995). Vicissitudes of autobiographical memories in a bilingual analysis. *Psychoanalytic Psychology* 12 (3), s. 429-438.
- Jim, J., Pistrang, N. (2007). Culture and the therapeutic relationship: Perspectives from Chinese clients. *Psychotherapy Research* 17 (4), s.461-473.
- Johnson, A. W., Nadirshaw, Z. (1993). Good practice in transcultural counselling: an Asian perspective. *British Journal of Guidance and Counselling* 21 (1), s. 20-29.
- Kitron, D. (1992). Transference and countertransference implications conducted in a foreign language. *Bulletin of the Menninger Clinic* 56, s. 232-245.
- Leong, F. T. L., Lau, A. S. L. (2001). Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Mental Health Services Research*, 3 (4), s. 201-214.
- Leong, F. T. L., Lee, S. H. (2006). A cultural accommodation model for cross-cultural psychotherapy: Illustrated with the case of Asian Americans. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (4), s. 410-423.
- Lo, H. T., Fung, K. P. (2003). Culturally competent psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 161-170.
- Loo, C., Tong, B., & True, R. (1989). A bitter bean: Mental health status and attitudes in Chinatown. *Journal of Community Psychology* 17, s. 283-296.
- Marcos, L. R. (1976). Bilinguals in psychotherapy: Language as an emotional barrier. *American Journal of Psychotherapy* 30, s. 552-560.
- Pedersen, P. B. (2002). Ethics, Competence, and other Professional Issues in Culture-Centred Counseling. In: Pedersen, P. B., Dagnus, J. G., Lonner, W. J., Trimble, J. E. (Eds). *Counseling Across Cultures*. Thousand Oaks: Sage, s. 3-28.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychotherapeutické systémy*. Praha: Grada.
- Rogler, L. H. (1993). Culturally Sensitizing Psychiatric Diagnosis: A Framework for Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 181 (7), s. 401-408.
- Seeley, K. (2006). *Cultural Psychotherapy: Working with Culture in the Clinical Encounter*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Straussner, S. L. A. (2003). Ethnocultural Issues in Substance Abuse Treatment. In Straussner, S. L. A. (Ed.). *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. New York: The Guilford Press, s. 3-28.
- Sue, D. W., Sue, D. (1977). Barriers to effective

- cross cultural counseling. *Journal of counseling psychology* 24 (5), s. 420-429.
- Sue, S., Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist* 42, s. 37-45.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Ting-Fun, M. L. (2003). Ethnocultural Background and Substance Abuse Treatment of Chinese American. In Straussner, S. L. A. (Ed.). *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. New York: The Guilford Press, s. 345-367.
- Tseng, W. S. (1999). Culture and Psychotherapy: Review and Practical Guidelines. *Transcultural Psychiatry* 36, s. 131–179.
- Tseng, W. S. (2001). Culture and Psychotherapy: Overview. In Tseng, W.S., Streltzer, J. (Eds). *Culture and psychotherapy. A Guide to clinical practice*. Washington DC: American psychiatric press, Inc.
- Tseng, W. S. (2004). Cultural Issues in Mental Health Services and Treatment. *Journal of Mental Health* 13 (2), s. 151–161.
- Valdez, J. N. (2000). Psychotherapy with bicultural Hispanic clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 37, s. 240-246.
- West, J. (1987). Psychotherapy in the eastern province of Saudi Arabia. *Psychotherapy* 24 (1), s. 105–107.
- Winkelman, M. (1994). Cultural Shock and Adaptation. *Journal of Counseling and Development* 73, s. 121-126.
- Yip, K. (2005). Chinese Concepts of Mental Health. *International Social Work* 48 (4), s. 391-407.
- Ying, Y. W., Miller, L. S. (1992). Help-seeking behavior and attitude of Chinese Americans regarding psychological problems. *American Journal of Community Psychology* 20 (4), s. 549-556.
- Zhang, N., Dixon, D. N. (2003). Acculturation and Attitudes of Asian International Students Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Multicultural Counseling & Development* 31 (3), s. 205-222.

#### O autorkách:

Petra Holcnerová (Vondráčková), Psychiatrická klinika I. LF a VFN, UK v Praze, Soukromá psychoterapeutická praxe, Praha  
Hana Váchová, sdružení Berkat

Tento text vznikl v rámci Rozvojového programu pro veřejné vysoké školy MŠMT „Vytvoření a stabilizace víceúčelového adiktologického preventivně-informačního a ambulatního provozu určeného pro studenty Univerzity Karlovy v Praze“.

Došlo do redakce: 13. 2. 2009, v revidovaném znění 9. 6. 2009, po druhé úpravě 8. 9. 2009. K publikaci přijat 8. 9. 2009.

## POTENCIÁLNĚ NEBEZPEČNÉ TERAPIE

Martina Palková

### ABSTRAKT

Autorka se v článku věnuje problematice potenciálně nebezpečných terapií. Zaměřuje se především na tzv. attachment therapy, pod kterou řadí různé klientovi škodlivé terapie (např. terapie objektivit, terapie znovuzrozením apod.). Autorka dále rozebírá tzv. poruchy citové vazby a jejich možnou léčbu zmíněnými typy terapií. Od počátku však upozorňuje na neblahé důsledky attachment therapy, zejména pro dětské klienty, na nedostatečné důkazy o účinnosti a na mylnou teoretickou spřízněnost s teorií citové vazby.

*Klíčová slova:* nebezpečná terapie, attachment therapy, citová vazba, Reactive Attachment Disorder

### ABSTRACT

The issues of potentially dangerous therapy are discussed in this article. The attachment therapy, other harmful therapies (e.g. holding therapy, rebirthing etc.) and attachment disorder as well as reactive attachment disorder are described in the article. Harmful consequences, mainly for children, and insufficient proofs of the attachment therapy are pointed out as well as false connection with attachment theory.

*Key words:* dangerous therapy, attachment therapy, attachment, Reactive Attachment Disorder

Postmoderní doba přinesla do oblasti psychoterapie velké změny. Relativně mladá disciplína odemkla své brány, má stále více nových přístupů, směrů, integruje se, mění a rozšiřuje – je živým organismem. Budoucí terapeut si může více méně svobodně vybrat z palety různých terapeutických škol a výcviků. O to důležitější je neztratit v tomto systému orientaci, kritický pohled a zodpo-

vědnost. V USA, kde je nabídka v oblasti psychoterapie nejširší, se klade silný důraz na výzkum týkající se efektivity různých terapeutických přístupů. Psychoterapie se na jedné straně „otevívá“, na druhé straně vznikají seznamy terapií, jejichž účinnost je doložena empirickým výzkumem, jsou popsány jejich společné rysy, které přispívají k pozitivní změně v terapii. Na druhé straně se však v poslední době ukazuje, že odborníci poněkud podcenili problematiku terapií, které mohou škodit a způsobit újmy na psychickém i fyzickém stavu klienta, ačkoliv jejich popularita vzrůstá. Existuje sice provizorní seznam potenciálně nebezpečných terapií, systematické monitorování těchto terapií a hlubší zkoumání jejich nepříznivých vlivů a společných rysů je stále na okraji zájmu.

Jedním z mála autorů, který se zabývá identifikováním potenciálně nebezpečných terapií (Potentially Harmful Therapies, PHT) je Scott Lilienfeld, tvůrce jejich provizorního seznamu. Popsal metodologické překážky, které stojí v cestě k jejich identifikaci (Lilienfeld, 2007) a na základě předchozího výzkumu popsal tři kritéria, která musí terapie splnit, aby mohla být zařazena do seznamu nebezpečných terapií:

1. Terapie má škodlivé psychologické či fyzické dopady na klienty, nebo na jiné osoby (např. příbuzní).
2. Škodlivé dopady jsou trvalé a nesouvisí s krátkodobým zhoršením symptomů během terapie.
3. Zjištění škodlivých dopadů je replikováno nezávislými výzkumnými týmy.

Pokud se chceme zabývat případy „nebezpečných terapií“ a jejich konkrétními rysy, je užitečné zmínit jednu z nejkontroverznějších terapií ze seznamu Lilienfelda, tzv. **attachment therapy** (dále jen AT). V USA již



roky vyvolává rozsáhlé debaty a budí zájem široké veřejnosti. Podle svých stoupců jde o empiricky podloženou a jedinou účinnou terapii narušené citové vazby. Navazuje prý na tradiční teorii Bowlbyho a Ainsworthové, má širokou základnu sympatizantů, podporuje ji mnoho spřátelených škol, institucí i jednotlivců. Za popularitou AT stojí řada snadno dostupných popularizačních článků a jiných materiálů, zejména na internetu, které dokazují její efektivitu. AT se těší poměrně velké oblibě i přes skutečnost, že v USA na její následky zemřelo několik dětí.

Nejhorší jméno v rámci AT terapií má tzv. „terapie objetím“ (*holding therapy*) a nátlakové (*coercive*), omezující (*restraining*) a averzní (*aversive*) techniky. Pojmenování těchto technik se často mění, známe je také jako „Holding time“, „Rebirthing therapy“, „Compression holding therapy“, „The Evergreen model“, „Rage-reduction therapy“, „Corrective therapy“ atd. (Chaffin, 2006). Na internetu mají však nejčastěji souhrnné označení „Attachment therapy“. Při bližším pohledu je přítomné patrné, že s Bowlbyho teorií má AT shodný pouze termín „attachment“ (citová vazba, vztah).

Za ideového otce směru se považuje Robert Zaslow, který v 70. letech dvacátého století popsal „terapii redukce vzteku“ (*rage-reduction therapy*). Ke zlomovému bodu v terapii (tzv. *Z-process*) dle autora dojde v okamžiku, kdy jsou narušeny, resp. zlomeny, obranné mechanismy klientovy. K tomu dochází pomocí restriktivních technik a metod, zejména pevným objetím. Zaslow věřil, že ventilace vzteku a bolesti a následná katarze může přispět k vyléčení narušené vazby (Mercer, 2003). Zaslow byl odsouzen na základě stížnosti klientky, která byla během deseti hodinové terapie vážně fyzicky a psychicky poškozena a traumatizována za účasti dalších deseti neregistrovaných a nelicencovaných asistentů. S AT je také spojováno jméno Marthy Welshové, která doporučila terapii pevným držením (nebo objetím) pro autistické děti,

kteří podle ní trpí narušenou citovou vazbou s matkou, nebo jinou blízkou pečující osobou (Welch, 1988).

#### ATTACHMENT THERAPY – CESTA K ZDRAVÉ CITOVÉ VAZBĚ?

AT je určena pro děti traumatizované, zanedbávané nebo deprivované z důvodů časně separace, opakované změny pečujících osob, časté hospitalizace, zneužívání, týrání, atd.<sup>1</sup> Vlivem nepříznivých podmínek v raném dětství vzniká narušené vztahování se a potlačený vztek k nejbližším pečujícím osobám.

Na základě teorie potlačeného vzteku byla popsána diagnosa AD (Attachment Disorder) a RAD (Reactive Attachment Disorder). U RAD jde dle DSM IV (1994) o narušenou citovou vazbu k blízkým osobám, která začíná před pátým rokem života. Vyznačuje se extrémní potřebou získávat podporu od každého dospělého nebo dítěte bez rozdílu nebo extrémním odmítáním podpory, péče a lásky od blízkých dospělých. Organizace pro profesionály a rodiny spojené s AT (jako je např. Association for the Treatment and Training in the Attachment of Children) publikují dotazníky diagnostikující RAD/AD, jako je Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ) – více viz níže. Na internetu (např. Center for Family Development, [www.center4familydevelop.com](http://www.center4familydevelop.com)) jsou také k dispozici seznamy příznaků dětí trpících diagnózou RAD. Podle nich mají tyto děti typicky vágní vztahy s dospělými i vrstevníky. Nedůvěřují autoritám, neposlouchají příkazy dospělých. Mívají často záchvaty nekontrolovaného vzteku, jsou negativistické, impulzivní. Nevyvinulo se u nich morální svědomí, empatie, nejsou schopny dávat nebo přijímat lásku a sympatie. Odmítají navázat citový vztah, popř. proti pokusům navázat jej aktivně bojují. Umí si získat dospělé na „svou stranu“ díky povrchní sociabilitě a „roztomilosti“. Byly

<sup>1</sup> Také bývá jako důvod uváděna např. chronická ušní infekce (Chaffin, 2006).

popsány další symptomy jako je krutost, grandiozita, hostilita, lhaní, podvádění (Becker-Weidman, 2007). Provokují u rodičů a dalších pečujících osob vztek, odmítají a manipulují. Pokud se děti chovají mimo domov lépe, je to přisuzováno jejich schopnosti manipulace s dospělými, nikoliv možným problémům v rodinách. Zdravé a dobře adaptované děti naopak poslouchají „jako hodinky“, plní přání rodičů rychle, pohotově a hned napoprvé, je s nimi zábava a legrace (Thomas, 2000).

Jedinou efektivní léčbou syndromu RAD/AD je dle autorů AT. Jiné, tradiční terapie jsou neefektivní (Becker-Weidman, 1999) nebo dokonce škodlivé. Terapeutický vztah, který je základem tradičních terapií, není možné s těmito dětmi navázat. Dále stoupeneci AT upozorňují, že pokud zůstanou RAD děti neléčeny, mohou ohrozit nejen samy sebe. Bez adekvátní léčby se stávají z dětí psychopatictí a pro společnost nebezpeční delikventi. V dětství mohou škodit svému nejbližšímu okolí, ostatním dětem, dospělým i zvířatům. Dospělí jedinci mohou být i celospolečensky nebezpeční; např. Adolf Hitler, Stalin nebo Husajn trpěli také neléčenou poruchou citové vazby.

Existuje mnoho dílčích variant AT a mnoho technik. Dle dostupné literatury však mají několik společných rysů. Během terapie je dítě v moci dospělého, samo nemá mít nad situací žádnou kontrolu a je s touto bezmocí konfrontováno<sup>2</sup>. Negativní emoce, které se díky této konfrontaci objevují, musí být „ventilovány“<sup>3</sup>. Tato cesta odžití vzteku vede často k věkové regresi a následně ke kýžené katarzi a budování nové citové vazby.

Z dostupných materiálů a videozáznamů, které jsou k dispozici na internetu, je možné udělat si docela jasnou představu o tom, jak

některé druhy AT terapie probíhají. Většinou se uskutečňují v těsném kontaktu s terapeutem nebo rodičem pod terapeutovou „supervizí“. Kontakt má nejčastěji formu pevného objetí, kdy dítě sedí na klně dospělého. V „terapii držení“ je dítě pobízeno k ventilaci vzteku a agrese prostřednictvím nejrůznějších metod psychického nebo fyzického nátlaku, např. verbální útoky, příkazy (terapeut na dítě křičí: „Já jsem tady dospělý!“, „Proč mi tak ubližuješ!“, „Budeš mě poslouchat!“, „Dívej se mi do očí!“). V terapiích se v horších případech také odehrává svazování, lechtání, štípání, kousání i olizování (Chaffin, 2006). Dítě může být objímáno najednou několika terapeuty nebo je drženo těsně u obličeje terapeuta a je nuceno s ním udržovat dlouhodobý oční kontakt.

Po ventilaci vzteku v objetí má dítě před terapeutem kapitulovat a emocionálně se zhroutit. Terapeut této kapitulace využívá k manifestaci láskyplné péče a vřelé pozornosti k dítěti, které naopak přijímá terapeutovu autoritu a kontrolu a společně tak budují nový vztah. Pokud ke katarzi nedojde, pokračuje se v terapii většinou ještě intenzivněji, aby byla rezistence „pokořena“. Jedno sezení může trvat od dvou do pěti až sedmi hodin.

#### AT: POTENCIÁLNĚ NEBEZPEČNÁ TERAPIE

Ke smrtelným zraněním dětí většinou došlo během jedné z nejkontroverznějších druhů AT, tzv. „terapie znovuzrozením“ (rebirthing). Cílem je nejrůznějšími technikami přivodit psychologickou smrt neadaptovaného dítěte, trpícího poruchou citové vazby tak, aby se mohlo narodit dítě nové, zdravě citově vázané<sup>4</sup>. Malý klient je svázán a zabalen do deky a pod tíhou několika te-

<sup>2</sup> Pokud chce pacient terapii ukončit, nebo přerušit, AT terapeuti tento požadavek interpretují jako druh rezistence a úroveň dílčích intervencí se díky tomu má zvýšit.

<sup>3</sup> Terapeuti na druhou stranu nepodněčují děti v prožívání radosti a štěstí, protože by se mohly snadno vyčerpat a odklonit se od samotné terapie.

<sup>4</sup> Během terapie „znovuzrození“ zemřelo v USA od 90. let nejméně 6 dětí včetně desetileté Candace Newmaker, která zemřela roku 2000 v Coloradu zadušením po 70 minutové terapii. Ve všech případech se jednalo o terapie, které praktikovali samotní rodiče dle instrukcí terapeutů (Mercer J., 2002).

rapeutů (nejčastěji na dítěti sedí) je pobízení k tomu, aby uvolnil nahromaděný vztek. Proces se opakuje do doby, kdy je dítě fyzicky a psychicky vyčerpáno a regreduje do infantilních stádií. Pak je terapeutu nebo instruovanými rodiči hýčkáno, chováno, krmeno z kojeneckých láhví – tímto je implementován nový „vztah“ (Mercer, 2003).

Poslední dvě tragická úmrtí klientů AT v roce 2000 a 2003 „probudila“ ze spánku nevšimavou odbornou veřejnost. Někteří AT terapeuti i rodiče, kteří ublížili svému dítěti právě těmito metodami, byli postaveni před soud. Několik profesionálních organizací (např. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) i různé další organizace (např. Advocates for Children in Therapy, Kids Come First atd.) publikovaly na svých webových stránkách a v časopisech varování. AT byla přidána do seznamů potenciálně škodlivých terapií (Lilienfeld, 2007). Důležitý okamžik přišel pak v roce 2006, kdy byla publikována zpráva (Task Force Report), jejíž vznik iniciovala APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children), ve které přispěli i členové z American Psychological Association (APA, Division on Child, Youth and Family services). Zpráva kriticky hodnotí zejména samotné kontroverzní techniky AT, zaměřuje se ale také na teoretická východiska, diagnostiku, diagnostické praktiky a také na způsoby získávání klientů a argumentování v odborných debatách a polemikách. Dává doporučení ohledně diagnostiky a léčby dětí s tzv. poruchou citové vazby (Chaffin, 2006). ATTACH institut následně vydal nová prohlášení, ve kterých se distancuje od kontroverzních a škodlivých technik.

Jak je zmíněno výše, autoři zmíněné Task Force Report a další kritici vyvracejí v první řadě teoretickou spřízněnost AT s tradiční teorií citové vazby (Chaffin, 2006; Werner-Wilson, 2003; Mercer, 2002; Mercer, Sarner, Rosa, 2003). Bowlbyho koncept je v posledních letech velmi populární a díky trendu integrace v psychoterapii bývá jedním z pilířů mnoha terapeutických směrů

a přístupů, zejména v oblasti rodinné a dětské psychoterapie. Bowlbyho psychoanalytická teorie citové vazby (Bowlby, 1982) popisuje instinktivní touhu dítěte po bezpečí a hledání jistoty a ochrany u nejbližších pečujících osob, které je recipročně poskytuje. Kvalitativním měřítkem citové vazby je vztah, který může být jistý, nebo nejistý (vazba úzkostně vyhýbavá, úzkostně ambivalentní, dezorganizovaná). K narušení jisté citové vazby může dojít vlivem dlouhodobé separační situace (kdy je pečující osoba nedostupná fyzicky nebo také emocionálně). Následuje proces odpoutání od dominantního pečovatele, který má několik stádií (viz Bowlby, 1982). Může také dojít k opětovné proměně z nejisté na jistou vazbu, mimo jiné pomocí psychoterapie. V psychotherapeutickém procesu může dítě v bezpečném prostředí (*secure base*) na reprezentativní úrovni propracovat své traumatické prožitky a sdílet je s terapeutem. Tato tzv. emočně korektivní zkušenost bývá nositelem pozitivní změny. Z konceptu citové vazby vychází mnoho terapií a přístupů, které se zaměřují na nápravu kvality citové vazby u dětí, dospívajících, dospělých a rodin (např. Byng-Hall, 1995; Dallos, Vertere 2009; Fonagy, 2001, z českých autorů Pöthe, 2001, 2008, Pilařová, M., Pöthe, P., 2003).

AT, její východiska, diagnostika i techniky mají dle kritiků s teorií citové vazby málo společného. Spíše než terapii, která by měla být dle tradiční teorie „jistou základnou“, připomíná AT boj, kde má vůle dospělého pokořit vůli dítěte (Mercer, Sarner, Rosa, 2003). Jak bylo zmíněno výše, cesta k pozitivní změně v této terapii vede přes rezistenci vůči nadvládě dospělého, ventilaci vzteku, ke zhroucení těchto obran a přijetí nového, „normálního“ citového pouta. Místo budování pevného terapeutického vztahu založeného na vzájemné důvěře je dítě v této terapii proti své vůli vězněno v pevném objektu. V náručí dospělého dítě nenachází ochranu, ale utiskování a ohrožení.

Podle kritiků nemají AT stoupenci pro své praktiky žádnou vědeckou podporu.

Stoupenci AT popisují tzv. „teorii vzteku“ (*rage theory*), ve které dokazují prospěšnost ventilace agrese. Kritici ale upozorňují, že jde o nepodložený konstrukt. Naopak se experimentálně zjistilo, že podněcování ochromujících negativních emocí vede k ještě vyšším úrovním agrese vůči ostatním. Dále se zjistilo, že děti, jejichž strategií zvládnání traumatu je vyjadřování a ventilování hostility, bývají hůře adaptovány (Chaffin, 2006). Většina výzkumem podpořených terapií určených pro traumatizované klienty má za cíl naopak pomáhat klientovi objevit adaptivnější způsoby „zvládnání“ (coping) silných emocí, které jsou s traumatem spojeny.

Velmi problematické je také stanovisko některých AT terapeutů, že děti s poruchou citové vazby budou bez léčby potenciálně nebezpeční, a to i celospolečensky. Neexistuje dosud žádný hodnověrný výzkum, který by dokazoval takovou prognózu, kauzální vztah mezi problematickou adaptací v dětství a v dospělosti nebyl prokázán (Chaffin, 2006).

#### JEŠTĚ K DIAGNOSTICE

V mnoha materiálech na webových stránkách stoupců AT terapie bývá zmiňována porucha AD – Attachment Disorder. Tento termín není zahrnut v žádné nozologii nebo diagnostickém systému pro mentální a behaviorální poruchy. Nejznámějším dotazníkem, který měří poruchu citové vazby dle stoupců AT, se nazývá „Randolph Attachment Disorder Questionnaire“ nebo „RADQ“, který vyvinul Attachment institut v Evergreenu. Dotazník není podle kritiků validní, měří obecně nepřijatou a nedoloženou poruchu, pro kterou neexistuje klasifikace.

Reaktivní porucha citové vazby, kterou má AT jako jediná efektivně léčit, je dle kritiků jednou z nejméně zkoumaných a nejhůře chápaných poruch vůbec (Mercer, 2003, Pingotti, Mercer, 2007). Neexistují žádné obecně akceptované, standardizované nástroje na měření RAD, publikované dotaz-

níky vedou k vysokému počtu nesprávných diagnóz RAD u dětí, které tuto poruchu ve skutečnosti nemají. Seznamy příznaků RAD, publikované na internetových stránkách AT stoupců, se významně liší od oficiálně publikovaných v DSM, 1994. Vzhledem ke značné komplexitě RAD je nutné, aby tuto „velmi vzácnou poruchu“ (APA, 1994) diagnostikoval odborník zkušený v diferenciaci diagnostice podobných poruch. Není stále jasné, kolik dětí s „nálepkou“ RAD má opravdu tuto poruchu, nebo trpí následky změn prostředí, pečujících osob nebo kultury či jinými poruchami se stejnými, nebo podobnými symptomy. Žádný výzkum na toto téma dosud neproběhl. Pro označení „poruchy“ je nicméně zapotřebí dlouhodobějšího sledování chování dítěte, nikoliv pouze hodnocení jeho pečovateli v jednom časovém bodě.

Ve výčtu symptomů, který je uváděn stoupenci AT, se RAD a jiné poruchy významně překrývají („conduct disorder“, opoziční porucha, některé úzkostné poruchy, např. PTSD, nebo sociální fobie). RAD může být dále snadno zaměněna za neuropsychologické poruchy, jako je porucha autistického spektra, dětská schizofrenie. Symptomy, které jsou přisuzovány RAD, mohou být dle kritiků také důsledky zanedbávání nebo zneužívání dětí. Podle Priora a Glasera (Prior, Glaser, 2006) jsou děti označením reaktivní poruchy citové vazby s danými symptomy démonizovány a stigmatizovány.

#### DOKLADY EFEKTIVITY, NEBO ZÍSKÁVÁNÍ DALŠÍCH KLIENTŮ?

Většina odborníků z oblasti AT argumentuje, že tato terapie je jedinou výzkumem podloženou léčbou poruch citové vazby. Odkazují přitom na výzkumy, které však podle zprávy Task Force (Chaffin, 2006) nespĺňují základní požadavky na seriózní vědeckou studii. V odborné literatuře se nenašel zatím jediný výzkum, který by byl z metodologického hlediska přijatelným pokusem dokázat efektivitu AT.

Studie, které jsou publikovány na webových stránkách organizací spojených s AT, postrádají kvalitní design, chybějí zde základní data (např. míra variability), operuje se pouze s experimentální skupinou bez skupiny kontrolní (např. Randolph, 1997). Nejcitovanější výzkum z oblasti AT (Myeroff, 1999), který byl jako jeden z mála publikován v recenzovaném odborném časopise, byl podroben ostré kritice z podobných důvodů. Autorka jej sama správně označila za kvaziexperiment, dále ale popisuje skupiny adoptovaných dětí v kvaziexperimentu jako kontrolní a experimentální (sic!) s počtem 11 a 12 osob (sic!). Žádné procedury, které by přispěly ke kontrole intervenujících proměnných (např. rodinné a interpersonální charakteristiky, geografická lokace nebo věk dětí, ve kterém byly adoptovány atd.), zvyšujících neekvivalentnost skupin, nebyly podniknuty. Na takový výzkum nelze při dokazování efektivity terapie brát zřetel, jejich posláním je spíše ovlivnit potenciální klienty z laické veřejnosti (Mercer, 2002).

Souhrnně lze konstatovat, že metody, které se nejčastěji označují jako AT, nemají potřebné teoretické a empirické zázemí a rozcházejí se se zavedenými etickými principy. Uvedení AT v seznamech škodlivých terapií však nezastavilo značnou popularitu, která je patrná z více než sta webových portálů, mnoha publikací, specializovaných výcviků a školení, které se otevírají nejen v USA, ale i v jiných zemích.

V době „otevírání se“ psychoterapie platí pro pomocníky pomáhajících profesí více než kdy jindy základní premisa: „primum, non nocere“ (v první řadě neuškodit). Traumatizované, zanedbávané nebo zneužívané dítě má velice křehký obraz toho, kým vlastně je. Ten se posiluje v jistých a bezpečných vztazích, kde panuje vzájemná důvěra. Pokud bychom rádi u dítěte docílili „jistého“ vztahování se ke světu a k sobě, nedosáhneme ho restrikcemi a přesvědčováním. Vztah nelze násilím vnutit, protože vztah znamená „být pochopen“. Pokud je dítě nuceno sedět na klíně, dívat se dospělému do

očí a začít „milovat“, jen těžko se může cítit milováno a přijímáno. Spíše nahlédne, že jediným způsobem, jak se „stát svobodným a akceptovaným“, je poddat se cizí autoritě a její vůli (viz Hunt, naturalchildproject.cz). Naučí se, že jeho „ne“ nemá žádný smysl. Co pak ale znamená jeho „ano“?

#### LITERATURA

- Becker-Weidman A. (2007). *Attachment Disorder Checklist (on-line článek)*. <http://www.center4familydevelop.com/checklist.htm>
- Becker-Weidman A. *Reactive Attachment Disorder Checklist (on-line článek)* <http://www.adoptionarticlesdirectory.com/Article/Reactive-Attachment-Disorder-Checklist/166>
- Becker-Weidman A. (1999). *Understanding Attachment Disorders in Children (on-line článek)*. <http://www.center4familydevelop.com/understandingad.htm>
- Bowlby J. (1982). *Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment (2nd ed)*. New York: Basic Books.
- Byng-Hall J. (1995). Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy. *Family process* 34(1), 45-58.
- Dallos, R. V. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. London: Routledge
- Chaffin M. E. (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder and Attachment Problems. *Child Maltreatment*. 11 (1) , 76-89.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London: Karnac
- Hunt, J. *The Dangers of Holding Therapy (on-line článek)*. [www.naturalchild.org](http://www.naturalchild.org)
- Lilienfeld, S. (2007). Psychological Treatment That Cause Harm. *Perspective on Psychological Science*, 2 (1) , 53-70.
- Mercer J. (2002). Attachment Therapy: A Treatment Without Empirical Support. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1 , 105-112.
- Mercer J, Sarner L, Rosa L. (2003). *Attachment Therapy on Trial: The Torture and Death of Candace Newmaker*, Praeger
- Mercer J. (2003). Violent Therapies. The Rationale behind a Potentially Harmful Child Psychotherapy. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, Vol 3, No 1 , 27-37.
- Myeroff R. L. (1999). Comparative effectiveness of holding therapy with aggressive children.

- Child Psychiatry and Human Development*, 29 (4), 303-313.
- Pignotti M., Mercer J. (2007). Holding Therapy and Dyadic Developmental Psychotherapy Are Not Supported and Acceptable Social Work Interventions: A Systematic Research Synthesis Revisited. *Research on Social Work Practice*, Vol.17, No.4, 513-519.
- Pilařová M., Pöthe P. (2003). *Kdo se bojí strážidel. O úzkosti dětí, jejich rodičů a učitelů*. Praha: Futurum
- Pöthe, P. (2008). *Emoční poruchy v dětství a dospívání. Psychoanalytický přístup*. Praha: Grada.
- Pöthe P. (2001). Teorie vazby a prevence týrání a zanedbávání dětí. *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Futurum.
- Prior V. G. (2006). *Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence and Practice*. London: Jessica Kingsley.
- Randolph E. (1997). Attachment therapy does work! (on-line článek) [www.instituteforattachment.org/articles\\_Attachment\\_Therapy\\_Does\\_Work.htm](http://www.instituteforattachment.org/articles_Attachment_Therapy_Does_Work.htm).
- Thomas N. (2000). Parenting children with attachment disorders. (T.M. Levy (ed), *Handbook of attachment interventions* (stránky 67 - 111). San Diego: Academic Press.
- Welch, M. (1988). *Holding time*. New York: Fireside.
- Werner-Wilson, R. D. (2003). Distinguishing between conceptualizations of Attachment: Clinical Implications in Marriage and Family Therapy. *Contemporary Family Therapy*, Vol. 25, No. 3, 179-190.

*O autorce:*

*M. Palková je studentkou magisterské psychologie na FSS MU.*

*Došlo do redakce: 2. 10. 2009, v revizovaném znění 20. 10. 2009. K publikaci přijat 22. 10. 2009. Článek byl sepsán na vyzádání a navázal na probrání tematiky v kurzu „Kritická psychologie“ na FSS MU na jaře 2009.*

## TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE JIŘINY PREKOP: OČIMA ZASTÁNCŮ

V listopadu 2008 obdrželo deset českých zastánců metody „terapie pevným objetím podle Jiřiny Prekop“ informaci, že chystáme materiál věnující se této metodě, který bude pojat kriticky. Dopis obsahoval výzvu redakce Psychoterapie, aby odpověděli na přiložených šest otázek. Otázky zněly:

1. *Považujete metodu pevného objetí podle Jiřiny Prekop za důležitou a doplňkovou metodu v psychoterapii, nebo za samostatný psychoterapeutický přístup?*
2. *Co je podle Vás předností této metody (resp. terapie) oproti jiným?*
3. *Na jaké problémy nebo diagnostikované poruchy je tento přístup vhodně použit?*
4. *Která etická vodítka vám při práci pomáhají, kterými se řídíte?*
5. *Můžete uvést příklad úspěšného použití?*
6. *Můžete zmínit nějaká rizika nebo kontra-*

*indikace, o nichž víte nebo se kterými jste se sami setkali?*

Z oslovených terapeutů své odpovědi zaslali Mgr. Milena Mikulková, PhDr. Marcela Pospíšilová a Jaroslav Šturma. Zatímco Milena Mikulková svou práci označila za sociálně pedagogickou, J. Šturma považuje terapii pevným objetím za samostatný směr v psychoterapii.

V e-mailu další terapeutky stálo, že ji „zarážila... informace, že o TPO chceme psát kriticky.“ Myslela si, že „typicky česká vlastnost – všechno kritizovat a zkritizovat – už není aktuální. Že současná doba preferuje poskytování informací a člověk sám si z toho má vyvodit vlastní názor.“

Právě proto, že jsme nechtěli jen kritizovat a psát jen kriticky, ale chtěli jsme poskytnout čtenářům informace i od zastánců metody, publikujeme k textu M. Palkové také názory

a zkušenosti tří terapeutů pevným objetím. Tedy české odnože a modifikace v USA tak silně vědeckými kruhy kritizované *holding therapy*.

Odpovědi M. Mikulkové, M. Pospíšilové a J. Šturmy jsme (až na nepatrné drobnosti) nekrátili a neupravovali. Názor na tuto metodu opravdu necháváme na čtenáři.

(Z.V.)

1. *Považujete metodu pevného objetí podle Jiřiny Prekop za dílčí a doplňkovou metodu v psychoterapii, nebo za samostatný psychoterapeutický přístup?*

M. M.: Metodu pevného objetí vnímám v jejím celostním přístupu jako základní východisko mé práce. Záměrně uvádím pojem „metoda“, protože k terapeutickému využití této metody přistupuji po posouzení její indikace individuálně, ale jako základní paradigma mé práce s klientem ji aplikuji denně. Sociálně pedagogickou práci s klientem mám rozdělenou do tří fází – první fáze je poradenská, v níž se na základě principů a filozofických východisek společně orientujeme v problému klienta, ve druhé fázi, jedná-li se o potřebu psychoterapeutické intervence, spolupracuji v týmu s dalšími kolegy psychology – psychoterapeuty, se kterými provádíme terapii pevným objetím, a ve třetí fázi jde o sociálně edukační proces nácviku efektivních způsobů jednání, resp. životních dovedností.

M. P.: Terapii pevným objetím aplikuji jako samostatný terapeutický přístup. Dá se ale říci, že se nesnažím ji někam „zaškaltkovat“, ale považuji ji za velmi dobrý způsob jak pomoci klientům. Je významnou součástí mého terapeutického repertoáru, který využívám téměř denně.

J. Š.: Terapii pevným objetím (dále TPO) podle Jiřiny Prekopové považuji za samostatný psychoterapeutický směr v rámci širšího proudu humanistické psychoterapie, zabývající se člověkem celostně s důrazem

na citové prožívání i v jeho tělesné dimenzi. TPO se děje vždy v kontextu vztahů. Jde o jejich prožívání, uvědomování, konfrontaci, obnovu či vytváření (např. jako pomoc v náhradní rodinné péči) a o jejich usmiřování. Často se uplatňuje v kontextu rodinné systemiky, zahrnující i předchozí generace (inspirace Bertem Hellingerem). Hovořím tu o terapii, ne o metodě, protože v rámci TPO existuje více jednotlivých metod. TPO je navíc také základem životního stylu usilujícího o plný rozvoj a prožívání mezilidských vztahů v jejich komplexnosti.

2. *Co je podle Vás předností této metody (resp. terapie) oproti jiným?*

M. M.: Na základě výsledků používání metody pevného objetí jsem stále více přesvědčena o jejích přednostech ve smyslu cílené a efektivní práce s jádrem problému, s projevy a kultivací všech emocí, které člověk má „dovolen“ prožívat a prezentovat, s narovnáním „nemocných“, resp. narušených postojů vůči svým nejbližším, vůči druhým či vůči sobě. Velmi často je při terapii patrná síla přenosu, jejíž zdroj je při terapii pevným objetím identifikován, zvědoměn, prožit a následně pozitivně korigován. Nejčastěji se jedná o vztahy v rodině, ale na základě zkušeností kolegů – terapeutů pevným objetím – se domnívám, že se využití této terapie rozšíří do dalších oblastí (např. šikana, domácí násilí).

M. P.: Ve své praxi vidím, že jednoznačnou předností je její efektivita a v řadě případů i nezastupitelnost jiným postupem. V poměrně krátké době lze její aplikací narovnat a upravit dlouhodobé problémy týkající se vztahů mezi nejbližšími.

J. Š.: TPO patří mezi psychoterapie krátkodobé, přinášející mnohdy výrazné pozitivní změny v prožívání a ve vztazích, které jsou vhodným východiskem pro navazující déleodobější práci směřující k upevnění pozitivních změn a podpoře dalšího růstu.

Kultivuje a prohlubuje schopnost empatie především vůči nejbližším lidem, za něž jsme odpovědní, nejen k žijícím, ale i k těm, kteří již odešli. Tato schopnost se projeví i lepším porozuměním sobě samému a také širšímu okruhu lidí. Vede k růstu porozumění, tolerance, milosrdenství k druhým i ochoty něco pro ně udělat. Posiluje svobodu vůli.

### 3. *Na jaké problémy nebo diagnostikované poruchy je tento přístup vhodné použít?*

M. M.: Jako paradigma využívám tento přístup v běžné praxi. Jako terapeutický přístup aplikuji tuto metodu při narušeném, případně nenaplněném vztahu dětí a rodičů (např. porodní a poporodní komplikace jak u dítěte, tak u matky), při výchovných problémech souvisejících s narušením řádu v systému rodiny ve smyslu podpory rodičovských kompetencí, při řešení manželských konfliktů a při rehabilitaci vztahu – usmíření dospělého klienta s jeho rodičem.

M. P.: Do základní výbavy terapeuta pevným objetím patří řešení problémů z oblasti narovnání vztahů mezi rodičem a dítětem (v časném věku – u manipulujících dětí, pro které se vžil termín „malý tyran“, v dospělém věku usmířující terapie s rodičem žijícím nebo nežijícím – v imaginaci), při řešení manželských konfliktů, emoční dosycení po časné karenci, jako korekce porodních emočních traumat. Domnívám se, že tímto není potenciál terapie vyčerpán

J. Š.: Cílem TPO je vytváření, posilování a obnovování bezpečných přílnutí mezi osobami, které k sobě podle systemických pořádků patří. TPO slouží k jejich emoční konfrontaci, k vyjádření a kultivaci agrezivity, k posilování vzájemné empatie, k překonávání krizí, konfliktů a traumat ve vztazích, k emočnímu nastolení systemického pořádku, k doprovázení na cestě k přijetí a vyrovnání se s onemocněním či postižením člena rodiny, k podpoře skrytosti

a svobody ve vztazích. Rozlišujeme pět typů pevného objetí: a) mezi matkou a dítětem nebo mezi otcem a dítětem (možno i v dospělém věku dítěte), také mezi adoptivním rodičem či pěstounem a osvojeným či přijatým dítětem; b) usmíření s nepřítomnými, nedosažitelnými či zemřelými rodiči pod vizualizací, analogicky pak s rozvedenými manželi či s rodiči partnera/partnerky; c) rehabilitace a korekce porodu, tj. pre-, peri- a postnatálních zážitků s případným dosycením mateřské péče; d) pevné objetí mezi partnery (manželi), popř. mezi rozvedenými manželi s cílem rozejít se v úctě; e) nověji se uplatňuje i pevné objetí ve spánku, jež má napomoci překonání ostychu ve vztahu či přímo vztahové alergie. Historicky nejstarší indikací TPO byly děti s autismem (Niko Tinbergen, Martha Welch). Dnes snad nejrozšířenější u dětí jsou tzv. „malí tyran“, děti, které si převrátily role s rodiči, a děti hyperaktivní. Zvláštní pozornosti si zaslouží děti s postižením, děti či osoby týrané nebo zneužívané či jinak traumatizované, děti osvojené či v pěstounské péči, v rámci normy pak prvorození.

### 4. *Která etická vodítka vám při práci pomáhají, kterými se řídíte?*

M. M.: Vzhledem k vývoji metody je patrný stále se zvyšující akcent na důsledné dodržování etického kodexu, který je jedním ze základních požadavků zakladatelky terapeutického směru Jiřiny Prekopové. Naprosto bazálním atributem přístupu ke klientovi je úcta k němu, k jeho příběhu, k jeho rodinnému systému a jednotlivým členům rodiny. Cílem metody je narovnání vztahů, odstranění nebo alespoň minimalizace překážek, které by bránily přijetí, odpuštění či smíření.

Při práci s klientem a indikaci tohoto terapeutického přístupu klientovi vše vysvětlím, mám zpracovaný obrazový ilustrační materiál i pro děti, v průběhu terapie je klient doprovázen s respektem a úctou. Po terapeutickém procesu jsem s klientem v kontaktu,



rozhovoru z důvodu vyjádření pocitů, sdílení nebo zodpovězení případných otázek.

Jelikož terapie pevným objetím ve většině případů otevře prostor pro změnu vztahů, změnu sociálního kontaktu, reorganizaci komunikačních vzorců, má klient možnost „učit se“ potřebným dovednostem v dalších setkáních.

M.P.: Ke klientovi přistupuji zásadně s úctou a respektem. Hlavním cílem je pomoci a neuškodit. Jestliže tento přístup doporučuji, jsem si jista, že je pro klienta ten nejlepší a nejefektivnější. Řádné vysvětlení je samozřejmostí, stejně jako zodpovězení všech jeho otázek. Pro klienta si vyhražuji tolik času, kolik je potřeba, znamená to, že jsem k dispozici řádově hodiny. Na závěr terapie mu poskytnu prostor pro vyjádření jeho pocitů, případné otázky, dozvuky. Následně ho zvu na další konzultaci, kde zjišťuji efektivitu z delší perspektivy, případně se domlouváme na dalším postupu.

J. Š.: K etickým principům aplikace patří zejména přesvědčení, že dítě má od nejuťlejšího dětství zakoušet, že v náručí rodiče smí vyjádřit všechny své pocity, i negativní, a rodič těmto pocitům rozumí a vyjádří pocity svoje. Před negativními emocemi se neutíká, mají být vyjádřeny (zejména ty, které nelze vyslovit) tvář v tvář, usmířeny a proměněny v lásku, které je přesahuje. Dřív nelze TPO ukončit, dokud se neobnoví vzájemná láska. V průběhu TPO nepřípouštíme z žádné strany projevy tělesné agresivity, nadávky apod. ani útěk. Jakmile to dítě chápe (zhruba od 3 let), vysvětlíme mu smysl TPO a respektujeme jeho vůli. V mezilidských a rodinných vztazích se řídíme principy pravdy, sdílené však s empatií a milosrdenstvím (např. pravda o biologických rodičích či o zamlčovaných rodinných tabu, „černých ovčích“ apod.).

5. Můžete uvést příklad úspěšného použití?

M. M.: Již samotný přístup v poradenské praxi vycházející z principů terapie pevným objetím zejména v případech, kdy se jedná o úpravu styku dítěte s rodičem po rozvodu, přispívá k postojovým proměnám znesvářených stran a směřuje k dosažení dohody. Vždy se pracuje s oběma stranami, je zdůrazňováno jejich právo i potřeba místa v daném systému i jejich nezastupitelnost.

Jeden příklad:

*Chlapec (7 let) byl pro svoji matku obtížně vychovatelný. Naprosto ji nerespektoval, v afektu ji bil, křičel na ni a používal sprostá slova. Ona vnímala, že má nepřekonatelný odpor se ho dotýkat, kdykoliv projevil potřebu blízkosti – hrubým způsobem ho odstrčila. Při vstupním mapování matka uvedla, že má výrazně negativní vztah k jeho otci, že nechce, aby se s ním syn vůbec stýkal. Na první pohled bylo patrné, že k těmto závěrům má matka oprávněné důvody. Partner ji několikrát zbil, i před očima tohoto dítěte, byl alkoholik, v opilství zdemoloval byt, zadlužil se, protože hrál automaty, neměl stálé zaměstnání, protože byl nespolehlivý. Při poslední „brigádě“ se dostal do konfliktu se zámekem a byl odsouzen k trestu odnětí svobody.*

*Chlapec má ještě sestru o 2,5 roku mladší a matka uvádí, že velmi intenzivně vnímá, že vztah k dceři je úplně odlišný od vztahu k synovi. Vůči ní je „měkká“, vše jí dovolí, mazlí se s ní, věnuje jí daleko více času než synovi. Při analýze chování syna matka usoudila, že jeho negativní chování je svým způsobem volání o naplnění svých potřeb. Uvědomila si rovněž, že její dcera jí dodává něco, co ona sama ve svém dětství nikdy nepoznala – bezpodmínečnou lásku, přijetí a něhu.*

*Metoda pevného objetí a její základní východiska pomohla matce objasnit, že její postoj k otci je sice pochopitelný, ale ve své podstatě ubližuje jejímu synovi a spouští jeho nežádoucí chování. To základní, od čeho bylo možno měnit nebo ovlivňovat chování syna, bylo umožnění vztahu mezi otcem a synem. Postojová proměna u matky*

se odrazila i v přístupu k synovi. Přes počáteční hrové aktivity, při kterých byl nenásilnou formou zprostředkováván fyzický kontakt mezi matkou a synem, došlo k terapii pevným objetím. Syn i matka se vzájemně nepochopením, strachem i vztekem, matka slyšela jak moc svému dítěti chybí nejen ona jako přijímající a milující matka, ale že syn výrazně postrádá otce. Od ukončení terapie jsme dodnes v kontaktu. Dítě se výrazně zklidnilo, nejdenně iniciovalo hru „hnízdečko“, kdy dítě sedí v klíně rodiče na zemi a přesvědčuje se o tom, jak dalece se může na svého rodiče spolehnout.

Po několikaměsíční práci jak s matkou, tak se synem se do terapie přidal i její „delikventní“ partner. Projevil snahu věci řešit a v průběhu půl roku plnil vše, co si předsevzal. Zmapování jeho dosavadního života vykazovalo známky odmítaného dítěte, které mělo konfliktní vztah se svou matkou alkoholičkou. Svého otce tento muž nikdy nepoznal. Když jsme zvolili přípravu k procesu usmíření s rodičem terapií pevným objetím, došlo u tohoto muže k zásadnímu přelomu v jeho chování. Přestal si nárokovat „lásku“ partnerky, začal přijímat důsledky svého negativního jednání a velmi nenásilně až něžně se snažil svým dětem potvrdit, že jejich matka je pro ně tou nejlepší mámou. Vzájemná komunikace rodičů po terapii pevným objetím mezi matkou a dítětem a výše popsané práci vycházející z metody pevného objetí se podstatně zlepšila. Jako rodiče se vzájemně ctíli, jejich děti, zejména syn, začali mít jistotu, že nejsou „navíc“ a že není třeba bojovat o uznání místa, které náleží otci.

Další práci s mužem přerušil výkon trestu na 1 rok. Syn je s tátou v písemném kontaktu, matka mu připravila tátovo „tričko“ jako domácí oblečení – výraz možnosti „být se svým tátou“ do té doby, než se setkají.

Co bude dál s partnerstvím v současnosti zmíněná žena neřeší a učí se být spolehlivou, přijímající a milující matkou. Učí se dávat víc než přijímat, učí se rozpoznávat potřeby svých dětí a dle možností je naplňovat.

J. Š.:

Vybavuji si tyto příklady:

Dva sourozenci, jimž rodiče v průběhu výchovy zaměnili pořadí v sourozenecké konstelaci. V průběhu TPO se každému z dětí dostalo jeho místa.

4leté dítě, jež trvale nutilo rodiče držet u něho v noci stráž.

Nespavost a sebevražedné myšlenky 14leté dívky, jejíž otec v útlém věku dítěte suicidoval, matka se brzy znovu provdala, dítěti však pravdu nesdělila. V pevném objetí matčině přijalo dítě sdělení o skutečnosti a nadále klidně usíná.

Osvojené 10leté dítě se nešťastným způsobem dovídá o tom, že jeho rodiče nejsou vlastní, s krizí ve vztahu. VTPO s oběma rodiči došlo ke zklidnění a obnově přilnutí.

50letá matka 31letého syna, který se na veřejnosti zastřelil, nacházející se v akutní tísní. VTPO (držena manželem) vyplakala bolest, kterou v sobě dusila. Došlo ke zklidnění, navázáno další psychoterapii.

M. P.: Příkladem je spousta. Dá se říci, že si nevzpomínám, že by tento přístup zůstal bez pozitivního efektu. Trvání účinku je různé podle druhu terapie. U některé stačí jednorázová intervence, u jiného druhu je to způsob, který je doporučen aplikovat častěji. Pak se hovoří o terapii pevným objetím jako životním stylu – tedy způsobu řešení problémů.

Z publikovaných příkladů – např. televizní pořad z Brna o efektu terapie při výchově hyperaktivních dětí.

Zajímavé jsou pro mě i „zapeklité“ situace, které jsou terapeuticky obtížné zvládnutelné a hlavně značně dlouhodobé, přestože klienti jsou sužováni problémy. Zde bych si dovolila odkázat na knihu Ludmily Janákové „Dary se přece nevracejí“ (Triton 2007), která popisuje velmi pěkně situaci atypické pěstounské péče. Je psána velice působivě, pravdivě a stala se bestsellerem mezi pěstouny. Zde je přímo kapitola „Zkušenosti z terapie pevným objetím“. S touto novou rodinou dlouhodobě pracuji a skutečně jim

tato terapie velmi pomáhá i v situacích, které jsou jinými způsoby obtížně zvládnutelné.

*Nyní jsem aplikovala terapii pevným objetím i na dlouhodobé důsledky šikany u mladého muže, který základní školu absolvoval již před 10 lety, ale následky stále trvají a zásadním způsobem ovlivňují jeho život. Jsem přesvědčena o efektu terapie. Tuto ka-  
zistiku ještě zpracovávám.*

*Terapii jsem aplikovala s efektem i u známé 14leté dívky.*

Domnívám se, že tato terapie má silný abreaktivní účinek a je indikována u klientů, jimž umožňuje zpracovávat nepříjemné zážitky, při kterých se cítili v reálu bezmocní a s jejichž následky se potýkají a vyčítají si neschopnost i „poznamenanost“, a nedokáží se jí zbavit.

6. *Můžete zmínit nějaká rizika nebo kontraindikace, o nichž víte nebo se kterými jste se sami setkali?*

M. P.: Kontraindikace se uvádějí při výcviku terapie pevným objetím, jsou tedy dány. Jestliže se terapeut doporučenými řídí, je pravděpodobnost rizik minimalizována.

Z osobní zkušenosti, když budu hodně pátrat, jistá nespokojenost může nastat u pacientů, kteří se domnívají, že se nemusí snažit, že se efekt dostaví vždy i bez jejich přičinění. Nebo že je efekt tak stabilní, že mohou pokračovat v nežádoucím chování a efekt bude trvat. Abych byla konkrétní, zde mohu mít na mysli např. slabost a nedůslednost rodičů, která vedla k utváření „malých tyranů“. Ale z praxe je zřejmé, že většina, především maminek, během terapie získá korektivní zkušenost a stává se mnohem rozhodnější.

M. M.: V praxi jsem se setkala s tím, že mi někteří účastníci besed pro rodiče či

přednášek sdělili, že jejich „paní doktorka“ prováděla s jejich dítětem terapii pevným objetím. A když popisovali průběh této terapie bylo patrné, že neabsolvovala výcvik, že zjevně pracovala na základě přečtení populárně naučné knihy napsané autorkou metody a to považovala za dostatečnou erudici k výkonu. To z mého pohledu je nejvýznamnější kontraindikací. Ne že je kontraindikovaný klient, ale že je nezodpovědný a neproškolený „pseudoterapeut“.

Jinak je během výcviku vyjmenována celá řada kontraindikací, které jsme jako terapeuti povinni respektovat. Jednou ze zásadních kontraindikací je absence úcty vůči dotyčné osobě, snaha „zneužít“ metodu jako prostředek rychlého kázně dítěte nebo zapření či přítomnost agresivních způsobů chování mezi partnery, u nichž by mělo dojít ke smíření.

Ze zkušeností mohu sdělit, že mnoho kolegů z oboru nereflktuje vývoj této metody a posuzuje její přístupy a metody z doby „ledové“, jak uvádí sama autorka terapie pevným objetím Jiřina Prekopová. Ani ona nepopírá její vývoj, určitou cízelaci používaných prostředků a metod, akcentování etických principů a zvyšování profesionalizace prostřednictvím dalšího vzdělávání a supervize.

J. Š.: Přesvědčení rodičů, že TPO je výchovným nástrojem k dosažení poslušnosti dítěte. Chronická citová ambivalence objímajícího, jež může dítě poškodit. Případy, kdy jeden z rodičů je proti TPO. Neochota respektovat řád rodinného systému (přijmout to, že druhému dítěti náleží až druhé místo v řadě sourozenců, přenášení silně negativních citů k druhému rodiči na dítě). Psychóza anebo výrazně hraniční osobnost, tendence k disociaci. Pachatel sexuálního zneužití je jako objímající kontraindikován.

## SALUTOGENETICKÝ CHARAKTER ARTEFILETIKY JANA SLAVÍKA

Jiří Závora

### ABSTRAKT:

Tento příspěvek pojednává o artefiletice a arteterapii v kontextu teoretického modelu salutogeneze-patogeneze. Situace arteterapie v Čechách je zde nahlížena jako jeden z prekursorů vzniku a vývoje artefiletiky, která je salutogenetickým komplementem arteterapie. Navrhují zabývat se zkoumáním vztahu artefiletiky a arteterapie z úhlu pohledu teoretického profilu salutogeneze-patogeneze.

*Klíčová slova:* salutogeneze, patogeneze, artefiletika, arteterapie

### ABSTRACT:

The Salutogenetic base of the Art-Philetic Approach

In this paper Art-Philetic Approach in the context of salutogenetic and pathogenetic principles is discussed. Art Therapy is claimed to be useful for psychotherapeutic medication. However, it uses concepts of pathogenetic approach in most cases. Art-Philetic approach is salutogenetic complement. In this work, some of the main features of the Art Therapy and Art-Philetic approach are described and the pattern of salutogenetic-pathogenetic model is proposed to examine.

*Key words:* salutogenesis, pathogenesis, art therapy, art-philetic approach

### ÚVOD

Artefiletika (Art-Philetic Approach) Jana Slavíka (1997, 1998, 2004a, 2004b) postupně vyvstávala z kontextu specifik myšlenkového prostředí, utvářeného především situací české výtvarné pedagogiky a též profesního statutu arteterapie v Čechách. Neení pochyb o tom, že spolučinitelem byla situace celé řady dalších, příbuzných obo-

rů, především pak speciální pedagogiky a psychoterapie (Slavík, 1992/1993, 1998, 1999a, 2000a, ).

### ARTETERAPIE V ČECHÁCH JAKO JEDEN Z PREKURZORŮ ARTEFILETIKY

Artefiletika nepřinesla „jen“ nový vítr do vývoje přístupů ve výchově uměním a do vývoje a stavu české výtvarné pedagogiky vůbec. Stala se předpokladem mohutného rozvoje všech oborů, ze kterých ve svém vzniku vycházela. Zároveň v tomto smyslu vytvořila prostor pro vynalézání nových cílů, obsahů, technik a metod.

V těchto souvislostech a vzhledem k mnou sledovaným cílům považuji za nutné pokusit se o drobnou teoretickou úvahu především o jednom z zásadních „prekursorů“ artefiletiky, který vnímám: o zvláštním „pobytu“ arteterapie v Čechách.

Již samotný fakt, že otázka nepevného místa arteterapie v ČR není dostatečně publikována (diskutována)<sup>1</sup>, potvrzuje ne zcela utěšenou situaci. Podle Jana Slavíka (2000b) zde arteterapie zatím nenašla svůj vyhraněný profesní statut, což autor mimo jiné dokládá poukazem právě na celkově slabou domácí publikační produkci. V tomto „deficitu“ vidím zároveň příčinu i důsledek nedostatečné odborné komunikace a nevyrovnaného profesního rozvoje, o nichž se Slavík ve svém příspěvku zmiňuje.

Nestabilní postavení arteterapie v Čechách (nedostatečný prostor pro její plnou profesní realizaci) se specificky, resp. poněkud paradoxně, dotýkalo i české výtvarné pedagogiky. Pro pochopení onoho paradoxu je zajímavá např. zmínka Margarety Šlemínové (2000), která tvrdí, že ve své klinické arteterapeutické praxi se zpravidla

<sup>1</sup> Ojedinelý příspěvek Jana Slavíka (2000).

pohybovala v oblasti patologie, „...potíží, které chtěli sami klienti (nebo jejich blízcí) odstranit.“ (s. 29). Domýšlím, že situace u jiných praktiků pravděpodobně nebyla a zřejmě stále není lepší a domnívám se, že zmíněná profesní nevyhraněnost je proto spíše jen podobou profesní nestability.

Zmíněnou profesní nestabilitu spatřuji také v tom, že arteterapie pečovala víceméně jen o patogenetickou komponentu oborové problematiky. Přitom psychotherapeutický obor může dosahovat svých cílů jak odstraňováním toho, co nás činí nemocnými, tak ale i posilováním toho, co nás udržuje při zdraví.

Prostředí české výtvarné pedagogiky, jejíž místo v české škole v posledních letech nebylo a není doceněno, poskytlo Slavíkově artefiletice realizační základ. Snaha najít řešení neutěšeného stavu české výtvarné pedagogiky a „deficit“ arteterapie spočívající v nedostatečné péči o vlastní salutogenetickou komponentu, pak poskytly artefiletice, coby novému oboru, realizační prostor.

#### SALUTOGENETICKÝ CHARAKTER ARTEFILETIKY

V medicíně teprve nedávno popsaná orientace lékařského myšlení a jednání podle principu tzv. „odvracení rizik“ sleduje význam preventivního hlediska. Pojem salutogeneze zavedl Aaron Antonovsky (1987), který jeho formulací poukázal především na rovnocennou důležitost hledání a využívání toho, co nás udržuje zdravými (Public Health) jako hledání a využívání poznatků o tom, co nás činí nemocnými.

Salutogenetickým přístupem však není míněno to, s čím je prevence tradičně a ne zcela správně spojována: vyhýbání se nezdravému způsobu života. Salutogenetickým úhlem pohledu jsou sledovány faktory, které „...mají pozitivní efekt per se a mohou tak chránit proti psychogenním onemocněním.“ (Tress a kol., 2008:49). Pochopitelně, že v případě psychoterapie je třeba rozšířit tento psychosomatický pohled o referenční rámec duševního zdraví. Slovy praktikujícího

arteterapeuta jde o rozvoj „pozitivních potencialit“ klienta (Šlemínová, 2000:29).

Artefiletika je potom z uvedené logiky věci plnohodnotným salutogenetickým komplementem arteterapie, jejíž výkon je tradičně ukotven spíše v patogenezi.

Artefiletické programy slouží primárně a nerozdílně výchově, rozvoji pozitivních schopností a osobnostních vlastností jedince, citlivosti a vnímavosti vůči estetickým hodnotám a kvalitám života, tvořivosti a prevenci psychických a sociálních patologií (Slavík, 1997, 2004b). Podle Stiburka (2000) se prostým odmyšlením konceptu „nemoc“ (patogenetický pohled) z definice psychoterapie přesouváme na pole artefiletiky, která „...podporuje proces sebepoznávání a sebepřijetí, zrání osobnosti, zvládnání krizí a jejich využití pro osobní růst.“ (s. 37). To je odpovídající obsahový salutogenetický obraz, který klade důraz nikoliv na statickou resilienci<sup>2</sup>, nýbrž na dynamické chápání protektivních faktorů.

Protektivní faktory, o něž se artefiletika přímo nebo nepřímo zajímá, se totiž obecně vzato uplatňují pouze v přítomnosti rizik. Tento v medicíně získaný fakt nasměroval intenzivní pozornost salutogenetického výzkumu především na protektivní mechanismy a procesy. Slavíkův filetický přístup realizuje své cíle v procesech tvůrčí exprese a reflexe. Svobodná možnost sebe-exprese se snahou pochopit smysl reflexí – náhledem na to co bylo učiněno – je čistě záležitostí prožitkového (procesuálního) modu. Kontext, který přichází do vědomí v artefiletický organizovaném procesu, je hra „pravděpodobná“, tedy taková, o jejíž skutečnosti z hlediska vlivu „vlastně“ není třeba pochybovat (Neubauer, 2001). Proto lze předpokládat, že jsou rizika, resp. rizikové faktory, touto hrou přizvány ke slovu a dynamicky přítomny v artefiletických procesech. Tím je klientovi umožňováno porozumět a být schopen širěji využívat možností skuteč-

<sup>2</sup> Nejedná se zde o **resilienci** coby víceméně trvalý ochranný štít (Werner & Smith, 1989; Tress, 1986).

nosti s důrazem na primární faktor sociální opory<sup>3</sup>: „být schopen“, tedy „moci“, než „neschopen“ a proto „ne-moci“.

V souladu s důrazem na faktor sociální opory poukazuje Tress (2000) na skutečnost, že protekce není izolovaným fenoménem, nýbrž „...moderující proměnnou v komplexní hře a protihře s ohledem na riziko.“ (s. 49). Tress (tamtéž) cituje Reistera (1995)<sup>4</sup>, podle něhož sleduje salutogeneze schopnost člověka opatřit si (případně přijmout) sociální podporu (instrumentální a emocionální). Tato schopnost je zformována vlastnostmi osobnosti coby vztahovými zkušenostmi, které stojí v centru salutogenetického (tedy protektivního) procesu (Tress a kol., 2008).

#### MEZI ARTETERAPIÍ A ARTEFILETIKOU

K výše uvedenému úhlu pohledu na vztah arteterapie a artefiletiky jsem přistoupil cíleně. Jsem si vědom, že je možné nahlížet vztah těchto oborů z různých úhlů pohledu. Teoretický profil „patogeneze-salutogeneze“ je tím z úhlů pohledu a přístupů k arteterapii a artefiletice, k jejich vztahu, vymezení, přesahům atd., který si zaslouží pozornost, protože vnáší do mezioborové problematiky jasno a řád.

Jak jsem se snažil ukázat, ostře vymezovat a dělit tyto dva obory lze jen slovy – jaksí pro pořádek. Při konkrétní aplikaci je bude možné odlišit snad „přede dveřmi“ procesu, podle aktuální potřeby klienta, o níž je přesvědčen. Taková potřeba je ale nakonec spoluurčována požadavky a odborným posouzením terapeuta či pedagoga ve společném dialogu s klientem. Jak se domnívá

a uvádí Stiburek (2000): „O terapii se jedná tehdy, udržujeme-li neustále v zorném poli klientovo individuální téma, třeba i nevyslovenou zakázku, a jí podřizujeme veškerou práci. V případě artefiletiky pak jde více o hledání individuálního vztahu k obecnému tématu.“ (s. 33).

Samotný proces, ať už byl na svém počátku arteterapeutický či artefiletický, není možné ani žádoucí ve svém průběhu takto rozlišovat. Marnou snahu odlišit, co je artefiletické a co arteterapeutické v průběhu procesu, by snad bylo možné přirovnat ke snaze vlastníka ideální poloviny pozemku fyzicky rozlišit svůj pozemek od spoluvlastníkovy. Je však důležité uvědomit si rozdíl mezi oběma programy už pro samotné chápání důležitosti obou současných dominant společného tvaru expresivního přístupu ve službách člověku: patogenetické a salutogenetické.

#### LITERATURA:

- ANTONOVSKY, A. *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass, 1987. ISBN: 1555420281.
- NEUBAUER, Z. *Smysl a svět: hermeneutický pohled na svět*. Praha: Moraviapress, 2001. ISBN: 80-86181-45-6.
- REISTER, G. *Schutz vor psychogener Erkrankung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995. ISBN: 3525452721.
- SLAVÍK, J. Artefiletika - reflektivní pojetí výtvarné výchovy. *Výtvarná výchova*, 44, 2004a, č.1, s.13-16. ISSN 1210 – 3691.
- SLAVÍK, J. (Ed.) *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí I*. Praha: PF UK, 2000a. ISBN:80-7290-004-8.
- SLAVÍK, J. Arteterapie v souvislostech speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*, 1999b, 9, č. 1, s. 7 – 19. ISSN 1211-2720.
- SLAVÍK, J. Mezi arteterapií a výchovou – artefiletika. *Psychologie dnes - časopis pro moderní psychologii (Propsy)*, prosinec 1998, 4, č. 10, s. 14 – 16. ISSN 1211-5886.
- SLAVÍK, J. Několik slov o české arteterapii. In SLAVÍK, J. (Ed.) *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. 1. vyd. Praha:

<sup>3</sup> Zde je třeba upozornit na konsekvence s konceptem *osobního růstu* (personal growth), podle modelu PSTG (Post traumatic growth) Calhouna a Tadeshiho (např. 2004), jehož základními faktory jsou *sociální opora* a *otevřenost klienta* (self-disclosure).

<sup>4</sup> Původně Reistrova habilitační práce z roku 1992 na téma: Zum Schutz vor psychogener Erkrankung: ein epidemiologischer Beitrag zur Protektionsforschung und zur Salutogenese.

- Pedagogická fakulta UK, 2000b. s. 7-12. ISBN 80-7290-004-8.
- SLAVÍK, J. *Od výrazu k dialogu ve výchově. Artefiletika*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN: 80-7184-437-3.
- SLAVÍK, J. Otazníky mezi výtvarnou výchovou a arteterapií. *Výtvarná výchova*, 1992/1993, 33, č. 2, s. 29 – 31. ISSN 1210–3691.
- SLAVÍK, J.; WAWROSZ, P. (2004b) *Umění zážitku, zážitek umění* (teorie a praxe artefiletiky). 2. díl. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2004. ISBN: 80-7290-130-3.
- STIBUREK, M. Arteterapie, artefiletika - podoby, obsah, hranice, role, cíle. In SLAVÍK, J. (Ed.) *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2000. s. 33-47. ISBN 80-7290-004-8.
- ŠLEMÍNOVÁ, M. Dnešní česká arteterapie – pokus o systémové zamyšlení. In SLAVÍK, J. (Ed.) *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2000. s. 29-32. ISBN 80-7290-004-8.
- TADESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, Vol. 15. No. 1 (1-18), ISSN: 1535-7228.
- TRESS, W. *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früherer Schutz gegen, psychogene Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1986. ISBN: 3525456883.
- TRESS, W., KRUSE, J. & Ott, J. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-309-3.
- WERNER E., SMITH, R. *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox, 1989. ISBN: 0937431036.
- O autorovi: Mgr. Jiří Závora je odborným asistentem na Katedře výchov uměním Pedagogické fakulty Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. E-mail: jiri.zavora@ujep.cz*
- Došlo do redakce: 11. 5. 2009. K publikaci přijat 11. 6. 2009.*



**ČASOPIS ARTETERAPIE**

/arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie/

vydává Česká arteterapeutická asociace

Doposud vyšlo 19 čísel /3 čísla ročně/  
Roční předplatné 230 Kč  
Pro členy ČAA zdarma

Objednávky: Vanda Jechová e-mail: artedistri@seznam.cz

Bližší informace na [www.arteterapie.cz](http://www.arteterapie.cz)

## VYJADŘOVÁNÍ LÁSKY V INTIMNÍCH VZTAZÍCH: PŘÍSPĚVEK KE ZKOUMÁNÍ UŽÍVÁNÍ STRATEGIÍ VZTAHOVÉ ÚDRŽBY V PARTNERSTVÍ A MANŽELSTVÍ

Lenka Lacinová, Radka Michalčáková & Ondřej Bouša

### ABSTRAKT

Příspěvek je věnován problematice strategií vztahové údržby v rámci partnerství a manželství. Studie využívá tvrzení populární knihy Garyho Chapmana Pět jazyků lásky aneb naučte se mluvit jazykem lásky toho druhého (2002). Autor zdůrazňuje, že v intimním vztahu je důležité vyjadřovat náklonnost a lásku způsobem, kterému partner rozumí. Tento typ partnerské komunikace je v jeho koncepci nazýván jako „pět jazyků lásky“: slova ujištění, soustředěná pozornost, dárky, skutky služby a fyzický kontakt. Zkoumaný soubor tvořilo 111 nesezdaných respondentů (vysokoškolských studentů) a 61 manželských párů (122 respondentů). Studie sleduje genderové rozdíly a prediktory v užívání strategií vztahové údržby. Rozdíly mezi muži a ženami byly nalezeny u kategorií „dárky“ a „soustředěná pozornost“. Zatímco muži častěji zmiňovali kategorii „dárky“, ženy uváděly častěji kategorii „soustředěná pozornost“. V logistické regresní analýze se pro „slova ujištění“ a „fyzický kontakt“ jako signifikantní prediktor uplatnila délka vztahu, pro „soustředěnou pozornost“ stav (sezdaný/nesezdaný), pro „dárky“ a „skutky služby“ stav a pohlaví.

*Klíčová slova:* vztahová údržba, vyjadřování lásky, partnerská komunikace, pět jazyků lásky

### ABSTRACT

Love Expression in Intimate Relationships: A Contribution to Exploration in Using of Relational Maintenance Strategies in Partnership and Marriage

The current study contributes to the topic

of relational maintenance strategies. The study uses Gary Chapman's claims published in his popular book *The Five Love Languages: How to Express Heartfelt Commitment to Your Mate* (2002). The author underscores the importance of being able to express love to one's spouse in a way the spouse can understand. Chapman refers to this type of communication as the five love languages i.e. words of affirmation, quality time, gifts, acts of service and physical touch. Survey data were collected from 111 unmarried individuals (college students) and 61 married couples (122 individuals). The aim of the study was to explore differences and predictors in how married and unmarried men and women use various strategies of relational maintenance. Findings reveal that men use „gifts“ more frequently while women are more likely to use „quality time“ as strategy of relational maintenance. The predictor of „words of affirmation“ and „physical touch“ was length of relationship, predictor of „quality time“ was marital status. Marital status and sex served as predictors of „gifts“ and „acts of service“.

*Key words:* relational maintenance, love expression, communication, five love languages

Šťastný a spokojený vztah s životním partnerem je významnou hodnotou a žádoucím životním cílem pro většinu dospělé populace. Kuchařová (2001) uvádí, že ačkoliv nejmladší generace přisuzuje spíše vyšší hodnotu alternativním formám partnerství oproti manželství, lze konstatovat, že hodnota partnerství jako takového (respondenti se vyjadřovali k hodnotě „mít spolehlivého



životního partnera“) je vysoce důležitá bez rozdílu pro všechny sledované věkové kohorty.

Rady, jak udržet nejen prostou existenci, ale i uspokojivou kvalitu partnerského vztahu navzdory času, hledají lidé u svých přátel, rodičů, sourozenců. Při hledání odpovědi na svoje otázky vycházejí i z modelů a zobrazení partnerských vztahů v médiích všeho druhu a v neposlední řadě také v populárně naučných publikacích. Ty na současném knižním trhu zabírají poměrně velký prostor. Typickým rysem této produkce jako celku je značně nevyrovnaná kvalita jednotlivých publikací, mnohost výchozích zdrojů, koncepcí a povětšinou také to, že vycházejí z klinické či poradenské praxe svých autorů, často také jen z vlastní osobní zkušenosti pisatele. Obecnější platnost zde uváděných doporučení pak může být mnohdy velmi diskutabilní a zpochybnitelná.

Jednou z těchto publikací, která poskytuje populárně-naučný návod na spokojené (vydařené, trvalé, pevné, naplněné, šťastné) partnerství a manželství, je mezi čtenáři žádaný titul *Pět jazyků lásky* aneb naučte se mluvit jazykem lásky toho druhého (2002). Autor Gary Chapman (1. vydání knihy vyšlo v USA v roce 1992) na základě zkušeností manželského poradce předpokládá, že každý jedinec preferuje ve vnímání a vyjadřování lásky jeden či dva způsoby, které autor nazývá „jazyky lásky“. O lásce partnera ubezpečuje jedince určitý typ chování lépe a více než jiný způsob a sám pak má tendenci vyjadřovat partnerovi svoji náklonnost prostřednictvím „svého jazyka“. Chapman tak v populární rovině vlastně popisuje princip tzv. strategií vztahové údržby (*strategies of relational maintenance*).

Pro koncept „vztahové údržby“ (*relational maintenance*)<sup>1</sup> neexistuje jednotné vymezení. Může být definována jako: proces vedoucí k zachování prosté existence vztahu; proces, který udržuje vztah stabilní, kvalitativně neměnný; proces péče o vztah, který je pro oba partnery uspokojivý; proces vedoucí k nápravě vztahu, např. po prožitě

partnerské krizi; akce a aktivity, kterými partneři udržují žádoucí vlastnosti vztahu, např. intimitu, závazek atd. Definice zahrnují také to, jaké jsou v rámci vztahu „určený“ cíle, kterých je žádoucí dosáhnout, a jaké prostředky k nim zvolit apod. (Dindia, 2000). Z uvedeného výčtu je evidentní, že jednotlivá pojetí konceptu vztahové údržby se v mnohých aspektech překrývají a odkazují k specifickému chování v rámci partnerského vztahu. Daintonová a Staffordová (1993) rozlišují dva typy takového chování: strategie vztahové údržby a rutinní chování. Strategie vztahové údržby používá jedinec s vědomím účelu, kterým je péče o vztah, o jeho zkvalitnění, udržení, nápravu atd. Oproti tomu rutinní chování je charakteristické nižším stupněm vědomí účelu a cíle. Daintonová a Aylor (2002) dodávají, že výskyt a míra obou forem popsaného chování souvisí s prožívanou partnerskou spokojeností.

Od 80. let minulého století vznikala řada typologií (a také měřicích nástrojů) strategií vztahové údržby. Některé z nich byly vytvořeny empiricky na základě analýzy volných výpovědí respondentů (např. Dindia & Baxter, 1987) a jiné vycházely z rámce stávajících teorií, např. teorie vzájemné závislosti (*interdependence theory*) (Braiker & Kelley, cit. dle Dindia, 2000). Staffordová a Canary (1991) vytvořili kombinací obou výše uvedených přístupů seznam strategií

<sup>1</sup>V našem prostředí dosud neexistuje pro koncept „relational maintenance“ ustálený český termín (výjimkou je užití termínu procesy vztahové údržby, který v kontextu teorie závazku zvolil ve své disertační práci K. D. Skočovský (2007)). Po diskusi s experty na oblast partnerských vztahů jsme pro tuto studii zvolili kratší variantu vztahová údržba, byť není z hlediska běžné konotace zcela ideální, ale odpovídá nejlépe obsahovému vymezení konceptu. Další diskutované možnosti pak méně odpovídaly konceptualizaci nebo akcentovaly jen některé jeho aspekty – např. udržování vztahu, péče a práce na vztahu, aktivní budování vztahu nebo jednání udržující/podporující vztah. Tímto příspěvkem bychom chtěli otevřít prostor pro případnou terminologickou diskusi. Přípomínky a návrhy uvítáme na uvedených kontaktech.

chování, které partneri užívají k tomu, aby byli ve svém partnerství spokojeni. Fakturovou analýzou bylo vymezeno pět strategií vztahové údržby: 1. pozitivita (*positivity*) – být pozitivní a příjemný; 2. otevřenost (*openness*) – užívání sebeotvírání (*selfdisclosure*) a otevřené diskuse o vztahu; 3. ujištění (*assurances*) – zdůrazňování závazku, vyjadřování lásky, deklarování věrnosti; 4. síť (*network*) – trávení času se společnými přáteli a známými; 5. sdílení úkolů (*sharing tasks*) – společná práce v domácnosti. Uvedená typologie je ve výzkumech strategií vztahové údržby jednou z nejužívanějších (Dindia, 2000).

Obdobně popisuje na základě své poradenské zkušenosti vědomé strategie vztahové údržby i Gary Chapman (2002), který definuje pět „jazyků lásky“: slova ujištění (*words of affirmation*), soustředěná pozornost (*quality time*), dárky (*gifts*), skutky služby (*acts of service*) a fyzický kontakt (*physical touch*). Tato „teorie“ z populární příručky vzbuzuje zájem nejen běžné populace čtenářů, ale stala se také objektem výzkumných aktivit odborníků z oblasti psychologie komunikace (Egbert & Polk, 2006; Goff, Goddard, Pointer, & Jackson, 2007). Nichole Egbertová a Denise Polková (2006) vytvořily dotazníkové položky odpovídající popisu jednotlivých „jazyků lásky“. Fakturová analýza získaných dat prokázala, že pětifaktorový model odpovídá datům lépe než jednodimenzionální řešení či třífaktorový nebo čtyřfaktorový model, i když ani jeden z modelů nevystihuje data ideálně. Autorky studie konstatují, že možností, jak zlepšit fakturovou strukturu, je formulace položek reprezentujících jednotlivé chování ve zcela konkrétní podobě<sup>2</sup>, což by mělo přispět ke zvýšení koheze jednotlivých faktorů. Konstruktová validita byla ověřována prostřednictvím korelací získaných faktorů

s dimenzemi dotazníku na měření strategií vztahové údržby autorů Staffordové, Daintonové a Haase (2000), kteří přidávají k již zmíněným pěti strategiím (viz výše Stafford & Canary, 1991) další dvě: rady (*advice*) a snaha o zvládnutí konfliktů (*conflict management*). Zjištěné vztahy Egbertová a Polková (2006) interpretují následovně: zatímco škály dotazníku Staffordové et al. (2000) obsahově vystihují záměr a cíl jedince (např. společně pracovat v domácnosti), Chapmanovy „jazyky lásky“ jsou prostředkem či nástrojem, kterým je možno cíl naplňovat<sup>3</sup>.

Další pokus o vytvoření metody na základě Chapmanova popisu „láskyplného“ chování přináší Goff, Goddard, Pointerová a Jackson (2007). Respondenti byli v této studii vyzváni, aby ohodnotili, jak jsou pro ně jednotlivé způsoby vyjadřování lásky důležité, tzn. jak moc je pro ně důležité, aby jim jejich partner vyjadřoval lásku daným způsobem. Exploratorní faktorovou analýzou bylo nalezeno šest faktorů. První čtyři (soustředěná pozornost, dárky, slova ujištění a fyzický kontakt) odpovídají Chapmanovu popisu, pátý „jazyk skutků služby“ se v rámci analýzy rozpadl na faktory dva: domácí práce (*domestic service*) a manuální práce (*manual service*). Z těchto výsledků je zřejmé, že respondenti rozlišují mezi prací, která zahrnuje spíše každodenní opakující se aktivitu (např. vaření, úklid) a prací, která je svým charakterem spíše jednorázová a není tak vázána na prostředí domácnosti (opravy, práce na zahradě). Goff, Goddard, Pointerová a Jackson (2007) si tuto distinkci vysvětlují tradičním genderovým rozdělením rolí ve vztahu k domácím pracím. Uvedené výsledky přispěvků k empirickému ověření populární Chapmanovy „teorie“ můžeme přijmout pouze s určitým omezením. Jak bylo zmíněno, autoři obou studií

<sup>2</sup> Např. místo položky „vyslovovat partnerovi komplimenty“ navrhuje autorky Egbertová a Polková (2006) užít běžné obecně používané fráze typu „dnes Ti to moc sluší“.

<sup>3</sup> Např. společné plnění úkolů v domácnosti (*sharing tasks*) je umožněno trávením společného času (*quality time*) a vykonáváním skutků služby (*acts of services*) (Egbert & Polk, 2006).

vytvářeli položky dle stanovené typologie „jazyků lásky“, jejich následná faktorová analýza tak přispívá spíše ke zhodnocení výstižnosti formulací položek.

Strategie vztahové údržby jsou ve svém širokém vymezení přímo definovány také spokojeností se vztahem. Dá se říci, že využívání strategického chování partnery je do značné míry motivováno právě dosažením prožitku vztahové spokojenosti. Spokojenost se vztahem je jak konceptuálním rámcem pro vymezení strategií vztahové údržby, tak také jedním z nejčastěji zkoumaných korelátů (Dindia, 2000). Výsledky řady studií konzistentně prokazují souvislost mezi užíváním strategického chování partnery a jejich spokojeností se vzájemným vztahem (Dindia & Baxter, 1987; Stafford & Canary, 1991; Dainton, Stafford & Canary, 1994).

Dalšími proměnnými, které jsou sledovány v souvislosti se strategiemi vztahové údržby, jsou gender a typ nebo vývojové stadium vztahu. Oproti jasně a opakovaně prokázaným souvislostem s partnerskou spokojeností (což ale může být přičítáno také skutečnosti, že partnerská spokojenost a strategie vztahové údržby jsou v samotné definici konstruktů spojeny), jsou výsledky studií sledujících vliv pohlaví či genderu na volbu či frekvenci strategií vztahové údržby nejednoznačné. Pokud byl ve studiích nalezen efekt pohlaví či genderu, byl spíše slabý a věcně se výsledky lišily dle perspektivy, ze které byla např. volba strategií či jejich četnost sledována<sup>4</sup>.

Cílem této studie je přispět k problematice užívání strategií vztahové údržby v souvislosti s pohlavím a typem partnerského vztahu. Volba typologie autora Garyho Chapmana (2002) byla vedena snahou navázat na předchozí studie Egbertové a Polkové (2006) a Goffa, Goddarda, Pointerové a Jacksona (2007). Obě studie pracovaly s populací vysokoškolských studentů, tato

studie přináší rozšíření zkoumaného souboru i na populaci manželských párů a získává informace prostřednictvím volných výpovědí respondentů, nikoli pomocí předem stanoveného seznamu položek. Jak bylo výše uvedeno, výsledky zkoumání souvislosti mezi strategií vztahové údržby a genderem/pohlavím, resp. typem vztahu, nejsou příliš konzistentní. Naše výzkumné otázky do jisté míry reagují na tento požadavek, na limity pilotních studií a na autory (Egbert & Polk, 2006; Goff, Goddard, Pointerová a Jackson 2007) navržený směr budoucích výzkumů:

**Výzkumná otázka 1:** Liší se v četnosti užívání jednotlivých strategií vztahové údržby – „jazyků lásky“ – muži a ženy?

**Výzkumná otázka 2:** Které ze sledovaných proměnných (pohlaví, stav sezdaný/nesezdaný, délka vztahu)<sup>5</sup> zvyšují pravděpodobnost užívání jednotlivých strategií vztahové údržby – „jazyků lásky“?

#### METODA

##### VÝZKUMNÝ SOUBOR

V předložené studii vycházíme z analýzy údajů získaných od 233 respondentů (65,2 % žen). Zkoumaný soubor tvořila skupina *manželských párů*, tj. 122 respondentů (50 % žen, věk 21–65 let, průměrný věk 39,24, SD = 10,38), a skupina *nesezdaných jedinců*, konkrétně studentů humanitních oborů fakulty sociálních studií a filozofické fakulty, kterou tvořilo 111 respondentů (82 % žen, věk 19–28 let, průměrný věk 21,98, SD = 1,57). Z této skupiny studovalo 82,9 % respondentů obor psychologie na bakalářském stupni (79,8 % žen), zbytek tvořili studenti uměnovědných oborů, například hudební vědy, estetiky (90,9 % žen). Kritériem výběru manželských párů bylo: a) manželství bez ohledu na délku jeho trvání; b) dobrovolná účast obou manželů ve výzkumu. Kritériem

<sup>4</sup> Např. zda vypovídají respondenti o svém chování vůči partnerovi či o vnímaném chování partnera vůči nim.

<sup>5</sup> Původně byla mezi nezávislými proměnnými zařazena proměnná věk, kterou jsme ale z důvodu vysoké kolinearity ( $r = 0.81$ , 1% hladina významnosti; VIF > 4, Condition Index > 15) s proměnnou délka vztahu z dalších analýz vypustili.

výběru nesezdaných jedinců bylo: a) dosud nesezdaní jedinci; b) zkušenost s partnerským vztahem; c) dobrovolná účast ve výzkumu. Délka manželství byla v rozmezí od 4 měsíců do 44 let; průměrná délka 13,86, SD = 10,4. Délka partnerství studentů byla v rozmezí od 1 měsíce do 6,8 roku; průměrná délka vztahu 2,28; SD = 1,86.

#### METODA SBĚRU DAT

Pro zachycení podoby „vyjadřování lásky“ (strategií vztahové údržby) v rámci partnerského vztahu bylo použito pět písemně administrovaných otevřených otázek, které byly vytvořeny na základě Chapmanova (2002) doporučení pro čtenáře, jak rozpoznat „jazyk lásky svůj i partnera“. Dotazování prostřednictvím otevřených otázek lze považovat za poměrně běžný postup k získání výpovědí respondentů za účelem identifikace užívaných strategií vztahové údržby a vytváření jejich typologií (např. Bell, Daly, & Gonzales, 1987; Dindia & Baxter, 1987; Stafford & Canary, 1991). V rámci této studie analyzujeme pouze odpovědi na jednu otázku z položených pěti (*Co děláte, když chcete vyjádřit svému partnerovi, že ho opravdu milujete? Uveďte alespoň tři příklady takového chování.*). Dále byly zjišťovány základní demografické údaje. Šetření proběhlo anonymně.

#### PROCEDURA SBĚRU DAT

U skupiny manželských párů byla data pořízena následujícím způsobem: studenti předmětu Psychologie soužití v manželství a rodině byli požádáni, aby ve svém okolí metodu předali páru žijícímu v sezdaném soužití s žádostí o její vyplnění (z důvodu zachování anonymity a diskretnosti vraceli respondenti vyplněné dotazníky v zalepených obálkách). Bylo rozdáno 120 dotazníků pro páry (tzn. 240 pro jednotlivce), návratnost činila cca 50 %. Výpovědi od skupiny studentů byly získány v rámci seminářů k předmětu Aplikovaná sociální psychologie a Úvod do psychologie hudby, kde byla díky možnosti provést administraci přímo

za přítomnosti výzkumníků návratnost téměř 100%.

#### KÓDOVÁNÍ, RELIABILITA A LIMITACE DAT

Kategorie *Způsobů vyjadřování lásky partnerovi* byly vytvořeny na základě uvedené myšlenky G. Chapmana (2002):

a) *slova ujištění* (například komplimenty, slovní ocenění, pochvaly, zdvořilý oslovení); b) *soustředěná pozornost* (například společné aktivity partnerů, vzájemné naslouchání, soustředěná pozornost); c) *dárky* (například květiny, drobné pozornosti); d) *skutky služby* (například příprava večeře, úklid domácnosti, různé instrumentální činnosti v domácnosti); e) *fyzický kontakt* (například objetí, mazlení, oční kontakt, pohlavní styk). Výpovědi, ve kterých respondenti uváděli charakteristiky sebe sama („jsem milý, vstřícný“, „příjemná, zábavná“, „kamarádská“) nebo uvedli zcela obecná či vágní vyjádření („stojím při něm“, „cítíme, že jeden bez druhého bychom nemohli být“, „stabilita“, „udělám pro ni něco“), nemohly být zařazeny do konkrétních kategorií bez nebezpečí osobní dezinterpretace výzkumníků. I jazykovým vyjádřením tyto výpovědi neodpovídaly zadané instrukci, protože nepojmenovávaly konkrétní chování ve vztahu k partnerovi. Tyto výpovědi byly sdruženy do kategorie f) *obecná vyjádření*. Poslední skupinu tvoří výpovědi respondentů, kteří uváděli, že v rámci svého vztahu projevy náklonnosti svému partnerovi nevyjadřují: h) *partnerovi lásku nevyjadřují*.

Odpovědi respondentů byly na základě vymezení kategorií kódovány autorkami výzkumu podle toho, zda respondent zmínil danou kategorii ve své odpovědi. Tímto způsobem vznikly dichotomické proměnné výskytu dané kategorie pro jednotlivé respondenty. Ke stanovení shody posuzovatelů v kódování bylo náhodně vybráno deset výpovědí reprezentujících každou kategorii (s rovnoměrným zastoupením výpovědí mužů a žen), které byly na základě popisu kategorií rozřazovány nezávislým kóděrem. Shoda posuzovatelů pro

jednotlivé kategorie byla ověřována pomocí Cohenova kappa, hodnoty byly následující: *slova ujištění* 1,0; *soustředěná pozornost* 0,73; *dárky* 0,94; *skutky služby* 0,84; *fyzický kontakt* 0,89; *obecná vyjádření* 0,76.

V rámci předložené studie jsme zvolili postup, při kterém respondenti odpovídali písemně (manželské páry v domácím prostředí, studenti v rámci výuky), přičemž nebyli ve svých výpovědích předem limitováni nabízenými možnostmi odpovědí. Je nutno konstatovat, že možnost interpretace takto získaných dat je omezená. V rámci rozhovoru by bylo možné obecné výpovědi spolu s respondentem dále konkretizovat, my jsme však takovou možnost neměli, což pravděpodobně vyústilo ve vznik poměrně četně zastoupené kategorie *Obecná vyjádření*. Vysvětlením výskytu těchto odpovědí může být, že se respondenti tímto způsobem vyhýbali hlubší výpovědi o intimním tématu, případně své chování v takto vymezené situaci v běžném životě nereflektují a při odpovídání na otázky se uchýlovali spíše k odpovědím, které se shodují s obecně žádoucími schématy a normami (Tourangeau, Lance, & Rasinski, 2000). Zde se nabízí prostor pro další výzkumy, které by se měly

POUŽITÉ STATISTICKÉ PROCEDURY

Pro stanovení výskytu jednotlivých kategorií byla použita frekvenční analýza, ke stanovení rozdílu mezi obsazeností kategorií chí-kvadrát test nezávislosti. K identifikaci prediktorů užívání jednotlivých strategií vyjadřování náklonnosti partnerovi byla vzhledem k exploratornímu charakteru výzkumu využita logistická regrese – metoda Backward Stepwise (ML).

VÝSLEDKY

V tabulce 1 jsou prezentovány kategorie výpovědí o způsobech vyjadřování lásky partnerovi v rámci vztahu, a to podle četnosti jejich výskytu pro muže a ženy zvlášť.

Statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami byly nalezeny u kategorií *dárky*, *obecná vyjádření* a *soustředěná pozornost*. Zatímco muži častěji zmiňovali kategorii *dárky*, ženy uváděly častěji kategorie *obecná vyjádření* a *soustředěná pozornost*.

Tabulky 2 a 3 uvádějí prediktory jednotlivých „jazyků lásky“. Z důvodu přehlednosti uvádíme hodnoty pouze pro signifikantní prediktory a finální model.

V logistické regresní analýze se pro *slova ujištění* a *fyzický kontakt* jako signifikantní prediktor uplatnila *délka vztahu*, pro *soustředěnou pozornost* jím byl *stav*, pro *dárky* a *skutky služby* to byl *stav* a *polhlaví*. Ačkoli hodnoty Nagelkerke R<sup>2</sup> a procento správné klasifikace jsou spíše nižší, vzhledem k povaze studie nepovažujeme tuto skutečnost za závažné omezení našich zjištění. Cílem studie nebyla klasifikace jevů, nýbrž exploratorní identifikace prediktorů. Tyto aplikované nezávislé proměnné pochopitelně vysvětlují pouze část variability závislých proměnných. K objasnění šancí užívání jednotlivých strategií vztahové údržby je proto třeba dále hledat i další proměnné.

Tab. 1 Kategorie výpovědí mužů a žen o způsobech vyjadřování partnerské lásky

muži (n=81)			ženy (n=152)	
pořadí	název kategorie	%	název kategorie	%
1.	fyzický kontakt	63,9	fyzický kontakt	60,3
2.	slova ujištění	47,2	slova ujištění	54,3
3.	dárky <sup>a</sup>	43,1	obecná vyjádření <sup>b</sup>	52,3
4.	obecná vyjádření <sup>b</sup>	33,3	soustředěná pozornost <sup>c</sup>	45,0
5.	soustředěná pozornost <sup>c</sup>	29,2	skutky služby	23,2
6.	skutky služby	12,5	dárky <sup>a</sup>	19,2
7.	nevyjadřuji	1,4	nevyjadřuji	2,6

<sup>a</sup>χ<sup>2</sup> = 14,10\*\*; <sup>b</sup>χ<sup>2</sup> = 7,07\*\*; <sup>c</sup>χ<sup>2</sup> = 5,11\*; \*\*1% hladina významnosti, \*5% hladina významnosti

zaměřit právě na význam a kategorizaci těchto nekonkrétních a obecných odpovědí, např. prostřednictvím tzv. kognitivního interview s respondentem, které by mimo jiné mohlo sloužit také ke zefektivnění formulace položené otázky a následné eliminaci množství obecných odpovědí.

**Tab. 2 Prediktory způsobů vyjadřování partnerské lásky (slova ujištění, soustředěná pozornost, dárky) – logistická regrese**

	slova ujištění						soustředěná pozornost						dárky					
	B	S.E.	Wald	Df	Sig	Exp(B)	B	S.E.	Wald	Df	Sig	Exp(B)	B	S.E.	Wald	Df	Sig	Exp(B)
pohlaví <sup>a</sup>																		
stav <sup>b</sup>							0,982	0,302	10,544	1	0,001	2,670	1,833	0,421	18,927	1	0,000	6,251
délka vztahu	-0,040	0,020	4,240	1	0,039	0,961						1,512	0,419	13,007	1	0,000	4,534	
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,119						0,073						0,191					
-2LL	252,855						250,001						199,203					
corr.predict	65,8%						62,8%						74%					
Hosmer-Lemeshow	10,537 (0,229)						c						4,605 (0,100)					

<sup>a</sup>Referenční skupina u pohlaví = muži<sup>b</sup>Referenční skupina u stavu = nesezdání<sup>c</sup>Hodnotu testu Hosmer-Lemeshow nelze vzhledem k povaze v regresi poslední zbývající nezávislé proměnné určit.**Tab. 3 Prediktory způsobů vyjadřování partnerské lásky (skutky služby, fyzický kontakt) – logistická regrese**

	skutky služby						fyzický kontakt					
	B	S.E.	Wald	Df	Sig	Exp(B)	B	S.E.	Wald	Df	Sig	Exp(B)
pohlaví <sup>a</sup>	-1,373	0,451	9,290	1	0,002	0,253						
stav <sup>b</sup>	-1,361	0,408	11,112	1	0,001	0,256						
délka vztahu							-0,041	0,015	7,317	1	0,007	0,960
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,135						0,052					
-2LL	185,845						253,238					
corr.predict	78,6%						60,7%					
Hosmer-Lemeshow	0,783 (0,676)						8,435 (0,392)					

<sup>a</sup>Referenční skupina u pohlaví = muži<sup>b</sup>Referenční skupina u stavu = nesezdání

## DISKUSE

Jednoznačně nejpreferovanějším způsobem vyjádření náklonnosti je jak mezi muži, tak i ženami *fyzický kontakt*, který je esenciálním stavebním prvkem partnerských vztahů v dospělosti. U mužů bývá vyjadřování náklonnosti cestou fyzického kontaktu vysvětlováno nejen na úrovni biologické, ale také v souvislosti se způsobem výchovy a socializací. Chlapcům není obvykle povoleno projevování emocionální zranitelnosti (Chaplin et al., cit. dle Blackemore & Hill, 2008) a na otevřené vyjadřování potřeby emocionální blízkosti u nich bývá nahlíženo jako na méně žádoucí a zženštilé. Keen (cit. dle Wood, 2000) tvrdí, že vyjádření intimity prostřednictvím sexuálního jazyka je mužům kulturně povoleno, proto jej v rámci partnerských vztahů primárně často využívají, což ovšem bývá zjednodušeně interpretováno v rámci schématu „muže zajímá pouze sex“. Peplauová (2003) shrnuje výsledky empirických studií následovně: muži častěji na sex myslí, mají více sexuálních fantazií a vyšší sexuální potřebu. Jejím

závěrem je, že se sexualita mužů a žen liší. Kohler-Riesman (1990) poukazuje na další typický rozdíl mezi muži a ženami v oblasti sexuality. U žen totiž intimita předchází sexualitu, u mužů pak sexualita intimitu přináší. Z tohoto úhlu pohledu můžeme říci, že pro muže je nespokojenost se sexuálním životem či dokonce absence sexu větší ztrátou než pro ženy – se sexualitou totiž ztrácejí i emocionální prožitky spojené s intimitou. Naše zjištění, že se ženy ve frekvenci užití *fyzického kontaktu* neliší od mužů, mohou být vysvětlena tím, že zatímco dříve byla sexuální role ženy tradičně spojována s pasivitou, přijímáním, eventuálně závislostí, během posledních přibližně třiceti let dochází k postupné liberalizaci norem. Tyto změny souvisejí s mnoha faktory, například s rozvojem feminismu, dostupností antikoncepce, vlivem masmédií, stíráním genderových rozdílů v profesní oblasti (Walsh; Lipovetski, cit. dle Otis, Levy, Samson, Pilote, & Fugere, 1997). Dalším a pravděpodobnějším vysvětlením toho, že se muži a ženy v našem výzkumu

nelišili v užívání strategie vztahové údržby prostřednictvím *fyzického kontaktu*, může být skutečnost, že tato kategorie byla tvořena výpověďmi, které zahrnovaly celou škálu projevů fyzického kontaktu mezi partnery, od něžných doteků po pohlavní styk. Dále jsme zjistili, že jako signifikantní prediktor se pro tuto strategii uplatnila *délka vztahu*: s jejím nárůstem se snižuje šance, že jednotlivci budou preferovat *fyzický kontakt* jako strategii vyjádření lásky partnerovi, což přirozeně odkazuje k biologické podstatě sexuálního chování ve fázi zamilovanosti.

U způsobu vyjadřování náklonnosti dáváním *dárků* a *soustředěné pozornosti* věnované partnerovi se projevují genderové rozdíly, které lze chápat v rámci tradičního, genderově stereotypního modelu chování. Věnování dárku typické pro muže můžeme interpretovat s odkazem na sociobiologické pojetí vztahu, kde se od partnera očekává schopnost materiálně zabezpečit ženu a potomky (Buss, 1989) – věcný dárek tedy může symbolizovat tento potenciál. Dalším možným vysvětlením tohoto rozdílu je, že muži obvykle pokládají za obtížnější vyjadřovat svoje emoce verbálně a tak dávání darů mohou využívat jako pro ně „snadnější“ neverbální vyjádření lásky a závazku ve vztahu (Areni, Kiecker, & Palan, 1998).

Vnímání daru jako věnování „části sebe“ nebo jako symbolického gesta vyjadřujícího závazek popisují ženy ve studii Areniho, Kieckerové a Palanové (1998), a to z perspektivy obdarovávaných. Tato skutečnost může přispívat k tomu, že muži také volí dávání darů jako způsob vyjadřování náklonnosti proto, že jej ženy od nich očekávají. Vedle *pohlaví* se jako významný prediktor pro užívání strategie věnování darů prosadil také *stav* – šance užítí dávání *darů* jako vyjádření náklonnosti je u svobodných mužů vyšší, což můžeme opět vnímat jako podporu sociobiologické perspektivy.

V pozadí častějšího projevování partnerské náklonnosti prostřednictvím *soustředěné pozornosti* ženami může být jejich sociálně a kulturně posilovaná orientace na druhé,

na vztahy a na emoce a schopnost empatie, naslouchání a být druhému k dispozici (např. Adams, 1995; Blackemore & Hill, 2008). V logistické regresní analýze se jako signifikantní prediktor pro užívání *soustředěné pozornosti* prosadil pouze *stav* (sezdaný/nesezdaný). Šance, že jednotlivec bude ve vztahu vyjadřovat partnerovi náklonnost prostřednictvím naslouchání, trávení společného času, sdílení různých volnočasových aktivit či společné práce, se zvyšuje u nesezdaných jedinců. Je možné, že sezdané páry již nemusejí společně trávený čas vnímat jako vyjadřování náklonnosti, neboť se sňatkem stává do jisté míry samozřejmostí. Jako projev lásky bývá ovšem *soustředěná pozornost* v manželství vnímána zejména v okamžiku, kdy se stává „deficitní“ a jeden z partnerů tento aspekt soužití prožívá nespokojivě (Birchler & Webb, 1977).

U následujících dvou „jazyků“ (*slova ujištění*, *skutky služby*) jsme nenalezli rozdíly mezi muži a ženami. Nicméně logistickou regresí byl pro *slova ujištění* zjištěn jako prediktor *délka vztahu*, pro *skutky služby* pak *stav* a *pohlaví*. Zatímco jedinci v počátcích vztahu své protějšky o své lásce častěji ubezpečují prostřednictvím slov a své pocity otevřeně verbalizují, manželské páry, zejména pak ženy, vyjadřují svou náklonnost spíše vykonáváním instrumentálních činností. Tuto tendenci je možno chápat jako ilustraci vývoje vztahu od romantické zamilovanosti směrem k rutinní každodennosti a pragmatičnosti. Jak uvádí Plaňava (2000), v rámci manželství patří na přední místa muži oceňovaných charakteristik to, že je jejich žena dobrou hospodyní. V rámci stejného výzkumu bylo také zjištěno, že u 81 % párů buď všechny nebo většinu domácích prací vykonává žena.

Za zajímavé zjištění pokládáme prosazení prediktoru *stav* (u užívání strategií *soustředěná pozornost* a *skutky služby*), tedy zda se jedná o partnerství, které je formálně zakotveno či nikoli. Ačkoli se v dnešní době můžeme setkávat s tendencí relativizovat význam a efekt svatebního rituálu na ná-

slednou podobu partnerského soužití, naše zjištění naopak jeho důležitost podporují.

Můžeme konstatovat, že většina našich zjištění do značné míry nasedá na vývoj citové vazby v rámci partnerského vztahu v dospělosti, jak jej popisují Zeifmanová a Hazanová (1999). Fáze zamilování (*falling in love*), která dle jejich paralely s utvářením citové vazby v raném dětství, odpovídá fázi „zárodků citové vazby“ (*attachment in the making*), zahrnuje zvýšenou míru fyzického kontaktu v podobě mazlení, objímání, milenecké verbální komunikace (tzv. *baby talk*) a také vysokou míru sebeodhalení (*self-disclosure*) v dlouhých společných hovorech. Ve fázi post-romantické (nebo jak Zeifmanová a Hazanová (1999) uvádějí ve fázi „běžného života“), která koresponduje se závěrečnou fází cílesměrného vztahu a partnerství (*goal-corrected partnership*), dochází k jistému poklesu zaměřenosti partnerů na sebe navzájem ve smyslu „romantické vášně a vzájemnosti“ a partneři se angažují více v aktivitách mimo jejich samotný vztah (např. přátelé, zájmy, pracovní oblast). Vzájemný vztah však podobně jako v dětství vztah s pečující osobou slouží jako bezpečná základna, díky níž mohou svou činnost ve vnějším světě uspokojivě vykonávat a zvládat.

#### ZÁVĚRY A VÝHLEDY

Tato studie je příspěvkem ke zkoumání rozdílů v používání strategií vztahové údržby mezi muži a ženami a jejich prediktorů. Ve výzkumu byla využita myšlenka „pět jazyků lásky“, jež vznikla na základě poradenské práce s manželskými páry, které vyhledaly odbornou pomoc (Chapman, 2002). Prezentovaný výzkum byl proveden na neklinické populaci manželských párů a nesezdaných jedinců (vysokoškolských studentů). Výsledky jsou v souladu se zjištěními výzkumů, které konstatují rozdíly mezi muži a ženami v tematicky podobných oblastech jako je například problematika žádoucích charakteristik při výběru partnera (*mate selection*) (např. Buss, Shackelford, Kirkpatrick, & Larsen, 2001) nebo přímo při

rozdílném využívání strategií vztahové údržby muži a ženami (*relational maintenance*) (např. Aylor & Dainton, 2004) ve smyslu tzv. tradičních představ o mužské a ženské roli. Zjištěné výsledky lze také vysvětlovat prizmatem změn, které charakterizují vývoj partnerského vztahu v rámci formování citové vazby mezi partnery v dospělosti (Zeifman & Hazan, 1999).

V dalším zkoumání způsobů vyjadřování lásky v partnerském vztahu by bylo užitečné rozšířit zkoumaný soubor na různorodější populaci nesezdaných jedinců (např. doplněním studentů jiných než humanitních oborů a zejména posílením skupiny mužů). Ve stávajícím vzorku byla převaha studentek psychologie, je tedy pravděpodobné, že nad danou problematikou více přemýšlejí s ohledem na své studijní zaměření, což může do jisté míry poznamenat výsledky a omezit možnost jejich zobecnění. Jak bylo zmíněno, limitem výzkumu byl také způsob sběru dat formou písemně administrovaných otevřených otázek. Dílčí kvalitativní studie by prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů (popřípadě kognitivního interview – viz Tourangeau, Lance, & Rasinski, 2000) pomohla snáze objasnit, jakým způsobem respondenti o vyjadřování pozitivních emocí a lásky v partnerském vztahu přemýšlejí, jak a zda toto chování reflektují apod.

Naše studie do jisté míry zaplňuje mezeru mezi empirickým výzkumem a klinickou praxí, přibližuje tedy světy praktické aplikace a vědecké empirické verifikace. Vyústěním těchto snah by mohlo být vytvoření měřicího nástroje, metody využitelné v praxi manželskými poradci a párovými therapy, při jehož konstrukci by se přihlíželo k nalezeným zjištěním.

#### LITERATURA

- Adams, S., Juebli, J., Boyle, P. A., & Fivush, R. (1995). Gender differences in parent-child conversations about past emotions: A longitudinal investigation. *Sex Roles, 33*, 309–323.
- Ahlborg T., Rudeblad K., Linnér S, & Linton S. (2008). Sensual and sexual contentment



- in parents of small children – a follow-up study when first child is four years old. *Journal of Sex Research*, 45, 295–304.
- Areni, Ch., S., Kiecker, P., & Palan, K. M. (1998). Is it better to give than to receive? Exploring gender differences in the meaning of memorable gifts. *Psychology & Marketing*, 15, 81 – 109.
- Aylor, B., & Dainton, M. (2004). Biological sex and psychological gender as predictors of routine and strategic relational maintenance. *Sex Roles*, 50, 689–696.
- Bell, R. A., Daly, J. A., & Gonzales, C. (1987). Affinity-maintenance in marriage and its relationship to women's marital satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 49, 445 – 454.
- Birchler, G. R., & Webb, L. J. (1977). Discriminating interaction behaviors in happy and unhappy marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, 494 – 495.
- Blackemore, J. E. O., & Hill, C. A. (2008). The child gender socialization scale: A measure to Compare traditional and feminist parents. *Sex Roles*, 58, 192 – 207.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1–49.
- Buss, D. M., Shackelford, T. K., Kirkpatrick, L. A., & Larsen, R. J. (2001). A half century of mate preferences: The cultural evolution of values. *Journal of Marriage and Family*, 63, 491–503.
- Canary, D. J., Stafford, L., & Semic, B. A. (2002). A panel study of associations between maintenance strategies and relational characteristics. *Journal of Marriage and Family*, 64, 395 – 406.
- Dainton, M., & Stafford, L. (1993). Routine maintenance behaviors: A comparison of relationship type, partner similarity, and sex differences. *Journal of Social and Personal relationships* 10, 225 – 271.
- Dainton, M., Stafford, L., & Canary, D. J. (1994). Maintenance strategies and physical affection as predictors of love, and satisfaction in marriage. *Communication Reports*, 7, 88 – 98.
- Dainton, M., & Aylor, B. A. (2002). Routine and strategic maintenance efforts: Behavioral patterns variations associated with relationships length, and the prediction of relational characteristic. *Communication Monographs*, 69, 52 – 66.
- Dindia, K. (2000). Relational maintenance. In C. Hendrick & S. S. Hendrick (Eds.) *Close relationships: A sourcebook* (287 – 299). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dindia, K., & Baxter, L. A. (1987). Strategies for maintaining and repairing marital relationships. *Journal of Social and Personal relationships*, 4, 143 – 158.
- Egbert, N., & Polk, D. (2006). Speaking the language of relational maintenance: A validity test of Chapman's (1992) five love languages. *Communication Research Reports*, 23, 19 – 26.
- Goff, B. G., Goddard, H. W., Pointer, L., & Jackson, G. B. (2007). Measures of expressions of love. *Psychological Reports*, 101, 357 – 360.
- Hazan, C. & Zeifman D. (1999). Pair bonds as attachments. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (336 – 354). New York: Guilford Press.
- Chapman, G. (1992). *The five languages of love: How to express heartfelt commitment to your mate*. Chicago: Northfield Publishing.
- Chapman, G. (2002). *Pět jazyků lásky aneb naučte se mluvit jazykem lásky toho druhého*. Praha: Návrat domů.
- Kohler-Riessman, C. (1990). *Divorce talk. Women and men make sense of personal relationships*. New Brunswick/London: Rutgers University Press.
- Kuchařová, V. (2001). *Postoje k manželství a rodičovství a reflexe změn podmínek pro rodičovství*. Staženo z internetových stránek výzkumného záměru: Rodina, zaměstnání a vzdělání: <http://fss.muni.cz/struktura/katedry/spsp/page.php?id=49&position=003004001>
- Otis, J., Levy, J., Samson, J., Pilote, F., & Fugere, A. (1997). Gender differences in sexuality and interpersonal power relations among French-speaking young adults from Quebec: A province-wide study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 17–28.
- Peplau, L. A. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 2, 37-40.
- Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk.
- Skočovský, K. D. (2007). *Akceptabilita metod přirozené kontroly počtů: dimenze a determinanty*. Disertační práce. Brno: FSS MU.
- Stafford, L., & Canary, D. J. (1991). Maintenance

- strategies and romantic relationship type, gender, and relational characteristics. *Journal of Social and Personal relationships*, 8, 217 – 242.
- Stafford, L., Dainton, M., & Haas, S. (2000). Measuring routine and strategic relational maintenance: Scale development, sex versus gender roles, and the prediction of relational characteristics. *Communication Monographs*, 67, 306 – 323.
- Tourangeau, R., Lance, J. R., & Rasinski, K. (2000). *The Psychology of Survey Response*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wood, J. T. (2000). Gender and personal relationships. In C. Hendrick & S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (301–313). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Studie vznikla v rámci řešení výzkumného záměru MSM 0021622406 „Psychologické a sociální charakteristiky dětí, mládeže a rodiny: vývoj osobnosti v době proměn moderní společnosti“. Předběžné představení některých výsledků této studie v popularizační formě bylo uveřejněno v Psychologii Dnes č. 5, 2009, s. 21 – 23 pod titulem Ovládají Češi pět jazyků lásky? Od bestselleru k výzkumu.
- Autoři pracují v Institutu výzkumu dětí, mládeže a rodiny při FSS MU, Joštova 10, Brno.
- Došlo do redakce: 18. 9. 2008, v revidovaném znění 24. 4. 2009, ve druhém revidovaném znění 14. 10. 2009. K publikaci přijat 5. 11. 2009.*

## ZAMYŠLENÍ NAD GENDEROVÝMI ASPEKTY POPULARIZAČNÍCH PSYCHOLOGICKÝCH DISKURSŮ

Kateřina Machovcová

Pro tuto úvahu mě inspiroval jeden z rozhovorů, které jsem vedla v rámci dizertačního projektu. Společně jsme narazily na téma populárních genetických a evolučních diskursů týkajících se typických rolí žen a mužů. Terapeutka, se kterou jsem hovořila, si povšimla, že její klienti: „...*dost často mluví o tom, jak my chlapi, nebo my ženský... Dokonce mám pocit, že oni vlastně očekávají, že tady najdou rezonanci, že my budeme ty, kdo zastávají tyto věci.*“ Dotkla se tak zásadního tématu, kterým je působení popularizovaných vědeckých, v tomto kontextu psychologických, informací na širokou veřejnost. Jak uvádějí například autoři Prilleltensky a Nelson (2002), klinicko-psychologické diskursy se staly součástí mainstreamové kultury západních společností. Nalezname je v řadě televizních pořadů včetně odlehčených „talk shows“, v novinách či v populárních časopisech. Diagnózy různých klinických poruch jako je anorexie nebo poruchy pozornosti se staly součástí našeho každodenního jazyka. Ale nejedná se pouze o zjednodušené podání termínů z psychopatologie. Jak uvádí Burr (2002, str. 129): „*Pokud sami o sobe uvažujeme a zažíváme se jako dobře či málo motivované, pužené instinkty, kterým nerozumíme, zastávající liberální či konzervativní postoje, jako introvertní nebo extravertní osobnosti, inteligentní či průměrné, neurotické či stabilní a tak dále, do velké míry za to můžeme psychologii obvinít či ji naopak poděkovat.*“

Především populární psychologické diskursy tak lidem dávají nástroje napomáhající sebepoznání, utvářející sebehodnocení, ale i pocity „normálnosti“ či naopak vybočování z řady. Diskursivní praxe se tak v podstatě materializuje do reálných životních

podmínek. Tvrzení prezentovaná psychologií a dalšími odborníky a odbornicemi ze společenských věd mohou mít dalekosáhlé důsledky na to, jak hodnotíme a prožíváme svůj život.

V následující části textu předložím několik úryvků z médií dobře dostupných široké veřejnosti a z pozice kritické feministické psychologie je okomentuji zejména s ohledem na propojení individuální a společenské roviny v kontextu práce psychologů. Rozšiřuji tak řadu reflexí, které se k souvisejícím tématům v časopise *Psychoterapie* objevily v návaznosti na publikaci knihy *Rodinná terapie teorie jin-jangu* autorů Chvály a Trapkové<sup>1</sup>.

### ZDROJE NEROVNOVÁHY

Jedním z diskutovaných aspektů psychologického pohledu bývá opomíjení širších společenských souvislostí a jejich vliv na psychickou pohodu a zdraví. V článku *Děti s dáblským věnem*<sup>2</sup> upozorňují rodinní psychoterapeuti Chvála a Trapková na negativní důsledky života v neúplných rodinách. Vestručnosti podleních problém spočívá v chybějícím rodiči (ve většině textu se jedná o nepřítomného otce), a tedy v nerovnováze mužské a ženské „energie“. Situace těchto rodin je vnímána zúženou optikou jako záležitost uspořádání jejich členů. Kde je zhodnocení dalších souvislostí? V první řadě se autoři nezabývají tím, proč po roz-

<sup>1</sup> Jedná se o texty Vybíral, Z. (2008, 3-4). *Rodinný terapeut jako zastánce tradiční rodiny*; Gjuricová, Š., Kubička, J. (2008, 3 - 4) *Terapeutické pozice aneb jakou teorii potřebuje rodinná terapie*; Ševčíková, A. (2009, 1). *Etická dimenze rodu v poradenství a psychoterapii*.

<sup>2</sup> Trapková, L., Chvála, V. (2008). *Děti s dáblským věnem*. MF DNES. 26. 4. 2008.

chodu rodičů často dochází k přerušení komunikace nebo jaké jsou společenské a historické okolnosti toho, že například donedávna nebyla umožněna, natož podporována, střídat péče obou rodičů. Dalším důležitým faktorem jsou okolnosti, za jakých se rodiny rozpadají. Je možné v případech, kdy se jedná o domácí násilí, alkoholismus atd. označit za primární problém opět chybějící části „dvojice jin a jang“? Nejpalcivěji však doléhá otázka, proč se autoři nepozastavují nad tím, jakou kvalitu života mají děti a matky samoživitelky, což je nejčastější sestava neúplných rodin. Proč nejsou vyhodnoceny statistické údaje o tom, kolik času tráví otcové s dětmi po rozvodu, na jaké příjmové rovině následně ženy jsou či jaké jsou jejich šance najít vhodné zaměstnání? Rodiny s jedním rodičem se často potýkají nejen s ekonomickými problémy, ale zejména se ztrátou sociálních kontaktů. Přitom uspokojivé vztahy a zejména pocity sounáležitosti s ostatními lidmi jsou jednou z primárních determinant lidského zdraví (Wilkinson, 1996). Z genderového hlediska je zajímavé, proč se Trapková s Chválou primárně obracují na matky, tím spíše na ty, které přece o svoje děti pečují, jakoby veškerá zodpovědnost spočívala na nich? Není právě tento výrazný přesun zodpovědnosti na matky jedním z faktorů, které působí na vyloučení otců z rodin?

Po mechanismech inkluze a exkluze a upevnování společenských nerovností, nemusíme v textech těchto autorů dlouho pátrat. V jiném svém článku píše: „*Vzájemnou přitažlivost pohlaví zajišťují všechny lidské kultury zvěšováním a udržováním rozdílu mezi pohlavími*“<sup>3</sup>. Jejich práce se také výrazně pohybuje v heteronormativním rámci, který vymezuje jinak nastavené vztahy za hranice nejen společenské normy, ale společenské přijatelnosti vůbec. Ačkoliv dále tvrdí, že například vůči stejnopohlavním rodinám je třeba přistupovat „*pokud možno*

*bez předsudků a nediskvalifikovat je, neboť co se jednou stalo, nemůže se odestát*“, je otázkou, jak tohoto tolerantního postoje chtějí dosáhnout, jsou-li jejich texty plné až už implicitních či explicitních odkazů k heterosexuality jako zcela žádoucí a z hlediska psychologického zdravé a nezbytné sociální normě. Jak autoři reflektují tento paradox svojí práce jako terapeutů? Jak jejich tvrzení o nezbytnosti výrazných rozdílů mezi ženskými a mužskými prvky vázanými na pohlaví působí na psychickou pohodu lidí, kteří z různých důvodů nezapadají?

#### KAŽDÝ MUSÍ PŘIJMOUT ZODPOVĚDNOST SÁM ZA SEBE... NEBO NE?

Dalším příkladem privatizace a individualizace problémů, které mají širší společenský kontext, je i článek Phelps<sup>4</sup> o sebepoškození. Autorka konstatuje: „*Pokud bychom chtěli popsat vůbec nejčastější typ člověka, který se poškozuje, bude to mladá žena, která byla v dětství pohlavně zneužita*.“ Zároveň však dále v textu dochází k závěru, že sebepoškození je příznakem signalizujícím vážný psychický problém. Zvažme, zda se podařilo těmto ženám nabídnout více než nálepku psychologického onemocnění, která nejspíš přispěje k dalším těžkostem v jejich životech (Ussher, 1991). Málo se dočteme o vlivu traumatu na rozvoj symptomů. Proč je zodpovědnost za problém kladena do psychiky jednotlivce, který nejenže byl zneužit, ale ještě je navíc patologizován? Jakou zodpovědnost mají psychologové a psycholožky v prevenci zneužívání a ve vytváření strukturálních mechanismů předcházení obdobným problémům? Komu a jak efektivně pomáhá zaměření na symptomy u postižené osoby?

K širším společenským tématům se vyjadřují i Chvála a Trapková ve výše uvedených textech (např. možnosti adopce homosexuálními páry nebo přístupnost metod asistované

<sup>3</sup> Trapková, L., Chvála, V. (2006). Na pohlaví přece jen záleží. MF DNES. 2. 9. 2006.

<sup>4</sup> Phelps, L. (2007). Psychologie DNES. 6, 2007.

reprodukce pro samostatné ženy). Tím se poměrně zajímavým způsobem vymykají z běžné praxe psychologů, jak to komentuje například Petr Klimpl: „*Nectí povinnost společnost reflektovat bez nároku na pokusy společnost vylepšovat*“<sup>5</sup>. Podívejme se opět na to, jakou roli v těchto diskurzech hraje zapojování individuální a společenské roviny našich životů. Zatímco Chvála s Trapkovou v prezentovaném čtení jejich textů rovinu společenskou výrazně opomíjí, zároveň si dovolují k celospolečenským tématům se vyjadřovat a svoji autoritu terapeutů propůjčují k argumentaci pro konkrétní opatření, resp. nezavádění určitých změn apod. V reakci na to Klimpl upozorňuje na chápání role psychologů jako zakotvené výhradně v individuální rovině. To ovšem kontrastuje s pojetími, podle kterých nelze „dělat psychologii“, aniž by toto konání mělo i politické aspekty. Jak konstatuje Prillelensky (2008), moc nikdy není pouze psychologická či pouze politická<sup>6</sup>, vždy se v ní mísí obě tyto roviny zároveň.

V práci psychologů, jak jsme si i ukázali výše, do hry vstupují společenské normy, a proto je jejich práce vždy ovlivněna i politickými aspekty (Úlehla, 2007). Nelze pochybovat o tom, že v každém případě mají stanoviska psychologů reálné důsledky. V širším hledisku upozorňuje Prillelensky (2008) na rizika kultury, která upřednostňuje individualismus. Zodpovědnost za lidské neštěstí je potom primárně či spíše výlučně kladena na jednotlivce a tito jsou měněni nebo je usilováno o jejich změnu. Opomíjeny jsou však změny společenských struktur, které mohou udržovat společenské nerovnosti a přímo přispívat k problémům, které řešíme pouze na úrovni jednotlivců.

Nakolik může být práce psychologů i ji-

ných pomáhajících profesí efektivní, vrací-li jednotlivce a rodiny do stejné společnosti, ve které jejich problémy vznikly? Law (2004) uvádí jako příklad studie týkající se problematiky alkoholismu a souvisejících jaterních onemocnění. Mnozí profesionálové dotazovaní ve výzkumu si plně uvědomovali nedostatečnost následné péče o jejich pacienty. Stejní lidé se dokola vraceli do nemocnice – po léčbě se totiž dostali do stejně neuspokojivých podmínek původního života a dříve či později opět utekli k pití alkoholu. Kromě otazníků nad efektivitou pomoci není možné opomíjet ani ekonomické dopady pro nemocnici, potažmo zdravotnický systém. Jiný příklad uvádí Nelson (Nelson, Prillelensky, 2002), který pracoval v centru pro duševní zdraví s dětmi z převážně nízkopříjmových rodin. Děti se v rezidenčním programu zlepšovaly, po návratu do původního prostředí se však opět objevilo problematické chování. Nelson uzavírá poučením, které z této a dalších zkušeností získal: změna jednotlivců bez změny jejich prostředí nemá příliš velkou naději na úspěch.

Tyto zkušenosti a jejich reflexe tak neúprosně vyžadují otevření diskuse o roli psychologů a psycholožek v dnešní společnosti. Nenacházíme ani jednoduché, ani jednoznačné odpovědi na to, jakým způsobem se mají angažovat, jaké faktory zahrnovat do svojí práce, ani kde jsou hranice užitečnosti jejich pomoci. V tomto textu jsem se však pokusila upozornit na některé možné směry úvah a především na fakt, že není možné distancovat se od vlivu, který v souvislosti se svou profesí máme na lidské životy.

#### ZDROJE

- Burr, V. (2002). *The Person in Social Psychology*. Hove: Psychology Press.
- Law, J. (2002). *After Method. Mess in social science research*. London: Routledge.
- Prillelensky, I., Nelson, G. (2002). *Doing Psychology Critically. Making a Difference in Diverse Settings*. New York: Palgrave Macmillan.

<sup>5</sup> Klimpl, P. (2008). O rodinách bez démonizace. MF DNES. 24.5.2008.

<sup>6</sup> Politická moc v tomto smyslu neodkazuje na činnost politických stran a skupin, ale na témata z oblasti veřejného života a nastavení společnosti, v níž žijeme.

- Prilleltensky, I. (2008). The Role of Power in Wellness, Oppression, and Liberation: The Promise of Psychopolitical Validity. *Journal of Community Psychology*. 36 (2). Malden: Wiley.
- Úlehla, I. (2007). *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Ussher, J. (1991). *Women's Madness. Misogyny or Mental Illness?* London: Harvester Wheatsheaf.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies*. London: Routledge.
- Došlo do redakce: 4. 5. 2009, v revidovaném znění 16. 6. 2009. K publikaci přijat 16. 6. 2009.*



**Mezinárodní konference Expresivních terapií  
„Space for Art Therapies“**

1. Mezinárodní konference tohoto rozsahu a zaměření v ČR.  
Uskuteční se v Praze od 18. do 19. 6. 2010.  
Na přípravě konference spolupracují Česká arteterapeutická  
asociace, Asociace dramaterapeutů ČR,  
Česká muzikoterapeutická asociace  
a Česká asociace taneční a pohybové terapie.

Konferenční poplatek činí 2200,- Kč.  
Bližší informace na [www.expressivniterapie.org](http://www.expressivniterapie.org)  
nebo e-mailu: [expressivni.terapie@gmail.com](mailto:expressivni.terapie@gmail.com).

## THE EMBODIED MIND

(VI. mezinárodní konference Pessu Boyden psychomotorické terapie, Amsterdam – Bergen, 4.–7. 6. 2009)

Jan Šířinek

Otevírání nových prostorů v psychoterapii nestagnuje – začátkem června se o tom mohl přesvědčit každý z rekordních, téměř 120 účastníků konference „The embodied mind“, konané počátkem června v Amsterdamu a v Bergenu, malém městečku v krásném prostředí uprostřed lesa, nedaleko moře. Holandsko je zemí PBSP zaslíbenou. Bylo to zde, kde se Pessu Boyden terapie začala v 70. letech šířit. Dnes se zde nachází největší a pravděpodobně nejlépe organizovaná komunita. Početné zastoupení hostitelské země bylo tedy očekávanou samozřejmostí. Skutečným povzbuzením však byla celá atmosféra a organizační styl konference, dýchající kromě vysoké úrovně odborných diskusí čímsi navíc: vytrřibeným vkusem, neokázalostí a vtípem – pro mne neklamné svědectví o tom, že PBSP dokázala v průběhu desetiletí přitáhnout pozornost a ovlivnit kariéru odborníků se širokým kulturním rozhledem a hlubokým vzděláním. Kromě Holanďanů zde bylo nejvíce Američanů a Němců, dále byly zastoupeny Velká Británie, Izrael, Norsko, Belgie a Rakousko. Z České republiky byla kromě autora sdělení přítomna Petra Vrtbovská, která pronesla přednášku (viz níže). Program tří konferenčních dnů zahrnoval šest hlavních přednášek ve dvou dopoledních plenárních schůzích, odpoledne a večery vyplnilo na dvě desítky specializovaných workshopů, zpráv o výzkumech a organizačních schůzek. V první hlavní přednášce „Philosophy of Mind and Body“ filosof Fred Keijzer de facto rozvinul samotný název konference, když poskytl historický přehled náhledů na *mind–body* problém ve filosofii a načrtl cesty, kterými se tělesné a psychické, Descartem od sebe vzájemně „osvobozené“ v lidském chápání znovu pokouší sblížit a prolnout. Ačkoliv Descar-



Albert Pessu a Diane Boyden-Pessu na konferenci.

tem formulované „odtělení“ duše je již teoreticky passé a v určitých kruzích je velmi módní o tom tak mluvit, pro člověka masírovaného produkty současné, stále převážně mechanistické civilizace, je vlastně velmi obtížné, leckdy nemožné představit si cokoliv jiného než onu starou, dobrou dualitu. Tedy „objektivní skutečnost na straně jedné a „pouhou subjektivitu“ na straně druhé. V tomto kontextu vyvstala pessovská myšlenka dodatečného dozrávání ega s pomocí vytváření arteficiální senzomotorické paměti, jakéhosi stroje času v jádru tělové zkušenosti, jako velmi svěží prostředek rozvoje zdravějších představ o považe psychického a fyzického.

Téma *mind – body* lze nejsporněji uchopit v podmínkách zjevné patologie. Psychiatr Johan A. den Boer shrnul v přednášce „Vzpomínky na trauma jsou v těle“ neurofyziologické poznatky o následcích traumatických zážitků. Přidal empirický materiál dokládající neurologické změny v mozku vlivem hrubě nevhodných podmínek pro vývoj dítěte. Třetí přednáška Jana van Hooffa byla etopsychologická, s úvahami o zdůvodnitelnosti altruismu z hlediska prin-

cipu boje o přežití. Terén odborné diskuse o psychologickém vývoji dítěte připomíná v mnohém cestu na Mount Everest dnešních dnů: Otisky legendárních poutí skutečných průkopníků – objevitelů jsou dnes zasypány stopami turistů, kteří již vědí, kudy se chodí, možnosti nikterak neposouvají, ale pozůstatků své návštěvy velehor zanechávají mnoho. V tomto smyslu je rovněž literární prostor pojednávající o dětském vývoji znepréhledněn, leckdy přímo zanesen zplodinami citačních zvyklostí, jimiž si autoři zjednáávají právo být slyšeni. Albert Pessa buduje svůj psychotherapeutický systém důsledně po svém. Za jediný a výlučný zdroj informací označuje pozorování lidského těla v pohybu, ve výrazu, v emoční reaktivitě. Jakživ jsem z jeho úst neslyšel vyslovit jméno jediného předchůdce či inspirátora, jediné terminologické porovnání. Výjimkou je Sigmund Freud, kterého ovšem používá spíše pro ilustraci, nikoliv jako odkaz. Pessa je dost možná typem badatele, jehož mysl, soustředěnou na klinickou empirii, úmorné přehrabování otisků a napodobenin cizích myšlenek, spíše ruší než obohacuje. Každopádně, ze svého specifického úhlu pohledu vytvořil teorii nebývale konzistentní a srozumitelnou. Není eklektikem, jeho dílo je originálem zpracování vývojového tématu, s dosud neobjevenou kapacitou syntetizovat v sobě různorodé koncepce. Úkol tuto kapacitu objevit a popsat přenechal ovšem svým následovníkům. Petra Vrtbovská, česká zástupkyně, vystoupila na konferenci právě s takovým komparativním příspěvkem: Pessovské téma „místa ve světě“ v kontextu Bowlbyho konceptu přimknutí. Díky zjevné erudici v obou přístupech i neotřelému, vtípnému zpracování, vynikly velmi plasticky průniky obou světů, lišící se pouze terminologicky, jakož i skutečné rozdíly, implikující různé intervenční postupy. Vrtbovská sklídila mimořádný ohlas a je škoda, že navzdory svým odvážným a úspěšným aktivitám (viz nedávno vydaná první česká monografie PBSP) zůstává v rámci tuzemské komunity

solitérkou. Absolvovala výcvik v USA, nikoliv v ČR, delší dobu pobývala ve světě. Příznačné je, že ačkoliv v zahraničí je nepochybně viděna jako významná PBSP představitelka své země, v ČR ji mezi kolegy téměř nikdo nezná.

Poučené srovnávací sondy a studie jsou prospěšné. Teprve hluboká znalost rozdílů v myšlenkových kořenech jednotlivých přístupů totiž umožňuje rozpoznat prostor pro plodnou syntézu směrů. Pojem „syntéza“ bych zde rád uvedl do protikladu k často slýchané, avšak intelektuálně lenivé představě, že v současnosti se vývoj v psychoterapii ubírá jen a pouze k jakémusi nediferencovanému eklektismu a že je to tak správně. Přejde mi to spíše jako Mc Donaldizace psychoterapie než syntéza. V Čechách dobře známý šéf trenérského týmu, profesor psychiatrie Lowijs Perquin, vystoupil na závěr s přehledem historického vývoje PBSP. Vždy brilantní a imponující Holanďan provázel Alberta Pessa od jeho „vyloštění“ v Evropě počátkem 70. let. Je jeho nejbližším spolupracovníkem a zároveň jakýmsi recenzentem jeho myšlenek. Má lví podíl na metodickém rozpracování tréninku, jehož úroveň je z mnoha stran hodnocena jako vynikající. Perquinův výstup vyvolal velmi bouřlivou, kontraverzní odezvu. Jemně ironický tón, který nasadil, nemohl nevyvolat obraz otcovsko – synovského pnutí, které mezi oběma muži během desetiletí vzniklo. Soudě dle mohutné kuloárové kritiky, kterou sklídil, zašel v sarkasmech vůči Albertu Pessovi dosti daleko.

O co šlo? Perquin v podstatě problematizoval Pessovu obecnou tendenci, obzvláště výraznou v posledních letech, a to posouvat metodu od zjevného bodyworku, tedy pohybů těla, lidských doteků, vyjadřování emocí a hraní rolí, k introvertnější symbolizaci významů a jejich virtualizaci. Jakoby tím metoda podle Perquina mířila tam, kde nechce být. „Nebudeme mít nakonec bodywork bez těla?“ ptal se závěrem. Pro mne osobně bylo poučné i zábavné sly-



šet, jaká byla PBSP dříve divočina. A mít možnost porovnat to s tím, kde jsme dnes. Bylo to poučné, nikoli problematické. Otázky jsem si položil takto: Je vůbec možné praktikovat jakoukoliv psychoterapii bez těla? Lze při práci s emocionálními významy tělo vynechat? Není tradiční dělení na verbální postupy a bodywork překonané? Není méně nápadná a tišší podoba dnešní PBSP právě projevem hlubšího postižení “the embodied mind“? Nevystíhovala by situaci lépe polarita explicitní versus implicitní bodywork? Odpolední workshopy znamenaly přehlíd-

ku různých aspektů terénní PBSP práce (párová PBSP, dynamika v PBSP skupině, individuální dlouhodobá PBSP terapie, PBSP přístup ke snům, atd.) Mrzutý byl jen paralelní průběh akcí, a tudíž možnost zhlédnout jen zlomek nabízeného. V poslední den konference se podařilo připojit ČR k mezinárodnímu networku PBSP, což bylo dobře načasováno vzhledem k nově vznikající české asociaci. Lze doufat, že tyto kroky napomohou postupnému plnému uznání PBSP v České republice.

*Foto: autor*

## VSTŘÍC NOVÝM PŘÍBĚHŮM

(Workshop Jill Freedman: „Umění dotazování v narativní terapii“, Praha, ISZ-MC, 12.–14. října 2009)

**Pavel Nepustil, Kateřina Novotná**

Vyprávění příběhů je samozřejmým prvkem každé psychoterapie. Těžko si lze představit situaci, kdy v průběhu hodinové psychoterapie nezazní ani jeden příběh, jakkoliv krátký, nedokončený nebo nesouvislý. Ostatně je dosti obtížné představit si jakékoliv delší setkání dvou či více lidí bez vyprávění příběhu. Pro psychoterapii je však typické, že v ní mají příběhy velice rozmanité role v závislosti na přístupu, ve kterém je terapeut vyškolen. Někdy nechá terapeut klienta vyprávět jen proto, aby diagnostikoval určitou poruchu, jindy je pro terapeuta klientovo vyprávění cestou do nevědomí nebo ke struktuře jeho osobnosti. A někdy je vyprávění příběhů hlavní náplní, podstatou i cílem celé psychoterapie. Tento posledně jmenovaný přístup, který se od druhé poloviny minulého století rychle šíří po celém světě pod jednoduchým názvem narativní psychoterapie, přijela do Prahy v polovině října představit Jill Freedman z amerického Chicaga.

Narativní terapie rozhodně není v České republice úplnou novinkou. Jejímí filozofickými a historickými souvislostmi se dlouhodobě zabývá například Ivo Čermák (2003; 2004). Šárka Gjuríčová a Jiří Kubička popsá-

li ve své knize (2003) vliv narativních přístupů na rodinnou terapii. V roce 2009 obhájil David Skorunka disertační práci, která komplexně popisuje teorii i praxi narativní terapie (Skorunka, 2009). Po praktické stránce se tomuto přístupu nejintenzivněji věnuje Institut pro systemickou zkušenost – Management centrum (ISZ-MC). Pořádá dvousethodinový výcvik „Cestou příběhu“, principy narativní terapie vyučuje i v rámci komplexního výcviku „Umění terapie“ a podílel se na překladu knihy Jill Freedman a Genea Combse Narativní psychoterapie (2009).

Není asi třeba dodávat, že to byl právě ISZ-MC, kdo organizoval pražskou návštěvu Jill Freedman. Já (Pavel) jsem se její účastnil mimo jiné jako redaktor Psychoterapie a od začátku jsem se vžíval do role „nezaujatého pozorovatele“. I proto jsem po skončení semináře požádal o spolupráci na tomto článku Kateřinu, která je aktuální frekvenciantkou výcviku „Umění terapie“ a navíc měla jedinečnou možnost v rámci semináře zažít přístup Jill na vlastní kůži.

### ZDVOJENÉ NASLOUCHÁNÍ

Celý název dvouapůldenního workshopu zněl: „Umění dotazování v narativní terapii –



J. Freedman přednášející

se zvláštním zřetelem na problematiku osvo-  
bozování životů od následků násilí a zne-  
užívání“. Jednalo se tedy v pravém slova  
smyslu o „dílnu dotazování“. Není divu. Otáz-  
ky tvoří základ přístupu Jill Freedman.  
Hlavní snahou narativního terapeuta je na-  
bourat či zpochybnit „problémové“ příběhy  
a rozvinout příběhy nové, přičemž hlavním  
nástrojem, jak toho dosáhnout, jsou právě  
otázky: ať už dekonstruuující, rozvíjející  
příběh či otázky po významu. Rozhodně to  
však neznamená, že by terapeutovi stačilo  
naučit se sadu (záračných) otázek, se který-  
mi by potom postupně vyrukoval na klienta  
a ten by odcházel z konzultační místnosti se  
zbrusu novým životním příběhem. Terapeut  
musí vědět, proč se ptá a proč se ptá právě  
teď. Z tohoto důvodu představila Freedman  
filozofický a historický kontext narativního  
přístupu a připravila několik praktických  
cvičení, jejichž cílem bylo naučit účastní-  
ky, jak je možné otázkami rozvíjet příběh  
klienta.

K čemu však takové rozvíjení příběhu  
může být dobré? Například k tomu, aby  
terapeut mohl lépe rozpoznat „to, co chybí,  
ale je implicitně přítomné“ (*absent but im-  
plicit*). Jde o hypotézu, že hovoří-li klient  
o problému či obtíži, jsou za jeho slovy  
ukryty hodnoty, které jsou pro něj důležité.  
Když si terapeut vypěstuje umění tzv. zdvo-  
jeného naslouchání (*double listening*), může  
slyšet obojí: to, co člověka trápí, ale také  
to, co je k jeho trápení v kontrastu – čeho  
si cení. Tím, že terapeut rozvíjí klientův  
„problémový“ příběh, má větší šanci, že

zaslechne víc „implicitního“, a to mu potom  
dává možnost rozvinout příběhy nové, které  
už budou obsahovat více toho, co je člověku  
obzvlášť drahé. Když tedy terapeut slyší  
klienta mluvit o vnitřní tíze, může se zkusit  
dozvědět víc o specifickém životním poslání  
a závazcích klienta. Když slyší o zoufalství,  
je možné uvažovat o klientových nadějích,  
snech a vizích do budoucna. V hovoru  
o zranění jsou už ukryté určité představy  
o hojení a tak dále. Tento koncept je jedním  
z těch, které Jill Freedman rozpracovala až  
po sepsání své knihy *Narativní psychoterapie*  
a které byly přímo ovlivněny prací  
Michaela Whitea.

### ZÁŘIVÉ OKAMŽIKY

Ačkoliv se tedy Freedman nevyhýbá ho-  
vorům o „problému“, které například na  
řešení orientovaná terapie zavrhuje jako  
naprosto zbytečné, přesto ji vždy zajímají  
ojedinelé události vybočující z příběhů trá-  
pení a beznaděje, ve kterých jsou klienti  
ponořeni. Jako by terapeut s klientem krá-  
čeli v mlze temným lesem a najednou mezi  
stromy probleskl paprsek slunce. Freedman  
tyto události nazývá „zářivé okamžiky“  
a povzbuzuje terapeuta, aby je vyhledával,  
aby se o ně zajímal a aby společně s klientem  
utvářel příběhy na těchto okamžicích založe-  
né. V jednom cvičení jsme měli možnost si  
to vyzkoušet. Utvořili jsme čtveřice, v nichž  
byl vždy „terapeut“, „klient“, „kouč“ a „svě-  
dek“. Klient začal vyprávěním nějakého  
svého zářivého momentu a terapeut se snažil  
rozvíjet příběh na dané události založený.  
K tomu měl k dispozici kouče, od kterého  
dostával instrukce, jakým způsobem se  
ptát – za tím účelem připravila Jill koučům  
sadu otázek. Svědek potom komentoval to,  
co pozoroval a cítil.

I když může pod dojmem tohoto cvičení  
narativní přístup působit technicky, když  
jsem potom poslouchal Jill při ukázce její  
práce, měl jsem pocit, že slyším něco, co  
se asi nedá dost dobře v rámci jednoho se-  
mináře předat. Ano, kladla velké množství  
otázek, ale vždy je zasazovala do aktuálního

kontextu a velice plynule a přirozeně navazovala otázkami na předchozí hovor. Nepoužívala příliš shrnujících komentářů nebo reflexí řečeného, avšak své otázky začínala slovy, která dávala klientovi najevo, že jej poslouchá. Například: „Zrovna když jste to říkal, tak se mi vybavila slova...“ To vše dělala s velkým citem a klidem, občas na mě působila téměř hypnoticky. (Mimochodem, ve své knize popisuje silný vliv Milтона Ericksona na svůj profesní vývoj.) Myslím si tedy, že její přístup rozhodně nelze zúžit na určitý způsob kladení otázek, jde spíše o formu bytí s klientem. Ale o tom už více Kateřina...

#### POHLED ZE VNITŘ KONSULTACE

Začátek svého příběhu o semináři, který mě hluboce inspiroval v teoretické, praktické i etické rovině psychoterapie, budu vyprávět od jeho konce. Třetí den semináře jsem jako dobrovolník prožila hodinovou terapeutickou konzultaci s Jill jako celistvou ukázkou její práce, kterou si publikum vyžádalo. Spojením „prožívat konzultaci“ se snažím vyjádřit neobvyklou živost rozhovoru, pocít, že s Jill plujeme mým životem a občas se zastavíme a pozorujeme, co je kolem nás. Naše povídání bylo zážitkem nejen nesmírně příjemným, ale také užitečným. Specifický vztah, do kterého Jill s klienty vstupuje, mi umožnil vidět věci z perspektivy, do které jsem si předtím nedovolila vstoupit.

Posledně zmíněný aspekt našeho rozhovoru – způsob vztahování se klienta a terapeuta – byl pro mě novinkou. Už to, že konzultaci popisují jako „naš rozhovor“, vypovídá o neexpertnosti spolupráce, kterou se mnou Jill navázala. Jill přivezla z Ameriky způsob narativní práce, který je ovlivněný spolupracujícím přístupem v terapii (čeští čtenáři se s ním mohou seznámit v nedávno přeložené knize Harlene Anderson – viz rovněž recenze v tomto čísle). Její způsob uplatňování spolupracujícího přístupu je zřetelný třeba tehdy, když se na začátku svých klientů ptá, jestli by jí o sobě něco mohli říct, než se začnou bavit o tom, proč za ní

přišli. Nebo když nabízí, zda by se na něco nechtěli zeptat oni jí – bude na klientovi, zda jí otevře svůj život, a tak by ho o ní možná něco zajímalo. Klienti jsou také vyzváni, aby se kdykoli ptali, kdyby nerozuměli otázce, nebo kdyby je zajímalo, co si právě Jill myslí. Na vlastní kůži jsem také pocítila její hravou zvědavost a živé zaujetí mým příběhem, když čekala na odpovědi, na způsob, jakým budu dále odvíjet nit svého vyprávění, které se díky tomu pro mě stalo dobrodružnou, barvitou cestou.

V narativní psychoterapii lze postupovat různými cestami, což ji neodlišuje od jiných směrů. Cesta Jill Freedman se však odlišuje od způsobu, jakým jsem se seznámila s narativní terapií prostřednictvím výcviku „Umění terapie“. V Praze dekonstruujeme klientovo vyprávění, společně s klientem hledáme to, co kdysi začalo žít s ním jeho příběh a nyní mu přináší trápení – s tím dále pracujeme externalizací a hledáme ztracené autorství klienta, autorství vlastního příběhu. Jill Freedman hledá zárodky jiných příběhů než těch problémových, se kterými klient přichází. Předpokládá, že události našich životů je možné vidět jako jednotlivé body, které si každý svým jedinečným způsobem spojujeme do příběhů, kterými žijeme. Jill spolu s klienty hledá jiná propojení, která pro ně budou užitečnější než ta problémová. Tento rozdíl se ale do značné míry zviditelnil tím, že Jill zaměřila svůj workshop na praktický nácvik několika technik, kam třeba externalizace nepatřila, což neznamená, že by ji ve svém repertoáru neměla. Bližší seznámení s těmito otázkami umožňuje například zmiňovaná kniha Narativní psychoterapie.

#### RE-MEMBERING

Ještě jednou se vrátím ke svému zážitku terapie s Jill, díky kterému jsem porozuměla jednotlivým představeným technikám z hlediska jejich teoretického ukotvení a hluboké logické souvislosti, ne pouze jako instrumentům, které by šly mechanicky a nahodile uplatňovat. Například pojem „re-



J. Freedman při workshopu

*membering*“ (slovní hříčka - angl. *remember*: vzpomínka, *re*: znovu, opakování, *member*: člen, příslušník) Jill představila jako důležitý moment určité fáze terapie, kdy klient již našel svůj preferovaný příběh a postupně získává kompetence, aby jej mohl začít žít. Životní příběhy jsou utvářené vztahy s druhými a také vztahy utvářejí, proto se Jill s klienty soustředí i na nalézání těch, kteří v preferovaném příběhu mají podpurnou roli. Když jsme v našem rozhovoru dospěly k tomu, co bych si přála a jak to mohu dělat, Jill se ptala, kdo by mi přitom mohl stát po boku. A pro mě bylo důležité a překvapivé uvědomit si, kdo mě první napadá, a o kom jsem si naopak okamžitě jistá, že by to určitě nebyl.

Toto zaměření má své opodstatnění v širším kontextu než pouze v oblasti násilí a zneužívání (téma workshopu) – v této oblasti je ale dobře zřetelné. Lidé, kteří byli zneužíváni, měli téměř vždy někoho, kdo na ně byl laskavý a u koho hledali uvolnění nebo vzpomínání se. Někdy je to učitel, příbuzný nebo soused. Jill s klienty rozvíjí úvahy o tom, jaký byl tento vztah, co si vzájemně přinášeli do života, jak je asi tehdy ten člověk viděl, co na nich obdivoval, co by jim asi přál nyní a co by to znamenalo mít perspektivu tohoto člověka v sobě oživenou ve chvílích, kdy je klientům těžko – právě to je účelem vybavení si takového člověka a znovu-prožití toho pozitivního, co jim poskytoval.

## ETIKA NARATIVNÍHO TERAPEUTA

Na začátku své výpovědi o workshopu jsem uvedla, že mě hluboce inspiroval v etických otázkách o psychoterapii. Jill Freedman nám ukázala, že narativní terapeut není neutrální, že sice trpělivě vyčkává na probuzení se autora příběhu v klientovi, ale právě toto autorství je tím, co vyzdvihuje a upřednostňuje. Podporuje klienty, aby převypravovali preferované příběhy, a dává růst podružným liniím příběhů, které zmenšují problémy, ve kterých je klient nějak činný a má v nich preferovanou identitu. Tím narativní terapeut do příběhu klienta něco přidává – aspekt, který by Harlene Anderson a Harold Goolishian jako představitelé spolupracujícího přístupu chápali jako něco negativního, co do terapie nepatří, jak nám Jill Freedman vysvětlila.

Kde by se v etické rovině naopak tyto terapeuti setkali a setkávají spolu s dalšími postmoderními přístupy k terapii, je odmítnutí paušální, univerzální etické pravdy. Každý příběh se vždy vypráví z určitého úhlu pohledu a každé zhodnocení příběhu je dalším příběhem, který je pouze další perspektivou. Neznamená to ale, že by si pro narativní etiku byly všechny příběhy rovny. Je důležité uvědomovat si, jaké okolnosti vedou ke vzniku příběhu, jaké důsledky ten který příběh má a hledat různé perspektivy, ze kterých je možné se na něj dívat. Jill Freedman to dělá. Chápe sebe samu jako člověka, který se narodil v privilegovaných podmínkách, a cítí etickou zodpovědnost pomáhat zviditelnit příběhy těch, kteří tak privilegovaní nejsou, jejichž vyprávění je na okraji dominantní kultury. O tom jsme se na workshopu přesvědčili třeba prostřednictvím videonahrávky práce Jill ve Rwandě s těmi, kteří přežili tamější genocidu.

Pečlivější zkoumání etiky narativního přístupu, ale také praktických možností navazování spolupráce s klienty na nové a hodně odlišné psychotherapeutické platformě je příběhem, který se v české krajině teprve začíná odvíjet. Je plný příslibů a jeho

pokračování může měnit uvažování o psychoterapeutických paradigmatech, budit diskuzi a zvědavost, rozvíjet práci terapeutů a v neposlední řadě ovlivňovat životy našich klientů. Zkušená a charismatická Jill Freedman uskutečnila workshop, který byl nepochybně důležitou epizodou v tomto příběhu – nezbyvá než si přát, aby v tvorbě dalších dílů domácí terapeutická veřejnost pokračovala. *Foto: Pavel Nepustil*

#### LITERATURA

Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: NC Publishing.  
 Čermák, I. (2003). *Psychologie v narativní tóni-*

ně se vynořila v souvislostech. *Československá psychologie*, 47 (6), s. 513-532.

Čermák, I. (2004). *Narativní terapie: mnohohlasý chór*. In M. Miovský, I. Čermák, V. Řehan (Eds.), *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Tak trochu jiný příběh. Brno: Nakladatelství SCAN.

Freedman, J., Combs, G. (2009). *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.

Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.

Skorunka, D. (2009). *Narativní přístup v psychoterapii: pohled psychoterapeuta a klienta*. Nepublikovaná disertační práce. Masarykova univerzita, Brno.

## MOSTY MEZI VÝZKUMEM A PRAXÍ (V PSYCHOTERAPII)

(CA-SPR, Montreal, Québec, Kanada, 23.–24. 11. 2009)

Zbýněk Vybíral, Ester Danelová

**ZV:** Ve dnech 23.–24. listopadu 2009 jsme se spolu se studentkou oborů psychologie a psychoterapeutická studia Ester Danelovou zúčastnili konference SPR (kanadské komory *Society for Psychotherapy Research*), která si v názvu stanovila za cíl „Building Bridges between Research and Practice“. Dvoudenní konference se konala díky silnému zázemí výzkumu psychoterapie na místní McGill University, kde je vytvořen výzkumný tým zaměřený na proces v psychoterapii. Konferenci sponzorovala např. québecká psychologická společnost (*Ordre des Psychologues du Québec*) nebo Kanadský institut pro výzkum zdraví.

Setkání necelých dvou stovek lidí otevřela Marilyn Fitzpatrick. Hlavní přednášku přednesl profesor Louis Castonguay z Penn State University v USA, kterého jsme na jaře 2009 přivítali jako jednoho z hlavních řečníků v Brně na 2. psychoterapeutickém sympóziu. Dlouhý název jeho přednášky *Integrating Research and Practice: Toward the End of „Empirical Imperialism“ and New Pathways for Synergistic Collabora-*

*tions* explicitně zmiňoval empirický imperialismus.

Podle L. C. je výzkumná propedeutika v rámci bakalářských a magisterských programů na univerzitách traumatizující jak pro studenty, tak pro vyučující. Dochází (někdy) k vytváření takových výzkumných plánů, které L. C. označil (očima praktiků) za „scientific comedy“. Tyto dva světy spolu málo spolupracují.

**ED:** Castonguay v přednášce vtipně zdůraznil tři lži, které podle něj žadatelé o doktorské studium na prestižních univerzitách musejí při pohovorech vyslovit: 1. Nejsm šprt, ale práci miluju. 2. Stojím o intenzivní vztah se svým školitelem: zavolejte mi klidně v deset večer, sedneme si spolu k práci. 3. Miluji výzkum, výzkum, nic než výzkum. Pojmenoval tím důraz na výzkum a tvrdou práci. Tento důraz však souvisí se základním problémem koncipování studia na současných univerzitách: podle Castonguayho je jím „*idolatry of method and ignorance of substance*“, tedy zbožštění metody na úkor

podstaty zkoumaných jevů. Duch „spolupracujícího“ výzkumu, který je prioritou SPR, má přitom jiný princip: výzkum má stát na aktivním a vzájemném zapojení výzkumníka a *praktika* jak ve formování designu, tak v následném šíření a aplikaci poznatků – tedy zčásti i na kreativitě, hravosti a jednoduchosti designu, díky nimž se stává zkoumání méně náročným, srozumitelným a přístupným.

**ZV:** Castonguay připomněl (mj.) metodu sběru dat známou pod označením *Helpful Aspects Therapy Questionnaire* (Llewelyn, 1985), při níž se sesbírají pomáhající momenty v psychoterapii tak, jak je viděly obě strany (klienti, terapeuti). Je známo, resp. v minulých letech bylo v několika článcích publikováno, že např. za tzv. „top 3“ pomáhající momenty v psychoterapii označují klienti pravidelně něco jiného než psycho-terapeuti. Přednášející se také podrobně věnoval potenciálně škodlivým součástem psychotherapeutické práce. Je spoluautorem zevrubného článku, který je momentálně v tisku a kterým autoři navázali na nedávno publikovaný první Seznam potenciálně škodlivých terapií, u kterých je potenciální škodlivost dnes již výzkumně prokázána. (Zmíněný seznam vytváří Scott Lilienfeld, viz: Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science* 2 (1), s. 53–70.)

Listuji poznámkami: Psychoterapeut by měl pořád myslet na to, co je pro klienta dobré. Také by měl stále zpytovat vlastní teoretické nastavení, které zaujal – právě k tomuto klientovi. Ptát se sám sebe: proč? A měl by se (umět) vyhybat tomu, co klientovi nepomáhá.

**ED:** Posterová sekce prvního dne konference umístěná do impozantních salonků fakulturního klubu umožnila účastníkům osobní kontakt s autory prezentovaných studií, nejčastěji studenty magisterského a doktorského stupně studia na kanadských univerzitách. Mnoho z témat odpovídalo sou-

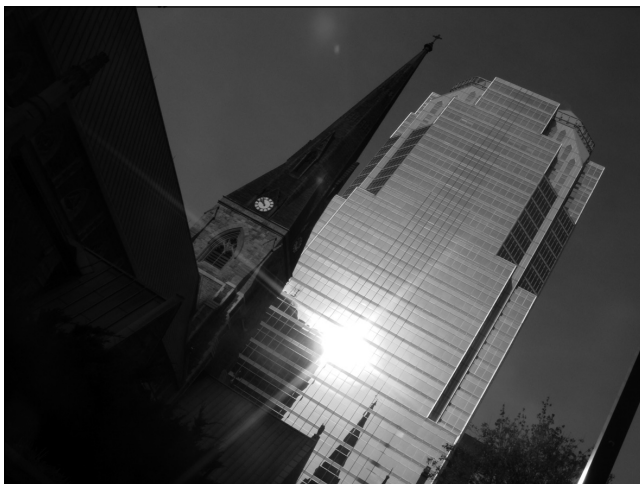
časnému imperativu praxe založené na empirickém výzkumu a výzkumu vycházejícího z potřeb terapeutické praxe. Studenti ve svých pracích mapovali například očekávání klientů od KBT terapie úzkostné poruchy, podoby a význam smutku u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, či schopnost vyjádření empatie u multilingválních terapeutů pracujících v jiném než mateřském jazyce. Posterů a výzkumných témat bylo celkem 25 a po organizační stránce oceňuji, že jsem měla možnost promluvit si s většinou autorů. Největším zážitkem z *poster session* pro mě však zůstává zpráva vyčtená mezi řádky. Zaujalo mě sebevědomí a „výzkumnická sebedůvěra“, s jakou se kanadští studenti pustili do svých projektů, jakož i víra v užitečnost výzkumu, který provádějí již teď, zpravidla počátkem třetí dekády svého života. Začala se ve mně rodit chuť inspirovat vlastní spolužáky k podobným setkáním se sklenkou vína v ruce, kdy bychom měli možnost jeden druhého vyslechnout, povzbudit i nasměrovat.

Paradoxem setkání výzkumníků a praktiků psychoterapie zaměřeného na stavbu mostů bylo rozdělení programu na dvě sekce. V rámci druhého dne k praktikům promlouvali velké osobnosti ze světa výzkumu psychoterapie, zatímco výzkumníci mluvili jedni k druhým v oddělených prostorách.

Program pro praktiky, jehož velké části jsme se bohužel neúčastnili, byl sestavený velmi lákavě. Dopolední blok se soustředil na koncept empiricky podložené psychoterapie (LC) a základní principy změny v psychoterapii (článek připravený pod vedením současného prezidenta a nově zvolené prezidentky SPR Louise Castonguayeho, Penn State University a Lynne Angus, York University). V odpolední části programu bylo publikum seznámeno s nástroji evaluace svých služeb (přednáška kanadských osobností Pierre Desjardins a Conrad Lecomt) a s možnostmi, jak provádět v rámci své praxe výzkum (Michael Lambert a David Krauss – viz dále). Program bloku mi ve svých základních rysech nápadně připomí-

nal curriculum předmětů zaměřených na výzkum psychoterapie na FSS a pomohl mi uvědomit si, že naše katedra jde s dobou a že jako studenti v mnohém dostáváme, co budeme v praxi opravdu potřebovat. Z rozhovorů s kanadskými psychoterapeuty jsem vyrozuměla, že jim – stejně, jako je tomu často v českém prostředí – v praxi chybí kontakt se současným výzkumem. Po ukončení studia a poté, co zahájí klinickou praxi, pocítují velký tlak shora mít v terapii co nejvíce pacientů, a nejen že pak postrádají čas potřebný pro samostudium, ale třeba i nákup či předplacení vědecké odborné literatury je pro ně finančně náročné.

Program výzkumníků se odehrával v šestnácti (vždy 4 souběžných) blocích. Zajímalo mě, jak dnes v severoamerickém kontextu empiricky uchopují psychoanalytická a psychodynamická témata, proto jsem se zúčastnila dvou takto zaměřených bloků: *Organizace osobnosti: Současné studie zaměřené na souvislosti s depresí, poruchami osobnosti, násilným chováním mladistvých a zneužíváním návykových látek* a *Rozvoj zkoumání intervencí zaměřených na zlepšení obranného chování*. Dvě ze čtyř studií prvního bloku nahlížely svá témata prizmatem objektivních vztahů a snažily se na základě tohoto konceptu postihnout jemné rozdíly (mezi anaklitickou a introjektivní depresí, resp. neuvědomovanými motivacemi mladých násilníků), aby lépe porozuměly problematice. Další dvě zjišťovaly souvislost mezi zkoumaným problémem a organizací osobnosti z pohledu neopsychoanalytických typologií a jejich potenciálu predikovat výskyt maladaptivních vzorců chování. Překvapovalo mě, s jakým nadhledem a jednoduchostí autoři kvantitativně uchopovali zapeklitá témata a hledali na psychodyna-



Staré a nové vedle sebe: střed města v Montrealu

mických mapách nejkratší cesty ven z bludiště dosud neověřeného. Druhý blok prací se naopak nesl ve znamení hlubokého ponoru do současné psychoanalytické literatury, kde autoři (výzkumný tým *Institute of General and Family Psychiatry* při *Jewish General Hospital, McGill University*) hledali a kategorizovali tisíce vyslovených doporučení ohledně interpretací obranného chování v rámci přenosového vztahu a to jak obecně, tak pro jednotlivé vybrané diagnózy. Na základě výsledků pak stanovovali hypotézy, které v současnosti ověřují zejména pomocí podrobné analýzy případových studií.

**ZV:** V rámci paralelních sekcí výzkumníků jsem absolvoval sekci *Influences on patients' beliefs about therapist and treatment: Participant factors and intervention strategies*. V ní odezněly tři přednášky od členů výzkumného týmu z *University of Massachusetts Amherst*, kde mladé doktorské studenty/ky vede Michael J. Constantino. Slyšel jsem jejich vystoupení již v létě roku 2008 v Barceloně, a tak jsem vsadil „na jistotu“.

Známá zjištění, povědomé závěry... Ve vztahu a psychotherapeutické práci není možné spoléhat se jen na empatii. Je výtečná, ale její prediktivní síla vzhledem k úspěchu v psychoterapii je výzkumně doložená jen

okolo 4 %. (Budiž ovšem řečeno, že ani jiné faktory nemají osamoceně vyšší prediktivní sílu.) Výzkum zaměřený na podobnost mezi terapeutovou a klientovou osobní historií. Terapeuty či terapeutkami jsou univerzitní studenti ve výcviku. Má na terapii vliv podobnost v tom, zda obě „strany“ zažily, nebo naopak nezažily rozvod? Ano, má. A když se k tomu ještě přidá to, že si např. o interpersonálních problémech povídají dvě ženy, má to dopad na prožitek vztahu (či na tzv. „pracovní spojenectví“). A také na vnímání tzv. expertnosti terapeuta/terapeutky. Jinými slovy – klienti oceňují to, že terapeut *téhož pohlaví* má (měl) obdobný zážitek, jako on (ona).

Nic nového. Ale od toho výzkumy také jsou: přinášet drobné důkazy toho, co si myslíme, nebo co tušíme. Potvrzovat nebo také vyvracet hypotézy, zpřesňovat. Dopoledne jsem ještě absolvoval sekci zaměřenou na výzkum *copingu* a vzorců interpersonální komunikace v případě terapie „velké“ deprese; přednášely doktorské studentky z McGill University. Záklusní informace pro mě byla překvapivá: osobně studentky dávají přednost systematické, narativní či jiné rodinné terapii, ale výzkum *se učí* tím, že použijí tradiční metody (např. strukturální analýzu sociálního chování Benjamina z roku 1978), že si vyzkouší práci „raters“, těch, kdo skórují přepisy terapií atd. Prezentace byla připravena na základě výzkumu dvou skupin po sedmi pacientech. Proč ne...

Neodpustil jsem si diskutovat, když jsem slyšel, že léčivé je to, když psychoterapeut rozvine v klientovi „*therapist's voice*“ – tedy dosáhne toho, že si klient osvojí korigování pohledu na skutečnost způsobem „co by na to řekl můj terapeut; jak by se teď zachovala moje terapeutka“ apod. Upozornil jsem na riziko posilování závislosti, která takto vedená psychoterapie také může mít.

Odpoledne jsme s Ester Danelovou vystoupili s naší prezentací – *A valid list of recognised psychotherapies*, konzultovanou s Louisem Castonguaym.

**ED:** V rámci této sekce *Innovations in Psychotherapy* se nám povedlo navázat kontakt a zaujmout např. zástupkyni *Université de Montreal* a získat také několik dalších podnětů pro rozpracovanou studii (momentálně ve fázi ukončování sběru dat a před kvalitativní validizací seznamu několika desítkami expertů.) Doufáme, že další práci na formování seznamu budeme mít možnost prezentovat na světové konferenci SPR v Kalifornii (červen 2010).

Osobně mám však největší radost z navázání kontaktu s týmem zkoumajícím procesy integrace v psychoterapii. Se zájmem jsem si vyslechla prezentaci Very Romano z Univerzity McGill (jejímž spoluautorem byl také David Orlinsky), ve které si autoři položili otázku, zda je širše teoretického záběru v začátcích praxe pro psychoterapeuty nápomocná, či naopak kontraproduktivní. Autoři k jejímu zodpovězení použili multidimenzionální koncepty *healing involvement* a *stressful involvement*<sup>1)</sup> a díky analýze dat získaných u 4 kohort začínajících terapeutů (0–3 roky praxe) majících 0 až 4 dominantní teoretické orientace zjistili – řečeno zjednodušeně – že mít jednu dominantní teoretickou orientaci je dobré, ale mít jich víc je ještě lepší. Nejen že výsledek studie podpořil myšlenku integrativního výcviku u nás, ale vzhledem k zájmu autorů o zkoumání výcviků v terapeutické integraci vznikl navíc do budoucna prostor pro mezinárodní spolupráci s týmem zkoumajícím výcvik integrace v psychoterapii při FSS.

SPR má v současnosti k dispozici síť

<sup>1)</sup> „In *Healing Involvement*, therapists experience themselves as highly invested and affirming in relating to patients, feel a sense of ‘Flow’ (or intense and absorbing interest) during therapy sessions, are able to empathize and communicate understanding and concern, and cope constructively when difficulties arise. By contrast, in *Stressful Involvement*, therapists experience frequent difficulties in practice, tend to react by using avoidant coping strategies, and are prone to feeling bored or anxious during sessions with patients.“ Nepublikovaná studie *Theoretical Breadth Early in the Psychotherapist's Career: Help or Hindrance?* Vera Romano, David E. Orlinsky, Hadas Wiseman, Helge Rønnestad & the SPR Collaborative Research Network.



asi 10 000 spolupracujících psychoterapeutů z celého světa, která tvoří významnou základnu jak pro sběr dat, tak pro inspiraci v aplikovaném výzkumu. Navázaná spolupráce umožní našemu týmu nejen čerpat informace a nové podněty, ale také rozšířit síť o české prostředí a komunikovat poznatky z něj do světa.

**ZV:** Montreal přiblížil pouze zlomek toho, *co a jakými* metodami zkoumat v psychoterapii. Včetně debat *nad* výzkumem nebo o výzkumu. Není možné zkoumat jen v prostředích univerzitních poradenských center, kde se terapeuty učí být studentky a studenti. Potřebné jsou tzv. *naturalistic studies*. To, co je v každé psychoterapii ve hře a co ovlivňuje výsledky, jsou klientova očekávání, a to jednak od terapie samotné, jednak očekávání úspěšného výsledku. Výzkumníci se dnes snaží např. o oddělené zkoumání obou proměnných (*outcome expectations; treatment expectations*). Tyto dva druhy očekávání vstupují do procesu ještě *před* terapií, posléze pak v jejím průběhu.

V případě léčby depresí byla v několika vystoupeních favorizována kognitivní terapie. Ale i ona má být „šita na míru“ pacientovi – optimální je *tailored therapy*. Přizpůsobená mimo jiné tak, aby odpovídala výše zmíněným pacientovým očekáváním. Je to postoj profesora M. Constantina, jehož supervizorem byl Louis Castonguay.

Kam výzkum psychoterapie dospěl? Pořád se všichni shodují na tom, že všechny léčivé součásti (*curative elements*) nikdy výzkumník nerozpozná či neprozkoumá všechny.

V „našem“ bloku jsme vyslechli studii z oblasti KBT u specifických poruch: terapeuti použili prostředí tzv. videokonfe-



Závěr v Salle de bal Ballroom – v krásných prostorách McGill univerzity

rence pro klienty, kteří nemají ve svém okolí psychoterapii dostupnou. Stéphane Bouchard z Université du Québec en Outaouais působivě představil videokonferenční léčbu s klienty trpícími panickou poruchou. Terapeut(ka) na obrazovce před klientem je „v životní velikosti“, stejně tak klient(ka). Výsledek ve výzkumu, kde 23 pacientů podstoupilo video-léčbu a 22 tradiční léčbu tváří v tvář: video-léčení má stejné výsledky. Toto tvrzení podporují zjištění získaná jak bezprostředně po ukončení terapie, tak po 12 měsících! A co víc: v obou druzích psychoterapie bylo navázáno obdobně silné tzv. pracovní spojení mezi klientem a terapeutem. S. Bouchard představil i další studii s 41 pacienty (většinou ženami) i další plány – chtějí na univerzitě validizovat účinnost video-léčby s dalšími 118 dospělými. Mimo jiné zkoumají také terapeuty. Ale na přímou otázku, zda podle něj psychoterapeut pro tuto práci potřebuje zvláštní dovednosti, odpověděl přesvědčeně, že ne. Zatím přišli pouze na to, že při video on-line psychoterapii se psychoterapeuti snaží (možná) více věnovat vztahu, být emocionálně, mimicky apod. transparentní, takže lze uvažovat o jistém druhu „pře-kompenzování“ technického uspořádání „živosti“ před kamerou.



Podívat se na všechno s nadhledem...

Souběžně se sekcemi určenými pro výzkumníky, jak už zmínila Ester, se konaly plenární přednášky pro psychoterapeuty praktiky. Vyslechl jsem v závěru druhého dne dvě z nich: od Michaela Lamberta z Brigham Young University *The practitioner's research tool kit* a od Davide Krausse – navazující přednášku se stejným názvem. M. Lambert byl jednou z největších hvězd v Montrealu. Skromně působící legenda soudobé psychoterapie, encyklopedista a výzkumník (nar. 1944) zdůraznil např. potřebu výzkumů, ve kterých sledujeme léčbu v reálném čase, doporučil „svůj“ 45položkový dotazník OQ, aby ve druhé části přednášky hovořil – možná pro někoho v sále až překvapivě otevřeně – o tom, že psychoterapie poškozuje více klientů, než si většina terapeutické komunity myslí. Výsledky přísně kontrolovaných výzkumů v tomto směru spíše zkreslují realitu. A čtenáři vědeckých článků jsou (možná?) optimističtější, než by měli být. Ve skutečnosti nemá tolik klientů z psychoterapie užitek. Lambert připomněl několik publikací z tohoto desetiletí na dané téma. Zásadní článek Hansena a kolegů z roku 2002 rozhodně nelze podceňovat. Závěry v něm jsou vyvozeny ze vzorku 6062 klientů!<sup>2)</sup>

Shodli jsme se s Ester, že by na podobné konferenci mělo jezdit více lidí z České republiky.

A úplně na závěr:

Svět výzkumníků v oblasti psychoterapie vůbec není nudný. Na úvod hlavní přednášky si Louis C. navlékl dres slavných montrealských Canadian s nápisem na zádech: CASTONGUAY, a v rámci leitmtivu konference („...přemostování...“) přepínal mezi francouzštinou a angličtinou a na závěr si se stojícími francouzskými Kanadaňany zazpíval úryvek z *Ne Me Quitte Pas*, *ne me*

*quitte pas...*<sup>3)</sup> Jacques Brel na úvod konference o výzkumu v psychoterapii. Proč ne? Prezentace vědy může být přece také zábavná.<sup>4)</sup>

Foto: Ester Danelová

<sup>2)</sup> Výsledky byly tyto: 8,2% klientů bylo psychoterapií poškozeno; 56,8% shrnulo, že u nich nedošlo k žádné změně; 20,9% uvedlo zlepšení; 14,1% úplné vyléčení. Za zmínku stojí i průměrná doba trvání psychoterapií, která byla 4,3 sezení. Tuto dobu ovlivňuje, jak dnes víme z řady analýz, to, že okolo 33% klientů ukončí započatou psychoterapii hned po prvním sezení. – Skeptické závěry amerických autorů byly již několikrát doplněny jinými zjištěními, m.j. autorským kolektivem kolem Williama Stilese.

<sup>3)</sup> Najděte si na [www.youtube.com](http://www.youtube.com) syrový Brelův přednes zachycený v roce 1959.

<sup>4)</sup> Protože den před zahájením konference zemřel Lester Luborky, nebyl jsem si zcela jist významem zařazení úryvku z J. Brela do úvodní přednášky. L. C. mi odpověděl:

“It was about a bridge....., in fact it was about maintaining two bridges: The bridge between French and English Canadian... but also, and primarily, a bridge between practice and science. What I said before the song is that one of the lessons of our Practice Research Network is that our studies show that we should not give up on the Boulder model. Not only can clinicians can learn from research but they can also help people like you and me do better science -- more clinically relevant and scientifically valid studies. As such, they should not leave us!”

(Ad „Boulder model“, který L. C. zmiňuje – viz heslo ve Wikipedii a řada článků a diskusí z posledních 60 let.)

## KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICKÉ PÉČI

(Autoři: L. Janáčková, P. Weiss, Praha: Portál 2008; 136 stran.)

Kateřina Havlenová

Mám zkušenost s kombinací vážné diagnózy a nepřiliš empatického lékaře a kdykoli si vzpomenu na období zoufalé nejistoty, rezonují mi v hlavě slova psychologa Jana Vymětala: „Slovo, které před pacientem vyslovíme, nemůžeme vzít zpět. Pamatuje si ho léta. Může se stát stálým zdrojem povzbuzení, nebo také hnisajícím ložiskem ve vědomí“ (in Skála a spol., 1989:11). Snad i proto jsem publikaci „Komunikace ve zdravotnické péči“ autorů L. Janáčkové a P. Weisse brala do rukou s nadějí, že půjde o odborně, ale i lidsky vycizelovaný text, jenž pomůže zdravotníkům na všech úrovních pochopit myšlení, chování a potřeby pacientů a který jim současně přes toto pochopení ukáže cestu k ‚léčivé‘ komunikaci.

Přestože jsem neočekávala vědecké pojednání, nechala jsem se svést ambicemi autorů. Alespoň podle úvodu knihy byl text psán s přáním „pomoci především lékařům nalézt cestu k účinnější pomoci svým pacientům, ale zároveň i jim samým cestu k zachování vlastního duševního zdraví a uspokojení z práce“. Dle mého názoru však zůstalo jen u přání. Kniha nenabízí více než letmý, nikterak hluboký a odborně přesný exkurz do teorie mezilidské komunikace, dále pak přehled způsobů komunikace ve vztahu lékař – pacient (z přehledu však nevyznívá, který je vhodný a který nikoli) a přehrše zásad a desater pro komunikaci s pacienty v různých oborech medicíny a při různém druhu postižení.

Ale postupně:

Kniha je rozdělena do tří částí. První – zdánlivě nejobsáhlejší – je věnována teorii komunikace. Čtenář je zpraven o tom, že komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků, a to ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním cho-

váním. Následuje 29 stran zasvěcených ‚řeči těla‘ (sdělování přiblížením a oddálením, dotykem, výrazem obličeje, gesty hlavou, rukama a nohama). Bohužel 21 stran z 29 (!) neobsahuje žádnou nosnou informaci, jen přehnaně velkou kresbu ilustrující příslušná gesta. Tak se čtenář například může ujistit, že člověk, který se rukou dotýká nosu nebo se škrábe na krku, vypadá opravdu tak, jak si jej běžně lidé představují. Pro případ, že by zmíněná gesta čtenář z ilustrace přece jen nepochopil, je vždy připojen výmluvný popis, např. „Dotýkání se nosu“, „Podpírání brady“. Má-li publikace sloužit lékařům, psychologům a ostatním zdravotnickým pracovníkům, pak tento polopatistický přístup výrazně podceňuje jejich inteligenci a je bohapustým plýtváním papíru.

Oč je více pozornosti věnováno znázorňování a letmému vysvětlování ‚řeči těla‘, o to méně se čtenář dozví o důležitosti vnímání vnějšího a vnitřního kontextu komunikace. Komunikace je v knize prezentována jako výměna informací mezi dvěma komunikanty, za podstatné je považováno co, kdy, kde a jak má lékař svému pacientovi sdělit (s. 11). Skutečnost, že každý člověk je individualita a má svoji životní zkušenost, která ovlivňuje jeho jednání a chování, v textu explicitně nezaznívá. Respektive zaznívá, ale až ve druhé části knihy a celá tato problematika se autorům vešla na pouhé čtyři řádky (s. 52). Navíc je zde v apelu na lékaře, aby při komunikaci s pacientem brali v úvahu i sociální faktory ovlivňující jeho problém, použit pouze podmiňovací způsob. Domnívám se, že lékař tak přistupovat k člověku „musí“ a že pouhé „měl by“ nestačí.

Druhá část knihy se zabývá vztahy mezi lékařem a pacientem a konkrétní komunikací v lékařské péči. Na 19 stranách nabízí opravdu jen stručné přiblížení komunikačních stylů ve zdravotnictví: lékařský přístup, so-

ciologický přístup, antropologický přístup, přístup transakční analýzy, Balintův přístup a sociálně psychologický přístup. Prostor je věnován strategii komunikace s problémovými pacienty, jako je úzkostný typ, úzkostně agresivní typ, bezohledně agresivní typ, pedantský typ, nepřístupný typ a histriónský typ.

Třetí část knihy je rozdělena do kapitol podle oborů medicíny. Tak se čtenář může seznámit se zvláštnostmi a zásadami komunikace v onkologii, vnitřním lékařství, chirurgických oborech, sexuologii a dále pak s pacienty se sluchovým, zrakovým a pohybovým postižením a se seniory. U handicapovaných lidí a seniorů autoři přikládají ‚desatero‘ komunikace, tedy něco jako ‚kuchařku‘ jak kontakt zvládnout, pomoci a neublížit.

Oceňuji zařazení (zřejmě) autentických výpovědí pacientů, které dávají čtenáři nahlédnout do prožívání nemoci. Možná by bylo vhodné doplnit také konkrétní příklady rozhovoru pacienta a lékaře. Z nich by si bylo možné lépe vytvořit představu vedení rozhovoru než jen z rad typu ‚pacient potřebuje vaši podporu‘. Pozoruhodné je, že kniha nabízí návod jednání a ‚vhodná slova‘ pro případ úmrtí pacienta; v kapitole o komunikaci s onkologickými pacienty se však nedozvíme, jak například sdělit pravdu o nedobré prognóze, jak odpovídat na otázky vztahující se k smrti apod.

Pokud by publikace byla zamýšlena jako

učebnice základů komunikace pro základní či střední školy (odpovídá tomu i velmi srozumitelný jazyk a minimum cizích pojmů), pak by zřejmě mohla v kritice obstát. Má-li však oslovit a odborně obohatit lékaře a další zdravotnický personál, pak obstát nemůže. Pominu-li, že publikace nepřináší žádné nové poznatky z oblasti komunikace ve zdravotnictví, poněkud impotentní zůstává i jako výzva adresovaná lékařům, aby usilovali o zlepšení svých komunikačních dovedností. Textem se jako červená nit vine jaksi samozřejmé nadřazené postavení lékaře. Ve svém celku pak kniha působí jako návod k použití pacienta: radí co říkat, co neříkat a často upozorňuje, aby lékař hlídal, zda mu pacient vůbec porozuměl. Díky tomu mi kniha ze všeho nejvíce připomíná populární publikace typu ‚Deset kroků k dokonalé lásce‘.

Není třeba objevovat Ameriku. O tom, že duševní stav a fyzické zdraví člověka jsou propojené nádoby, byly popsány stohy papíru. Očekávala bych ale, že odborníci na komunikaci nebudou rozdávat povšechné rady, ale naopak – budou usilovat o vzdělávání zdravotníků směrem k vnímání pacienta jako jedinečné osobnosti, která si přes nejrůznější své psychické projevy zaslouží individuální přístup. A lhostejno, zda je čekárna za dveřmi ordinace plná a zdravotník unavený.

*Autorka recenze studuje psychologii na FSS MU.*

## MINDFULNESS U PSYCHÓZ? UŽ JE TO TADY!

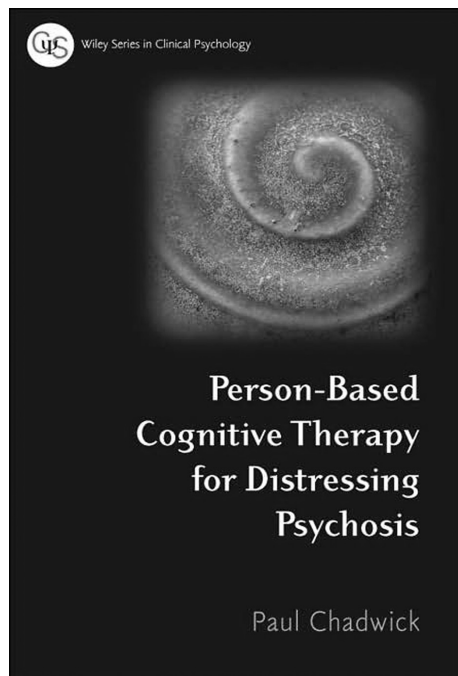
Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: Wiley, 204 strany

Jan Benda

S nástupem tzv. „třetí vlny“ kognitivních a behaviorálních terapií se ve světě stále častěji objevují pokusy využít klíčový prvek těchto nových přístupů – všímavost (angl. mindfulness) – také v léčbě psychóz. Ve Spojených státech patří k průkopníkům takových snah Brandon A. Gaudio nebo Louanne W. Davis, v Evropě jsou to např. Antonio Pinto nebo Paul Chadwick. V knize „Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis“ shrnuje posledně jmenovaný autor vlastní terapeutické zkušenosti z poslední dekády a podrobně popisuje originální přístup zaměřený na redukci stresu psychotických pacientů prostřednictvím změny ve způsobu, jakým tyto pacienti zacházejí s vlastními symptomy, bludy, hlasy apod. Kniha podle mého soudu stojí za pozornost.

První tři kapitoly knihy začleňují přístup do širšího kontextu. Autor přibližuje počátky PBCT, zdůrazňuje důležitost terapeutického vztahu a obhajuje praxi tzv. „radikální spolupráce“, tedy terapeutického vztahu prostého jakýchkoli terapeutických předpokladů či přesvědčení o tom, jak by se terapie měla vyvíjet. Představuje dále Vygotského myšlenku zóny nejbližšího vývoje a s ní spojené čtyři zdroje stresu i duševní pohody: význam symptomů, vztah k vnitřním zkušenostem, schémata a symbolické já. Tyto čtyři oblasti jsou podrobněji popsány v kapitolách 4–7, které společně s 8. a 9. kapitolou přibližují klinické využití přístupu.

V kapitole 4. autor nejprve zkoumá možnost klienta poodstoupit od ustáleného systému přesvědčení, sleduje, jak tato přesvědčení vytvářejí stres a narušují chování, a ukazuje, jak lze nalézat nový význam symptomů, který podporuje duševní pohodu (well-being). Proces, během něhož se klienti učí přistupovat k nepříjemným hlasům, myšlenkám a obrazům všímavě (mindfully),



je pak ilustrován v kapitole 5. Kapitoly 6 a 7 popisují cvičení atakující pocitu studu, zážitkové hraní rolí a metodu dvou židlí. Objasňují také, jak podpořit nový „metakognitivní vhléd“ do povahy schematických zkušeností já a jak jej využít jako základ pro „metakognitivní sebpřijetí“ vyjádřené v nově zformulovaném symbolickém já. Závěrečné kapitoly (8 a 9) nabízejí pokyny pro vedení skupinové terapie psychóz a zabývají se procesem ukončování terapie.

Přístup Paula Chadwicka integruje kognitivní teorii a terapii, všímavost (mindfulness), rogeriánské principy a Vygotského sociálně-vývojovou perspektivu procesu změny. Nezaměřuje se na „normalizaci“ chování psychotiků, nesnaží se vyvrátit jejich bludy ani obhájit vlastní pojetí reality (ta-

ková snaha by nejspíš jen zvětšila propast mezi klientem a terapeutem). Namísto toho se pokouší redukovat pocity úzkosti, bezmoci, izolace a výlučnosti, které u klientů vznikají jako sekundární reakce na nezvyklé zkušenosti a symptomy. Můžeme říci, že PBCT pomáhá klientovi rozvinout všímavost a jejím prostřednictvím se zbavit lpění na představách, myšlenkách, postojích a reakcích, které prohlubují nepříjemné prožívání (úzkost, atd.), a pomáhá dosáhnout vzhledu přínášejícího úlevu a nové možnosti, jak zvládnout prožívání. V tomto ohledu se podobá ostatním na všímavosti založeným (mindfulness-based) přístupům včetně u nás rozvíjené metodě satiterapie.

Chadwick bohužel nezná jiné způsoby rozvíjení všímavosti než je možnostem klientů přizpůsobená meditace nebo z ní odvozená cvičení. To považuji za hlavní nedostatek celého přístupu a zároveň oblast, kam může být nasměrováno další bádání. Celkově jde však podle mého soudu o metodu velmi slibnou a nezbyvá než doufat, že odolá tlakům farmaceutických lobby, jejichž zájmem není pomoci pacientům, ale zvýšit prodej léků, a dokáže se prosadit v klinické praxi. Nová kniha profesora Chadwicka představuje v každém případě zdroj praktických informací a inspirace pro profesionály pracující s lidmi v psychóze i pro všechny zájemce o využití všímavosti v psychoterapii.

## KNIHA PLNÁ RESPEKTU

Harlene Anderson: *Konverzace, jazyk a jejich možnosti.*  
 Postmoderní přístup k terapii, Brno, NCPublishing, 2009

Tereza Nagy

Začnu tím, co bych ráda sdělila čtenářům, kteří tuto recenzi nedočtou až do konce. Kniha Harlene Anderson rozhodně stojí za přečtení a to nejen díky bohatému obsahu, srozumitelné formě ale také výtečnému překladu do českého jazyka. Rozvířila ve mně vnitřní i vnější dialog o terapii, mnoho rozporuplných pocitů k vlastní terapeutické práci i k práci zastánců spolupracujícího přístupu, jak jej představila Harlene Anderson. Umožnila mi zvědomit si vlastní terapeutické předsudky, pochybnosti, východiska, prázdná místa. A i taková, která jsou přespříliš zaplněná nánosy moderních přístupů, ve kterých se terapeut ocitá na vrcholku, a klient k němu vzhlíží z místa bezmoci a utrpení jako k všemocnému rodiči nebo učiteli. Kniha o konverzaci čili dialogu vyvolává touhu a otevřenost k dialogu. O čem? O terapii, moci a bezmoci, etice, rozumnosti, otevřenosti, pokoře, rovnocennosti a především smyslu a síle konverzace v psychoterapii. Není třeba a není ani účelné ji přechíst najednou, spíše pomalu „ochutnávat pokrm“ terapeutického hledání, tá-

zání se a vydávání všanc smysluplnému dialogu, který je bohatý svojí rozmanitostí a nevědností.

Předmluva a úvod mne nalákaly na cestu po stopách terapeutického přístupu, který zdůrazňuje spolupráci mezi rovnocennými bytostmi (terapeutem a klientem, případně jeho rodinou), vzájemné porozumění si skrze jazyk, úctu k žitému životu (tj. praxi) toho druhého a víru v jeho schopnost hledání zdrojů pro změnu. Autorka v knize obdivuhodně precizním způsobem představuje filosofii i praxi postmoderního terapeutického přístupu, který je založen na spolupráci v podobě konverzace či dialogu dvou či více jedinců v rámci určitých systémů, tj. rodiny, společnosti. Jednoduše řečeno se jedná o spolupracující přístup v terapii, který zdůrazňuje rovnocennost mezi všemi zúčastněnými, kontext řešeného problému, otevřenost, neexpertní pozici toho, kdo pomáhá, a expertní pozici toho, kdo žije život, s jehož částí potřebuje pomoci... změnit ji. Toto vše se odehrává v magickém poli jazykování, předávání a vysvětlování

si významů prostřednictvím jazyka. Síla terapeutického procesu vyrůstá z víry ve zplnomocnění dialogu k léčbě.

V první části jsem bloudila krajinou teorie a často narážela do stromů jednotlivých pojmů, týkajících se vzniku rodinné terapie a **spolupracujícího přístupu**. Autorka vysvětluje sice srozumitelným ale výrazně náročným (tj. odborností zatíženým) jazykem změnu paradigmatu v terapii. Jedná se o přesun pozornosti terapeutů z léčby jedince k léčbě a pomoci jedinci skrze jeho přirozený systém – rodinu. Využívá metafory cibule. Člověk, který přichází k terapeutovi, může být považován za jádro „cibule“ obklopené a chráněné další vrstvou – rodinou, a ta je obklopená dalšími vrstvami, např. sociální třídou, do které daná rodina náleží. **Kontext**, ve kterém jedinec, přicházející k terapeutovi, žije, se stává neopominutelným zdrojem terapeutického uvažování.

Teorie, které jsem pečlivě pročítala, mne zaplavovaly odborností, komplikovanými úvahami o systémech, v nichž se těžko hledá „člověk z masa a kostí“ a přichází zimomřivý dojem, že člověk není nic než jeden dílek puzzle složitého obrazu systému.

Zaujal mne posun mocenské pozice, tzv. vědouceho terapeuta v moderních přístupech ke zplnomocnění klienta v postmoderním přístupu v terapii. Zároveň mne od prvních kapitol Harlene Anderson vyzvala k hlubšímu **uvědomění si a prozkoumání** vlastních **filosofických východisek** ovlivňujících praxi a poskytla mi mnoho materiálu pro další úvahy o povaze reality, s níž a v níž jako terapeutka pracuji. Také mne konfrontovala s vlastní ochotou opustit pohodlnou pozici moci ve vztahu klient-terapeut a deklarovat zodpovědnost za proces a výsledek terapie směrem od sebe k těm, kteří za mnou přicházejí. Neznamená to zbavit se vlastní zodpovědnosti za to, co se během terapeutického procesu děje. Jedná se o zplnomocnění klienta na rozdíl od zbezmocnění. V závěru první části jsem zažívala ohromení z představy pojetí člověka (ať už klienta nebo terapeuta) jako „spolupracujícího jazykového

systému“. Ad absurdum tedy nejsme ničím víc než jazykem používaným ke spolupráci či nespolupráci?

Ve druhé části autorka pootevřívá vrátka ke spolupracujícímu přístupu v praxi. Budete-li ochotní dále pokračovat v četbě, získáte mnoho podnětného k terapeutickému procesu, změně, postavení terapeuta a klienta v terapii. Naučíte se rozumět velmi inspirativní postmoderní krajině psychoterapie, která vyrůstá z následující živné půdy (tj. vyživující klienta, terapeuta i proces mezi nimi): respektování hranic, významů a rytmu klienta v konverzaci, otevřenost vůči potřebám a otázkám klienta, úcta k procesu mezi terapeutem a klientem, rovnocennost všech zúčastněných, dialog tady a teď tvořící proces a intervence v terapii, neexpertní přístup terapeuta (svoboda „nevědět“, nepotřebovat vědět, nulové „předvedění“), stírání hranic mezi tím, kdo je a kdo není expert – terapeut (v dialogu jsou pouze rovnocenní partneři).

Terapie dialogem nachází uplatnění u jazykově obdařených jedinců. Ti, kteří jazykem nevládnou nebo vládnou jen s omezenými možnostmi, jsou v rámci tohoto přístupu znevýhodněni. Nemohou totiž naplnit jeho hlavní cíl, tj. spolupráci prostřednictvím konverzace či jazykování. Jejich jazyky jsou ochromené, ať už fyzicky (např. děti s DMO) nebo virtuálně (jedinci s nízkou intelektovou kapacitou, hluchoněmi jedinci nebo jedinci s autistickými problémy). Vývoj duševního života každého z nás je ovlivňován nejen jazykem a naše možnosti podpory nejsou jen ze světa konverzace. Bude-li terapeut limitován terapií zaměřenou na jazykování – konverzaci, nenahlédne a ani neumožní nahlédnout do části duše toho druhého, která nebyla a není (s)tvořená slovy a jejich významy. Vyvstává otázka: Jak zapojit neméně významná centra mozku, kterými jsme obdařeni, abychom naplnili poslání terapie? Partnerem ke spolupráci v terapii není pouze jazyk (můj a tvůj) ale také pohyby, pocity, tělesné prožitky a intuice (mé a tvé). Myslím tím obyčejný lidský dotek, vřelé objetí, práci se změnou tělesného prožívání. Nemyslím

slova o „tom“ ale práce s „tím“, co slova nejsou. Stálo by za zamyšlení, jak se můžeme stát *spolupracujícími* partnery nejen skrze jazyky, ale také skrze těla.

Otázka, která ve mně po četbě textu zůstává, zní: Nepodporuje postmoderní přístup glorifikaci jazyka a dialogu jako všemocného nástroje zachycení a změny života člověka? Jsme celiství a zachytitelní pouze v jazyce a skrze jazyk? Naše vnímání sebe a světa ovlivňuje silný imperativ: myslím, tedy jsem. Terapeutický imperativ mnoha moderních směrů byl, bude a je: vnímám, prožívám a jednám, tedy jsem. Postmoderní přístup nastoluje imperativ: konverzuji (jazykuji), tedy jsem. Každý z těchto imperativů se dopouští redukce, která je vlastní lidské mysli, citu i jazyku. Jsem přesvědčená, že jazykem plně a „objektivně“ neuchopíme vše, čeho jsme součástí, tj. sebe samého – člověka coby tvůrce terapeutického procesu. Využíváme různých nástrojů, jak sebe samé pochopit, uchopit, změnit, ale zapomínáme, že člověk není zcela soběstačný a seberegulující systém, a vždy zůstává a zůstane ovlivňován silami „mezi nebem a zemí“, které předcházejí i následují slovo, mysl i cit. Každý smysluplný terapeutický proces by měl být spojením vědy, řemesla, umění a otevřenosti k duchovnímu rozměru bytí. A pouze i právě citlivost k duchovním zdrojům je to, co nenacházím v teorii i praxi postmoderního přístupu, jak jej představila Harlene Anderson.

Přesto způsob, jakým autorka zprostředkovává svůj vnitřní i vnější vývoj v terapeutické práci, její otevřenost ke sdílení všeho, co je i není terapie, z čeho vyrůstala a nadále roste její filosofie i praxe terapie, považují za vysoce kreativní, inspirující a osvobozující od předsudků, předvedění a procesu zvěčňování klienta. Kdyby výuka žáků psychoterapie probíhala v rámci filosofie a praxe spolupracujícího přístupu, naučili by se kandidáti na pozici terapeuta vysoké míře úcty a respektu ke klientovi, jeho vlastnímu vědění a možnostem řešení problémů. Naučili by se využívat dialog v terapii nemanipulujícím a nemocenským způsobem. Kdyby se ve výcviku využívaly videonahrávky a reflexe týmu terapeutů a studenti by měli možnost účastnit se terapie, ať už před nebo za zrcadlem terapeutické místnosti (koncept reflektujícího týmu), naučili by se o praxi psychoterapie mnohem více a hlouběji, než je možné z usilovného studia teorie i sebezkušenosti. To neznamená, že jen tento a žádný jiný přístup v terapii je možné přijmout a praktikovat.

Knihu *Konverzace, jazyk a jejich možnosti* doporučuji jako výjimečně podnětnou učebnici pro všechny studenty i dostudované terapeuty, kteří stojí o rozšiřování a prohlubování svých znalostí v teorii i praxi psychoterapie.

*Autorka recenze je psychologka a psychoterapeutka s praxí v Brně.*

## ZÁSADNÍ KNÍŽKA V NOVÉM VYDÁNÍ

Stanislav Kratochvíl: *Manželská a párová terapie*. Praha, Portál 2009, 279 stran, cena 395 Kč

Tomáš Kvarda

Partnerské vztahy jsou jednou z nejdůležitějších oblastí určující kvalitu našeho života. Na světě je jen málo lidí, kteří prožijí svůj život, aniž partnerský vztah poznají. Autora vydané knihy většina lidí se zájmem o terapii zná. Pokud tvrzení otočím a položím si otázku, znám-li někoho z terapeutů,

který by Stanislava Kratochvíla neznal, musím po pravdě odpovědět, že ne. Číst jeho opakovaně vydávané a aktualizované publikace je velmi podnětné, psát recenzi obtížné.

Autor reflektuje sociální a společenské proměny odrážející se v oblasti vztahů a pů-





vodní název knihy *Manželská terapie* re-  
novuje na **Manželskou a párovou terapii**.  
Nový název koresponduje se skutečností, že  
v současné době žije zhruba jedna čtvrtina  
párů v dlouhodobém nesezdaném soužití,  
kdy společně bydlí, hospodaří a mají děti.  
Rozšiřuje také pomyslný terapeutický pro-  
stor v myslích odborníků i veřejnosti pro  
práci s páry i mimo manželství.

Knihy *Manželská a párová terapie* je velmi  
přehlednou příručkou pro psychoterapeuty,  
manželské a rodinné poradce, psychology,  
ostatní pracovníky v pomáhajících profesích  
a studenty těchto oborů. Kniha může oslovit  
rovněž studující medicíny a sociálních věd.  
Na první pohled zaujme čtivým textem,  
přehledným seřazením jednotlivých kapitol  
a vytříbeným didaktickým stylem. Autor  
dokáže citlivě zažertovat o těch nejchou-  
lostlivějších partnerských situacích, což  
příjemně doplňují i kreslené aforismy Vla-  
dimíra Jiráčka.

Autorovo zřetelné zakotvení v ekteki-

cismu mu umožňuje nezaujatě popisovat  
jednotlivé terapeutické školy, což čtenáři  
nabízí příležitost utvořit si širší přehled  
o různých přístupech a nejtím hned od počátku  
jednou cestou. Rovněž jeho klinická zku-  
šenost poskytuje čtenáři hlubší pohled do  
některých částí popisované problematiky.  
Text je aktuálně doplněn o postupy a vý-  
sledky výzkumu ze světové i české terapeu-  
tické kuchyně.

První kapitola popisuje jednotlivé tera-  
peutické směry. Pozornost čtenáře určitě  
zaujmu nejnovější pohledy humanisticko-  
psychologické koncepce v emočně zaměřené  
párové terapii a Gottmanovo pojetí párové  
terapie. Druhá kapitola popisuje partnerskou  
komunikaci a ukazuje terapeutické postupy  
k jejímu zlepšení. Nabízí praktická cvičení  
pro partnery včetně autorovy oblíbené kon-  
struktivní hádky. V následující části po-  
drobně rozebírá základní typy manželských  
a partnerských problémů, které se týkají  
osobnosti partnerů, uzavírání vývojových  
etap jejich vztahu, vnitřních funkcí man-  
želství a ohrožujících vnějších vlivů. Nově  
doplněná je zmínka o domácím násilí. Ke  
každému z uvedených problémů jsou na-  
bídny podněty k jeho řešení. Čtvrtá ka-  
pitola popisuje organizaci a taktiku párové  
a manželské terapie, která je velmi přínosná  
nejen pro začínající terapeuty, ale i zkušené  
manželské a rodinné poradce. Co naplat,  
i starý rutinér „musí tu a tam zastavit“ a hle-  
dat inspiraci, popřípadě přehodnotit svůj  
přístup vzhledem k měnícím se modelům  
chování a partnerských rolí. Pátá kapitola  
přináší metody posuzování efektu manželské  
terapie a poznatky z výzkumu.

Závěrem je kniha doplněna o rozsáhlý  
seznam literatury a několik příložených  
testů partnerského přizpůsobení ji uzavírá.  
Kniha jako celek tak podává ucelený pře-  
hled o metodách a postupech manželské  
a párové terapie.

*Autor recenze je psycholog a Prezident  
Asociace manželských a rodinných poradců  
ČR, o.s.*

## ZVLÁDLA JSEM TO!

Marie Hlaváčová

Mamce vzali nohu, má cukrovku. Je na vozíku. Stará se o ni sestra, bydlí u nich. Už rok. Sestra si chtěla od mamky odpočinout, chtěla, abych si ji aspoň na týden vzala. Bála jsem se toho. Tak moc, až jsem z toho dostala depresi. Bála jsem se, že nebude pohoda, bývala jsem tak nepřátelská a nepříjemná, bála jsem se návštěv, které budou za mamkou chodit. Jsem nespolečenská, navíc mám důchod na hlavu a stydím se za to. Bála jsem se, že se mě lidé budou ptát, co dělám. A já nedělám nic. Čtu noviny a hraji si na internetu – hry on-line nebo prohlížím fóra, občas do nich napíši. Toť vše. Když kluci přijedou na víkend, vařím a pečú.

Kluci jsou celkem v pořádku, oba vystudovali vysokou školu, mají práci, měla bych být na ně hrdá, ale já se zatím o ně dost bojím. Mladší syn nemá ve 28 letech holku. Chodil s jednou, když mu bylo 18, ale rozešli se a od té doby žádnou nemá. Víťova holka je příjemná, milá, pohodová. Také jsem měla děsnou hrůzu z toho, že s děvčaty svých synů nebudu vycházet, a zatím to je bez problémů. I když na jeho první holku jsem vyjela, zrovna jsem byla nemocná, trpím schizoafektivní psychózou a byla jsem v mánii. Spustila jsem na ni, že je stará ... (je o 5 let starší než Víťa). Víťa došel za psychiatrem a ten mu doporučil, aby mě odvezl do léčebny, což se stalo. Tam mě dali do izolace, dokonce do klece. Dávali mi prášky, bolela mě po nich záda, nohy, sotva jsem stála a chodila, ani sedět jsem nemohla. Pustili mě za 6 neděl. Pak jsem v léčebně byla ještě několikrát. Opět schizománie. Přesvědčení, že mě sledují tajně, že pro mě vysílají v televizi a rádiu, že mám všude instalované mikrofony a kamery. Celé noci jsem nespala, hrála si písničky a byla na fórech. Sousedé si stěžovali na hluk a také že pálím věci na balkóně, až pro mě nakonec přišli policajti a záchranáři a odvezli mě znova do léčebny. Opět v kleci,

v Dobřanech, tam je to na přijímači hrozné. Přes den si tam člověk nemůže lehnout, jen o poledním klidu, jsou tam agresivní pacienti, nezřídka někdo dostane na budku – dostala jsem i já, když jsem si půjčila zapalovač jedné holky nebo když jsem jí ztlumila rádio. Naštěstí jsem v Dobřanech opět byla jen týden a pak jsem přešla k nám do města, kde je léčebna výborná, volný režim. Opět mě po šesti nedělích propustili. Potřetí jsem byla v léčebně, když jsem v schizománii vyhozovala věci z balkónu – céděčka, knihy, lampy, zlato atd. Tentokrát mě do klece nedali, naštěstí. Domů jsem šla opět po šesti týdnech. Vloni jsem šla do léčebny v našem městě včas, nemohla jsem spát. Byla jsem tam jen 14 dnů, tam jsem „napojená“ nebyla, ale po návratu znova. Přesvědčená, že komunikuji s Putinem i Obamou, že na fórech mi píší tajní apod. Po měsíci mě to přešlo, a za dva měsíce přišla sestřina žádost o hlídání mamky. Deprese. Psychiatr mi napsal antidepresivum, budící cipralex. Bála jsem se ho brát, může vyvolat mánii. Lékař se tak nebál. Lék mi nezabíral, po dvou měsících mi psychiatr přidal další antidepresivum, miabene, na spaní. Poté mi bylo lépe, až jsem se nakonec odhodlala být s mamkou na týden v jejím domku. Tedy, i se Zbyňou, mladším synem. Jinak bych odvahu nedostala.

Zbyňa chtěl jet na pouť, to je taková velká slezina příbuzných a známých, fůry vaření a pečení. Vše jsme s mamkou zvládly, a jak mamka všem říkala, v klidu a pohodě. Zvládla jsem i návštěvy, sice pasivně, nemluvila jsem, ale nebála jsem se jich. Akorát jsem se tam dost nudila. Doma jsem začala hrát hru on-line, slovní fotbal, hrála jsem celá odpoledne i večery, a tam jsem neměla ani noviny. Švagrová mi pak řekla, jak se mohu nudit, všude plno práce – umýt okna, vyplít zahradu... Oni jsou s bráchou tak pilní! Bydlí na vesnici, postavili si domek, mají zahradu a vše ve vzorném pořádku.

To já jsem bordelář a lenoch, nedělám nic. Mamka chtěla v J. ještě zůstat, já ne. Také jsem neměla už léky. Tak jsme v J. byli jen týden. Mamku to mrzelo, bála se, že mě zatěžovalo vaření. Vůbec ne. Pro Zbyňu bych stejně musela vařit. Vlastně se mi v J. docela líbilo. Teď bych tam s mamkou klidně šla znova, i sama, bez Zbyni.

To, že jsem zvládla hlídání babičky, mě potěšilo. Rozjela jsem se. Spím obden, celý den jsem na internetu, znova jsem si začala pouštět hudbu – to dělám, jen když jsem v máni. Piji jedno kafe za druhým, tloustnu. Ztloustla jsem v J., Zbyňa měl pořád chuť na něco sladkého, tak se stále peklo a já jedla jako on. Jindy sním sotva polovinu jeho porcí. Přibrala jsem tam tři kila. Psychiatr říká, že je to dobře. Tak jím pořád.

Cítím se dobře, dokonce jsem byla dvakrát na borůvkách. Natrhala jsem čtyři kýble, k tomu asi pět litrů brusinek. Teď všechno přebrat a zavařit...

Dnes zase nespím. Na fórech jsem si založila tři vlastní, o nešťastném dětství, zneužívání a papírech na hlavu. Dali mi ban za spamování a fóra zrušili. Tak píši alespoň toto. Pak půjdu zase hrát slovní fotbal.

Dnes jsem byla u psychologa, hned na mě poznal, že jsem rozjetá, měl obavy, aby to neskončilo v léčebně, ale napojená nejsem, tak to snad dobře dopadne. Donesla jsem

psychiatrovi a jeho sestře po kile borůvek, psychologovi, který v našem městě nebydlí, jsem upekla koláč. Jenže když jsem k němu odcházela, ještě nebyl borůvkový koláč hotový (spletla jsem si hodiny, místo v půl třetí jsem šla v půl druhé), tak jsem psychologa pozvala, aby na koláč přišel k nám. Moc se mu nechťelo, ale co já bych dělala s celým koláčem. Nakonec přišel. Také jsem chtěla, aby se podíval na ten bordel, který doma mám. Tvrdil však, že je překvapen, žádný bordel, ale příjemně zabydlený byt, je z něj cítit teplo. Tak mě potěšil. Zavolala jsem psychiatrovi, píšu mu poslední dny maily, jak jsem rozjetá, neodpovídá. Zavolala jsem, a on mi řekl, že večer mluvil s psychologem a ten mu řekl, že jsem v pořádku. Ale když na tom trvám, mám zítra zajít.

Alespoň bude nějaký program, teď, když mám ban, a hry už mě unavují.

Tak takhle skončilo hlídání mamky – zvládla jsem to, ale deprese se přesmykla do – snad jen – hypománie.

*V létě 2009.*

*Od autorky jsme publikovali text v 1. ročníku Psychoterapie 2007 (č. 1). Texty od M. H. vyšly také v časopise Konfrontace v číslech 3/2004 a 3/2005.*

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

### ZRNKO 25

má dvě témata: jedno začíná nenápadným kmitáním nohou a jiné příběhem sedmnáctiletého mladíka, studenta gymnázia, který téma přinesl, protože jej přivezli...

Začneme tím mladíkem. Byl přivezen sanitou do krizového centra, protože přečezal doma všechny elektrické dráty – takže rodina byla bez elektřiny, a „tudíž beze všeho – jako mrtvá!“ jak řekl mladíkův otec. Hned se nabízela diagnóza, ale mladíkovy vysvětlení otevřelo otázku, zrnící výzvu. Mladík zajímavě a chytře projevoval velký zájem o ekologii, která jej směřovala k úvahám o tom, jak ochránit svět nejen před tím, aby se nepřehřál, jak hlásají někteří ekologové, ale také před zlem, způsobujícím konflikty, hlad, mučení a války. Mladík hledal odpověď nejdříve v literatuře – objevil morfickou rezonanci a rozhodl se neustálým opakováním pozitivních zpráv přispět k tomu, aby si lidé více všímali onoho kladného, prospěšného a příjemného a aby se pak měli více rádi a přestali si ubližovat i válčit... Jenomže lidé se mu smáli. „Čím více jsem se snažil být pozitivní a vyjadřovat radost,“ řekl doktorovi, „tím více se mi posmívali. Říkali, že si mysleli, že nejsem blb, ale teď že je to jasné... že jsem asi nemocný, když se v tomhle světě snažím být plný radosti a rozdávát ji kolem sebe. Přemýšlel jsem pak, co jiného může přispět k tomu, aby se lidi méně trápili – zda pomůže nějaká změna filosofie či náboženství nebo učení anebo *jánevimčeho*, ale ať jsem se snažil jakkoliv – nic. Stále jen to samé: ošklivé zprávy v televizi a v rádiu, bezohlední řidiči, rozvádějící se rodiče a jejich bitvy, kterými trpí nejen děti a... a vůbec! No – a jednou jsem tak koukal na televizi s hroznou reportáží a... a najednou vypadla elektřina a bylo úplné ticho... A pak... pak se znenadání a nečekaně za oknem ozval zpěv ptáků, který jsem už dlouho neslyšel – nebylo to ostatně v neustálém vrčení motorů a v hluku médií

ani možné... nelze vyloučit, že jsem je slyšet už ani neuměl... A tak mě napadlo, že elektřina je příčinou toho, že nemohu slyšet ty ptáčky... a vlastně ani sebe a svět kolem... Že elektřina je jedním ze zdrojů hrůzy světa. Několik dní jsem pak o tom ještě dumal – no... no a pak, když jsem chtěl tátovi o těchto svých nápadech říci a on na mě zařval, abych ho nerušil, že poslouchá zprávy v rádiu, naštvál jsem se a vzal tomu rádiu krev. Vzal jsem mu elektřinu. Všechny elektrické dráty jsem přečezal. A najednou bylo ticho. Naslouchající ticho... Trvalo chvilku – než táta objevil, jak se stalo, že takové ticho je. A než začal rvát – a křičet, že jsem se zbláznil a volat pak mobilem záchranku a rvát mě do sanity, která... která mě přivezla k vám, pane doktore.“ Mladík zmlkl a rozhlédl se kolem sebe. Seděl v doktorově ordinaci a viděl rádio, počítač, elektrická kamna, několik lamp a mobil, připojený k nabíjení... Doktor se trochu polekal: Co kdyby chtěl nabít i mě? napadlo jej. Ale mladík byl myšlenkami jinde: „Řekněte,“ zašeptal, „kdo nás to naučil vidět elektřinu?“ A podíval se na doktora a když viděl, co viděl, dodal: „A nechcete jít na malou?“

A to je ono téma s nenápadným kmitáním nohou. Ano – týká se toho doktora. On totiž, když přivezli mladíka, měl službu a tak jej hned přijal. Zapomněl přitom, že měl potřebu jít na záchod. Pak, zaujat vyprávěním mladíka, zapomněl na svoji potřebu úplně – i jeho hodné tělo spolupracovalo. Až když dospěli k prvnímu vyústění, se znovu a naléhavěji ozvalo a upozorňovalo na potřebu si odběhnout. Obíralo dokonce doktora i o jeho pozornost, takže chvílemi se věnoval více zvládnutí své potřeby, než tomu, co mu mladík říkal. Jenomže – jenomže doktor neměl nikoho, kdo by s mladíkem mohl zůstat. A nechat je samotného v ordinaci se obával. A tak, protože se mu chtělo stále více, začal, aby potřebu ovládl, kmitat nohama. Víc a více. Mladík si toho všiml – a protože byl vnímavý, pochopil, o co asi jde

a uměl se na to dokonce i zeptat. Nakonec z toho vyplynulo další zrníčko rady – rady již sedmé: *Nikdy nezačínajte – nejen – psychoterapii nevyčurani...*

#### ZRNKO 26

chce připomenout, že před čtvrtstoletím (v říjnu 1984) při příležitosti II. symposia o rodinné terapii v Teplicích vyšlo „nulté ukázkové číslo“ nultého ročníku bulletinu KONTEXT. Vydala jej sekce pro rodinnou terapii Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti a byl uvítán předsedou Psychiatrické společnosti prof. MUDr. Janem Mečířem, DrSc. Jeho vydání a rozmnožení na cyklostylu zajistili – jak jest psáno: „Dr. P. Boš, Dr. O. Holubová, Dr. P. Adamovský a Dr. Z. Kučera spolu s členy výboru sekce pro rodinnou terapii“. Číslo nabízí originální text od J. Špitze a V. G. Mjagerové (přeložený Věrou Capponi, kterou takhle rád připomínám), dále text dnes již klasiků Ch. Ricciho a M. Selvini-Palazzoliové: „Interakční spletitost a komunikace“ a poté přehled programů pracovních schůzí sekce pro rodinnou terapii od února 1977 do roku 1984 (připomíná jména mnoha obdivuhodných kolegů a kolegů! A také stále živá témata!!!) a současně soupis ediční činnosti sekce pro rodinnou terapii v letech 1976–1984. Je až neuvěřitelné, co všechno

ti lidé v té době dokázali zpracovat a předávat dále. Jak hnojili a kořenili půdu – nejen – psychoterapie a jak přispívali výrůstky svých plodů k tomu, co v roce 1989 dozrálo do časopisu Kontext. A také...

...také do časopisu Konfrontace (jejich 1. číslo – s kolážemi Miroslava Huptycha – vyšlo v září 1990 – za chvíli to bude 20 let!) – ano, do těch Konfrontací, z nichž se narodila Psychoterapie, kterou teď tady máme před sebou... A za niž děkuji nejen já, ale také z několika čísel Konfrontací se připomínající Ester Pinda (příponu „ová“, jak známo, zrušila z ohledu na přítele) a Arnošt Lulan a pan Bernát a všichni ti další...

...a to vše ještě není vše: ještě uzrála další periodika, například zpravodaj rodinných terapeutů Infórum a poté časopis SOFT-fórum...

Proč je to tady připomínáno? Proto, abychom se mohli radovat z toho, že máme z čeho nasávat. Že nám nechybí kontext a příběhy, nabízející setkávání s přítomnou minulostí a přítomnou přítomností a přítomnou budoucností... Jak prohlašuje výše zmíněná trojice z Konfrontací (nedovolili mi prozradit, že o sobě cosi píší): „Je co dělat a říkat. Kde být... ZRajeme k polemickému dialogu diabolické polemiky. Heč!“

Nu – ať je to tak i v přicházejícím dalším desetiletí... *Ať je heč!*

# Psychoanalytická párová a rodinná terapie

psychoanalýza aplikovaná na porozumění a pomoc párům a rodinám v krizi

Organizačně zajištěn Českou společností pro psychoanalytickou psychoterapii  
(ČSPAP)  
a Institutem psychoanalytické párové a rodinné terapie (IPPART)

Garanty jsou PhDr. Slavoj Titl a Mgr. Lucie Lucká

Vhodné pro psychology, lékaře, sociální pracovníky, pedagogy,  
studenty aj. tzv. pomáhající profese

4semestrální výcvikový cyklus, akreditovaný Asociací  
manželských a rodinných poradců Vám může poskytnout:

1. **seznámení a orientaci** v základech klasické a moderní psychoanalytické teorie
2. **schopnost aplikace** psychoanalytické teorie na **porozumění** problémům párů a rodin.
3. **ovládání základních technik** terapeutického ovlivnění párových a rodinných krizí.

## Orientační náplň:

**1. blok:** Přehled základní psychoanalytické teorie • 1. Základy Freudovy psychoanalytické teorie • 2. Psychoanalytické teorie vývoje člověka (teorie A. Freudové, R. Spitze, M. Mahlerové aj.) • 3. Egopsychologie • 4. Psychologie Self (H. Kohut a moderní příspěvky) • 5. Příspěvky dalších osobností moderní psychoanalýzy (Winnicott, Kleinová, Treurniet, Bion atd.) • 6. Krátká psychoanalytická terapie a její praxe (L. Bellak, D. Beck, J. Weiss, atd.) • 7. Psychoanalytický způsob porozumění.

**2. blok:** 1. Vývoj a hlavní charakteristiky neanalytických koncepcí rodinné terapie • 2. Hlavní neanalytické koncepce párové terapie a poradenství • 3. Klasické psychoanalytické koncepce párové terapie, např. R. a G. Blanckových • 4. Jürg Willi a teorie koluze • 5. Moderní koncepce I. Berenstina a teorie „linku“ – propojení. Transgenerační přenos a další • 6. Teorie nevědomého výběru partnera • 7. Netradiční přístup: D. Wille. Teoretické aplikace a technika: • 8. Přenos v párových a rodinných vztazích a v p. a r. terapii. • 9. Kontejnování (Bion) v páru a rodině • 10. Vytváření terapeutických hypotéz a náš vlastní přístup • 11. Preterapeutické úvodní rozhovory a výběr klientů pro terapii • 12. Základní technika vedení rozhovoru a terapie • 13. Techniky práce s nepřítomným členem, výrazně narušenými klienty (agující, psychotičti) apod.

**3. blok bude sestávat z diskuzí nad reálnými kazuistickými příklady, videonahrávkami apod. cílem bude učít se rychlé orientaci v problému a uplatnění základních technik terapie páru, nebo rodiny.**

**Cílem 4. bloku bude pomoci frekventantům začít a úspěšně vést terapii páru či rodiny a ukončit ji závěrečnou kazuistikou.**

**Kurs začne 12. března 2010** a bude pokračovat vždy druhý pátek v měsíci.  
Místo konání bude upřesněno.

**Cena: 8.600,-** za semestr. (Každý semestr sestává ze 7 setkání po 8 hodinách).  
Přednost mají uchazeči, kteří absolvovali skupinový nebo individuální zážitkový výcvik.  
Absolventi mohou obdržet **osvědčení o způsobilosti aplikovat psychoanalytickou teorii v práci s páry a rodinami.**

Zájemci hlaste se na [lucielucka@volny.cz](mailto:lucielucka@volny.cz) nebo [s.titl@seznam.cz](mailto:s.titl@seznam.cz)

## 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); zaslát 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](mailto: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 úhovech 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 „Vložit“ – „Poznámka pod čarou“; všechny poznámky v textu označte pouze číslem (horní index) a text poznámek uveďte za koncem celého článku. Obrázky, tabulky, grafy zasílejte výlučně jako zvláštní přílohy.

Ke zlomu potřebujeme „čistý“ (syrový) text. (Do textu např. nevkládejte „tlusté čáry“.)