

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 3. ročník, 2009, číslo 1

Vychází čtvrtletně.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Dana Dobiášová – psychoterapeutická praxe, Hradec Králové

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

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

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

MUDr. David Skorunka – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká – terénní sociální práce

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

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

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

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha –Bohnice

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

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

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

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

MUDr. David Holub – psychoterapeutická praxe, Praha

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

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Mgr. David Kuneš – Psychologický ústav FF MU, Brno

PhDr. Jiří Libra – Podané ruce, Brno

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

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

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

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

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

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

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

PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Prof. PhDr. Jan Vymětal – 1. lékařská fakulta UK, Praha

Výkonná redakce / Editors:

Mgr. Jiří Šupa SupaJiri@seznam.cz, PhDr. Roman Hytych romhyt@seznam.cz, Mgr. Pavel Nepustil pnepustil@centrum.cz, doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (šéfredaktor) vybiral@fss.muni.cz, tel. 549 497 970

Adresa redakce:

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

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

Uzávěrka čísla 1/ 2009 byla 5. 3. 2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 1. 4. 2009. Vychází v dubnu 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 1 ROČNÍKU 2009

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral: Současná psychoterapie - - - 5

TEORIE

Anna Ševčíková: Etická dimenze genderu v poradenství a psychoterapii - - - 7

ROZHOVOR

Společná práce – rozhovor s Harlene Andersonovou (P. Nepustil) - - - 13

VÝZKUM V PSYCHOTERAPII

Zbyněk Vybíral, Ladislav Timulák: Odkud víme, že je psychoterapie účinná? - - - 21

MÉNĚ ZNÁMÉ (OKRAJOVÉ) PŘÍSTUPY V PSYCHOTERAPII

Viktor Kulhavý: Ekoterapie – léčba přírodou (?) - - - 30

Iva Moravcová: Sand spiel – dětská terapie hrou v písku - - - 34

C. G. JUNG

Vladimír Šolc: Zpověď (O prvním stádiu psychotherapeutického procesu v koncepcích Carla Gustava Junga, Edwarda Edingera a Roberta Moora) - - - 40

KONGRESY, KONFERENCE

Jiří Šupa: „Snad ta budoucnost nebude tak zlá“ (Zpráva z 30. konference sociální psychiatrie 20. – 22. 11. 2008) - - - 53

DISKUSE

Šárka Gjuríčová, Jiří Kubička: Terapeutické pozice aneb jakou teorii potřebuje rodinná terapie - - - 54

Markéta Rokytová: Psychoterapie ve zdravotnictví. Jenom? - - - 57

KRÁTKÉ TEXTY / KONFESE

ZRnění Zdeňka Riegera - - - 59

RECENZE KNIH

Jiří Růžička (Ed.): Psychosomatický přístup k člověku (H. Příbylová) - - - 61

Franz Ruppert: Trauma a rodinné konstelace (L. Piktová) - - - 65

Stanislav Kratochvíl: Sexuální dysfunkce (A. Hynštová) - - - 68

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

EDITORIAL

Zbyněk Vybíral

CO SE DĚJE V SOUČASNÉ PSYCHOTERAPII?

Vedle prostého přivítání vás, čtenářů, na začátku třetího ročníku Psychoterapie (věřte, že všech vás, a zejména předplatitelů, si nesmírně vážíme!) – si dovolím... přejít ihned „k věci“. Zmíním zde 4 často diskutované okruhy v současné psychoterapii. Existenci výzkumně podložených terapií, diskusi o psychoterapii jako profesi (se stále znovu řešenou otázkou: Kdo se může označovat jako psychoterapeut?), integraci směrů a vznikání nových přístupů. Všechna tato témata diskutovaná v soudobé psychoterapii se výrazně promítnou do tohoto ročníku.

1. Jasným trendem ve výzkumně ověřované psychoterapii (*research therapy*) je stanovování a další a další ověřování účinných postupů, většinou speciálně přiřazovaných k jednotlivým duševním poruchám v medicínském pojetí a prostředí. V USA tento trend vyústil ve vytvoření seznamu terapií, jejichž účinnost je dnes prokazatelně doložena. Čtenáři si mohou snadno otevřít webové stránky <http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/>. Termíny, které se kolem těchto přístupů (na zmíněné stránce jich v březnu 2009 bylo šedesát) používají, jsou nám povědomé: *evidence based practice, scientifically supported psychological interventions, empirically supported treatments*. Neopomeňte, prosím, seznámit se i s průvodními proklamacemi tvůrců zmíněného seznamu. Zdůrazňují, že ani léčba uvedená zde nezafunguje zaručeně u každého, byť trpí danou poruchou. Jestliže „nezabere“, je potřeba hledat jinou. Je potřeba ptát se, jak jinak člověka léčit; psychoterapie je vždy jedinečná.

Vývoj v psychoterapii „jde“ ovšem výrazně směrem – postupovat tak, jak je ověřeno. Obdobný soupis empiricky dokázaných postupů je dnes i ve Velké Británii.

2. Psychoterapie nepatří jen do zdravotnictví. Psychoterapie nepatří do rukou pouze klinických psychologů, psychiatrů či (vzácněji) jiných lékařů. Psychoterapie není jen činnost klinická, ale i poradenská. Psychoterapie je samostatná disciplína, samostatný obor lidské činnosti. V USA bylo nově toto **otevření psychoterapie** podpořeno tím, že členem Divize psychoterapie v Americké psychologické asociaci (APA) se může stát i psychoterapeut, který není psycholog, který není členem APA. Na konvergenci s poradenstvím ve Spojených státech amerických ukazuje i fakt, že Společnost pro poradenskou psychologii v APA má svoji sekci věnovanou podpoře vědecké psychoterapie. Ve Velké Británii je *British Association for Counselling and Psychotherapy* (BACP) s téměř 30 tisíci členy programově zaměřena na sbližování psychoterapie s poradenstvím.

Kdo se smí nazývat psychoterapeutem?

Evropská asociace pro psychoterapii (EAP) vykonala v posledních 15 letech hodně práce pro etablování psychoterapie jako samostatného oboru, disciplíny a profese. Její misi na národních úrovních zajišťují národní asociace, jako např. United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP) ve Velké Británii.

Na druhou stranu jsou v Evropě země, kde je dokonce psychologům zapovězeno označovat svou práci jako psychoterapii a nazývat se psychoterapeuty, země, ve kterých psychoterapii „vládne“ mocenská politika psychiatrů – psychoterapeuty mohou být jen oni (taková je situace v Chorvatsku nebo Turecku). V některých státech vyvíjejí mocenské skupiny zákony, které mají označení „psychoterapeut“ chránit (Francie). Ve Francii došlo k otevřenému boji mezi psychoterapeuty výhradně se vzděláním v psychologii a/nebo psychiatrii PROTI těm terapeutům, kteří nemají ani lékařské,

ani psychologické vzdělání a označují se za psychoterapeuty (tyto psychoterapeuty po řádném systematickém výcviku zastřešuje a chrání EAP).

V ČR jsme někde uprostřed. V tomto čísle si nalistujte článek M. Rokytové. A můžete se těšit na podrobný text, který pro vás o situaci psychoterapie v řadě zemí světa připravujeme.

Zatřetí a začtvrté. Co se dnes integruje v psychoterapii s čím? A které přístupy jsou hlavní a které stojí spíše na okraji?

Schéma kruhu nám pomůže načrtnout následující obrázek:

Z hledisek centrálního, a/nebo naopak periferního „postavení“ daného psychoterapeutického směru můžeme za centrální považovat čtyři základní, „paradigmaticky“ původně velmi odlišné způsoby zaměření psychoterapie. A to: 1. analytické (jiné názvy: hlubinné, dynamické), 2. humanistické (jiné názvy: zážitkové, prožitkové, zkušenostní), 3. kognitivně behaviorální a 4. systémové (jiný název: rodinné) zaměření psychoterapeutického působení. Tato čtyři, přece jen stále odlišná zacílení tvoří centrum psychoterapeutických možností. Nejde přitom dnes o čtyři výseče (čtvrtiny) kruhu od sebe oddělené. Přestože jsou tato různá zaměření od sebe zpravidla odlišitelná, dnes spolu více než dříve „komunikují“, integrují se – resp. mnoha svými představiteli jsou integrovány – a navzájem se ovlivňují. Do kruhů kolem tohoto centra je možné pracovně umístit na dvě stě, většinou již specializovaných psychoterapií. Umístěním do kruhu, pokud bychom si takové schéma kreslili, by bylo možné zdůraznit jejich větší či menší příslušnost s jedním ze čtyř centrálních východisek. Tak např. „na přenos zaměřená terapie pro hraniční poruchu osobnosti“ má jasně analytický charakter; „na emoce zaměřená / emoci-

onálně zaměřená psychoterapie“ původ humanistický; „narrativní psychoterapie“ původ systémový apod.

Schéma kruhu a umístování jednotlivých psychoterapií je/by bylo zároveň limitující. Jako každý modelový obrázek. Dnes existuje řada psychoterapií, které svůj původ odvozují integrativně ze dvou ze tří centrálních modalit, nebo i ze tří ze čtyř či ze všech čtyř.

V tomto čísle přinášíme krátké zprávy o tzv. ekoterapii a o dětské terapii hrou v písku. Chystáme důkladný (kritický) materiál věnovaný tzv. terapii pevným držením, diskutované na řadě internetových serverů, v rámci něhož dáme prostor i jeho zastáncům v ČR. Do tohoto čísla jsme zařadili dlouhou ukázkou z vlivné jungovské tradice v psychoterapii.

Je na každém z nás, k čemu má nejbližší. Je však také na každém z nás, abychom více než na sebe a na svoje preference brali ohled na to, co vyžaduje psychoterapeutická práce s konkrétním člověkem, co on / ona potřebuje. Může se snadno stát, že bychom (nejraději) pracovali *nějak*, ale že zrovna *takto* to může být... špatně.

Čtenářům můžeme slíbit, že v tomto ročníku budeme pečlivě vyvažovat mezi více tradičními přístupy a tradičními... méně.

Již nyní se můžete těšit – ve druhém čísle časopisu – na příspěvky z 2. psychoterapeutického sympózia, které se konalo 16. a 17. dubna v Brně pod názvem Integrace v psychoterapii.

A my se budeme těšit na vaši přízeň, eventuelní příspěvky a na to, že Psychoterapii budete doporučovat.

*Za sebe i za redakční radu časopisu
Z. Vybíral*

V Brně dne 7. dubna 2009

ETICKÁ DIMENZE GENDERU V PORADENSTVÍ A PSYCHOTERAPII

Anna Ševčíková

ABSTRAKT

Tento příspěvek se zabývá etickou dimenzí genderu. Analýza rodinné terapie v pojetí Trapkové a Chvály (2004) poukazuje na potřebu hlubší integrace genderu do oblasti psychoterapie a poradenství. S etickým východiskem se pojií respekt vůči rozmanitosti genderových zkušeností a rodinných forem soužití. Perspektiva genderu napomáhá odhalovat, jak jednotlivé terapeutické přístupy vytvářejí normy prožívání, chování a soužití. Pro zvýšení kvality pomáhajících profesí je potřeba analyzovat jednotlivé terapeutické systémy prizmatem genderu, který zviditelňuje reprodukci genderových stereotypů, moci a formování norem zdraví.

ABSTRACT

Ethical relevance of gender for counselling and psychotherapy

The paper discusses the concept of gender as an important ethical dimension in psychotherapy and counseling. The analysis of psychotherapy approach of Trapková & Chvála (2004) shows the need for deeper integration of this dimension into psychotherapy and counseling. The consideration of this ethical dimension contributes to our respect for variability of gendered experiences and types of family cohabitation. The perspective of gender enables to see how therapeutic approaches implicitly produce norms of being, behaving as well as cohabitation. For improving the quality of therapeutic work it seems to be necessary to analyze psychotherapeutic systems from the gender perspective in order to discover the reproduction of gender stereotypes, power and the formation of norms of health.

Klíčová slova: etika, gender, poradenství, psychoterapie

Key words: ethics, gender, counselling, psychotherapy

K úvaze nad významem genderu v kontextu psychoterapie mě přivedla kniha *Rodinná terapie psychosomatických poruch* (Trapková, Chvála, 2004). Tento typ terapie se zakládá na přístupu, kde jednotliví rodinní členové spoluvytvářejí systém. Podle autorů je k funkčnímu systému, tedy např. ke zdravému vývoji dítěte, zapotřebí, aby v něm byl rovnoměrně zastoupený jak ženský, tak mužský prvek. Feminní jazyk¹ by mělo ztělesňovat ženské pohlaví, kdežto maskulinní modus by měl reprezentovat jedince mužského pohlaví. Přijímání dětí takových, jaké jsou, a snaha udržet je co nejdéle v primární rodině se více pojií s mateřstvím, tedy ženou, a hrubější, rázná vystupování by měly děti naopak vidět u otce, který jim dále poskytuje prostor pro vylétnutí z „rodinného hnízda“. Určitá disbalance mezi reprezentacemi mužských a ženských rolí u rodičů či absence zastoupení jednoho z nich může vyprovokovat onemocnění některého z členů rodiny (většinou dítěte), což zároveň může v některých případech napomáhat udržovat dosavadní rozvržení sil v daném rodinném systému. Autoři na jedné vybrané kazuistice ukazují, že když v rodině nebyl dostatečně zastoupen otec, syn měl tendenci i v dospělém věku vlivem mateřského pouta zůstávat nadále v rodině a tzv. nevyzrát. Díky zdůraznění mužského jazyka v rodinném systému došlo ke zlepšení fyzického a duševního stavu nemocného jedince.

Představa potřeby dvou rodičů v rodině vychází z inspirace Gregory Batesonem (2006), podle něhož „dva výklady jsou lepší

¹ Autoři Trapková a Chvála (2004) používají k vyjádření genderových praktik pojmy jazyk a modus.

než jeden“, neboť „rozdíl vytváří informaci“. Přeneseno do rodinného systému, je lepší a podle Trapkové a Chvály (2004) i zdravější, když v něm jsou zastoupeny jak maskulinní, tak feminní prvky, které se navzájem doplňují – kompenzují. Autoři na základě klinických zkušeností docházejí k závěru, že je přirozené a zdravé, když mužský modus odpovídá mužskému pohlaví, tedy otci, a mateřský modus koresponduje s ženským pohlavím, tedy s matkou. Mužský modus ztvárněný jemným, ženským hlasem a ženský modus v podání fyziologického muže s hrubším hlasem mohou u potomků vytvářet znejistění – nejasnost ve významu, co muž dělá mužem či ženu ženou. To pak může v rámci několika generací, kde se popisované prohození manifestuje, vyprovokovat transsexualitu u některého z potomků v pozdějších generacích. Jejich interpretace vzniku transsexuality ve svém důsledku obhajuje distribuci ženského a mužského modu dle pohlaví. Vnučuje se představa, že distribuce genderových rozdílů je přirozené povahy, podobně jak jsou přirozené pohlavní rozdíly. Přesto autoři sami zmiňují, že netrvají na představě o rozdílu jazykových modů vázaných na pohlaví.

V kontradikci s pojetím mužských a ženských rozdílů vázaných na biologicky dané pohlaví stojí koncept genderu. Jedním z prvotních pojetí genderu bylo, že sloužil k popisu nefyziologických složek pohlaví, které jsou kulturně vnímány jako vlastní ženám a mužům (Unger, 1979). Jeho cílem bylo pojmenovat dimenzi, v níž psychologické (psychosociální) rozdíly mezi ženou mužem nejsou nutně výsledkem fyziologických rozdílů mezi nimi. Mezi některými postmoderně smýšlejícími badatelkami a badateli se rozšířila představa, že gender je systém významů, které strukturují vztahy mezi mužem a ženou (West, Zimmerman, 1987; Marecek, 2001; Butler, 2003; Gjuríčová, Kubička, 2003; Zábrodská, 2006). Z toho pak lze usoudit, že to, jak chápeme muže či ženu, je fluidní povahy a mění se v závislosti

na proměnách kontextů, osobních zkušeností či kultury a společnosti.

Ve feministické psychologii pak najdeme řadu teorií, která se snaží vysvětlit příčinu genderových diferencí. Setkáme se s přístupy vycházejících z evoluční psychologie, s teoriemi sociálně psychologickými či vývojovými přístupy zahrnujícími i psychoanalytické interpretace genderových rozdílů. Sociálně psychologický pohled (kognitivní teorie a teorie sociálního učení) patří v rámci českého a slovenského kontextu k nejvíce uplatňovanému přístupu (Zábrodská, 2004).

Byť Trapková a Chvála (2004) netrvají, jak již bylo řečeno, na vázanosti modů na pohlaví, stále připisují podvojnému vztahu mezi ženským a mužským modem symetrický charakter. Tato percepce symetrického vztahu, kterou dualita snadno evokuje, stojí v opozici k teorii symbolické asymetrie v reprezentacích genderových kategoriích.² Ukazuje se, že ženství je více ztožňováno s pohlavní skupinou, zatímco mužství se překrývá s univerzální definicí lidství (Hare-Mustin, Marecek, 1988 cit.dle Crowford 1997; Amâncio & Oliveira, 2006). I na českém území byl realizován výzkum, který mapoval reprezentace genderových kategorií u vysokoškolských studentek a studentů (Wyrobková, 2007). Na základě nestrukturované metody volných asociací slov, jejímž smyslem bylo postižení sociálně sdílených významů ženství a mužství a jejich hodnocení, bylo zjištěno, že mužství a lidství se mnohem více překrývalo než ženství a lidství, stejně tak pojmy muž a člověk byly respondenty a respondentkami vnímány diferencovaněji než slovo žena. Mužství ve srovnání s ženstvím mělo androgynnější povahu, zahrnovalo charakteristiky, vlastnosti připisovaným oběma pohlavím. Výsledky poukazují na to, že reprezentace

² Myšlenka nerovnosti kategorie ženství a mužství má již hlubší kořeny, viz Simone de Beauvoir (1949/1967) a její pojetí druhého pohlaví připisovaného ženám, které svým názvem představuje nedostatečnost žen vůči mužské identitě.

genderových kategorií nejsou symetrické a že mužství a ženství nejsou organizovány bipolárně.

Lze uvést, že v psychologicky orientované literatuře byla asymetrie mužství a ženství nesčetněkrát analyzována a diskutována (Deaux, Taynor, 1973 cit. dle Unger 1979; Unger, 1979; Tavris, 1993; Crawford, 1997; Bačová, 2000). Z hlediska klinické praxe bylo například pojetí duševního zdraví (vycházejícího z vývojových a osobnostních teorií) podrobeno kritice pro přílišnou orientaci na muže jako normu, tedy pro androcentrismus³ (Gilligan, 1982; Pugliesi, 1992; též Kuruc, Smitková, 2007).

Pro praxi terapeutickou a poradenskou je významné, že se nejedná o komplementaritu mužskosti a ženskosti, ale naopak se zde profiluje vztah subordinace a nadřazenosti genderových kategorií, přičemž ta nadřazená kategorie zahrnuje podřazenou: v tomto případě ženství je zahrnováno mužstvím. V takto načrtnutém kontextu se může jevit jako problematické stavět terapii v pojetí Trapkové a Chvály (2004) na komplementaritě mužství a ženství zvláště v případě, když: (1) mužství a ženství zvláště v spojení s biologickým pohlavím a převážná většina jejich komponent je sociálního charakteru, (2) tento vztah mezi genderovými kategoriemi není jednoznačně komplementární, ale naopak asymetrický. V rámci respektu koncepce asymetrie genderových kategorií se jeví rovněž diskutabilní odvozovat zdraví rodiny pouze na základě rovnoměrného zastoupení maskulinity a feminity v rodinném systému. Rodina jako systém je mnohem komplikovanější a její zdraví či fungování ovlivňuje celá řada dalších faktorů (podrobněji viz Sobotková, 2001).

Dále je potřeba zdůraznit další implikace binárního vztahu muže a ženy, maskulinity – feminity pro poradenství a psychoterapii. Na obecné (sociální) úrovni takto pojímaná binarita produkuje – ustanovuje doslova povinnou heterosexuální (Butler, 2003),

kteřá pak později i zdůvodňuje a obhajuje trojdimenzionální typ rodiny muže-ženy-dítěte (srovnej Vybíral, 2008) a zpochybňuje či delegitimizuje jiné podoby rodinného soužití, které například mohou vycházet z odlišných forem sexuálního sebe-vymezení. Námitka Trapkové a Chvály (2004), že jiné formy nepřispívají ke zdravému vývoji dítěte, může být konfrontována s výzkumy gay/lesbického rodičovství, kde je 3-dimenzionální rodina tvořena párem žen, popřípadě mužů, a dítětem. Prostřednictvím těchto výzkumů se ukazuje, že pro zdravý vývoj dítěte nehraje ani tak dominantní roli pohlaví pečujících osob jako kvalita vztahu mezi pečujícími osobami a dítětem, která je psychosociálně konstruována (Cramer, 1986; Falk, 1994; Kirkpatrick, 1987).⁴

Vlivem změn v podobách partnerského a rodinného soužití je možné očekávat, že psychologickou pomoc vyhledávají nejen jedinci z tradičních (patriarchálních) rodin, ale i z různých variabilních typů soužití, kde podoby vymezení se vůči feminitě a maskulinitě může být do velké míry variabilní /od popření vztahu feminity a maskulinity (Diamond, Butterworth, 2008) až po polarizaci obou genderových kategorií/ jak v rámci jednotlivce, tak i v rámci partnerského a rodinného soužití. Proto se jeví aktuální chápat gender kontextuálně - považovat genderovou zkušenost za variabilní fenomén, stejně tak zdržet se zběžné interpretace jedincova problému, který by byl důsledkem odlišné genderové zkušenosti – odlišného genderového přesvědčení.

Vrátíme-li se k rodinné terapii v pojetí Trapkové a Chvály (2004) je potřeba zdůraznit, že metaforické podání mužského a ženského modusu může být v některých případech velmi užitečné a nápomocné pro interpretaci problému. Jak Šupová a Šupa (2008) dodávají, metafory v psychoterapii lze využít k převyprávění či

³ Muž je měřítkem věcí.

⁴ Přehled výzkumů s problematikou gay/lesbického rodičovství lze najít na adrese <http://www.apa.org/pi/l&gart.html>

přerámování příběhu, nicméně osvojené metafory se pak stávají určujícími pro chápání terapeutické reality, stejně tak povahy rodinného systému. Proto je potřeba reflexe užívání těchto metafor, jež napomůže předejít vytváření (dalšího) normativního rámce, který pro předkládaná zjištění nemůže být jednoznačně zdůvodnitelný. Batesonova myšlenka významu rozdílů, které přinášejí informaci, je nosná, avšak uplatňovat ji pouze na úrovni muže a ženy je omezující a může implikovat souhlas jak s diskriminací žen na úrovni sociální a jazykové, tak s konceptem heteronormativity⁵ jako jediné legitimní formy sexuálního-partnerského-rodinného soužití.

Domnívám se, že dle výše uvedených poznámek k genderu ve vztahu k rodinné terapii v pojetí Trapkové a Chvály je potřeba začlenit koncept genderu do psychoterapie a poradenství obecně. Tato integrace má etický rozměr, neboť vlivem postmoderního myšlení je legitimní klást důraz na to, aby odlišnost-jinakost nebyla zastíněna či potlačena. Toto pojetí etiky vychází ze zpochybnění objektivnosti a následné relativnosti pravdy, která je k něčemu vztahená – závislá na kontextu (Neubauer, 2007). Tedy to, co považujeme za pravdivé, se liší podle perspektiv a kontextů, které uplatňujeme. Pak zastírání některých vlivů genderové dynamiky (genderové stereotypy, mocenské vztahy vázané na gender) může vést k přehlížení nebo potlačení variability lidského chování a prožívání, stejně tak k zúženému porozumění jednotlivým genderovým zkušenostem. Je právě na terapeutkách a terapeutech, jak budou prostřednictvím pre-konceptů a předpokladů strukturovat obsah a proces terapie (Snyman, Fasser, 2004). Jejich přístup určuje parametry, co bude v průběhu terapie zvýznamněno. Proto je tedy podle Gjuričové a Kubičky (2003) významné ptát se, jaký dopad mají vlastní genderové

konstrukce a přesvědčení na psychoterapeutickou práci. Integrace vědomí o genderu do konceptu terapeutické a poradenské práce rozvíjí citlivost vůči mocenským vztahům uplatňovaným ve vztazích mezi mužem a ženou a může předcházet situaci, v níž terapeuti nevědomě staví jedince do „tradičních“ mocenských pozic (známých z patriarchálního modelu partnerského soužití). Tedy reflexe významu genderu pak může ve svém důsledku zkvalitnit samotnou poradenskou či psychoterapeutickou práci. A právě ohleduplnost a respekt k variabilitě – to vše je zprostředkováno etickým sebe-monitorem a evaluací vlastní terapeutické a poradenské činnosti (Synam, Fasser, 2004).

Podle Gilberta (1999, cit.dle Kuruc, Smitková 2007) terapeutičtí pracovníci a pracovníce by se měli vyvarovat (1) používání rozdílných genderových přesvědčení při práci s osobou v terapii, (2) vydělování problému z kontextu, (3) zneužívání moci, kterou zprostředkovává role terapeuta, terapeutky, (4) konceptualizaci problému prizmatem genderových stereotypů (5) používání genderově stereotypních konceptů pro určení významu psychického zdraví (viz například již zmiňovaný androcentrismus). Vnímat problém v kontextu vychází z aktuálního pojetí genderu, který zdůrazňuje úzkou spojitost mezi genderem dalšími sociálně definovanými kategoriemi, jako je věk, etnicita či sociální třída (Marecek, 2001).

Ukazuje se, že je několik rovin, ve kterých gender jako sociální kategorie figuruje: systém přesvědčení terapeuta/terapeutky, systém přesvědčení u osoby vyhledávající pomoc, terapeutický směr a samotný terapeutický či poradenský proces. Lze uvažovat, že právě párová a rodinná terapie mohou snadněji provokovat působení genderových kategorií, genderových stereotypů, které pak ve svém důsledku strukturují terapeutický proces. Vzhledem k asymetrické povaze genderových kategorií (mužství a ženství) (viz Hare-Mustin, Marecek, 1988 cit.dle Crowford 1997; Amâncio, Oliveira, 2006; Wyrobková, 2007) může bagatelizace či

⁵ Jedná se o předpoklad, že heterosexuality je normální a normativní sexuální orientace, která marginalizuje jinak sexuálně vymezené jedince.

popírání dominance mužského postavení přispívá k udržování dosavadní distribuce moci mezi zúčastněnými či k nevědomému uplatňování moci v rámci interakcí obecně či v terapeutickém procesu konkrétně. Na základě negativních důsledků genderově stereotypních interpretací teorií osobnosti a vývoje, výzkumů a konceptů zdraví na formování terapeutického či poradenského procesu zdůvodňují autoři Kuruc a Smitková (2007) potřebu, aby se genderově citlivý trénink stal součástí studia psychologie a terapeutických výcviků (srovnej Snyman, Fasser, 2004).

Z rozboru konkrétní rodinné terapie v pojetí Trapkové a Chvály (2004) vyplývá, že úspěšné realizaci genderově citlivého tréninku by měla předcházet kritická analýza samotné terapeutické školy, z níž terapeut/terapeutka vychází. Dále se ukazuje jako klíčové reflektovat, jak jednotlivé terapeutické a poradenské přístupy implicitně/explicitně ustanovují normy psychického zdraví, partnerství či rodinného soužití.

Kromě etického poslání integrace genderu do terapie, který zde byl nastíněn, se otevírá prostor pro otázku využití genderu jako léčebného prostředku v rámci psychoterapie např. využití konceptu androgynie⁶ jako adaptačního systému chování v moderní společnosti, kde je zapotřebí zastávat řadu odlišných rolí (Bemová, 1974; Harvey, Hansen, 1999) nebo využití genderu obecně u jedinců s transexualitou, kteří nemohou či pro různé důvody nechtějí podstoupit operativní proměnu. Lze uvažovat, že překonání duality maskulinity a feminity může zprostředkovávat jedincům s bisexuálními a transgenderovými tendencemi fluidní a širší sebedefinici a sebevyjádření (srovnej Pfeřlová, 2008; Diamond, Butterworth, 2008).

Cílem příspěvku bylo představit význam konceptu genderu pro poradenství a psychoterapii. Ukazuje se totiž, že tato integrace genderu jako sociální kategorie je primárně etickým posláním; zprostředkovává respekt

k variabilitě genderového vyhranění v rámci jednotlivce, párového či rodinného soužití a nastiňuje další dimenzi mocenských struktur produkujících normy chování a prožívání. Pro zkvalitnění výkonu psychoterapeutické a poradenské profese je potřeba reflektovat nejen vlastní systémy genderového přesvědčení a genderové stereotypy u jedince v poradenské či psychoterapeutické péči, ale reflektovat ty konstrukty, které by mohly psychoterapeutickou práci ovlivnit. Mezi ně rovněž patří analýza terapeutických škol a směrů za účelem zjistit, jaké možné genderové stereotypy a z nich vyplývající vztahy moci mohou reprodukovat a jaké normy genderových rolí, následně i vztahů partnerských a rodinných na základě teoretických přístupů v terapii zdůvodňují.

Text vznikl s podporou výzkumného záměru „Psychologické a sociální charakteristiky dětí, mládeže a rodiny, vývoj osobnosti v době proměn moderní společnosti“ (MSM0021622406), který probíhá na FSS MU.

LITERATURA:

- Bačová, V. (2000). *Súčasná smery v psychologii: hľadanie aletrantív pozitivizmu*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity.
- Bateson, G. (2006). *Mysl a příroda – nezbytná jednota*. Praha: Malvern.
- Bemová, S. L. (1993). *The Lenses of gender: transforming the debate on sexual inequality*. New Haven: Yale University Press.
- Amâncio, L., Oliveira, J. M. (2006). Men as individuals, women as a sexed category: implications of symbolic asymmetry for feminist practice and feminist psychology. *Feminism & Psychology, 16*, 36–44.
- Cramer, D. (1986). Gay parents and their children: A review of research and practical implications. *Journal of Counseling and Development, 64*, 504–507.
- Crowford, M. (1997). Agreeing to differ: feminist epistemologies and women's ways of knowing. In M.M. Gergen, S.N. Davis (Eds), *Toward*

⁶ Androgynie odkazuje k typu osobnosti, který kombinuje a vyrovnává maskulinní a feminní kvality.

- a new psychology of gender: a reader* (str. 267-284). New York: Routledge.
- De Beauvoir, S. (1949/1967). *Druhé pohlaví. Praha: Orbis*
- Diamond, L. M., Butterworth, M. (2008). Questioning gender and sexual identity: Dynamic links over time. *Sex Roles*. Staženo 30. dubna 2008, z <http://www.springerlink.com/content/e0gj51102186815n/>
- Falk, P. J. (1994). The gap between psychosocial assumptions and empirical research in lesbian mother child custody cases. In A. E. Gottfried and A. W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (pp. 131 - 156). New York: Plenum Press.
- Gilligan, C. (1982). In *a different voice: essay on psychological theory and woman's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Harvey, J. A., Hansen, C. E. (1999). Gender role of male therapists in both professional and personal life. *Sex Roles*, 41, 105-113.
- Kirkpatrick, M. (1987). Clinical implications of lesbian mother studies. *Journal of Homosexuality*, 14(1/2), 201-211.
- Kuruc, A., Smitkova, H. (2007). Rod/gender ako sociálna kategória v psychoterapii a poradenstve. *Československá psychologie*, 3, 269-278.
- Marecek, J. (2001). After the facts: psychology and the study of the gender. *Canadian Psychology*, 42, 254-267.
- Neubauer, Z. (2007). *O počátku, cestě a znamení času: úvahy o vědě a věděni*. Praha: Malvern.
- Pfeifrová, L. (2008). *Narativní konstrukce bisexuální identity v příbězích žen*. Nепublikovaná magisterská práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Pugliesi, K. (1992). Woman and mental health: two tradition of feminist research. *Women & Health*, 19, 43-67.
- Snyman, S., Fasser, R. (2004). Thoughts on ethics, psychotherapy and postmodernism. *South African Journal of Psychology*, 34, 72-83. Staženo 15. listopadu 2008, z http://www.scribd.com/doc/5675986/THOUGHTSONETHIC1?secret_password=28d39k0q2uq4z2emxv7u
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Šupová, J., Šupa, J. (2008). Rodinné metafory v českém jazyce a vybrané autorské metafory v české rodinné terapii. *Psychoterapie*, 3-4, 161-171.
- Tavris, C. (1993). The mismeasure of women. *Feminism & Psychology*, 3, 149-168.
- Trapková, L., Chvála, V. (2004). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál.
- Unger, R.K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist* 34, 1085-1094.
- Vybíral, Z. (2008). Rodinný terapeut jako zastánce tradiční rodiny: příspěvek do diskuse nad teoretickou integrací V. Chvály a L. Trapkové. *Psychoterapie*, 3-4, 213-220.
- West, C., Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender Society*, 1, 125-151.
- Wyrobková, A. (2005). Feminita a maskulinita v sociálně-psychologických teoriích a výzkumu. *Československá psychologie*, 6, 540-553.
- Wyrobková, A. (2007). *Reprezentace a hodnocení genderových kategorií*. Nепublikovaná disertační práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Zábrodská, K. (2004). *Nehrané hry ve významové síti: post-strukturalistická analýza diskurzů konstituujících rodovou subjektivitu*. Nепublikovaná magisterská práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Zábrodská, K. (2006). Rodová analýza jako prostor pro nové epistemologie: Poststrukturalismus a diskurzivní analýza v psychologii. *Československá psychologie*, 50, 105-118.

O autorce:

Mgr. Anna Ševčíková je doktorskou studentkou psychologie na Fakultě sociálních studií MU a zároveň odbornou pracovnící Institutu pro výzkum dětí, mládeže a rodiny. Zde se zabývá se zabývá významem internetu pro sexuální chování a prožívání, stejně tak pro sexuální sebe-vymezení. K dalším oblastem zájmů patří obtěžování a šikana na internetu a gender v psychologii.

Došlo do redakce: 15. 5. 2008, v revidovaném znění 11. 1. 2009. K publikaci přijat 12. 1. 2009.

SPOLEČNÁ PRÁCE

Rozhovor s Harlene Andersonovou

P. Nepustil

Loni v létě jsem v americkém Houston Galveston Institute pracoval na disertaci a zároveň na českém překladu knihy Harlene Andersonové, slavné rodinné terapeutky a představitelky spolupracujícího směru v terapii. Tento přístup vycházející z postmoderních teorií získává stále více příznivců po celém světě, o čemž svědčí i to, že v průběhu čtyř měsíců, které jsem v Houstonu strávil, stihla Harlene Andersonová navštívit Chorvatsko, Velkou Británii, Hong Kong a asi třikrát Mexiko. Pokud však byla v Houstonu, scházeli jsme se každý týden v její miniaturní, velice útulné konzultační místnosti. Radili jsme se o tom, jak její přístup uvést do českého prostředí a já jsem se zároveň víc a víc dozvídal o její práci. Bylo mi líto nechat si tyto mimořádně zajímavé rozhovory jen pro sebe, a tak jsem ji ke konci pobytu požádal, abychom jednu z konzultací pojali jako interview pro Psychotherapii.

Pořád si nejsem úplně jistý, jak nejlépe přeložit samotný název vašeho terapeutického přístupu – *collaborative approach*. Slovo kolaborovat se v češtině nejčastěji používá pro lidi, kteří spolupracovali s nacistickým režimem, proto má negativní nádech. Jak by se dal váš přístup popsat bez tohoto slova?

Ano, vím o tom, že někdy je toto slovo obtížné přeložit a že v některých jazycích má urážlivý význam. Takže... použila bych asi slovo *spolu*. Dělat něco spolu, dělat něco společně. Společně být, společně mluvit, společně myslet, společně vnímat. Jsou to interakce, které jdou oběma směry. Je to něco úplně jiného, než přístup terapeuta, který kladením otázek sbírá informace, potom si je rozloží na svoji terapeutickou mapu a podle této mapy následně pozná, kam má jít a jak se tam dostane. Slovem *společně*



tedy označuji situaci, kdy terapeut navazuje s klientem vzájemný vztah, ve kterém potom dělají všechny věci spolu.

Co děláte, abyste takový vztah navázala?

Na začátku je to tak, že já jsem žák a klient můj učitel. Někdo, koho jsem pozvala, aby mě učil. Aby mě naučil to, co chce, způsobem, který mu vyhovuje. Nezačínám tedy s předem připravenými představami o tom, jak by měl klient vyprávět svůj příběh, jaké části jsou nejdůležitější nebo které bych měla slyšet především. Toto jednostranné učení, kdy já jsem žák a klienti moji učitelé, pak postupně a přirozeně přechází do oboustranného učení – společného učení, společného hovoru. Lynn Hoffmanová tomu říká nakažlivá zvědavost. Říká, že moji klienti ode mě chytanou moji zvědavost jako když chytnete chřipku. V průběhu tohoto procesu se potom ptám na různé věci a pronáším různé poznámky, říkám věci jako: nevadilo by vám, kdybich se ještě zeptala..., mohu vám položit jednu otázku... Neustále jsem v pozici, kdy druhého žádám o svolení. Má to co dělat s obyčejným respektem a dobrými mravy. Nechcete prostě přerušovat někoho, kdo nechce být přerušován, nechcete, aby někdo cítil, že na něj tlačíte,

nechcete po někom, aby mluvil o něčem, o čem mluvit nechce.

Při sledování vaší práce a práce vašich kolegů tady v institutu se mi občas zdá, že se psychoterapie ve vašem pojetí blíží běžnému, normálnímu rozhovoru. Píšete o tom i ve své knize. Jak byste tedy vyjádřila rozdíl mezi vašim přístupem k psychoterapii a obyčejným každodenním rozhovorem?

Nejprve bych řekla, že druh konverzací, které se snažím vést se svými klienty a kterým někdy říkám tvůrčí nebo trasformativní konverzace, mají tu vlastnost, že se v nich rozvíjejí, probouzejí a mísí různé významy, porozumění a myšlenky. Dochází v nich k určitým posunům nebo proměnám. To se může dít i při běžné konverzaci. Mnohokrát jsem to zažila, stejně jako asi každý. Občas se třeba potkáte s někým, s kým jste mluvil před delší dobou a on zmíní nějakou větu, kterou jste mu řekl a která ho přivedla k tomu, že udělal něco jinak. V tomto smyslu mohou být každodenní a terapeutické konverzace velmi podobné. Rozdíl je podle mě v záměru konverzace. V případě terapie jde o specifický kontext, specifický vztah, kdy jeden člověk – klient, hledá pomoc a přichází ke druhému člověku – terapeutovi, který se potom snaží tuto pomoc poskytnout. Je to také časově omezený vztah.

Zeptám se ještě jinak: jaký je z Vašeho pohledu rozdíl mezi terapeutickým a přátelským vztahem?

Na to se mě lidé často ptají a já jim odpovídám, že v určitém smyslu tam není žádný rozdíl a v určitém smyslu ano. Když o přátelství přemýšlíte jako o vztahu, který je respektující, ve kterém se zajímáte o druhou osobu a který je rovnocenný, tak to se dá myslím říci i o terapeutickém vztahu. Ale v terapii chybí ta náhodnost, ta neformálnost jako v případě přátelství. Při terapii také hovoříte o věcech, které se víceméně týkají spíše klienta než vás obou.

NOVÉ SYSTÉMY, NOVÉ MOŽNOSTI

Zaznamenáváte v současnosti v souvislosti se změnami ve společnosti nějaká specifická témata, se kterými klienti přicházejí?

Obecně se mi zdá, že to, s čím lidé přicházejí, se často hodně týká toho, jak jsou životy lidí velice stresující. Objem času a energie, který rodina věnuje tomu, aby mohla fungovat, vydělávat, pečovat o děti, je obrovský. Přestože je dnes v západním světě tolik věcí, které život zjednodušují, rodiče často velice tvrdě pracují, aby si mohli zachovat životní styl, který chtějí. Také se mění složení toho, čemu říkáme rodina: už to není pouze matka, otec a jedno nebo dvě děti, ale může to být jeden dospělý a jedno dítě nebo dospělý a dvě děti z různých manželství, mohou to být dva muži bez dětí, dvě ženy... může to být tolik různých konfigurací, že už nemůžete přemýšlet o práci s jasně definovanou rodinou.

Jak se potom tedy rozhodujete o tom, které členy rodinného nebo jiného systému pozvete do terapie?

Tak nejdřív mluvíím vždycky s někým po telefonu, když si domlouváme schůzku. Dejme tomu, že volá žena, s tím, že její syn potřebuje terapii. Mohu tedy říct: „Povězte mi, prosím, něco o tom, o čem přemýšlíte, v čem si myslíte, že je problém a jaká jsou vaše očekávání.“ A potom bych mohla třeba pokračovat: „Napadá mě teď několik možností. Mohu se potkat nejdřív s vašim synem a pak s vámi, anebo nejdřív s vámi a pak se synem, nebo se mohu potkat s vaším manželem, anebo rovnou s vámi všemi... co z toho by pro vás mělo největší smysl na začátek naší společné práce?“ Tímto způsobem tedy probouzím jejich vlastní pohled, jejich vlastní odbornost. Někteří lidé na to mají jasný názor, jiní říkají: „Tak to zkrátka udělejte tak, jako to děláte obvykle, něco navrhněte.“ V takových případech se musím ještě na nějaké věci doptat – položím otázku nebo dvě a pak něco navrhnou.



Ale často zvete i lidi, kteří nepatří přímo do rodiny. To probíhá jak?

Samozřejmě, teď za mnou chodí například žena, která pracuje jako konzultantka v jedné organizaci a prožívá teď určité obtíže, o kterých často mluvíme. Má bývalou kolegyni, která v současnosti pracuje v jiné firmě, ale často se scházejí a probírají různé věci. Naposled, když jsem se s ní potkala, říkala jsem jí: „Když s ní tak často mluvíte a vážíte si jejích názorů, tak by pro mě samotnou bylo zajímavé, kdyby k nám taková žena přijela. Co si o tom myslíte?“ Ona říkala, že o tom nikdy nepřemýšlela, tak jsem jí řekla: „Často mluvíte o tom, že na vás mají lidé různé názory, mají o vás různé představy, a tak jsem si říkala, jaké představy o vás má asi někdo, komu věříte? Jak se dostáváte do těchto specifických situací? Jak ten druhý člověk pozná, jestli tu situaci zvládáte dobře nebo ne?“ Nakonec řekla, že se jí zeptá, jestli by nechtěla přijít. Pokud by ale odmítla, svoji myšlenku bych úplně zavrhla.

LESK A BÍDA PSYCHOTERAPIE

Jaké změny vnímáte v oboru psychoterapie obecně, od té doby, kdy jste do ní poprvé vstoupila?

Změny vidím v tom, že psychoterapie je stále více dostupná, víc a víc lidí vyhledává psychoterapii nebo poradenství a stejně tak je stále víc lidí, kteří psychoterapii nabízejí. Dá se pozorovat výrazný posun od jednotlivce ke skupině nebo k rodině, dnes už není nic neobvyklého, když někdo řekne: chci rodinnou terapii. To se dříve vůbec nestávalo. Také si myslím, že terapeutické vztahy jsou méně formální. A potom se hodně změnila organizace péče o duševní zdraví, ze kterého se prakticky stalo celé průmyslové odvětví. Celá tato oblast už není v rukou psychoterapeutů, psychologů a sociálních pracovníků, ale spíše v rukou zdravotních pojišťoven a úřadů, které dohlížejí nad výkonem nařízené zdravotní péče. Mnohem větší důraz se klade na výzkumy efektivity terapie, na tzv. evidence-based therapy, aby bylo možné prokázat, že to, co děláte, také funguje. Zatímco dřív terapeuti dělali dlouhodobou terapii a byli za to bez problémů placeni pojišťovnami, dnes se tomu pojišťovny brání a omezují počet sezení. Na celém světě jsou už ve výeviku terapeuti vedeni k tomu, aby byli rychlejší, stručnější, nehledě na to, o jaký jde přístup. I psychoanalytici už pracují kratší dobu.

A co zůstává naopak stejné?

Jedna z věcí, která je stále hodně podobná, je ta, že velká část psychoterapie má hodně blízko k medicínskému modelu, především pokud jde o pojetí dysfunkcí, deficitů, patologie a přístupu k léčbě těchto poruch. Terapeut se také většinou stále staví do pozice experta.

Právě proto se mi při četbě některých postmoderních autorů, ze kterých vycházíte, zdálo, že zpochybňují samotnou existenci psychoterapie, že jí vnímají jako nástroj pro zachování společenského status quo. Nesměruje tedy postmoderní kri-

tika ještě dál, než pouze ke změnám uvnitř oboru psychoterapie?

Souhlasila bych s tím, že myšlenka psychoterapie nemusí být nutně užitečná. Raději o tom uvažují tak, že lidé ve svém životě zažívají určité věci, se kterými si neví rady, stojí před rozhodnutími, ke kterým se nedokáží rozhodnout, cítí bolest, se kterou neumí zacházet. A někdy pro ně může být užitečné promluvit si o tom s někým jiným. Raději tedy používám slovo konzultace. Konzultuji s lidmi a lidé konzultují se mnou. Anebo používám slovo konverzace. Tím se snažím vymezit proti takovému pojetí psychoterapie, při které na někoho nějak působíme nebo někoho léčíme. Psychoterapie vždycky byla a stále je používána jako nástroj sociální kontroly. Velká část klientů, kteří za námi chodí, přichází na doporučení různých institucí a často takových, které vykonávají nějakou právní moc, zastupují nějakou úřední autoritu. Od terapeuta se potom chce, aby určité osobě pomohl tak, aby se přizpůsobila daným společenským normám anebo aby přestala dělat něco, co je nahlíženo jako společensky nevyhovující.

Co tedy děláte, když sedíte před klientem a máte ho natlačit do nějaké společenské normy anebo ho přimět k tomu, aby s něčím přestal?

Obecně si myslím, že každý člověk se musí sám rozhodnout, jestli je terapeut anebo jestli je ten, kdo vykonává sociální kontrolu. Pokud vnímáte sama sebe jako vykonavatele sociální kontroly, tak o tom podle mě musíte otevřeně mluvit se svým klientem, aby bylo jasné, jaký to bude mít vliv na to, co budete spolu dělat, a na to, jaký bude váš vzájemný vztah. Role, do které nás staví úřad, ze kterého klienti přicházejí, je role sociálního inženýra. A je velice obtížné zvládnout obě role: chtít někomu pomoci a zároveň být v pozici, ve které můžete mít značný vliv na určité aspekty života druhého člověka. Jako terapeut se tedy musíte nejdříve rozhodnout: kdo jsem? Kde se nacházím, když se ode mě očekává, že budu hrát tuto roli?

Jak by si měl terapeut v rámci vašeho přístupu na tuto otázku odpovědět?

Jako terapeuti máme moc, která do nás byla vložena kvůli širší kultuře psychoterapie a kultuře obecně, nicméně mám pocit, že máme více možností, jak tuto moc vykonávat anebo jestli ji vůbec vykonávat. Zásadní je kontakt s klientem od samého počátku a také kontakt s osobou, která ho k nám poslala. Když terapeuti přijímají nového klienta například z úřadu na ochranu dětí, tak je vybízím k tomu, aby zatelefonovali pracovníkovi, který klienta poslal, aby se mu představili a zeptali se ho, proč tomu člověku terapii doporučil a jaká je jeho role. Jde o naprosto obecné otázky, jako například: „Poslal jste ke mně paní Griffithovou, mohl byste mi říct něco bližšího o tom, jak jste s ní pracoval, jaké s ní máte záměry, jaké jsou vaše obavy?“ Anebo: „V doporučení zmínujete, že by klientku bylo vhodné otestovat a měla by podstoupit terapii, mohl byste mi říct více o tom, co si od toho slibujete a co byste si přál?“ Nevnímáte se tedy jako expert zvenku, kterému někdo přehazuje horkou bramboru, ale snažíte se s nimi propojit a vytvořit vztah založený na spolupráci a zároveň jim dáváte najevo respekt.

A jak by potom měl v takovém případě vypadat první kontakt s klientkou?

Navrhovala bych, abyste dělal to samé. Abyste paní Griffithové zavolaal, představil se, řekl jí, že ji k vám poslal pan Smith a že doporučil, abyste spolu pracovali na určitých věcech. A že byste se s ní chtěl domluvit, kdy by za vámi mohla přijít a říct vám něco více o tom všem, a jestli by s sebou nechtěla vzít ještě někoho jiného. Nechci zacházet do detailů, zkrátka jde o to, vytvářet od začátku takový druh systému, ve kterém se věci dělají společně, obzvláště jde o povzbuzení hlasů klientů. Když stanovujete cíle, kam jít a pak hodnotíte, jestli to bylo úspěšné, tak by klienti měli být součástí těchto konverzací, podobně jako osoba, která je odeslala.

„CO MÁM DĚLAT?“

Váš přístup není založen na metodách nebo technikách, mluvíte spíše o filozofickém postoji, který stojí v jádru vaší práce s klienty. Když přemýšlím o vzdělávání v psychoterapii, je snadné představit si výuku technik nebo metod, ale jak vypadá výuka filozofického postoje?

Myslím si, že se nedá vyučovat. Rozhodně ale můžete připravit takové prostředí a takovou atmosféru, která žákům učení usnadní. Jinými slovy, každý si o tom všem může přečíst knížku, ale vždycky tam potom musí být ten zážitkový prvek, aby student mohl ty myšlenky a hodnoty zažít. Každý si potom musí z toho všeho vytvořit určitý smysl, nějak si to všechno dát dohromady. Což nemusí vyhovovat každému. Zrovna jsem se vrátila z Mexika, kde jsem mluvila se studenty třetího ročníku psychoterapie a ti mi říkali, že když poprvé pozorovali své učitele při terapii, tak moc nevěděli, co vlastně dělají. Případalo jim, že jenom tak sedí a povídají si. Ale potom to začali prožívat jinak, způsobem, který jim začal dávat smysl. Také říkali, že začali posuzovat jinak běžné každodenní situace, začali mluvit jinak s druhými lidmi... Takže se zdá, že je důležité jak to, co se děje uvnitř terapeutické místnosti, tak i to, co se děje mimo ni. Studenti byli překvapeni nejen z toho, jak se změnil jejich způsob uvažování o terapii, ale také jak se oni sami změnili ve vztazích s přáteli, kolegy a rodinou.

Dovedu si také představit, že studenti mohou mít při seznamování s vaším přístupem pocit, že přicházejí o určitou autoritu, kterou si představovali, že jako terapeuti budou mít. Mohou se například obávat, že jim klienti nebudou tolik důvěřovat, když budou sami pochybovat o určitých věcech.

Ve všech zemích, které jsem navštívila, očekává klient od terapeuta, že mu odpoví na otázku: co mám dělat? To je ale zcela přirozené, protože my klienty učíme, aby to očekávali. Je to stejné ve všech kulturách.

Člověk jde se svojí myslí za někým, kdo ji opraví. Ale to je také něco, o čem je možné mluvit. Takže někdo vám třeba řekne: „Mám problémy se synem, nechodí do školy a bojím se, aby nebral drogy. Nemyslím si, že bere, ale přesto se bojím. Co mám dělat?“ Na to existuje spousta způsobů, jak reagovat. Můžete říct: „Pojďme nejdříve začít tím, že mi řeknete, co je pro vás důležité, abych se o vašem synovi dozvěděla a abychom pak mohli lépe posoudit, co je možné udělat.“ Ptám se tedy, aby mi řekli, co oni si myslí, že potřebuji vědět, a používám při tom kolektivní jazyk: *co my* bychom mohli dělat. Takto mohu mluvit s matkou třeba hodinu a ona se mě potom zeptá: „Co tedy mám s tím synem dělat?“ A já mohu říct třeba: „Teď, v tuto chvíli nemám žádný konkrétní nápad, ale nechte mě chvíli přemýšlet nahlas.“ A tak přemýšlím nahlas a sděluji jí své myšlenky. Mohu například říct: „Jak jsem vás poslouchala, napadlo mě několik věcí, o které bych se s vámi chtěla podělit.“ A pak o nich můžeme mluvit. Některé se budou hodit, jiné nebudou. Anebo použijeme pouze část z nich. Je to proces neustálého reagování na to, na co druhý chce, abyste reagoval, přičemž vaše reakce by měly probudit jejich vlastní názory, jejich vlastní posouzení celé situace, jejich zpětnou vazbu.

A jaká je zpětná vazba od klientů na váš spolupracující přístup?

Velice pozitivní. Klienti mají pocit spoluúčasti, který vyvolává pocit sounáležitosti. A spoluúčast a sounáležitost vede k pocitu vlastnictví. Když se člověk účastní vytváření něčeho, tak potom cítí, že je to více jeho. Cokoliv je takto utvářeno, tak má také větší udržitelnost. Je to více šité na míru každému osobně, člověku to lépe padne.

MODERNA VERSUS
POSTMODERNA

Když jsem hovořil se studenty z postmoderně orientovaného magisterského programu psychoterapie, přišlo mi, že

se hodně ostře vymezují vůči moderní perspektivě. Tak jsem si říkal, jak asi váš přístup posuzují terapeuti, kteří vycházejí z tzv. modernistických směrů? Považují se vůbec za „modernisty“?

Ano, to je zajímavé. Myslím, že cokoliv, co se studenti začnou učit, je může hodně nadchnout a někteří studenti si potom mohou osvojit kritický pohled, myslím kritický v negativním slova smyslu. Podle mě to chce nějaký čas, aby se usadili a aby viděli, že postmoderní perspektiva je pouze jednou z možných a není horší nebo lepší. Je prostě jenom jiná. A v tom je její půvab. Dám vám příklad. Pamatujete si na tu vysokou studentku, která na naše praktikum, kterého jste se účastnil, přivedla svoji známou?

Ano, to si pamatuji, bylo to moje první praktikum.

Tak ta její známá byla studentka jiného programu vycházejícího z modernistických směrů, zejména z psychoanalýzy. Na začátku byly mezi oběma určité střety, protože studentka z mého týmu jednala způsobem, který se té druhé zdál příliš kritický a divný. Takže jí moc nerozuměla a domnívala se, že je blázen a vůbec neví co dělá. Ale tím, jak o těch věcech hovořily a protože měly společné klienty, se kterými dělala každá něco jiného, tak se studentka z mého týmu postupně učila, jakým způsobem by mohla se svou známou mluvit, až se potom ta druhá studentka začala velice zajímat o to, co tady děláme a zeptala se, jestli by nás mohla navštívit. A kvůli tomu tehdy přišla a myslím si, že měla některé velmi dobré otázky, které by možná někdo mohl posuzovat jako kritické, ale já si myslím, že to byly otázky, které jí pomohly porovnat různé přístupy.

Já si vzpomínám konkrétně na jedno téma, které zmínila, a o kterém jsem potom hodně přemýšlel. Měli jsme tam klientku, mladou dívku, která měla za sebou už několik hospitalizací na psychiatrii a ta studentka říkala, že by to mohlo souviset se sociálním stigmatem, které má jako čer-

noška a jako dcera matky, která při jejím narození užívala kokain. A že jste jako terapeutka měla toto téma představit.

Ano, také mluvila o tom, jaké to je být černošským dítětem v bílé rodině. Měla velice silné přesvědčení o tom, co by měl terapeut říct a o čem by se mělo v terapii hovořit. Takže jí šlo o přinesení určité terapeutické mapy nebo teoretické perspektivy, o které si myslela, že je pro danou situaci důležitá. Měla jiné představy v tom smyslu, kam ten hovor a řešení těchto témat povede. V rámci spolupracující perspektivy ale takové představy a záměry nemáte. Pokud by se objevilo něco, o čem byste měl mluvit nebo co byste měl říct, tak byste se na to určitě zeptal, ale neměl byste předem připravené nějaké téma, o kterém je zapotřebí mluvit a pokud se o něm mluvit nebude, tak je všechno špatně. Ona o tom uvažovala jako o nejdůležitější věci, to, co se dělo s tímto černým dítětem v bílé rodině.

Mimo jiné jsem si na tomto příkladu uvědomil určité odlišnosti mezi spolupracujícími směry a narativní terapií. Podle mě by narativní terapeut asi častěji přinášel do konzultace taková témata, u kterých má pocit, že si jich klient nemusí být vědom.

Ano, v narativní terapii je velice důležitá myšlenka dominantního diskurzu nebo dominantního vyprávění ze širšího sociálního, politického, ekonomického nebo kulturního hlediska, protože jednou z důležitých představ o utváření problému v narativní terapii je, že tyto širší diskurzy mají vliv na osobní vyprávění lidí nebo na jejich identitu způsobem, který se jim nehodí. Jde jim potom o to, aby tyto diskurzy odhalili, aby je přivedli na světlo a potom je mohli odložit a nahradit je alternativními dějovými linkami. Já si ale myslím, že tyto dominantní diskurzy existují neustále, nemohou tady nebýt a musí samozřejmě neustále ovlivňovat každého z nás. Není ale mým zájmem někoho od těchto diskurzů zachraňovat. Pokud se objeví něco, co s tím souvisí a něco, o čem

chtějí hovořit, tak o tom hovoříme, ale nikdy nemám takovýto specifický záměr.

Přemýšlím o tom, jestli je to vůbec možné, aby terapeut neměl žádný záměr, žádný úmysl, ve chvíli, kdy vstupuje do dialogu.

Jistě, také si myslím, že člověk má vždycky nějaký záměr. Ale záměr, který mám já na mysli, když uvažuji v rámci spolupracující perspektivy, se netýká obsahu, toho, jak bude vypadat výsledek nebo jak by měl vypadat daný příběh. Týká se spíše procesu. Mým záměrem je vytvořit specifický druh vztahu, specifický druh konverzací s lidmi, které vytvoří prostor, ve kterém budeme důvěřovat tomu, že v našich vzájemných tvůrčích konverzacích se zrodí něco, co bude užitečné a co bude vyhovovat jak terapeutovi, tak klientovi.

MALÉ A VELKÉ PROBLÉMY

V psychoterapii se často hovoří o tom, že určitý směr je vhodnější pro specifickou oblast problémů a pro jinou méně. Existují tedy nějaké klinické situace, pro které je spolupracující přístup méně vhodný?

Takových otázek dostávám mnoho, ale vždy musím říci, že já sama přistupuji ke všemu ze spolupracující perspektivy. Pokud přemýšlíte v termínech spolupracujících vztahů a dialogických konverzací, v termínech jako prostor a proces, pak si myslím, že takto můžete přistoupit k jakémukoliv tématu, k jakékoliv situaci. Dalším důvodem pro tento můj postoj je to, že v rámci spolupracující perspektivy můžete čerpat i z jiných přístupů a myšlenek, z jiných teorií, z různých informací z výzkumu. To, co je odlišné, je záměr, se kterým z těchto jiných oblastí jako terapeut čerpáte.

Dobře, zkusím vám dát příklad dvou různých situací: v jedné mluvíte s klientkou, která chodí každý den do práce, nikdy neměla moc problémů, akorát poslední dny se jí začalo něco dít ve vztahu s manželem a cítí se divně. Tuší, co může

být příčinou, ale chce si o tom s někým promluvit. Ve druhé situaci mluvíte s osobou, kterou k vám poslal psychiatr a která má zrovna akutní epizodu schizofrenie a mluví o věcech, které vidí a vnímá jenom ona a které vy nevidíte. V čem by byly tyto situace pro vás odlišné?

Myslím si, že kdyby se na obě situace díval nějaký pozorovatel, viděl by mnoho podobných rysů. Obsah konverzací by byl samozřejmě jiný, ale pokud jde o snahu zůstat ve společném vztahu, učit se významy druhé osoby, pokud jde o snahu propojit se s klientem způsobem založeným na spolupráci, na konverzaci, tak si myslím, že by to bylo hodně podobné. Je docela složité popsat, v čem by ty konverzace byly jiné. Máme totiž hluboce zakořeněnou představu, že něco je velký problém a něco není tak velký problém. Často hovořím na seminářích o tom, že problémy, se kterými klienti přicházejí do terapie, jsou prostě součástí jejich běžného života a jsme to pouze my, kdo jim přisuzuje význam, že jeden je větší nebo závažnější než ten druhý. Ale pro každou osobu je podle mě důležité, jak ona sama vnímá závažnost svého problému. Myslím si, že si to sami pouze komplikujeme, když o něčem uvažujeme jako o velkém, malém nebo středním problému anebo o problému v termínech DSM-IV.

Přece jenom je ale pro terapeuta obtížnější dorozumět se s někým, kdo zrovna prochází psychotickými stavy anebo kdo žije způsobem, že pět dní je vzhůru, povzbuzen amfetaminy, a tři dny potom spí.

Dobře, nabídnu vám takovou analogii. Když mluvíte s někým, kdo má zcela nový vztahový problém, tak to by mohlo být podobné, jako kdybyste mluvil s někým ze stejného místa v České republice. A mluvit s někým, kdo má za sebou dlouhou kariéru užívání drog nebo má určité psychotické rysy, to by mohlo být jako hovořit s někým z Argentiny. Vždycky jsme cizinci v životech druhých lidí a vždycky jim musíme porozumět z jejich vlastní perspektivy

a někdy to zkrátka vyžaduje více času a více chuti jim porozumět.

HARLENE ANDERSON

Harlene Andersonová patří k předním postavám současné světové psychoterapie. Je hlavní představitelkou spolupracujícího přístupu (*collaborative approach*), který má blízko k rodinné, systemické a narativní psychoterapii. Andersonová staví do popředí ne-hierarchický terapeutický vztah s klientem, v němž se expertem na obsah terapie stává klient, nikoli terapeut.

Svůj přístup rozvíjela v americkém Houstonu společně s kolegou Harrym Goolishianem od sedmdesátých let dvacátého století, přičemž oba byli výrazně ovlivněni postmoderním hnutím, sociálním konstrukcionismem, hermeneutikou a narativní teorií.

Neméně velký význam pro rozvoj jejich přístupu měla jejich dlouholetá psycho-terapeutická praxe a hlasy jejich klientů. Po předčasné smrti H. Goolishiana pokračovala Andersonová v jejich společné práci, v současnosti pořádá semináře, workshopy a přednášky po celém světě, stále se však věnuje i konzultacím s jednotlivci, rodinami, skupinami a organizacemi.

Je autorkou knihy **Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii** (česky vyšlo v nakladatelství NC Publishing, 2009) a spoluautorkou editované knihy **Collaborative Therapy** (2007). Publikovala množství článků, z nichž některé je možné najít na jejích vlastních webových stránkách <http://www.harleneanderson.com>.

Došlo do redakce: 23. 3. 2009. K publikaci přijat 23. 3. 2009.

ODKUD VÍME, ŽE JE PSYCHOTERAPIE ÚČINNÁ?

Zbyněk Vybíral, Ladislav Timuřák

ABSTRAKT:

Autoři v textu nabízejí několik odpovědí na otázku z názvu. Účinnost psychoterapie byla v historii potvrzena řadou meta-analýz. Za výrazný mezník lze pokládat výzkum Smithové s Glassem (1977), kteří zahrnuli do své meta-analýzy 375 výzkumů psychoterapie. Ty obsahovaly 833 měření účinnosti psychoterapie odhadem u 25 000 jedinců zahrnutých do léčby nebo zařazených do kontrolních skupin. Autoři zmiňují některé dnešní metaanalýzy a přehledové studie. Jako ukázka zcela jiného výzkumnického designu jsou uvedeny výsledky ankety, kterou získala redakce časopisu *Consumer Reports* v roce 1994. Průzkum mezi americkou veřejností připravený výzkumníkem M. Seligmanem dospěl tehdy k závěrům, že 87 % lidí léčených psychoterapeuty – a ochotných odpovědět na otázky ankety – potvrdilo účinnost psychoterapie. Dnes, po mnoha zpochybných, je i tento výzkum brán v seriózní literatuře vážně. Autoři se vyjadřují i k rozdílům mezi tzv. výzkumnou terapií a terapií v rutinní praxi. Při citaci a zejména zobecňování výsledků výzkumných studií je potřeba mít vždy na paměti, v jakém kontextu bylo výsledků dosaženo. S odvoláním na M. Lamberta (2001) přináší v závěru přehled argumentů pro dnes široce uznávanou skutečnost, že psychoterapie je účinná.

Klíčová slova: Účinnost, psychoterapie, výzkum, metaanalýza

ABSTRACT:

Authors offer several answers to question in title. The efficacy of psychotherapy was confirmed by a series of meta-analysis in history. As a landmark meta-analysis has been often Smith's and Glass's (1977) study mentioned. It involved 375 studies and covered 833 measurement of the effi-

cacy of treatment. Authors mention some current meta-analysis and other evidences that psychotherapy works. Effectiveness of psychotherapy was confirmed also by M. Seligman in *Consumer Reports* in 1994. The outcome of the study was a result that 87% of respondents stated that psychotherapy was effective and helpful. After many questioning is the Seligman's study echoed mostly seriously in today's scientific literature. Authors notice the distinction among "research therapy" and "clinical therapy". In conclusion, with reference to M. Lambert's overview the article provides some arguments in favor the claim that psychotherapy is effective.

Key words: Effect, psychotherapy, study, metaanalysis

ÚVOD

Zda je psychoterapie účinná, či nikoli, je legitimní otázka. Zajímá jak psychoterapeuty, kteří investují do svého vzdělání a profese, tak také klienty a případné plátce psychoterapeutické péče, jako jsou stát či zdravotní pojišťovny. Zodpovězení otázky tak má výrazný etický podtón. Je důležité, aby se zacházelo se zdroji hospodárně a aby klienti dostali za vynaložené prostředky co nejlepší péči. Mnoho přehledových studií a meta-analýz (viz kapitola o výzkumu v psychoterapii) se proto pokouší tuto otázku zodpovědět. V současnosti existují seznamy empiricky podložených psychoterapií (Timuřák, 2005). V některých zemích, například ve Velké Británii, byly zřízeny instituce monitorující poznatky o psychoterapii. Ty vytvářejí doporučení pro therapy v praxi, např. Národní ústav pro klinickou excelenci při Národním zdravotním systému (NHS) ve Velké Británii. Obdobnou funkci, avšak na vědecktější úrovni, plní rovněž databáze *The Cochrane Review*, jež obsahuje soubor

systematických přehledů medicíny (a tedy i psychoterapie) založené na důkazech. Představíme zde několik významných (zejména přehledových) studií zabývajících se otázkou účinnosti psychoterapie a též uvedeme zjednodušené shrnutí výzkumu psychoterapie tak, jak jej nabízí jeden z nejznámějších současných výzkumníků Michael Lambert (2001). Vynikající shrnutí „všeho, co se ví o psychoterapii na základě výzkumu“, nedávno nabídl také Cooper (2008).

Podívejme se nyní na některé důležité mezníky v historii hledání odpovědi na otázku, zda je psychoterapie účinná.

Účinnost psychoterapie potvrzená metaanalýzou: z historie

Mary Smith a Gene Glass, tvůrci metaanalytického postupu, který se dnes často používá tam, kde se vyhodnocuje účinnost ve více výzkumech zároveň (Timulák, 2005; viz rovněž následující kapitola), aplikovali metodu poprvé právě k analýze všech do té doby dostupných výzkumů účinnosti psychoterapie. Smithová s Glassem (1977) zahrnuli do své meta-analýzy 375 výzkumů psychoterapie. Celkově šlo o 833 měření účinnosti psychoterapie – u odhadem 25 000 jedinců zahrnutých do léčby nebo zařazených do kontrolních skupin. Smithová s Glassem vyřadili farmako-, hypno-, biblio- a pracovní terapii, vzájemné konzultace (*peer consultations*), nácviky citlivosti, maratonová setkání (*encounter marathons*), skupiny zaměřené na „nárůst uvědomování“ a psychodrama. Ponechali studie pojednávající o krátkých, např. jen několikahodinových psychoterapiích. Nevyloučili ani psycho-terapeutickou práci začínajících terapeutů s přesvědčením, že takto bude jejich výzkum lépe odpovídat „realitě“.

Vyhnuhli se také tomu, že by vybrali např. pouze výzkumy se znáhodňovaným výběrem pacientů, nebo jen ty, kde byla pro porovnání sledována skupina neléčených jedinců. Smithová s Glassem byli motivováni mj. tím, aby přinesli pádnou odpověď na Eysenckovu skepsi. (Podle Eysenckova ně-

jdejšího závěru se 75 % pacientů s neurózou zlepší, ať jsou nebo nejsou léčeni.) Chtěli také zkorigovat nepřesnou, nicméně tradovanou představu o „třetinách“: třetina pacientů se zlepší, třetina „na tom“ zůstane stejně, třetina se zhorší. Dále chtěli prozkoumat mnohem větší počet studií, tj. vyloučit jich mnohem méně než autoři předchozích metaanalýz, kdy byly vylučovány např. studie bez statistické analýzy. A v neposlední řadě zahrnuli i výsledky účinnosti poradenství.

Výsledky, k nimž dospěli, lze shrnout takto:

Průměrná míra účinnosti psychoterapie napříč všemi zahrnutými výzkumy činila 0,68. To znamená, že průměrný jedinec, který podstoupil psychoterapii, na tom byl lépe než 75 % jedinců neléčených (v re-analýze, při které sledovali ještě více výzkumů, konkrétně 475, zjistili míru účinnosti 0,85; což znamenalo, že průměrný jedinec, který podstoupil psychoterapii, na tom byl lépe než 80 % jedinců neléčených; Smith, Glass a Miller, 1980). Pouze 12 % z 833 měření dospělo k negativnímu účinku psychoterapie.

Když sledovali Smithová s Glassem účinnost ve čtyřech konkrétních parametrech (redukce úzkosti, nárůst sebeúcty, přizpůsobení a dopad na výkon), našli největší efekt psychoterapie u redukce strachu či úzkosti. Zde spočítali míru účinnosti 0,97 (tj. průměrný léčený pacient na tom bude lépe než 83 % jedinců bez léčby). U nárůstu sebeúcty zjistili míru účinnosti 0,90; naopak u parametru „přizpůsobení“, resp. osobního fungování v životě zjistili míru účinnosti pouze 0,56 a u dopadu na výkon ve škole nebo práci míru účinnosti 0,31. Neúčinnějšími terapiemi v jejich výzkumném vzorku přístupů byly systematická desenzitizace, racionálně emoční terapie a modifikace chování.

Kontrolu výsledků i postupů, jak k nim Smithová s Glassem dospěli, uskutečnili novou analýzou o pět let později Janet Lan-

dman a Robyn Dawes (1982). Landmanová s Dawesem již dobře znali kritické ohlasy, které stať Smithové s Glassem vyvolala. Metaanalýze z roku 1977 se vyčítalo zejména to, že nebylo jasné, jak velká část zahnutých výzkumů pracovala s kontrolními skupinami (neléčení jedinci, pacienti vystavení pouze placebo). Podle kritiků nemohli Smithová s Glassem ve své studii ověřit potřebné hypotézy např. o regresi nebo o spontánní remisi.

Landmanová s Dawesem proto prošli znovu všechny výzkumy zahrnuté do metaanalýzy z roku 1977 a vybrali z nich pouze ty, které vyhovovaly nejpřísnějším požadavkům kritiků. Cílem bylo ověřit, zda výsledky Smithové s Glassem obstojí, jestliže se vezmou v potaz jen přísně vědecké výzkumy. Z původního souboru zvolili náhodně 65 výzkumů. Z nich 42 vyhovovalo nejpřísnějším požadavkům na výzkum: výsledek psychoterapie zde vyplynul z porovnání s výsledkem ve skupině neléčených jedinců nebo ve skupině vystavené placebovému účinku (práce s pozorností, očekáváním a sugescí). Jakkoliv Landmanová s Dawesem namítli, že porovnávání s placeboálním působením je v případě výzkumů účinků psychoterapie sporná věc, vzali tento konvenční požadavek v potaz. Důležité je, že míry účinnosti psychoterapie, k nimž došli Smithová a Glass v roce 1977, „přežily“ selektivní re-analýzu provedenou o 5 let později. Závěry se potvrdily.

Dnešní metaanalýzy a přehledové studie

Od doby metaanalýzy Smithové et al. (1980) byly uskutečněny desítky metaanalýz odpovídajících na různé otázky (např. Jaká je míra účinnosti KBT při depresi? Existují rozdíly mezi psychoterapiemi X a Y? Existují rozdíly mezi dvěma verzemi KBT, t.j. když se vynechá určitá komponenta léčby? Je psychoterapie účinnější než pouze medikace při depresi, panické poruše, generalizované poruše?) Jelikož se metaanalýzy obvykle snaží vyslovit verdikt o dané oblasti účinků psychoterapie, nepře-

kvapuje, že některé meta-analýzy vyvolaly silné kontroverze.

Kupříkladu Wampold, Mondin, Moody a kol. (1997) se pokusili zodpovědět na otázku, zda existuje rozdíl ve velikosti efektu různých terapeutických postupů, pokud jsou srovnávány přímo mezi sebou a provádějí se v dobré víře (bona fide), že budou pomáhající. Wampold a kol. shromáždili 277 přímých srovnání různých terapeutických postupů a zjistili, že komparativní míra účinnosti se statisticky signifikantně nelišila od nuly. Svou práci zakončili tím, že „empiricky všichni zvítězili“, tj., že mezi jednotlivými terapeutickými postupy nejsou rozdíly. Studie pochopitelně vzbudila mnoho kontroverzí. Octla se dokonce v protikladu s některými jinými zjištěními. Jsou známy meta-analytické studie, které dokážou odhalit rozdíly mezi vybranými srovnávanými postupy (např. Grawe, Donati, Bernauer, 1994), jakkoliv tyto rozdíly mohou být funkcí intervenujících proměnných, často například teoretickou orientací výzkumníků v primárních studiích (Elliot, 2002).

Obdobně kontroverzním příkladem metaanalýzy je práce Westena a Morrisové (2001). Tito autoři se rozhodli kriticky zhodnotit tzv. „vysoce kvalitní“ znáhodňované klinické kontrolované zkoušky (*Randomised Controlled Trials*) z nejvýznamnějších periodik, které byly uveřejněny mezi roky 1990–1999. Kriticky zhodnotit znamenalo vyhodnotit nejen jejich výsledky, ale rovněž externí validitu, tj. zohlednit, do jaké míry byly provedeny na skupinách pacientů reprezentativních pro každodenní psychotherapeutickou praxi. Zaměřili se na depresi, generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD) a panickou poruchu, protože tyto poruchy byly nejčastěji zkoumány. Westen a Morrisová poukázali na fakt, že mnohé zkoumané terapie (zejména KBT) jsou sice prokázaně účinné, ale výsledky u deprese a GAD nemůžeme považovat za uspokojivé, protože vykazují limitovanou účinnost i reprezentativnost z hlediska toho, jaké jsou běžné podmínky klinické praxe (např. ne

všichni pacienti jsou zahrnuti do výzkumů; viz Timulák 2005).

Meta-analytická zhodnocení účinnosti psychoterapie se dnes vhodně doplňují systematickými přehledovými studiemi, které se často opírají o meta-analýzu. Jindy však používají systematický narativní pohled na výsledky jednotlivých studií – obvykle v případech, kdy je dostupných méně studií odpovídajících na otázku, kterou si daná systematická přehledová studie klade. Charakteristickým rysem těchto studií je rigoróznost a přesný, opakovatelný postup, na jehož základě byly jednotlivé studie měřící efekt psychoterapie recenzovány. Systematické přehledové studie je možno najít v knižních publikacích (např. Nathan a Gorman, 2007), časopisech (zmíněný Cochrane Review), zprávách institutů nebo společností (např. v USA seznam empiricky podložených psychoterapií Sekce klinické psychologie APA či ve Velké Británii seznam Národního ústavu pro klinickou excelenci při Národním zdravotnickém systému.

CONSUMER REPORTS – ROK 1994

Atypický způsob zkoumání účinků psychoterapie představil na přelomu 20. a 21. století článek, který publikovala americká revue *Consumer Reports* v listopadu roku 1995. Zmiňme ho už proto, že se na výsledcích výzkumu podílela veřejnost – „zákazníci“ psychoterapie. Tím se práce stala příkladem nezávislého pohledu na účinnost psychoterapie. Šestistránkový popularizační článek se jmenoval „Mentální zdraví: pomáhá terapie?“ a mohlo si ho přečíst odhadem dvě stě tisíc čtenářů.¹ Ze 180 tisíc odběratelů *Consumer Report* (ročník 1994) vyplnilo na sedm tisíc lidí do časopisu vložený dotazník, týkající se psychotherapeutické péče či pomoci. Dotazník vyplnili a poslali redakci

¹ Nielsen a jeho spolupracovníci zjistili, že mezi lety 1995 až 2003 byly jak zpráva *Consumer Report*, tak Seligmanův článek citovány více než 400krát. Samotný Seligmanův článek v *American Psychologist* „nashbíral“ mezi lety 1996 až 2002 každoročně od 37 do 68 citací.

nazpět většinou lidé s vyšším vzděláním, středostavovští Američané. Rozdíl v počtu mužů a žen nebyl. Věkový průměr respondentů byl 46 let. Z těchto sedmi tisíc jedinců uvedly tři tisíce, že v případě emočních problémů a trápení se obrátily na přátele, příbuzné nebo členy náboženské obce. Ze 4 100 osob, které uvedly, že vyhledaly profesionální pomoc, se tisícovka obrátila na rodinného lékaře a 1 300 osob si našlo kontakt na příslušnou svépomocnou skupinu. Od 2 900 Američanů byla získána data týkající se psychoterapie nabízené psychology (ti byli nejvíce vyhledávanou skupinou, a to v 37 % případů), psychiatry (22 %), sociálními pracovníky (14 %) a manželskými poradci (9 %). Zbýlých 18 % tvořili další odborníci na duševní zdraví.² Jedinci, kteří vrátili dotazníky, vyplnili např. šestistupňovou škálu zjišťující spokojenost s psychoterapií a obdobnou škálu, v níž sami posoudili míru, v jaké jim psychoterapie prospěla. Na pětistupňových škálách vyznačili také emoční stav, v jakém se cítili před a po psychoterapii.

Ze 426 osob, které svůj stav před terapií označily za „velmi“ bídný, jich 87 % uvedlo zlepšení minimálně do stavu „tak na půl“ (v orig. *so-so*) nebo do polohy „je mi dobře“ nebo „je mi velmi dobře“. Ze 786 osob, kterým bylo „dost mizerně“, se po psychoterapii zlepšilo 92 %. Ve srovnání profesí se ukázali velmi účinní Anonymní Alkoholici. Rodinní lékaři poskytují úlevu spíše jen krátkodobou. Terapie delší než šest měsíců přinesla lidem více zlepšení

² Jistě zajímavé je porovnat zjištění o profesích s průzkumem z roku 1956. Americký prezident Eisenhower ustavil v roce 1955 Společný výbor pro duševní nemoci a duševní zdraví, který v následujícím roce realizoval celonárodní průzkum toho, na koho se lidé obraceli v případě psychických a vztahových problémů. Průzkum zjistil, že každý sedmý člověk vyhledal pomoc kvůli psychickým problémům, převažovali mladší jedinci, ženy a lidé s vyšším vzděláním. 42 % z nich se obrátilo na duchovního, 29 % na všeobecného lékaře, 18 % na psychiatra nebo psychologa a 13 % na někoho ze sociálních služeb či manželských poradců. (Rice, Greenberg, 1992: 201).

v práci, v mezilidských vztazích, v radosti ze života i v osobním růstu.

Pro psychology a psychoterapeuty bylo jistě důležité to, že o průzkumu pozitivně referoval bezprostředně poté Martin Seligman, a to v prosincovém vydání měsíčníku *American Psychologist* (1995) v článku „Účinnost psychoterapie“ (*The Effectiveness of Psychotherapy*). Seligman se zde zastal toho, co se zjistilo z jednoduchých a jednoduše sesbíraných dotazníků³. Jeho závěry zněly:

1. Psychoterapie má na většinu lidí pozitivní vliv.

2. Delší psychoterapie je účinnější než kratší.

3. Není podstatných rozdílů v tom, zda člověk podstoupí samotnou psychoterapii, nebo kombinaci terapie s medikací.

Zastání čelného amerického psychologa, představitele vědecké psychologie a reprezentanta seriózních výzkumů, člověka, který se brzy poté stal prezidentem APA, bylo velkou podporou průzkumu.⁴ Na oba články z konce roku 1995 se téměř vzápětí valila lavina kritického zpochybňování. Oponenti se dodnes strefují především do použitých metod (opravdu jednoduchých a málo spolehlivých), ale i do oprávněnosti zobecňovat *takovýmto způsobem* sesbíraná data.

Shrňme nejzávažnější námitky:

Lidé, kteří vyplnili dotazníky, si na terapii vzpomínali *zpětně*. Do hry tedy mohla vstupovat smířlivost a shovívavost. Jejich hodnocení psychoterapie mohlo být zkresleno časovým odstupem. Pravděpodobně také nedokázali odlišit to, jestli se jim život zlepšil jen vlivem psychoterapie, nebo také vlivem osobnostního zrání a jiných okolností.

Mnozí psychoterapeuti ovšem zprávu z *Consumer Reports* dodnes berou vážně a zastávají se jí. Platí to i o člancích v nejprestižnějších periodických (Hilsenroth, 2007). Studie předvedla jinou a spíše málo využívanou možnost, jak zkoumat účinnost psychoterapie. Dnes se zdá očividné, že vedle přísně kontrolovaných, experimentálních výzkumů, prováděných na pečlivě vybraných a znárodněných vzorcích pacientů, mají své oprávnění i výzkumy s jiným „designem“: výzkumy toho, jaký dopad má psychoterapie na širší populaci. Na jedné straně tedy stojí výzkumy speciálních účinků speciální psychoterapie, její účinnosti (*efficacy*); na druhé straně stojí „výzkumy terénní“, při kterých se sledují dopady a účinnost psychoterapie v širším slova smyslu (*effectiveness*). Důkazy o účinnosti psychoterapie máme dnes jak z „laboratorně“ sledovaných psychoterapií, tak z vyhodnocování psychoterapií v praxi (*naturalistic treatment*).

Seligman (1995) zdůraznil, že průzkum kromě jiného ukázal, že z psychoterapie mají větší užitek aktivnější lidé. Dotazník se totiž ptal také na to, zda se při výběru terapeuta zajímali o terapeutovu kvalifikovanost, o jeho zkušenost, o trvání a frekvenci sezení, o platbu, jestli pátrali po referenci od někoho, kdo byl u terapeuta v léčbě apod. Právě *aktivní jedinci* uváděli výraznější zlepšení svého stavu. Z průzkumu nevyplývalo, že by jakákoliv forma, modalita terapie či psychotherapeutická škola byla pro něco lepší než jiná. I v tomto směru se potvrdilo to, co publikovali a dodnes publikují odborníci (např. Luborsky et al., 1975; Wampold et al., 1997). Dalším zjištěním bylo, že kombinace léků a psychoterapie není vždy účinnější než samotná psychoterapie. Je ovšem nutné připomenout, že ve vzorku respondentů nebyly dostatečně zastoupeny schizofrenie, ani bipolární deprese.

Ve veřejnosti stále zůstává často probíranou otázkou, zda má člověk dát – např. v případě velmi rozšířených depresivních a úzkostných stavů a potíží – přednost spíše lékům nebo psychoterapii. Deset let

³ M. Seligman byl konzultantem průzkumu pro *Consumer Reports*.

⁴ Seligman byl zvolen do čela APA v roce 1996 na období roku 1998.

po výše zmíněné studii připravila a v říjnu 2004 publikovala *Consumer Reports* novou anketu, pro kterou získala „data“ od 3079 čtenářů (*Consumer Reports*, October 2004; Davis, 2004).

Otázka, která stála tentokrát na začátku, zněla: Je v případě léčby deprese a úzkostných stavů lepší farmakoterapie, nebo psychoterapie založená na rozhovorech? Cílem ankety bylo shromáždit zkušenosti se dvěma způsoby léčby, často stojícími stále proti sobě (*drug therapy versus talk therapy*).

Výsledky ukázaly, že lidé oceňují jako nejlepší kombinaci léků a psychoterapie. Ti, pacienti, kteří podstoupili pouze psychoterapii (bez toho, že by brali léky) se ovšem také zlepšili; a to pokud absolvovali alespoň třináct sezení. Pacienti, kteří se s depresí či úzkostí léčili pouze léky, se zlepšují také. Uvádějí rychlejší ústup symptomů. Rizikem je to, že vhodný lék, který by v jejich případě měl co nejméně vedlejších účinků, se často hledá způsobem „pokus – omyl“.⁵

VÝZKUMY V KONTROLOVANÝCH PODMÍNKÁCH VERSUS PRŮZKUM V PRAXI

Seligman (1995) sám zdůraznil to, v čem se populární průzkum liší od vědeckého výzkumu. V přísném vědeckém výzkumu je potřeba náhodně rozdělit osoby do skupiny léčené a do skupiny kontrolní. Od účinků psychoterapie je třeba oddělit placebo efekt, efekt očekávání a další nespecifické faktory. Terapie musí být podrobně popsána a rozčleněna do kroků – a nejlépe, když se provádí podle manuálu (srov. např. Asen, Jonesová, 2004, Timulák, 2005). Kontrolovat je třeba i to, jací terapeuti se výzkumu účastní (velmi zkušený, málo zkušený). Výsledky by měly být následně analyzovány těmi, kdo s výzkumem neměli nic společného. Tito

vnější posuzovatelé mohou být „slepi“ v tom smyslu, že nevědí, zda šlo o skupinu léčenou nebo kontrolní. Zkoumanými osobami jsou většinou pacienti jen s jednou diagnózou. Teprve pak se odborníci shodnou na tom, že jde o vědecky získaná a interpretovaná data.

Přísně validizovaným vědeckým výzkumům se vytýká, že neberou v potaz to, že *reálná* psychoterapie trvá nestejně dlouho (všem lidem nelze předepsat shodný počet sezení), že v životě si často pacient svého psychoterapeuta sám vybere (zatímco ve sledovaných studiích je mu nahodile přidělen) – a že už to samo ovlivňuje kvalitu psychoterapie *pro výzkumné účely*. Relativizujících faktorů a námitek vůči výzkumně monitorované psychoterapii lze snést více. Mnoho autorů již upozornilo na to, že konkrétní technika použitá ve výzkumném léčebném kontextu se může výrazně odlišovat od techniky tak, jak se používá v praxi. Ve skutečnosti se v klinické praxi často pracuje a postupuje jinak než ve výzkumné studii (Kazdin, 1986). Ti, kdo pozorovali terapeuty při práci, si všimli také rozdílů mezi tím, jak jsou techniky popsány v teorii a jak je (slavní) psychoterapeuti používají (Garfield, 2000).

Shrňme-li rozdíly, můžeme říci, že specifické experimentální podmínky, navozené na výzkumném klinickém pracovišti, se často liší od podmínek v rutinní praxi natolik, že samy tyto podmínky terapie mohou vést k odlišným výsledkům zejména co do účinnosti. Dnes se už proto někdy používá označení „výzkumná terapie“ (*research therapy*), když chce autor podtrhnout fakt, že nehovoří o výsledcích získaných ze sledování psychoterapie v běžné klinické praxi (*clinical therapy; routine care*) – srov. Shadish et al., 1997. Rozdíly mezi „výzkumnou“ psychoterapií zkoumanou ve znárodnovaných kontrolovaných studiích (RCT) a psychoterapií v běžné praxi můžeme shrnout takto:

Pro výzkumy jsou pacienti v některých případech získávání, zatímco v praxi se

⁵ Lidé uváděli v mnohem větší míře vedlejší účinky léků, než kolik jich zpravidla zmiňují příbalové letáky. 40 % uvedlo, že ztratili sexuální apetenci, 20 % přibralo. Dalším zjištěním z průzkumu je, že v případě deprese a úzkostí dokážou obdobně pomoci terapeuti – psychiatři, psychologové i sociální pracovníci.

na terapeuta obracejí sami nebo na doporučení někoho ze svého okolí bez toho, aby je kdokoliv získával k účasti ve výzkumu.

Ve výzkumech bývají pacienti homogennější co do osobnostních charakteristik, a to proto, aby se zvýšila interní validita výzkumu. To znamená, že jsou vybírání tak, aby se odstranily intervenující proměnné: např. se ze studie psychoterapie deprese vyloučí pacienti s komorbidní diagnózou závislosti na alkoholu. Léčba ve výzkumu se tak často zaměří na jeden primární problém. Ve srovnání s tím se v praxi klinik potýká se spektrem někdy stejně důležitých problémů.

Terapeuti zapojení do výzkumu absolují často speciální výcvik – pro potřeby výzkumu.

Terapeuti ve výzkumných terapiích jsou instruováni, aby dodržovali protokol nebo postupovali podle manuálu.

Zobecnitelnost toho, na co výzkumníci přijdou v laboratorních podmínkách, je sporná: výzkumy mají vysokou interní validitu, ale malou validitu externí (srov. např. kritika in: Westen a Morrison, 2002).

(Více viz: Shadish et al., 1997, Timuřák, 2005.)

Zastavme se u jedné námitky, kterou považujeme za vážnou: Málokterý klient docházející na psychoterapii má jen jednu diagnózu (jako to vyžadují nejpřísnější vědecké studie), většina lidí má v danou chvíli více problémů. Jde-li o pacienta, pak má pacient i diagnostikovaných poruch *najednou* více. Symptomy a další okolnosti spojené s klíčovou nemocí, problémem či „zakázkou“, se liší „člověk od člověka“. Řada psychologů proto zdůrazňuje nutnost individuálního posouzení a přístupu (Gergen et al., 1996; Anderson, 1997; Norcross, et al., 2001; Norcross, et al., 2006).

Průzkum uskutečněný revue *Consumer Reports* – podobně jako jiné naturalistické výzkumy; např. Kächele et al. (2001) – měl nakonec větší dopad na diskuse odborníků o účinnosti psychoterapie než většina z přísně kontrolovaných studií na klinikách

a univerzitách (Nielsen et al., 2004). Seligman mohl vystoupit s jasnými důkazy toho, že psychoterapie je účinná. Mohl vystoupit s důkazy získanými mimo rigidní procedury výzkumů, s argumentací z „reálného“ světa (Hilsenroth, 2007). Souhlasit lze se Seligmanem v tom, že průzkum sice nemohl zaručit vědeckou validitu, ale nabídl „empirickou validitu“ výsledků. Zpochybnit nelze přinejmenším jedno: 87 % lidí léčených psychoterapeutem, kteří v průzkumu poskytli své odpovědi, dosvědčilo, že psychoterapie účinná je. Má pozitivní účinek jak na duševní zdraví lidí, tak na jejich sociální vztahy.

ZÁVĚR: PSYCHOTERAPIE JE ÚČINNÁ

Michael Lambert (2001), přední výzkumník psychoterapie, shrnul odpověď na otázku, zda je psychoterapie účinná, do šesti bodů. Sto let psychotherapeutického výzkumu, podle něj, ukázalo:

1. *Psychoterapie je účinná.* Lambert shrnuje poznatky různých přehledů a meta-analýz (viz Lambert a Ogles, 2004) a uvádí, že asi 75 % lidí (v jednotlivých studiích výsledky varíují), kteří byli v terapii, mělo z této zkušenosti alespoň částečný užitek. Toto zjištění se týká různých problémů, ve kterých je psychoterapie indikována. Lambert též zdůrazňuje, že ve většině psychotherapeutických problémů s výjimkou vážných obtíží a biologicky podmíněných obtíží by měla být psychoterapie zvažována jako primární léčba a nabízena spíše než léčba medikací.

2. *Efekt psychoterapie je více než pouhé placebo či neformální podpora.* Efekt psychoterapie je v průměru jednou tak velký jako efekt placebo a čtyřikrát větší, než žádná léčba (Lambert, 2001).

3. *Výsledky psychoterapie jsou relevantní.* Metodologie výzkumu psychoterapie je rigorózní. Účinek je měřen nejen sebeposuzovacími metodami, ale i nezávislými posuzovateli, signifikantními druhými, institucemi (např. počet odsouzení u delikventních adolescentů),

fyziologickými nástroji (např. odběr moči u závislosti) atd. Zjišťoval se též široký okruh symptomů a problémů, které je možno ovlivnit psychoterapií, jako jsou psychopatologické symptomy, interpersonální problémy, sociální fungování (např. v zaměstnání), well-being apod.

4. *Výsledky psychoterapie přetrvávají.* Jednotlivé studie zkoumající efekt psychoterapie sledují i katamnesticke výsledky (od několika měsíců až po několik let – standardem jsou alespoň dva roky). Celkově lze konstatovat, že efekt psychoterapie lze vidět i s odstupem času navzdory tomu, že s délkou katamnězy přibývají relapsy (viz např. Westen a Morrisson, 2002).

5. *Psychoterapie je relativně (v závislosti na délce trvání) efektivní.* Účinnost psychoterapie je závislá na délce terapie. Michael Lambert (2001) shrnuje výzkumy vztahu mezi trváním psychoterapie a jejím výsledkem následovně (viz kapitola o výzkumu; též Timulák, 2005 a Lambert, Hansen a Finch, 2001): asi třetina pacientů, kteří zůstanou v terapii (obvykle poruchy nálady a úzkostné poruchy) se vyléčí po 10 setkáních, asi polovina po 20 setkáních a asi 75 % po 55 setkáních. 25 % nebude z psychoterapie mít užitek.

6. *Psychoterapie vede nejen ke zlepšení ale i ke zhoršení.* Lambert a Ogles (2004) uvádějí, že asi 5 až 10 % pacientů se v terapii zhorší a dalších 15 až 25 % nezažije žádné zlepšení. Tento stav je možné o něco zlepšit průběžným monitorováním efektu terapie (Whipple et al., 2003).⁶

Lambert (2001) uzavírá svůj přehled konstatováním, že psychologové (psychoterapeuti) mohou být na psychoterapii hrdí

a připomíná další fakt, a to, že psychoterapie redukuje náklady na jinou medicínskou péči u pacientů.

LITERATURA

- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language, And Possibilities. A Postmodern Approach To Therapy*. Basic Books.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Davis, Jeanie L. (2004). Drug vs. Talk Therapy for Depression. *WebMD Medical News*, Sept. 7, 2004 (staženo z: <http://29.10.2007>).
- Drugs vs. talk therapy. *Consumer Reports*, October 2004.
- Eysenck, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, s.319–324.
- Freedheim, Donald K. (Ed.) (1992; 5. vyd. 2003). *History of Psychotherapy*. Washington: APA.
- Gergen, K. J., Hoffman, L., Anderson, H. (1996). Is Diagnosis a Disaster?: A Constructionist Dialogue. In Kaslow, F. (ed.): *Relational Diagnosis*, Wiley.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & J. Seeman (eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–82). Washington, D.C.: APA.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hilsenroth, M. J. (2007). A programmatic study of short-term psychodynamic psychotherapy: Assessment, process, outcome, and training. *Psychotherapy Research* 17(1), s. 31–45.
- Jonesová, E., Asen, E. (2004). *Systemická párová terapie a deprese*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Lambert, M. J. (2001). *The Effectiveness of Psychotherapy: What Has a Century of Research Taught Us About the Effects of Treatment?* Division of Psychotherapy, American Psychological Association.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research* 17 (1), s. 1–14
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E.

⁶ Čas od času publikují přední výzkumníci i skeptičtější odhady účinnosti a pomoci. Např. Lambert (2007) uvedl, že někdy až 35 či 40 % pacientů v přísně sledovaných studiích z psychoterapie neprofituje. V tomto směru ovšem nejsou rozdíly mezi rutinní praxí a „výzkumnou“ terapií.

- (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 159–172.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin's and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139–193). 5. ed. New York: John Wiley.
- Landman, Janet, Dawes, Robyn (1982). Psychotherapy Outcome. Smith and Glass' Conclusions Stand Up Under Scrutiny. *American Psychologist*, May, s. 504–516.
- Nathan, P.E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work*. 3rd edition. New York: Oxford University Press.
- Nielsen, S.L., Smart, D.W., Isakson, R. L., Wothen, V.E., Gregersen, A.T., Lambert, M. J. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: What Did Consumers Report? *Journal of Counseling Psychology* 51 (1), s. 25–37.
- Norcross, J.C. et al. (2001). Empirically supported therapy relationships: conclusions and recommendations of the division 29 task force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38 (4), 495–497.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Eds.) (2006). *Evidence-Based Practice in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington: American Psychological Association. (Second Printing.)
- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist* 50 (12), s. 965–974.
- Shadish et al. (1997). Evidence That Therapy Works in Clinically Representative Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (3), s. 355–365.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically „All must have prizes“. *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875–899.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsem, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59–68.

Došlo do redakce: 4. 3. 2009, v revidovaném znění 1. 4. 2009. K publikaci přijat 1. 4. 2009.

EKOTERAPIE – LÉČBA PŘÍRODOU (?)

Viktor Kulhavý

ABSTRAKT

Příspěvek představuje jednu z nových terapeutických modalit – ekoterapii. Zabývá se jejími historickými kořeny a odlišnostmi od jiných terapeutických přístupů. V závěru je shrnut přínos ekoterapie pro současnou psychoterapii.

ABSTRACT

Eco therapy – nature based therapy (?)

The article deals with one of the new psychotherapeutic modalities – ecotherapy. A historical background and distinctions of the ecotherapy approach are presented. In the end a contribution to the contemporary psychotherapy is summarized.

Klíčová slova: psychoterapie; ekoterapie; ekopsychologie; přírodní terapie

Key words: psychotherapy; ecotherapy; ecopsychology; nature-based therapies

Ekoterapie je prezentována jako jeden ze současných přístupů, které mají prostřednictvím účinných terapeutických faktorů pomáhat lidem. Není však tento přístup ve skutečnosti jen snahou o zviditelnění jeho propagátorů a marketingovým tahem prodávajícím magickou moc léčebné síly přírody? Co odlišuje ekoterapii od ostatních terapií, co přináší nového a jaký je vlastně její přínos? Na tyto otázky se pokouším odpovědět v následujícím textu.

CO JE EKOTERAPIE?¹

I když se naše civilizace vyvíjí v těsném sepětí s přírodou po tisíce let, jsou v posledních desetiletích postoje člověka k přírodě

¹ Pro přiblížení pojmu ekoterapie (ecotherapy) vycházím z informací uvedených na internetových stránkách ekoterapeuta Martina Jordana (2008).

přechodnocovány – například v souvislosti s výskytem civilizačních chorob, znečištěním životního prostředí či klimatickými změnami. Na tomto základě také vznikly nové terapeutické přístupy, které bychom mohli souhrnně označit jako terapie, v nichž příroda vystupuje jako léčebný faktor (*nature-based therapies*).

Samotná ekoterapie představuje spojení myšlenek ekopsychologie² a psychoterapie. Ekoterapie užívá řadu technik, které mají klientovi pomoci lépe se propojit s přírodou v okolním světě a v konečném důsledku s přírodou uvnitř sebe sama („*inner nature*“), tedy usilovat o propojení vnitřního a vnějšího světa³. Péčí o přírodu se klient vlastně učí pečovat sám o sebe. Jordan (2008) uvádí, že tradiční psychologie chápe psyché jako oddělenou od přírodního (přírozeného) prostředí. Předěl mezi psychikou a přírodou je ekopsychology považován za příčinu současné ekologické krize. Ekoterapie využívá psychotherapeutických principů a zároveň léčebného potenciálu přírody, aby klientům umožnila najít význam jejich emocí a životních zkušeností. Pobyt v přírodním prostředí nabízí místo pro reflexi a uvědomění si propojenosti jedince se světem okolo

² Ekopsychologie (Ecopsychology) představuje syntézu mezi ekologií a psychologií. Vychází z psychoanalytických kořenů, prací Theodora Roszaka (1992) a myšlenek hlubinné ekologie. Původně zdůrazňovala dimenzi psychického zdraví závislou na „zdravém“ emocioním vztahu k přírodě. V současnosti se však ekopsychologie odpoutala od rozsakovských kořenů a včlenila se do proudu conservation psychology (Kulhavý, 2008). Témata, kterými se nyní zabývá, se týkají vztahu člověka a přírody, lidské prožívání přírody a chování ovlivňující životní prostředí. V českém prostředí se ekopsychologií na internetovém portálu „Vztah k přírodě“ zabývá Jan Krajhanzl (2008).

³ Jordan (2008) ilustruje podstatu tohoto propojení citátem M. Heideggera: „*Porozumění sobě samotnému je vždy porozuměním světu.*“ (*Understanding one's existence as such is always an understanding of the world*)

něj. Způsob, jakým přistupujeme ke světu a interpretujeme jej, vytváří osobní příběh, který osmyslňuje naše emoce a zážitky.

Jak tedy probíhá ekoterapie v praxi? Jednou z možností je, že terapeut vyráží se skupinou klientů (nebo jen s jedním klientem) na procházku do lesa. Skupina se může čas od času zastavit a pracovat podobně jako při běžné skupinové terapii nebo se rozhovory odehrávají za chůze. Dalšími používanými technikami jsou meditace, práce s metaforami Self v přírodě, vytváření si vlastních rituálů napomáhajících léčebnému procesu a seberozvoji, zkoumání vztahů mezi Já, přírodou a druhými, pobyt v přírodě o samotě či několikadenní putování ve skupině s přespaním v přírodě.

Podle Jordana (Roc, 2008) je podstatou ekoterapie:

1. uvědomění si krásy a spirituality přírody jako léčebného prostředku;
2. pobyt ve venkovním prostředí a aktivita ve volné přírodě jako terapeutický nástroj;
3. využití pěstitelství a péče o životní prostředí pro terapeutické účely;
4. vypořádávání se s úzkostí zapříčiněnou environmentálními hrozbami jako je například změna klimatu;

KDE LEŽÍ KOŘENY EKOTERAPIE?

Při hledání kořenů ekoterapie jsem našel řadu okrajových terapeutických přístupů, které jsou s ekoterapií nějakým způsobem spřízněny. O efektivitě či terapeutickém potenciálu řady z nich lze však diskutovat. V dostupných zdrojích bohužel existuje jen málo experimentálních studií, které by nezávisle a kriticky zhodnotili jejich přínos, stále je tedy na místě určitá opatrnost, odkazují-li na ně jako na „psychoterapii“.

Existuje řada studií, které naznačují, že kontakt s přírodou je pro člověka přinejmenším důležitým a významně ovlivňuje jeho ontogenezi (Kulhavý, 2008). V této oblasti byly formulovány dvě teorie nabízející vysvětlení účinku kontaktů s přírodou na lid-

skou psychiku – teorie posilujících odpovědí (*restorative responses theory*) a teorie obnovení pozornosti (*attention restoration theory – ART*) – podrobnosti viz Bell (2001). Výsledky z více než stovky dalších studií ukazují na význam odpočinku v přírodním prostředí – zejména v evolučně původním prostředí připomínajícím původní krajinu savanovitěho typu – pro snižování hladiny stresu (Ulrich a kol., 1991). Také studie provedené ve věznicích, zubařských ordinacích a nemocnicích ukazují na pozitivní účinky přírodního prostředí na fyziologickou a emocionální pohodu člověka (*well-being*) (přehled těchto studií viz: Kahn, 1997). Tyto zdroje je možné pokládat za počátky úvah o využívání přírody jako léčivého faktoru v terapeutické praxi.

Za inspiraci a nejspíše prvního předchůdce ekoterapie můžeme považovat **Tent Therapy**, o které existují zmínky již z počátku 20. století (Roc, 2008). Pacienti v psychiatrických zařízeních byli přesouváni do stanů na pozemku nemocnice, což mělo údajně za následek zlepšení jejich stavu. Výzkumně však tato pozorování potvrzena nebyla.

Za terapeutické sourozence ekoterapie bychom mohli označit Wilderness Therapy (WT) a Adventure therapy (AT).

Pojem **Wilderness Therapy** je obtížně definovatelný. V literatuře je možné nalézt řadu příbuzných termínů či synonym jako: *therapeutic wilderness camping*, *adventure therapy*, *wilderness adventure therapy*, *wilderness treatment programs*, *wilderness experience programs* (Moore a Russell, 2002)⁴. Společnými prvky je zaměření se na rozvoj sebepojetí účastníků a rozvoj jejich sociálních dovedností. Podle Russella a Farnuma (2004) může pobyt v „divočině“ mimo prostředí urbanizované a technokratické kultury spouštět emoce a vyvolávat zážitky odbourávající stres, který je běžnou součástí moderního urbanizovaného prostře-

⁴ Hlubší rozbor pojmu Wilderness Therapy a jejích zdrojů lze nalézt například v práci Rusellové (2001).

dí. V USA jsou klienty takových programů zejména adolescenti se zkušeností se zneužíváním návykových látek, s agresivním či jinak patologickým chováním. Prostřednictvím WT je u nich zvyšována vnímaná osobní účinnost (*self-efficacy*), snižována míra recidivy, podporováno sebepojetí a interní místo ovládnutí (*locus of control*).

I když, jak uvádějí autoři, je v USA asi stovka terapeutických programů WT, jichž se účastní kolem deseti tisíc (!) klientů a členů jejich rodin, bylo publikováno zatím jen nemnoho studií, které vyhodnocují působení terapeutických faktorů přítomných v procesu WT. Friese, Pittman et al (1995) ve své přehledové studii zpracovali 187 dokumentů, které se Wilderness Therapy výzkumně zabývaly. Z jejich závěrů vyplývá, že studie sice dokládají pozitivní efekty, avšak většina z nich neprošla peer-review procesem a byla publikována pouze v okrajových literárních zdrojích. Výsledky zkoumaných studií podle autorů nevycházejí z důsledně zpracovaných dat a rovněž nepocházejí z experimentálních, srovnávacích a longitudinálních studií. S podobným projektem na ně navázali Moore a Russell (2002) a s odstupem sedmi let konstatují, že metodologicky se úroveň studií v této oblasti v letech 1996–2001 zvýšila (přidán kvalitativní výzkum, výzkumy procházejí recenzním řízením, objevilo se několik longitudinálních studií).

Jedním ze slibných modelů terapeutického procesu Wilderness Therapy je koncepce Russella a Farnuma (2004), která identifikuje faktory změny na úrovni: a) *prostředí*, ve kterém se klienti pohybují (Wilderness), b) *proměň sebepojetí* (Physical Self) a c) *sociálních vztahů* (Social Self). Autoři zdůrazňují, že působení každého z faktorů má v průběhu terapie odlišnou dynamiku. Model má sloužit jednak k lepšímu využití specifických faktorů efektivity WT, dále jako základ společného diskurzu o WT a testování jeho teoretických základů.

V podobném duchu vyznívá přehledová studie pojednávající o **Adventure Therapy** Gillise a Thompsena (1996). Autoři řadí AT

mezi zážitkové a skupinové terapie založené na aktivitě klientů a využívající metod jako například skupinové kooperativní hry, outdoorové aktivity, expedice⁵. Faktorem změny jsou reálná či vnímaná rizika (fyzická a psychologická). Autoři zdůrazňují, že od uveřejnění jejich prvního přehledu (Gillis, 1992) vyvstala v následujících diskusích otázka, co se vlastně děje, když se s klienty vydáváme v terapii za „dobrodružstvím“. Vyzývají k vytvoření společné výzkumné základny, která by Adventure Therapy přinesla potřebnou kredibilitu.

JAKÝ JE PŘÍNOS EKOTERAPIE PRO SOUČASNOU PSYCHOTERAPII?

Při hledání současných aplikací ekoterapie jsem našel jednak nabídky workshopů (často formou pobytu v přírodě), ale také odkaz na britskou neziskovou organizaci MIND (2008), která pomáhá lidem s psychickým onemocněním (*mental distress*) – například snahou o jejich opětovné začlenění do společnosti, vzděláváním a osvětou veřejnosti o psychických onemocněních, ovlivňováním legislativy apod. MIND v roce 2007 zveřejnil zprávu „*Ecotherapy – the green agenda for mental health*“ (MIND, 2007). Ve zprávě jsou prezentovány argumenty, které mají podnítit zákonodárce i veřejnost k tomu, aby se ekoterapie stala obecně uznávanou alternativní léčbou psychických obtíží, která by mohla v některých případech nahradit medikaci. Jako další požadavky adresované politikům MIND uvádí: umožnit klientům v co nejširší míře kontakt s přírodou (*green exercise*), uznat význam zeleně v lékařské péči, územním plánování, architektuře atd. Jako jeden z deseti stěžejních bodů zde figuruje i potřeba hodnocení ekoterapeutických projektů, sběr dat a shromažďování závěrů výzkumných studií. Zpráva MIND je také zajímavá tím, že jsou v ní prezentovány dva

⁵ Jedním z myšlenkových vlivů AT je model zážitkového učení vytvořený Outward Bound v USA v polovině minulého století. Význam osobní zkušenosti viz také Kolbův cyklus (Kolb, 1984).

výzkumy, na kterých organizace spolupracovala s University of Essex (Pretty et al., 2005; Pretty et al., 2006) a dotazníkové šetření, které bylo provedeno mezi jejími vlastními členy⁶. Závěry výzkumů potvrdily, že pohybové aktivity v přírodě měly v laboratorních podmínkách pozitivní zdravotní dopady, stejně se vyjádřili i respondenti pravidelně se účastnící skupinových setkání MIND o účinku programů, ve kterých participovali.

SHRNUTÍ

Ekoterapie je terapeutickou modalitou, která akcentuje propojení prožívání jedince s faktory prostředí, ve kterém se pohybuje. Podle mého názoru nelze ekoterapii považovat za samostatný terapeutický směr. Její přidanou hodnotou je, že se terapeutické působení odehrává v prostředí, které může pozitivně podporovat terapeutický proces. Pobyt v přírodě se skupinou lidí s podobným zaměřením či problémy je pro klienty neobvyklou změnou a stimulací, která sama o sobě má léčebný potenciál. I když řada studií potvrzuje pozitivní účinky pobytu v přírodě, nenalezl jsem studii, která by přímo zkoumala vliv přírodního prostředí na efektivitu terapie. Zdá se tedy, že zde leží výzva pro další výzkum.

Co se týče kořenů, ze kterých ekoterapie vyrůstá, nelze o těchto zdrojích rozhodně říci, že by byly bezvýhradně přijímány. Dva ze zdrojů, kterými jsem se blíže zabýval – Wilderness Therapy a Adventure Therapy (a dost možná, že jde ve skutečnosti jen o jeden přístup) nemají zatím vytvořeno potřebné výzkumné zázemí a i když jsou používanými metodami, chybí jim rámec, na jehož základě by bylo možné jejich efektivitu zkoumat.

V čem tedy spočívá přínos ekoterapie? Myslím, že přináší jen málo nového pro terapeutický proces samotný a lze ji spíše

považovat za inovaci, týkající se „settingu“ terapeutického sezení.

LITERATURA

- Bell, P. A. et al. (2001). *Environmental Psychology*. 5th ed. Fort Worth, TX : Harcourt College Publishers.
- Friese, G. T., Pittman, J. T., & Hendee, J. C. (1995). *Studies of the Use of Wilderness for Personal Growth, Therapy, Education and Leadership Development: An Annotation and Evaluation*. University of Idaho, Wilderness Research Center.
- Gillis, H. L., & Thomsen, D. (1996). *A Research Update of Adventure Therapy (1992–1995): Challenge Activities and Ropes Courses, Wilderness Expeditions, and Residential Camping Programs*.
- Jordan, M. (2008). *Ecotherapy – personal healing and healing for the earth* [online]. Dostupné na WWW: <http://www.ecotherapy.org.uk> (cit. 30. 11. 2008).
- Kahn, Jr., P.H. (1997). *Developmental psychology and the biophilia hypothesis: Children's affiliation with nature*. *Developmental Review*, 17(1), 1–61.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Krajhanzl, J. ed. (2008). *Vztah k přírodě*. Internetový portál ekopsychologie [on line]. Dostupné na: <http://www.vztahkprirode.cz>.
- Kulhavý, V. (2008). *Psychologická východiska environmentální výchovy*. Brno : Fakulta sociálních studií, 2008. *Bakalářská práce*. Dostupné na WWW: http://www.is.muni.cz/th/42121/fss_b/.
- MIND (2008). *Mind – for better mental health* [on line]. Dostupné na WWW: <http://www.mind.org.uk>.
- MIND (2007). *Ecotherapy – the green agenda for mental health* [online]. Dostupné na WWW: <http://www.mind.org.uk/mindweek2007/report/> (cit. 30. 11. 2008).
- Moore, T., & Russell, K. C. (2002). *Studies of the Use of Wilderness for Personal Growth, Therapy, Education, and Leadership Development: An Annotation and Evaluation*.
- Pretty, J., Hine, R., & Peacock, J. (2006). *Green exercise: The benefits of activities in green spaces*. *Biologist*, 53(3).
- Pretty, J., Peacock, J., Sellens, M., & Griffin, M.

⁶K prezentovaným závěrům a průběhu dotazníkového šetření by bylo možné mít některé metodologické výhrady. Není však cílem tohoto textu zabývat se těmito pochybnostmi detailněji.

- (2005). The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research*, 15(5), 319–337.
- Roe, J. (2008). Ecotherapy – a talk to Sussex Counselling by Martin Jordan. [online]. Dostupné na WWW: www.ecotherapy.org.uk/files/ecotherapy/home/report_on_ecotherapy_talk_final.doc (cit. 30. 11. 2008).
- Roszak, T. (1992). *The Voice of the Earth: An Exploration of Ecopsychology*. New York: Simon & Schuster
- Russell, K. C. (2001). What is Wilderness Therapy? *Journal of Experiential Education*, 24(2), 70–79.
- Russell, K. C., & Farnum, J. (2004). A concurrent model of the wilderness therapy process. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning*, 4(1), 39–55.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201–230.

O autorovi:

V. Kulhavý studuje magisterský stupeň psychologie na FSS MU a zároveň je doktorským studentem ekonomie a managementu na téže univerzitě.

Došlo do redakce: 5. 1. 2009, k publikaci přijat 23. 3. 2009.

SANDSPIEL TERAPIE - DĚTSKÁ TERAPIE HROU V PÍSKU

Iva Moravcová

ABSTRAKT

Práce se zabývá psychoterapeutickou metodou Sandspiel jako významného činitele v terapii dětí batolecího a předškolního věku. Popisuje historii jejího vzniku, klientelu, pro niž je vhodně aplikovatelná, dále také roli terapeuta v terapeutickém procesu. Vykresluje fenomén písku jako přirozeného repertoáru dětské hry, který napomáhá postupnému propojování nevědomých obsahů s vědomými. Specifikuje základní vybavení pro psychoterapii Sandspiel a odhaluje symboliku miniaturních předmětů užitých v terapii. Neopomíjí ani důležitost rodiny v terapii dětí.

ABSTRACT

Sandplay therapy with children

The article deals with Sandspiel psychotherapeutic method as significant factor in therapy of toddlers and preschoolers. History of its origin, suitable clients for which is the therapy applicable, therapist role in therapeutic process is described. The phenomenon of sand as a natural repertoire

of children's play, which assists gradual interconnection of ignorant capacities with knowledgeable ones, is depicted. Basic equipment for Sandspiel psychotherapy is specified and symbology of miniature objects used in therapy is revealed. Even importance of family in children therapy is not left out.

Klíčová slova: andspiel terapie, symbol, nevědomí, non-verbální terapie, analytická psychologie

Key words: Sandplay therapy, symbol, unconsciousness, non-verbal therapy, analytic psychology

SANDSPIEL TERAPIE – DĚTSKÁ TERAPIE HROU V PÍSKU

Lidstvo od dob, které jsou našim mnohokrát vzdálené, hledalo a nacházelo postupy, jak pečovat o zranitelnou dětskou duši. Mnoho rituálů a mýtů, zapomenutých i současných, sloužilo především k podpoře

v překlenutí významných mezníků dětského života. Sám vývoj člověka v prvních letech je plný dramatických změn a zvrátů, které jsou náročné samy o sobě. Při citlivém vedení a normálně se vyvíjející osobnosti dítěte jsou ale přirozeně zvládané díky vnitřním kompenzačním mechanismům osobnosti.

Osobní historie tak malého dítěte je ještě krátká, stejně tak zkušenost. Dítě je tedy na jednu stranu zatím malým člověkem, který nebyl obohacen o mnoho zkušeností, na straně druhé jde jeho vývoj velmi rychle dopředu a ono musí využívat zkušenosti dosud nabyté k získávání nových poznatků. O to větší problém přichází, když do života dítěte vstupují události, se kterou se zatím nesetkalo a je natolik traumatická, že s ní není možno naložit podle dosavadních postupů jím běžně uplatňovaných. Významnou podporou v takové situaci je terapie, do které přicházejí děti, jejichž chápání a fungující stereotyp světa byl narušen nějakou náhlou událostí, popř. děti, které dlouhodobě žily v prostředí, které neuspokojovalo jejich potřeby. Ptáme-li se po možnostech léčení dětských krizí a problémů, nalezneme mnoho metod a postupů jak jim účinně pomoci. U dětí ve věku dvou let je ale tento „sortiment“ podpory mnohem užší. Jedna z metod, která by mohla rozšířit paletu psychoterapeutických možností pomoci, je terapie metodou Sandspiel, která je výborně využitelná již u dvouletých dětí. Zaměřuje se převážně na děti intaktní, ale výsledky by pravděpodobně mohla mít také u jedinců s postižením, např. autismem.

HISTORIE A POPIS

PŘEDSTAVOVANÉ METODY

V roce 1929 britská dětská lékařka Margaret Lowenfeld předznamenala vznik Sandspiel terapie, a to zavedením tzv. *World technique* – testu světa, známého jako *Worldplay*. V době, kdy nasměrovala svou činnost na dětskou psychiatrii, hledala vhodné způsoby navázání komunikace s dětmi. Snažila se skloubit atraktivnost činnosti s jejím diagnostickým potenciálem. Vycházela ze skutečnosti omezeného verbálního proje-

vu dětí. Užití malých hraček mělo otevírat preverbální myšlenky, se kterými se po jejich uvědomění dá pracovat (Friedman, Mitchell, in Labovitz, Goodwin, 2000).

Práce Margaret Lowenfeld zaujala i C. G. Junga. Na Sandspiel se zaměřila v roce 1950 jeho žačka, švýcarská jungiánská psychoanalytička, Dora M. Kalff, která později metodu Sandspiel uvedla v život (Labovitz, Goodwin, 2000).

Kalff (1996) užívá pojem Sandspiel pro metodu, která využívá písku, vody a miniatur k terapeutickým účelům. V anglické terminologii se setkáme s pojmem *sandplay*, případně pojmem Margaret Lowenfeld - *sand world*.

Jak napovídá název, princip metody spočívá v aktu hry. Miniaturní předměty se v terapeutické práci proměňují v symboly. Tyto předměty klient/ka umísťuje do nádoby s pískem, kde tak vytváří vlastní symbolický vnitřní svět. Sandspiel se řadí k nonverbálním postupům hlubinné psychologie. To znamená, že spíše než slovní produkci podporuje neverbální vyjádření vlastních pocitů v tvořivém procesu, kdy vlastníma rukama vytvořený svět uvnitř nádoby s pískem pomáhá nalézat nové pohledy na situaci člověka. Aplikuje se v první řadě jako individuální psychoterapie, ale rovněž ji lze použít jako skupinovou formu terapeutické práce.

PÍSEK A LIDSTVO

Písek stojí za bližší povšimnutí. Tento materiál, který je doslova základním stavebním kamenem civilizace, měl v mnoha kulturách i hlubší symbolický význam. Zvláštní kouzlo pískových mandal, kruhových obrazů vysypávaných pískem symbolizujících kosmos, tedy nekonečnost, je součástí paměti mnoha skalních maleb, šamanských rituálů, kruhových uspořádání obydlí i chrámů.

Písek může být pevný, když se užívá jako přísada ke stavbě domu, a zároveň obsahuje křehkost, to když mandalu rozfouká vítr a nenávratně mizí pryč. Symbolicky tak chápeme tvořivou sílu zrození, ale i pomíjivost světa.

Písek také sloužil mnoha kmenům k ohra-

ničení území, kdy příslušníci kmenů věřili, že je tato tenká linie uchrání od nebezpečí přicházejících zvenku. Stejně tak se užíval pro věštění budoucích událostí. Paralelou mezi užíváním písku ve výše zmíněném smyslu a Sandspiel je otevření mysli a její aktivity, vzájemné prolínání vnitřního a vnějšího světa.

CÍLE PSYCHOTERAPIE SANDSPIEL

Hlavním cílem je propojování dvou vrstev naší osobnosti – nevědomé a vědomé. Člověk je ovládán vlastními vnitřními nevědomými obsahy, které ho formují, aniž by si to plně uvědomoval. Mnohokrát bolestivý materiál zasuneme hluboko do našeho nevědomí v naději, že se tím problém vyřeší. Ačkoli se nám vědomě podaří zapomenout, tyto vnitřní tendence nás stále jako bytost ovládají, neboť jsou součástí nás samých.

V analyticky orientované psychoterapii, ze které Sandspiel terapie vychází, je cíl právě v uvědomování a především zpracování nevědomých obsahů, které nám tím, že je dostaneme na vědomé světlo, umožní porozumět sami sobě. Nevědomí se samo vynořuje a zasahuje do vědomého dění. Z tohoto důvodu je tedy potřebné nevědomá sdělení rozklíčovat. V nevědomí je zároveň spatřován inteligentní princip, který člověku pomáhá porozumět, a tak být součástí velkého celku světa.

Úkolem terapeuta/ky je poskytovat pro činnost bezpečný rámec, tzn. dostatek prostoru pro klienta/ku, času, symbolického materiálu atd. a následně vytvořenou scénu interpretovat, tedy hledat v ní symboly a pokoušet se otevřít klientovi/ce cestu k nim.

DĚTI V SANDSPIEL TERAPII

Každý člověk pracující s dětmi by si měl stále připomínat, že dětské dorozumívání s okolním světem je jiné než to dospělé. V určitých ohledech je jejich znalost a použití slov ještě neúplně rozvinutá, v jiném směru jsou děti gestivnější ve vnímání okolních situací. Tím že slovo není pro děti tak důležité, musí se terapeut/ka soustředit

na rozpoznávání neverbálních signálů.

V práci s dětmi považujeme za hodnotný komunikační prostředek ticho. Slovní doprovod je totiž mnohokrát nadbytečný a snadno se stane, že zastíní to důležité, co se při vzájemné činnosti děje. Umění dítě mlčky doprovázet je ve většině případů cestou k otevření brány do dětské duše. Není tím myšleno mlčet po celou dobu Sandspiel terapie, ale využít ticha jako důležitého informačního kanálu zahrnujícího podstatné sdělení pro obě strany.

Hra s předměty ještě na počátku batolecího období nezískala symbolický obsah. Je spíše více soustředěna na rozpoznání základních vlastností a funkce vnímaného předmětu. Dítě přemýšlí, co se dá s předmětem vše dělat (Lanyadoová, Horneová, 2005).

Později dítě začíná obvyčejné věci symbolicky proměňovat v takové, jaké právě potřebuje. To dítěti umožňuje promítat do předmětů svou vlastní zkušenost. Objekty, se kterými dítě manipuluje, dostávají různé významy, jsou jim přidělovány specifické role. Předškolní období, přiléhavě označované „zlatým věkem dětské hry,“ zahrnuje potřebu hrát si prakticky neustále. Dítě si pečlivě vybírá prostředky ke hře. Těmi jsou hračky, na něž dítě s narůstajícím věkem kladě čím dál naléhavější požadavek, aby byly co nejvíce podobné zástupnému předmětu.

Dítě se dokáže odpoutat od reality a přejít na symbolickou úroveň, aniž by se reality ve hře plně vzdávalo. Symbolická hra kopíruje vývoj myšlení a lze z ní vyvodit diagnostické závěry se stálým zřetelem toho, že naše interpretace se mohou lišit od skutečnosti. Dětem je třeba nejdříve rozumět a v podstatě vstoupit do jejich chápání, abychom hru mohli konstruktivně doprovázet a využívat k psychotherapeutickým účelům.

V období od šesti let, kdy se objevují nové úrovně myšlení, lze slovní komunikaci v terapii dětí využívat ve větší míře (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Práci začíná terapeut/ka pozorováním a vyčkává, jak dítě zareaguje v procesu hry. Komentáře dětských projevů by měly spíše

doprovázet a podněcovat dětskou zvědavost a motivaci k činnosti. Jsme jen pozorovatelé děje, který se před námi otevírá. Dítě spontánně v písku přehrává to, co ho trápí nebo mu naopak dělá radost. Spontaneita je primárním požadavkem, ale někdy je nezbytné použít direktivní postupy, jak uvádí Labovitz, Boik a Goodwin (2000).

Ke hře se, se svolením dítěte, můžeme připojit, rozehrávat situace a sledovat, jak dítě zareaguje. Pokud si dítě neví rady, jak využít možnost Sandspiel nebo nespátřujeme indicie pro rozpoznání problému, pak můžeme zadat instrukci např. v tématu „moje rodina.“

Při hře se dítě vyrovnává s tlakem uvnitř sebe a s nároky okolí. Daří se mu alespoň na chvíli ho změnit tak, jak si samo přeje. Získání větší kontroly nad dnem ve vlastním nitru člověka je důležité pro pozdější období dospívání a dospělost.

ZÁKLADNÍ VYBAVENÍ PRO TERAPEUTICKOU METODU SANDSPIEL

Základním vybavením pro možnost terapeutické práce se Sandspiel je terapeutická místnost, nádoba s pískem, dále nádoba s vodou, figurky a předměty, které reprezentují okolní svět a v neposlední řadě způsoby zaznamenávání vývoje Sandspiel terapie (Ryce-Menuhin, 1992).

Místnost, kde se odehrává Sandspiel terapie, by měla splňovat základní požadavky, které jsou kladeny na každý prostor, kde se odehrává jakákoliv terapie. Především je zde zdůrazněn požadavek intimity a bezpečí, které jsou zajišťovány dostatkem času, prostoru i jistoty, že místnost slouží v danou chvíli pouze klientovi/ce. Místnost pro Sandspiel by měla mít určitou atmosféru potřebnou pro neverbální vyjádření vlastních pocitů klienta/ky. Nedoporučuje se tedy, aby konzultace probíhaly ve stejné místnosti, ale spíše odděleně, aby tento požadavek nebyl narušován. Na scénu tak přichází vlastní tvůrčí vyjádření namísto slov, která většinou neumožňují navázat tak těsný kontakt s nevědomím.

Nádoba s pískem má přesně dané paramet-

ry. Dora M. Kalff (1996) uvádí rozměry 57x 72 x 7 cm. Vychází se z možností zorného pole, pro které je tato velikost ideální, dítě i dospělý člověk dokáže sledovat svou tvůrčí činnost najednou v celku. Dno nádoby má modrou barvu reprezentující symbol vody. Pro potřeby práce s pískem je v místnosti také k dispozici nádoba s vodou.

Objekty, využívané k terapeutické práci, nejsou standardizovány, výběr je tedy na každém terapeutovi/ce. Důležitým požadavkem je, aby umožňovaly konfrontaci a měly určitou dynamiku. Předměty by tedy měly být nejen líbivé a harmonické, ale také by sbírka měla nabízet výběr z figurek, které odpuzují, vyvolávají strach, případně symbolizují smrt. Používá se různorodý materiál, např. keramika, papír, plast, dřevo, sádra. Vítané jsou i předměty z látky nebo kovu. Neseženou-li terapeuti odpovídající objekt, je běžné, že si ho sami vyrábějí. Nabízí se i možnost vytvořit s klientem/kou takový předmět společně tak, aby se co nejvíce podobal jeho představě. Alternativní možností je, že si klienti sami přinesou vlastní objekt, který má pro ně význam a je pro ně důležité umístit ho v písku mezi ostatní předměty.

Názory se různí v doporučeném počtu miniatur. Někteří autoři pracují pouze s omezeným množstvím několika desítek předmětů, jiní jich mají i tisíce.

Autorky Labovitz Boik a Goodwin (2000) zdůrazňují, že do sbírky objektů by měli patřit muži, ženy, dětské postavy, dvojčata, různé objekty znázorňující lidská povolání. Chybět by neměli lidé, kteří pláčou, smějí se, osoby v pohybu i figurky lidí, kteří jsou nemocní nebo smutní. Vedle lidských postav s určitou charakteristickou vlastností se využívají miniatury zvířat, rostlin, různé stroje, letadla, auta apod. Do tohoto výčtu zahrnují dále postavy známých osobností nebo pohádkových postav.

Poslední zmíněné postavy jsou poněkud rozporuplné, protože např. miniatura oblíbené filmové kreslené postavy může děti odvádět od smyslu terapeutické práce k volné hře s populární figurkou bez potřebného

zacílení. Podobné je to i u cínových vojáků, kteří přesto bývají častou součástí sbírek mnoha terapeutů. Jelikož se častokrát pracuje s dětmi z různých etnik, tedy lidmi s odlišnou zkušeností a kulturou, je nasnadě, aby i předměty využívané pro Sandspiel tuto skutečnost kopírovaly.

V závěru terapeutického sezení se vytvořená scéna v písku vyfotí nebo se může využít videozáznamu sezení, když chceme rodičům malého dítěte ukázat vývoj a duševní stav jejich dítěte. Práce s rodiči je samozřejmou součástí terapeutické práce s dětmi. Dítě potřebuje cítit oporu rodičů, často jsou i přítomni v terapeutické místnosti, zejména u menších dětí.

SYMBOL V SANDSPIEL TERAPII

Stovky drobných předmětů sloužících k práci se Sandspiel se mohou stát symbolem. Předmět reprezentuje nějakou osobu nebo situaci, řetězí se na něj asociace, které mu dávají specifický význam, který nemusí být zpočátku příliš zřetelný. Jeden symbol v sobě totiž většinou zahrnuje mnoho významů, které mohou analyzanda mást. Terapeut/ka pracuje se symboly a pomáhá tak klientovi/ce navázat kontakt s jejich významy. Pokud se to podaří, u člověka se začnou objevovat asociace, které s významem předmětu souvisí. Otevírá to možnost ucelit takové události a hledat v nich odpovědi. Často vyjevení symbolu, ve kterém se objeví pro analyzanda důležitý význam, rozpoutá emoce, vzpomínky, naděje a porozumění a lze je považovat za zlom v terapii.

Cleveová (2004) zaznamenala krizovou psychoterapii přibližně dvouletého chlapce, kterému při automobilové nehodě zemřela matka a mladší bratr. K přiblížení jeho světu pracuje terapeuticky převážně metodou hry v písku. Autorka vysvětluje, že i takto malé dítě si skutečnost uvědomuje, ačkoli to nemusí být na první pohled patrné. Zdůrazňuje neoprávněnost mýtu, že čím je dítě mladší v době utrpení ztráty, tím rychleji zapomene. „Moje zkušenost naopak říká, že je-li dítě příliš malé na to, aby si vzpomínalo hlavou,

může se traumatická vzpomínka usadit jak v těle, tak v duši“ (Cleveová, 2004, s. 10).

Při jiné psychoterapii Sandspiel šestiletý chlapec nainstaloval do pískoviště svou rodinu tak, jaká pro něj byla předtím, než jeho otec odešel k jiné ženě. Chlapec by si přál vše vrátit do původního stavu. Rodina byla v jednom koutě pískoviště „proměněná“ do koček, které se spokojeně vyhřívaly na slunci (celý děj takto komentoval chlapec, nejedná se o interpretaci). Nová otcova partnerka na pískovišti nebyla. Po otázce terapeutky, proč tam není, chlapec přemýšlel, a poté vzal figurku dinosaura a zahrabal ji do písku na opačném konci nádoby. Při další činnosti poznamenala terapeutka, že otcova partnerka je v současnosti ve skutečném životě vedle otce. Chlapec nato figurku dinosaura vzal a vyhodil ji z pískoviště úplně.

ZÁVĚR

Psychoterapie většinou neznamená definitivní vyřešení problému. Takové cíle jsou příliš odvážné. Zpravidla je výsledkem psychoterapie změna náhledu na životní okolnosti, kdy začneme vnímat události emočně odlišně než před vstupem do terapie. Nevědomí neztratí svůj význam, ale spíše intenzitu, se kterou působí na vědomé já. Díky změně přístupu k problémům a navázání kontaktu s nevědomím nastane možnost nenechat se nevědomím natolik ovládat a naopak mu zčásti porozumět. K tomuto metoda Sandspiel nabízí více než příznivé využití. Dítě batolecího a předškolního věku má možnost skrze metodu neverbálně objevit cestu k porozumění sobě samému a světu kolem nás. Dítě, kterému se nedostane psychologické podpory, např. při prožitých traumatech, si odnáší do života nežádoucí „raneček“, který může ovlivňovat jednání, chování a prožívání člověka na vědomé i nevědomé úrovni třeba po celý život. V České republice Sandspiel nepatří mezi běžně užívané metody, přesto věřím, že si zejména v terapii velmi malých dětí najde své pevné místo.

LITERATURA:

- Cleveová, E. (2004). *Drž tátu za ruku. Krizová psychoterapie malého dítěte*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Kalff, D., M. (1996). *Sandspiel : seine therapeutische Wirkung auf die Psyche*. München: Reinhardt.
- Labovitz Boik, B., Goodwin, E. A. (2000). *Sandplay therapy: a step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations*. New York, London: W.W. Norton and Company.
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Lanyadoová, M., Horneová, A. (2005). *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Praha: Triton.
- Ryce – Menuhin, J. (1992). *Jungian sandplay: the wonderful therapy*. London, New York: Routledge.

O autorce:

Iva Moravcová (1985) vystudovala v roce 2007 bakalářský stupeň oboru speciální pedagogika (dramaterapie) na PdF Univerzity Palackého v Olomouci. Letos končí navazující magisterské studium speciální pedagogiky na téže fakultě. Pracovala a nadále spolupracuje s Pedagogicko-psychologickou poradnou Rychnov nad Kněžnou, kde se seznámila s terapeutickou metodou Sandspiel. Jejím hlavním zaměřením je lektorování primární prevence pro žáky a učitelky základních a středních škol.

Došlo do redakce: 7. 1. 2009, v revidovaném znění 28. 1. 2009. K publikaci přijat 29. 1. 2009.

ZPOVĚĎ

(O prvním stádiu psychotherapeutického procesu v koncepcích Carla Gustava Junga, Edwarda Edingera a Roberta Moora)

Vladimír Šolc

Jung dospěl v roce 1929 k závěru, že existují čtyři základní stádia psychotherapeutického procesu. Jsou to: *zповěď*, *vysvětlení* (objasnění), *výcvik* (vzdělání) a *transformace* (změna). Německy *Bekanntnis*, *Aufklärung*, *Erziehung* a *Verwandlung*. Je nutno podotknout, že i když od doby, kdy Jung poprvé formuloval teorii týkající se těchto stádií, uběhlo více než sedmdesát let, v praktickém ohledu se toho v moderní psychoterapii velmi nezměnilo. Principy, jimiž se lidská duše řídí, jsou staré jako duše sama.

ZPOVĚĎ

„*Od dob, co se lidské mysli podařilo úspěšně vynalézt ideu hříchu, člověk začal hledat útočiště v utajení; neboli jinak, žargonem analytickým: vzniklo vytěsnění.*“¹

První fází psychotherapeutického procesu je *zповěď* neboli „vyzrazení“ tajemství, které bylo do té doby úzkostně skrývané a opatrované. Důvodem úzkosti je *nedůvěra* jeho nositele vůči světu, v němž žije. Častokrát je ono tajené považováno za hřích, je neslučitelné s názorem *vox populi*. Mezi intimitou a hanbou existuje velmi silná vazba, jak to ukázal Nathanson. Vyzrazení úzkostně opatrovaného vyplavuje emoci hanby a studu, pocit, že „najednou je všechno vidět, a touhu, aby se přede mnou otevřela hlubina a pohltila mne“.²

Jung říká, že vlastnictví tajemství působí jako psychický jed, který odcizuje člověka jeho komunitě.³ Světlo stránkou tohoto

mechanismu je, že ve své podstatě chrání vědomí, aby neupadlo do nevědomé závislosti na většinovém názoru komunity. Na druhé straně však způsobuje izolaci a nejistotu. Zejména pokud si ani sám subjekt není dostatečně vědomý toho, co a do jaké míry ukrývá před světem. Nehovoříme zde však pouze o jakémkoli tajemství, ale o celém úkonovém a myšlenkovém *útvoru*, který má být zatajen. Neboli části naší osobnosti, jíž jsme, která cítí, myslí, a přestože bychom ji raději neukazovali světu, dále žije v nás... Utajování nějakého obsahu právě proto, že je spojený s vinou anebo hanbou, má velmi blízko k *vytěsnění* a v tom je jeho zrádnost. Přispívá k odštěpení komplexu od vědomí a upadnutí do nevědomí, kde se mu dostává větší autonomie, což je samo o sobě dostatečným důvodem k neuróze. V nevědomí se stává samostatným narušujícím obsahem a čím je od něj vzdálenější, tím těžší je ovládat ho vědomím, usměrňovat a podobně. Jeho sdílení ho proto udržuje tak říkajíc v dostatečné blízkosti k vědomí, čímž ho může do určité míry korigovat a předcházet tak zhoršení symptomů. Proto je tajemství potenciálně o to zkázoťvornější, čím menší počet lidí má o něm povědomí. Institut řeckých mystérií a antických tajných společností důležitostí této skutečnosti moudře zohledňoval.⁴ Ani dnes tomu není jinak u moderních institucí, jako jsou například tajné služby, kde zaměstnanci mají za úkol svěřovat se s tajemstvím nejen z důvodů souvisejících s náplní jejich práce, ale i z důvodů psychologických. Potenciál odštěpení (či rozštěpení) může oddělovat motivy do té míry, až se stanou protichůdnými.

¹ Jung, C.G., *Die Probleme der modernen Psychotherapie*, en Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch, 1929. Anglicky: *Problems of Modern Psychotherapy* (překlad z angličtiny autor).

² Nathanson, Donald L., *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*, Norton, New York, 1992.

³ Jung, 1929, str. 56

⁴ Cosmopoulos, M., B., *Greek Mysteries: The Archaeology and Ritual of Ancient Greek Secret*, Routledge 2003, s. 144.

Mnozí ze čtenářů, zvláště pokud se jedná o praktikující terapeuty, se už jistě setkali s příkladem, kdy se pacient vydává na cestu „osudu“ diktovaného tajnou (nevědomou) pohnutkou, a právě proto se vystavil velkému riziku. Osobně si vzpomínám na případ jednoho mladého muže, který se téměř smrtelně předávkou alkoholem. Zpočátku jen tvrdil, že se chtěl uvolnit a že to „přehnal“, teprve po delší práci dokázal přiznat, že ve skutečnosti tajně trpěl depresí a vlastně chtěl svůj život ukončit. Podobně jsem měl možnost pozorovat případ psychotické ataky, kdy mladý muž skočil z mostu a na událost měl úplnou amnézii. Později vysvětlil svůj čin tím, že nechtěl spáchat sebevraždu, pouze se chtěl přesvědčit, zda může létat.⁵ Nevědomý obsah může nabýt úplně autonomního charakteru, což ho činí „tíhou na duši“. Uznání nějakého obsahu umožňuje „podržet“ v terapii nepříjemný afekt (emoci), který je s ním spojený jako v prenatalním období dítě pupeční šňůrou k matce a který je právě důvodem štěpení. Právě možnost přiznat, sdílet, tolerovat a podržet v terapii afekt je jedním ze základních léčebných momentů.⁶

Všechna osobní tajemství mají proto – z psychologického úhlu pohledu – povahu hříchu nebo viny, protože na nevědomé úrovni představují „špatná“ tajemství neslučitelná s všeobecnou morálkou. „*Odmaskování skutečných motivů, které slouží k uchování těchto tajemství, je základním stavebním kamenem analytické práce. Sdílet tajemství, tedy uznat ho před sebou samým, přispívá k rozšíření vědomí a vysvobození od neurózy.* Proto Jung obrací koncept hříchu naruby a říká: „Zdá se, že v očích přírody je hříchem zakrývat naši méněcennost.“⁷

Sebeklam je takto nemorální pozicí *par excellence*.⁸

Základní myšlenkou zpovědi v katolickém náboženství je připustit před Bohem hřích. Pakliže je Bůh vševědouce a o našem hříchu už dávno ví, jde ve zpovědi o to, abychom to, co je hříšné, pojmenovali sami před sebou i před ním „pravým jménem“.⁹

Přiznáme-li si, že je nějaká myšlenka hříšná či dábelská, dostane se jí tím vědomé pozornosti. Zpovědník, kněz, jedná z moci jurisdikce církve, která mu dává mandát konat *in persona Christi*, je tedy prostředníkem mezi Bohem a člověkem. Kněz sám není v této pozici dokonalejší, avšak během zpovědi na sebe bere *symbolickou* roli dokonalosti, proto může skrze něj Bůh hříšníkovi odpustit. Jestliže odhlédneme od aspektu milosti a zázraku ve zpovědi, vidíme, že psychologicky se jedná o *relativizaci* hříchu. I smrtelný hřích lze odpustit. Zpověď umožňuje člověku uznat, že dokonalost mu nepřísluší, ale že se může zdokonalit tím, jestliže si uvědomí vlastní nedokonalost. Jinými slovy uzná, že v jeho duši dlejí i takové vlastnosti, jež společnost – ale také vlastní svědomí – nepřipouští za žádnou cenu, přesto však jsou součástí lidské zkušenosti. Lidské životy jsou protkány daleko hříšnějšími skutečnostmi, než si jakákoli sociální instituce může dovolit odpustit, proto bude stále otázkou *individuálního* vztahu. Odhalení vlastního *stínu* má pro někoho, kdo ho přijme, neboli slovy D. W. Winnicotta „podříz“ (angl. *hold*), nesmírný psychoterapeutický účinek.¹⁰ Až po této morální úlevě, uznání svého místa na zemi, místa mezi hříšníky, může zpovědník přijmout sám sebe.

⁵ Šolc, V., *Psýché, Matrix, Realita*, Amos, Praha, 2007, s. 124.

⁶ Compaan, A., *The Dynamics of Shame and Shamelessness in Males*, Chapter One, „Feeling Tones, Emotion, and the Feeling Function, dizertační práce, 1997.

⁷ Jung, C.G., Die Probleme der modernen Psychotherapie in *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch*, 1929, s. 132.

⁸ Šolc, V., *Hvězdné nebe nad námi*, Psychologie Dnes, ročník 8., 2002, č. 12

⁹ Není tu naším záměrem poukázat na to, zda ta či ona myšlenka je „hříšná a špatná“, ale na psychologický proces, kdy přiznáním takto *vnímané* myšlenky dochází k integraci vědomí. Teprve vědomá konfrontace může vinou zatíženého postoje relativizovat.

¹⁰ Více o tomto tématu v práci: Winnicott, D. W., *Clinical Varieties of Transference*, 1955–56.

Odhalení temných zákoutí vlastní duše umožňuje *katarzi*.¹¹ Toto řecké slovo (κάθαρσις) původně znamenalo „očistění“, mravní a emocionální očistu. Aristotelés používal slova k popisu procesu odehrávajícího se v člověku, jenž hluboce prožívá děj divadelní tragédie.¹²

Pathos děje v něm otevíral bránu k pravdě a sobě samému. Katartická zkušenost byla rovněž, jak jsme už vzpomněli, součástí iniciace v řeckých mystériích. Psychologická podstata tohoto procesu spočívá v uvědomění si obsahů doposud vědomí vzdálených, ať už proto, že představují společenské tabu, hřích, komplex, anebo proto, že zatím jednoduše nedospěly do patřičné úrovně. Emočně nabitý obsah se tak přiblíží vědomí, čímž se započne cesta jeho integrace. „To, co zpravidla zadržujeme, jsou emoce neboli afekt. Rovněž je zde záhodno zdůraznit, že sebe-potlačení může být i zdravé a přínosné; může být dokonce ctností. To je důvodem, proč je sebedisciplína jedním z prvních morálních umění dokonce i mezi primitivními kmeny, kde měla své místo v iniciačních obřadech hlavně jako forma asketizmu a stoicizmu, kdy se musely překonávat bolest a strach. Katarze je pouze první – byť nevyhnutelnou – fází terapeutického procesu. Zdrženlivost se tak praktikuje v rámci tajné komunity jako výraz toho, že slib je sdílený společně s druhými. Pakliže je však sebe-potlačení pouze otázkou osobní, bez spojitosti s žádným náboženským učením, může se stát právě tak zraňujícím jako osobní tajemství.“¹³

Zatímco kněz hříšníkovi [prostřednictvím Boha] *odpouští*, psychoterapeut, který

nemá žádný oficiální mandát transcendentní bytosti, jednoduše *nesoudí*. Psycholog totiž nehledá *vinu*, ale *příčinu* [a záměr]! Přijímá věci tak, jak jsou, v pokoře a skromnosti, že soudit mu nijak nepřisluší, třebaže se ho pacientova „zповěď“ může častokrát emocionálně dotknout.¹⁴ V takovém případě musí psycholog udělat všechno pro to, aby si uvědomil, co v něm emocionálně probíhá.¹⁵ Protipřenos či projektivní identifikace se dají zvládat pouze tím, že s nimi terapeut zachází tak, jak to vyžaduje od svého pacienta: přiznává jejich existenci, uvědomí si vlastní emocionální obsahy a „podrží“ je, aniž by se jim vyhýbal nebo se s nimi jinak defenzivně vypořádal.¹⁶

Vzpomínám na příklad jednoho klienta, který svého o sedm let mladšího bratra sexuálně zneužíval poměrně dost krutým způsobem. Tento mladší bratr později spáchal sebevraždu. Právě toto byl počáteční moment, kdy se u mého klienta naplnilo rozvinula psychická choroba. Jiný klient zase třicet let tajil před celým světem, že dům, v němž uhořeli jeho rodiče a sestra, zapálil on. V obou případech sehrál fakt, že jsem tyto pacienty nijak „nesoudil“, obrovskou úlohu, i když musím přiznat, že jsem byl v obou případech poměrně „emočně pohnutý“. Terapeut nesmí – zvláště v této počáteční fázi terapie – ani jen náznakem dát najevo vlastní názor, i když je to velmi těžké, protože nevědomí klienta stejně pozná, co se v duši terapeuta děje. To, co vyjádří, je *empatie* k tomu, co cítí pacient. Ani při práci s těmi nejkrutějším zločinci nesmí sklouznout k nevědomému moralizování. Soud zpravidla zmaří možnost navázání

¹⁴ Jung, C. G., *The Tavistock Lectures*, Princeton University Press, 1935, CW 18.

¹⁵ *Ibid.*, s. 138

¹⁶ *Projektivní identifikace*: psychologický pojem poprvé použila **Melanie Klein**ova, představitelka školy psychoanalytického myšlení, při popisu objektových vztahů v roce 1946. Označuje duševní proces, při němž jedinec, v rámci defenzivního mechanismu ega projikuje duševní obsahy takovým způsobem, že jeho chování vůči k těm, jež jsou objektem jeho projekce, v dotyčné osobě vyvolává přesně ony projikované myšlenky, pocity a chování. (autor)

¹¹ Eugène Bleuler znovuoživil tento pojem na poli psychologie, když pomocí hypnózy dosáhl „rozpomenutí“ pacienta na traumatický zážitek, což přivedilo katarzi. V: Murray D., J., *A History of Western Psychology*, Prentice Hall, 1983, s. 293.

¹² Aristotelés, *Poezia Ποητικός*, cca.335 let př. n. l.

¹³ Jung, C. G., *Die Probleme der modernen Psychotherapie* v *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch*, 1929, par. 130. Anglicky: *Problems of Modern Psychotherapy* (překlad z angličtiny autor).

vztahu (raportu), který je prostředkem k tomu, aby se pacientova vlastní duše stala jeho (odpouštějícím) soudcem a spasitelem zároveň.

Jungův otec byl farářem reformní protestantské církve. Jak víme, protestantská víra nezahrnuje nutně kněze do procesu zpovědi. Věřil, že třetí osoba coby prostředník mezi hříšníkem a Bohem není nezbytně nutná. Jung sám však zdůrazňuje obrovský význam přítomnosti třetí osoby, dokonce jde až tak daleko, že zdůrazňuje důležitost „povahy osobnosti terapeuta“ v procesu abreakce. V tomto prvním stádiu se totiž začíná formovat *přenosový a protipřenosový vztah* mezi pacientem a psychoterapeutem. Sám lékař pochopitelně není žádný „mág“, má však za určitých okolností schopnost podněcovat léčivý potenciál pacientovy psyché, jež se prostřednictvím přenosu stává pro něj vědomější.

Ať už je předmětem úvodní terapie traumatem odštěpený komplex anebo je to jistá „napůl odmítaná“ část osobnosti, je základním cílem této první fáze tuto „odštěpenou“ část přivést na vědomou úroveň. Úloha terapeuta je zde ovšem velmi důležitá, i když často spočívá v jeho pouhé přítomnosti. Jung píše: „Pokud by léčivý účinek spočíval jednoduše v pouhém znovuprožití negativní zkušenosti a abreakce by mohla být docílena pacientem bez cizí přítomnosti, jako izolované cvičení, potom by neexistovala potřeba žádného lidského objektu, na který by mohl být afekt projikován. Intervence lékaře je však absolutně nezbytná.“¹⁷ Pacient se tak může svěřit chápajícímu a vstřícnému terapeutovi, který neposkytuje pouze sdílení břemene, ale rovněž *morální* podporu. Ta je u fáze zpovědi velmi podstatná!

Pacient v této fázi terapie překonává zpravidla silný *odpor* i v případě toho nejempatičtějšího terapeuta. Prožívá pocit hanby a méněcennosti. Právě prožitek, emocionální pohnutí a utrpení jsou velmi důležitá stádia zpovědi.

Stává se, že pacient hned na prvním sezení vypráví otevřeně o velmi bolestné události, jako je smrt blízké osoby, fyzické útrapy či znásilnění. Nesmíme se ale nechat zmást otevřeností, s níž pacient k těmto tématům přistupuje. Zpravidla se jedná pouze o iracionální, odosobněný popis – *flatus vocis* –, jemuž chybí emoční základ. Až s vynořením korespondujících emocí může nastat skutečné uvolnění a prohloubení vhledu, tedy spojení odštěpených či disociovaných částí osobnosti. To, co se odštěpuje, je v mnohých případech negativní afekt, jinými slovy příslušný emocionální prožitek se oddělí od intelektového procesu.

Jung říká: „Skrze zpověď se vkládáme zpět do rukou lidskosti, konečně osvobození od tíhy morálního exilu. Cílem katarktické metody je zpověď úplná – nikoli pouhé intelektuální rozpoznání faktů hlavou, nýbrž jejich uznání srdcem a skutečné uvolnění potlačených emocí.“¹⁸ Pacient musí doslova *podstoupit* ponížení, pocity viny, strachu, zoufalství a podobně, jinak tyto emoce zůstanou „bezrozměrné“, bez náležité symbolické dimenze. Pokud je totiž pacient schopen emoci tolerovat a sdílet, aniž by došlo k štěpení, vstupuje do prostoru její symbolické bytnosti, což je podmínkou její integrace do jáského vědomí.

Dávne *iniciační obřady* znaly velmi dobře význam „psychické degradace“. Například při vstupu do posvátného (*liminálního*) prostoru je určité ponížení nezbytné.¹⁹ Ať už dobrovolně či nedobrovolně, účastník musí podstoupit degradaci a potupu.²⁰ Součástí této potupy je mnohdy povinnost svěřit se

¹⁸ Jung, C. G., Die Probleme der modernen Psychotherapie v *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch*, 1929, odst. 134, s. 59. Anglicky: *Problems of Modern Psychotherapy* (překlad z angličtiny autor).

¹⁹ Eliade, M., *The Sacred and The Profane*, 1959.

²⁰ Gennep, Arnold van, *Rites of Passage*, 1909. *Liminalita* = latinsky *limen*: práh, význam. V teorii A. Gennepa se jedná o druhé stádium iniciačního procesu, kdy je od iniciovaného vyžadována oběť, opuštění (sociálního statusu, tajemství apod.)

¹⁷ Jung, C. G., *The Therapeutic Value of Abreaction*, v *British Journal of Psychology*, 1921.

s těmi nejintimnějšími tajemstvími, jako je nevěra, nemorální či kriminální čin. Iniciovány musí předstoupit před své božstvo, případně vstoupit do posvátného prostoru „čistý“. Ponižený tak na určitou dobu přijímá novou identitu, sám se stává hříchem, v hanbě zakouší vlastní méněcennost a malost. Jeho sebedůvěra je v danou chvíli velmi malá, jelikož ego upustí od běžné obrany, cítí, že je odkázané na vůli něčeho vyššího: nevědomí. Degradace je tudíž nezbytným bolestivým aspektem zpovědi...

Rituál degradace symbolizující ducha rezignace a odevzdání se nemůže být úspěšný bez skutečného podřízení se „duchovní síle“. Inicie může být dokonalá jedině za předpokladu odevzdání se (angl. *submission*).²¹ Právě „odevzdání“ je základní podmínkou pro iniciaci do psychotherapeutického procesu. Aby byl proces úspěšný, musí se mu pacient „odevzdat“. Často se setkáváme s příklady, kdy na terapii přijde pacient na doporučení partnerky, rodiče a podobně, sám však postrádá vnitřní motivaci. Bez této vnitřní motivace nemůže dojít k odevzdání se. Prvním krokem u sružení Anonymních alkoholiků je přiznání si bezmocnosti v boji s alkoholem a nemožnosti zvládat alkoholismus vlastní vůlí.²² Bez skutečného odevzdání se nemůže proběhnout katarze, a proto ani klient nemůže postoupit do další fáze terapie. To, čemu se pacient podřizuje, není pochopitelně terapeut, ale samotný *proces* terapie. Iniciační rituály často symbolicky vyjadřovaly nutnost „smrti“. Než došlo k zmrtvýchvstání, tedy duševní regeneraci, musel iniciovaný „zemřít“. Psychologicky tedy došlo ke „smrti ega“. Celý předešlý život, víra, předsudky, identita a tak dále musely být „obětovány“. Nový život nemohl vzéjít, dokud starý neshořel a nebyl očištěný v procesu, který iniciovanému přiměřeně

manifestoval, že se mu nabízí „ochranná nádoba“ – kontejnování (angl. *containment*)²³. Nutnost odevzdání činí první fázi terapie velmi křehkou. Pacient totiž vstupuje do neznáma, do tajemného (a stejně tak sakrálního) prostoru netušených rozměrů. Neví, co mu to přinese do budoucnosti; jedná instinktivně. Pokud se mu bude bránit, nemůže nic získat. Robert Moore píše: „Vstoupit do procesu jakékoli formální terapie, ať už skupinové nebo individuální, znamená podřít se určitému druhu strukturovaného procesu. Musíte se vzdát jistých aspektů vlastní autonomie. (...) V primitivních rituálech je mnoho úkonů zaměřených na to, aby zdůraznily důležitost podřízení se. Jinými slovy nemůžete mít ztuhlý krk a podstoupit iniciaci. Musíte se podřít, nebo neuspějete.“²⁴ Nemusíme snad zdůrazňovat, že když mluvíme o potřebě podřízení se, nemáme na mysli slepou poslušnost, ale spíš oddanost procesu, dobrou víru a pokoru před majestátem *neznáma*.

V západní civilizaci se érou osvícenství započal proces sekularizace tradičních hodnot a s ním zesílil důraz na autonomii. Tak se pomalu vytratila přirozená schopnost „podřít se“. Tato tendence k individualizaci a autonomii, jež má ochraňovat před sklouznutím ke kolektivnímu „tradicionalizmu“, však paradoxně zvýšila potřebu zpovědi. V komunitách náboženských či různých duchovních tradic se uchoval jak institut zpovědi, tak schopnost *submise*. Psychotherapeut by měl proto pacientům poskytnout bezpečné prostředí a dát jim záruku, že „sesazení z trůnu“ nebude znamenat pád do kolektivní jednoty (*participation mystique*), ale naopak povede k osvobození od negativních aspektů společenského vztahu při současném zušlechtnění vlastní integrity. Victor Turner hovoří o *communitas*, doslova posvátném pocitu pospolitosti, společenské rovnosti a solidarity: být si rovný [před Bo-

²¹ Moore, R. L., *The Archetype of Initiation*, Xlibris, 2001, s. 10.

²² Hartigan, F., *Bill W.: A Biography of Alcoholics Anonymous Cofounder Bill Wilson*, 2000.

²³ Moore, R. L., *The Archetype of Initiation*, Xlibris, 2001, s. 31.

²⁴ *Ibid.*, s. 108.

hem].²⁵ Tuto radikální otevřenost a upřímnost navozují *communitas*, proto jsou často spojeny s prožitkem katarze. *Communitas* je však ještě poměrně nevědomý proces, na rozdíl od terapie, jejímž základním cílem je *rozšíření vědomí*.

Jung říká: „Všichni jsme nějakým způsobem rozpolceni svými tajemstvími, ale místo hledání možnosti, jak překročit záliv po pevném mostě zpovědi, volíme zrádnou cestu provizorie a iluze“.²⁶ Jak už bylo zdůrazněno, břemenem, které brání ústupu neurózy, je [kromě jiného] stín: inferiorní část naší osobnosti. Dovést tento stín k uvědomění vyžaduje však v mnohých případech práci překračující možnosti zpovědi.

Ve světle výše řečeného můžeme hovořit o překlenutí nevědomého odporu ve fázi zpovědi. Účastník terapie odhazuje svoji „kolektivní identitu“, tedy masku (*personu*), kterou nosil před světem veřejným, a odhaluje tu část osobnosti, jíž byl doposud pouze „sám před sebou“. V této fázi se stává jiným: už nemusí tajit *toho*, kým doopravdy (respektive také) *je*, a tím právě sám sebe přijímá v novém světle! Nachází nového „sama sebe“, tak říkající novou identitu. Tím, že umožní integraci nevědomých obsahů, v sobě objevuje nového partnera; respektive začíná nového partnera (vnitřní objekt – angl. *inner object*) objevovat.²⁷ K nastolení zdravého vztahu k tomuto vnitřnímu objektu je ještě dlouhá cesta.

Podle Roberta Moora je podřízení se první fázi iniciačního procesu, ale zároveň také první fázi psychoterapie. Vidíme, že zpověď a iniciace spolu úzce souvisí.

Bylo by velmi zjednodušující tvrdit, že léčivá síla zpovědi spočívá v tom, co pacient říká a prožívá, že na tom nemá podíl žádné „transcendentum“ neboli vědomí *přesahující*

síla. Thomas Ogden hovoří o konstelaci „archetypálního pole“, vzniku klinické situace, která je výsledkem působení nevědomí. Tento tak říkajíc mystický model bere v úvahu fenomény, jež se nedají vysvětlit kauzálními psychickým procesy.²⁸ Neo-jungovské teorie se věnují důsledněji procesům, jež jsou svou podstatou zaměřené na důsledné sledování *archetypálních* procesů. Archetypální pole lze vysvětlit jako výsledek vynoření se čili emergence (angl. *emergence*) určitého archetypu a odpovídající energie, kteréžto *pojmu* jak terapeuta, tak pacienta, a dokonce i situace a hmotné předměty v jejich životě. Toto pole je vlastně zčásti vědomý a zčásti nevědomý výsledek přenosové-protipřenosové dynamiky. Pole však vzniká jako synchronistický fenomén překračující psychické procesy a kauzalitu běhu věcí; působí i mimo ordinaci a zainteresované osoby a vztahy. Nelze více hovořit o tom, že jedna událost způsobuje jinou, podobně jako nelze zjistit, zda při emoci nejprve vznikla fyziologická změna na „materiální úrovni“, anebo zda psychický subjektivní prožitek emoce následně způsobil bio-chemický proces. Zdá se, že oba se vynořily v jistém paralelním psycho-fyzickém procesu, jakoby řízeném ještě z hlubší akauzální úrovně.

Uvedu příklad. Moje klientka má sen, v němž mě žádá, abych jí dofoukal pneumatiku u auta, protože je velmi měkká a hrozí defekt, já tomu ve snu nevěnuji dostatečnou pozornost. Následující den cestou na skutečné sezení opravdu dojde k defektu. Až pod tíhou této události se mi klientka svěří, že ji trápí „psychická deflace“ a že předstírala, že je všechno v pořádku. Také já si uvědomím, že jsem nebyl vůči této její informaci dostatečně vnímavý...

Americký psycholog Edward Edinger odhalil tři základní archetypální figury, jež se objevují (angl. *emerge*) v průběhu psychoterapie. Jsou jimi: *lékař-léčitel*, *filosof-vědec*

²⁵ Turner, V., *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*, 1969.

²⁶ Jung, C. G., Die Probleme der modernen Psychotherapie v *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch*, 1929. Par. 136, s. 60. Anglicky: *Problems of Modern Psychotherapy* (překlad z angličtiny autor).

²⁷ Jacobi, J., *The Psychology of C. G. Jung*, 1973, s. 5.

²⁸ Ogden, T., *Reconsidering Three Aspects Of Psychoanalytic Technique*, The International Journal of Psychoanalytic Technique, 1996.

a *kněz-hierofant*. Jedná se vlastně o různé aspekty archetypu otce. Archetyp otce – tedy duchovní princip bytí – plní v individuaci člověka dvě základní funkce: především je to *diferenciace* neboli diskriminace, třídění a separace jednotlivých obsahů, v pozdější fázi je to naopak *integrace* směřující k celistvosti. Nejprve z nevědomí vyděluje jednotlivé obsahy, později je na úrovni vědomé spojuje, tak aby i neslučitelné komponenty mohly koexistovat.²⁹

Každá z archetypálních dominant v sobě zahrnuje minulé i přítomné: jsou to archetypy, které se už od pradávna odrážely ve způsobu, jakým člověk k lidské duši přistupoval. Tyto archetypy se objevují v procesu terapie v závislosti na „nevědomé potřebě“, t.j. potřebě vnitřního faktoru, který je nezbytný k vyléčení pacienta. Jsou sice takto stimulované tím, čím se právě terapie zabývá, ale stejně tak i tím, co vyžaduje nevědomí. Vynořují se tedy v rámci přenosové-protipřenosové dynamiky; vytvářejí archetypální pole. Mohou se však objevit i při kolektivních fenoménech, jako jsou volby, revoluce a jiné společenské změny.³⁰

Podle Edingera se archetyp hierofant-kněz objevuje nejčastěji ve fázi zpovědi. „Vidíme, že když se pacient vyzpovídá psychoterapeutovi a přežije tuto zkušenost bez újmy na zdraví, archetypální figura zprostředkujícího kněze se formuje téměř automaticky“.³¹ Je to nejčastěji právě počáteční (a iniciační) fáze psychoterapie, kdy pacient přichází s obrovským očekáváním a vírou. Prostor pro idealizaci a jisté „zbožštění“ terapeuta je velký.

(...)

Nejen pacient má zpočátku pochopitelně nerealistický pohled na psychoterapeutický proces, ale ani terapeut se nevyhne určitému

okouzlení nevědomím, často důsledkem protipřenosové reakce.

V první fázi terapie, jak nás učí Marie-Louise von Franz, se na terapeuta vyvalí celé nevědomí, je to, jako bychom začali z moře vytahovat obrovskou spleť chaoticky a nekonečně propletených mořských chaluž.³² Dokud se nám vědomou prací nepodaří nastolit aspoň základní kosmos, musíme být velmi opatrní. Edinger varuje, že se nesmíme nechat unést *identifikací* s knězem. Při konfrontaci s nevědomím a jeho obzvlášť mysteriozními kvalitami se takovéto nutkání objeví. Terapeut si musí být vědom moci, kterou mu propůjčuje nevědomí, a obzvlášť si musí být vědom skutečnosti, že mu tato moc nepřísluší, je pouze jejím zprostředkovatelem. Pakliže se s ní sám identifikuje, propadne komplexu spasitele, „temného guru“ čili stínové, odvrácené stránce toho, čím disponuje kněz vědomě. Kdo jiný než kněz rozumí věcem z extracelestiálního světa? Nejvíc přece chrání před temnotami ten, kdo má ochranu sil světla. Odvrácená strana identifikace s knězem (vševědem či nositelem světla) může být proto velmi temná; vzpomeňme na slova Roberta Moora: „Čím méně si je terapeut vědom aktivace archetypální iniciace, tím brutálnější bude způsob, jímž se bude pokoušet přivodit pacientovo ponížení“.³³

Měl jsem možnost pozorovat v praxi, jakou sílu má tento archetyp. V daném případě nešlo o terapeuta, ale o profesora matematiky, který za to, že „zasvětil“ svoji studentku do tajů matematiky, začal vyžadovat čím dál větší poslušnost a podřízenost, až do té míry, že ji zamykal v kabinetu, kde musela (pod jeho dohledem) studovat matematiku. Vyvrcholilo to tím, že zmíněná dívka kontaktovala děkana fakulty...

Podobný případ není však nijak vzácný ani na poli psychoterapie. Už víckrát jsem se setkal s tím, že psychoterapeut nebyl

²⁹ Stain, M., *Psychological Interpretation of Bible*, 2006.

³⁰ Viz článek Obama vs. McCain.

³¹ Edinger, E. F., *Science of the Soul, A Jungian Perspective*, 1992–1998, s. 89. (překlad z angličtiny autor).

³² Franz, M. von, *Shadow and Evil in Fairytales*, 1974, s.5.

³³ Supervize, 2007.

schopný odolat nevědomým silám, zneužil přenosu a zatáhl pacienty do her explicitně erotických. Jestliže si nejsou účastníci vědomí emergence tohoto pole dané skutečnosti, ocitají se v dynamice podobné vztahu primitivního člověka ke svým božstvům.

Byl jsem jednou konzultován v případě pacientky, kterou otec doslova uvěznil ve vězení své duchovní doktríny. Sám knězem, vyžadoval od své dcery neustálou poslušnost a podřízení se pravé víře (té jeho samozřejmě). I když se jednalo o poměrně přísného a manipulujícího otce, idealizace jeho osoby v jejích očích zasahovala až do božských sfér. Tajně svého otce milovala. Žádný muž nebyl hodný její lásky, a proto si až do svých čtyřiceti let uchovála panenství, za což si vysloužila obdiv svého otce, protože z jeho pohledu zůstala věrná křesťanské tradici. Tato „oidipovská“ dynamika nemá kořeny v pouhém osobním nevědomí, jak by to viděl Freud, ale zasahuje do sféry archetypů. Tato žena se totiž ocitla ve vězení archetypu otce. Její otec tím, že v ní podporoval archetyp „panny Marie“, se takto identifikoval s temnou stránkou téže archetypální dynamiky: sám se skrýval za *původce* učení, ačkoli jeho lidskou úlohou mělo být, že zůstane pouze jeho zprostředkovatelem. Vidíme, že se oba stali vězni archetypu otce. Je proto morální úlohou terapeuta, aby si byl vědom archetypálního pole, v němž se spolu s pacientem ocitá. Terapie vlastně spočívá v rozplétání hlubších kořenů toho, co na povrchu může vypadat jako „obyčejný lidský vztah“. Proto Jung říká: „Psychologické pravidlo zní, že když se vnitřní stav neučiní vědomým, uskuteční se navenek, jakožto osud“.³⁴ Bez pochopení původu archetypálních sil se stáváme slepými následovníky jejich „vůle“.

V naší práci, říká Edinger, nejsme lékaři, filosofové anebo vědci, stejně jako nejsme ani knězi ani hierofanty. Nejsme ani jedním z nich. Jsme novou entitou, *sui generis*,

novým povoláním, které ovšem zčásti funguje tak, že konsteluje tyto archetypální obrazy. Ty nám však nepatří, patří objektivní psyché. Byly vygenerovány pacientem, a proto je musíme pacientovi vrátit a nedomnívat se, že nám přísluší.³⁵ Edinger pokračuje: „Neměli bychom uvažovat v tom smyslu, že si zasloužíme vděk. V žádném případě. Děláme jen svoji práci. Máme nárok na finanční odměnu, nic víc. Pocit vděku na straně pacienta je obětováním, které kdysi nabízeli kněží. Psychoterapeut přispěje k této oběti tím, že ji nepřijme osobně.“³⁶

Vidíme, že první fáze psychotherapeutického procesu v hlubinné psychologii je nesmírně důležitá. Je to jednak proto, že je iniciací (Moore), vstupem do nové éry, dále také proto, že při ní dochází ke katarzi (Breuer), následnému prolomení nevědomého odporu (Freud), a že se počíná dialog s nevědomím (Jung), ale i proto, že může na hladinu vyplavit archetypy svou podstatou numinózní, a konstelovat tak archetypální pole (Edinger).

Další fáze na ni navazují, třebaže se nemusí jednat o chronologickou posloupnost. Jung zdůrazňuje, že vývoj se neděje po přímé lince, ale spíše po spirále.³⁷ Jednotlivá stádia se tedy mohou opakovat či předcházet se, a to i několikrát v průběhu terapie, vždy se to však bude dít na jiné úrovni, nikdy to nebude totéž. V mnoha případech terapie nevyžaduje hlubší analýzu, fáze zpovědi vyřeší problém tím, že se u pacienta rozvine zájem o osobní nevědomí a ten pokračuje sám v metodě katarze; byť na úkor budoucího duševního vývoje, odchází domů spokojený. Avšak v těch případech, kdy samotná zpověď není uspokojující

³⁵ Edinger, *ibid.*

³⁶ Edinger, E. F., *Science of the Soul, A Jungian Perspective*, Inner City Books, 1992–1998, s. 90 (překlad z angličtiny autor).

³⁷ „Jedním ze základních zákonů přírodního vývoje je, že se pohybuje po spirále, a skutečného zákona přírody je dosaženo jedině cestou skrz labyrint.“ Jung, C. G., *Dream Analysis, Notes of The Seminar Given in 1928–1930*, Routledge London, 1995, s. 136.

³⁴ Jung, C. G., *Aion: Researches into the Phenomenology of the Self*, CW 9.II., Trans. R.F.C. Hull, Princeton, Princeton University Press, 1969, s. 70.

a neuróza přetrvává, je nutno prohloubit vztah tím, že se aktivovaným obsahům nevědomí a následnému přenosu a proti-přenosu, jež způsobují, dostane analytické pozornosti.

Po dohodě v redakční radě a se souhlasem nakladatelství Triton uveřejňujeme ukázkou z připravené knihy, která by měla vyjít pod názvem Archetyp otce a jiné hlubinně

psychologické studie. *Hlavním důvodem zařazení je mimořádná kvalita důkladně zpracovaného textu.*

O autorovi:

Autor je psychoterapeutem, žije v USA. Více na: www.TherapyVlado.com

Došlo do redakce: 14. 12. 2008. K publikaci přijat 27. 3. 2009.



DIALOG
ČESKÝ INSTITUT PRO VÝCVIK V GESTALT PSYCHOTERAPII - CZGPTI
BRNO PRAHA PŘEROV

Institut Dialog nabízí komplexní vzdělávací a výcvikový program pro profesionály z oblasti zdravotnictví, psychoterapie a poradenství a jiných pomáhajících profesí, kteří chtějí do své práce pojmout filozofii a metodologii gestalt psychoterapie.

Nabízený program je akreditován pro zdravotnictví Českou psychoterapeutickou společností ČLS JEP.

Podrobné informace o výcvikovém programu najdete na www.gestalt-dialog.cz

Prosíme zájemce, aby posílali písemné přihlášky s přílohou profesního i osobního životopisu na info@gestalt-dialog.cz, případně poštou na jednu z adres:

MUDr. Helena Fišerová, Psychiatrie a psychoterapie,
Revoluční 19, 115 93 Praha 1

PhDr. Anton Polák, Psychologická praxe, Malátova 9, 612 00 Brno

MUDr. Juraj Rektor, Psychosociální centrum,
Náměstí Přerovského povstání 1, 750 02 Přerov

Výběr frekventantů výcviku probíhá dvoukolově, součástí druhého kola jsou individuální pohovory s vybranými zájemci.

Uzávěrka přihlášek: 30.června 2009.

30. KONFERENCE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE 20.–22. 11. 2008, HOTEL SEPETNÁ, BESKYDY

„Ohlédnutí do minulosti a pohled do budoucnosti v sociální psychiatrii“
(aneb „Snad ta budoucnost nebude tak zlá“)

Jiří Šupa

Na úbočí beskydských hor zvala pozvánka k pohledům, ohledům a snad i vhledům v sociální psychiatrii. Jako vždy jsem se na konferenci těšil. Je to příležitost pro setkání s novým, připomenutí si starého známého a načerpání síly z pocitu, že na „to“ nejsme sami. A to je dobře, protože je „to“ pořádně těžké. Jak moc? Posuďte sami.

Sociální psychiatrie je obor ležící mezi psychiatrií, sociální prací a psychoterapií. Podle definice uvedené v knize B. Eikelmanna (1999) se sociálně-psychiatrický pohled snaží o porozumění lidem s psychickým onemocněním z pohledu jejich sociálního pole, účinku tohoto sociálního pole na vznik a průběh psychického onemocnění a na možnosti jejich terapeutického ovlivnění. Výrazný vliv má na organizaci péče o lidi se závažnými duševními problémy, ve kterém preferuje systém komunitní péče a podpory. Cílovou skupinou jsou lidé označovaní diagnózami schizofrenie, psychóza, duální diagnózy, poruchy osobnosti. Komunitní péče se zaměřuje na podporu zvládání potíží lidí v rámci společnosti, zvýšení kvality jejich života a podporu v rámci obvyklých lidských činností jako je práce, trávení volného času, zvládání bydlení. Léčba by měla probíhat co nejbližší jejich přirozenému prostředí, nejlépe doma. Sociální psychiatrie zahrnuje terapie v oblasti vyrovnání se s handicapem, které jim způsobují jejich potíže, prostřednictvím aplikace postupů respektujících přání, potřeby a lidskou důstojnost. Na jednom pomezí hraničí také s politikou, která zásadně ovlivňuje způsob práce s lidmi s duševním onemocněním, neboť určuje, kam finanční toky míří a tedy jestli se péče odehrává v rámci velkých psychiatrických léčeben nebo komunitních služeb.

Tématem třicáté (tedy jubilejní) konfe-

rence bylo ohlédnutí do minulosti a pohled do budoucnosti. Obojí není nijak potěšitelné, i když nikoliv pesimistické. V minulosti vzniklo několik iniciativ a sdružení, které se prosazují na poli komunitní psychiatrie, ovšem bojují na každém kroku s nevstřícností státních, politických a zdravotnických institucí, pojišťoven. Díky malým změnám a úspěchům se jde stále vpřed, ovšem zatím bez nadějných vyhlídek na ty velké, v celém systému. Vzhlížíme k západu i severu, inspirováme se a doufáme. Tolik na úvod.

Kdo se na konferenci sešel? Lidé z oblasti psychiatrie, sociální práce, psychosociální/psychiatrické rehabilitace, psychoterapie, ze svépomocných příbuzenských a uživatelských hnutí, z managementu sociálních služeb, z oblasti práva, z řad lidí potýkajících se závažnými problémy. I díky tomu byl program a diskuse živé, byť někdy rozpačité. Dodržovalo se pravidlo, že pokud už nějakou otázku někdo z publika použil, byla dána přednost někomu jinému.

Vzhledem k tomu, že probíhalo také několik paralelních sekcí, není možné popsat konferenci jako celek. Čtvrtek začínal úvodními plenárními přednáškami. V jejich rámci nás host z Litvy **A. Germanovičius** seznámil se zásadními proměnami péče o duševní zdraví v jeho zemi. Popis transformace odpovídá zhruba i naší situaci v České republice. Čtenáři/čtenářky si tak mohou udělat představu, co se zhruba dělo/děje i u nás.

Změny se týkají především lidských práv, nové trendy v konceptu nedostatečnosti a kapacity u člověka s duševním onemocněním, v oblasti výzkumu a hodnocení péče o duševní zdraví, destigmatizace a vzdělávání veřejnosti. Vnímání duševní nemoci je v Litvě u odborné veřejnosti postaveno

především na medicínském modelu, vedle kterého se nyní začíná stavět model sociální, který si více všimá vztahu člověka a jeho prostředí. Prosazují se změny v zákonech a přijetí kodexů mezinárodního lidského práva a proti diskriminaci např. právo mít asistenta při rozhodování. Litva se také účastní mezinárodního projektu ITHEA, garantované britskou špičkou na poli sociální psychiatrie profesorem G. Thornicroftem, který je zaměřený na hledání příkladů dobré praxe. Objevují se nové trendy v oblasti zaměstňování a zplnomocňování lidí s diagnózou duševní nemoci, podpora celoživotního vzdělávání, snižování bio-psycho-sociální zranitelnosti, vytváření osobního profilu. Chybí ovšem propojování projektů, podpora z akademického prostředí, snaha vytvořit specializovanou primární péči a spolupráci s praktickými lékaři, chybí specialisté na duální diagnózy.

Přednes pana Germanovičiuse kazil tragický simultánní překlad, kdy se překladatelka ztrácela ve výkladu, někdy přečetla jen ukázky z powerpointové prezentace, neznala odbornou terminologii.

D. Krajčovičová popsala situaci na Slovensku, kde byl v roce 2005 přijat Národní program duševního zdraví. Proběhl pilotní projekt Transformace v Horních Michalovicích. Pokračují další projekty (např. Integra, Matra, Pacientská advokacie), prosazují se aktivity Ligy za duševní zdraví. Koordinátoři plánují programy a snaží se o spolupráci mezi resorty zdravotnickým a sociálním. Ze služeb se zaměřují především na podporu tzv. case-managementu, podporu zaměstnávání a bydlení.

Na konec úvodních přednášek **O. Pěč** představil finský systém péče tzv. *need adapted approach* – tj. potřebám přizpůsobený přístup, jehož tvůrcem a propagátorem je Y. O. Alanen. Tento přístup je založený na psychoterapii, zejména rodinné terapii v kombinaci s psychoanalýzou, na systematické terapii a individuální psychodynamické terapii. Vznikl v letech 1983–84. Začíná se s klientem i rodinou dohromady dialogem

o vzniklé situaci a pokračuje se (pokud je to potřebné) individuální terapií. Podle současných výzkumů vede takový přístup k redukcí hospitalizací oproti pouhé hospitalizaci či oproti kombinaci hospitalizace a individuální psychoterapie. Ve Finsku je nejvíce psychiatrů, psychologů a zdravotních sester na 100 000 obyvatel, s lidmi s akutními stavy v komunitě pracují mobilní týmy. Stav, o kterém můžeme snít.

Čtvrteční večer končil a účastníci konference se rozptýlili mezi restaurací, barem a pokoji. Z nebe padal déšť, který mrzl. Předpověď počasí věštila příchod sněhu. Tak se jen modleme, abychom odtud i odjeli.

Druhý den třídní konference bývá nejdelší a nejnabitější. Je to ta doba mezi zahájením a rautem, kdy se do účastníka musí vejít co nejvíce z programu, neboť poslední den často zůstávají jen organizátoři a ti nejskalknější, bohužel...

Páteční program otevírají opět plenární přednášky. V čem jsou mobilní týmy užitečné? O tom přednášel **J. Lorenz** (ve spolupráci se Z. Foitovou). Logicky největší objem péče a podpory by měl být zaměřen do období, kdy se nejvíce rozhoduje o dalším životním fungování a rozsahu škod. Výzkumy ukazují, že jako určující se ukazuje léčba v prodromálním stádiu. Intervence v tomto období snižuje trvání neléčené psychózy. Čím kratší doba trvání, tím je také vyšší prožívaná kvalita života. Mobilní tým vyrazí nejen při vypuknutí první psychotické krize, ale snaží se také zasáhnout včas při relapsu. Snižování relapsů vede ke snížení vlivu omečnění.... Proti takto rychle poskytnuté intervenci však existují bariéry jak na straně krizí zasažených, jejich příbuzných, tak i na straně pomáhajících profesionálů. Při výjezdu se tradičně pojaté role pomáhajícího a „pomoci potřebného“ mění. Profesionál jako host čelí celému rodinnému systému, který je nejčastější skupinou pomoci se dožadujících. Jen si to představme, jaký je to rozdíl, když si tak sedíme ve své ordinaci (někdy pro jistotu ve svém bílém plášti)

oproti tomu, když jedeme přes půl města a zvoníme u dveří, kde nevíme, kdo (a jestli vůbec) nám otevře. Tak se dělila o zkušenost **R. Schneiderová**.

Nadějně v této oblasti je, že byly stanoveny pojišťovny body za výkon psychiatrické sestry v terénu, bohužel je to málo a bylo by třeba takto bodovat i výkony psychiatra, psychologa či celého týmu.

Stuchlíkovu přednášku na téma „Má case-management budoucnost?“ přednesl **O. Pěč**. Rozšíření case-managementu a práce tzv. asertivních komunitních týmů (ACT) je zatím v nedohlednu. Obrovskou komunitní výhrou by byla práce především multiprofesionálních ACT týmů, tzv. „nemocnic bez zdí“, které by poskytovaly službu 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácnosti. Takové týmy by mohly redukovat potřebnost ústavní psychiatrické péče, která by se odehrávala přímo u lidí doma.

Úlohou case-managera je získání přehledu o potřebách a schopnostech člověka s diagnózou duševní nemoci, poté plánování kroků nezbytných při dosažení cílů a uskutečňování plánů s využitím dostupných zdrojů a služeb. Cílem case-managementu je redukce hospitalizací, podpora práce, vzdělávání a bydlení. Největší terapie tak probíhá prostřednictvím „normálního“ života v přirozené komunitě, nikoliv na jedné chodbě v rámci jedné budovy.

Poté následoval první z příspěvků věnovaných lidem s duální diagnózou.

J. J. Zlámaný, za doprovodu expresivních obrazů, vyjmenoval 3 modely péče o lidi s duální diagnózou: model sekvenční (člověk přijímá péči za sebou, podle zvýšení potíží v jedné z oblastí), paralelní (člověk přijímá péči ze dvou zdrojů současně, ovšem bez jejich spolupráce) a integrovaný – služby jsou poskytovány v rámci jedné organizace s cílem snížení potíží v obou oblastech. Duální diagnóza nejčastěji bývá: závislost (abúzus alkoholu či nealkoholových drog) a diagnóza schizofrenie, psychóza, afektivní poruchy, či poruchy osobnosti. Zlámaný zdůraznil nutnost integrace a nutnost syste-

matické spolupráce mezi obory a odborníky z obou oblastí, neboť fragmentovaná péče vede k fragmentovanému člověku.

P. Hellerová představila stacionář pro dorost, kde se věnují hlavně mírnějším stavům těžkých poruch. Důraz je kladen na přizpůsobení životu oddělení, stav zlepšení se projevuje získáním náhledu a přijetím léčby. Ve stacionáři podporují další vzdělávání, buď chodí do školy při stacionáři nebo do školy s individuálním studijním plánem. Stacionář spolupracuje s občanským sdružením Baobab, které se zaměřuje na podporu vzdělávání. Profesionálové se snaží zachovávat a podporovat rodinné vztahy a komunikaci.

V Ostravě vede **A. Beránková** Dům duševního zdraví. Ve svém příspěvku hovořila o úloze ambulantního psychiatra a předpokladech na jeho straně pro navázání a udržení vztahu, který je pro podporu člověka s závažnými problémy nezbytný. Jsou to především osobní vlastnosti, trpělivost, otevřenost. V Domě duševního zdraví preferují komplexní přístup, práci s rodinami v přirozeném prostředí a společnosti.

P. Hejzlar provedl ve svém kraji vzájemné hodnocení spolupráce 10 psychiatrů a 10 pracovníků soc. služeb. Ukázalo se, bez nároku na generalizaci, ale s jistou dávkou reprezentativnosti, že psychiatři byli spokojenější, než sociální pracovníci. Neočekávali nějaké další služby či jejich rozsah, přáli si „pouze“ rychlejší postup při řešení sociální situace svých klientů. Neznali nebo zapomínali na možnosti regionu, které jsou dané podporou od místních a státních institucí. Data lze také interpretovat, že psychiatři byli spokojeni, protože vlastně nic neočekávali. Neví, co ještě mohou chtít a jsou rádi, že vůbec něco je. Sociální pracovníci by chtěli více času ze strany psychiatrů na konzultace, poradu a prodiskutování případu. S tím nelze pohnout bez podpory pojišťoven. Jedinou šancí je, že se oboduje i porada jako výkon pro pacienta.

S výraznou mírou spokojenosti spolupracují obě skupiny na tvorbě krizových plánů. Ukázalo se také, že psychiatři jsou schopni ústupků z medikace podle toho,

na čem člověk s diagnózou a sociální pracovník společně pracují. Připomeňme si, že psychiatr většinou stojí hierarchicky nejvýše, jak v nemocnici, tak často i v multidisciplinárních týmech. V rámci příspěvků k tomu občas zaznívala poznámka, která ukazovala na diskusi vedenou v oboru. Přece jen jsme zatím daleko tomu, že sociální pracovník či psychiatrická sestra bude mít takové vzdělání (postgraduální, akreditované, atestované), které by bylo odpovídající oboru lékařskému. Nebo jde prostě o stavovskou hrůdu na absolvované kvantum vědomostí?

Ve druhém příspěvku věnovaném lidem s duální diagnózou **L. Jurkovská** z ESETu představila hodnocení dvouletého projektu. Opakovala informace, které již před ní řekl J. J. Zlámaný, informace opětovně projížděly před sítiní a čas běžel někam do prázdna... Mnohem zajímavěji pak vyznívaly její vyřčené osobní zkušenosti s obtížnou spoluprací v multidisciplinárním týmu, problémy s hierarchií, potíže a zkušenosti z praxe. Z okruhu diagnóz, se kterými tým pracuje, vynechávají organické poruchy, snížený intelekt a problémy psychických funkcí. Uživatelé jejich služeb jsou hlavně lidé s diagnózou závislosti v kombinaci s jinou diagnózou. Ve tříčlenném týmu – psychiatrická, case-manager, psychiatrická zdravotní sestra – poskytují služby 32 lidem, z nichž 50 % tvoří lidé s diagnózou porucha osobnosti. Vypovídající hodnotu mají také dosavadní výstupy: snížení nároků na klienta (nezahlcovat ho svými návrhy), postupné řešení problémů, posilování a edukace, důležitost týmové koheze a kvalitní supervize. Profesionálové se musí připravit na nízké sociální fungování klienta. Lehce tragicky dopadlo představení kazuistiky, již notně nad časový rámec, kolegyně Jurkovské se během příspěvku snažila neřici jméno člověka z kazuistiky, což se jí nepovedlo.

V. Vaďura promítl v rámci svého příspěvku „Britské inspirace“ pestré fotografie, které doprovázel výkladem. V Británii došlo k redukci lůžek ve velkých nemocnicích,

mnoho lidí s různými typy problémů žijí v různých penzionech rozestých po pobřeží. Multikulturní oblasti odpovídá i multikulturní složení týmů, 90 % psychiatrů tvoří lidé z Indie a Pákistánu. Na 70 000 obyvatel připadá 30 lůžek a 3 týmy vedené managerem, vedle sebe pak koexistují psychiatři, psychologové, zdravotní sestry, soc. pracovníci.

Británie inspirovaná, v českých končinách nová, taková je terapeutická komunita pro lidi s poruchou osobnosti Kaleidoskop, kterou představila **R. Tumlířová**. Tato komunita převzala jedinečný systém tzv. demokratické komunity z Henderson Hospital a je určena především pro lidi s diagnózou hraniční, vyhybavé, závislé poruchy osobnosti. Kontraindikací je diagnóza schizofrenie. Kapacita komunity je 12 osob, program trvá 1 rok. Během programu 50 % osob vypadává. Specifika komunity byly podrobněji popsány v Psychoterapii 3–4/2008.

Následovala obědová přestávka.

Sníh už padal. Dostaneme se odsud? Snad ano. Na stromech vládne bílá nevinnost, ale na silnici se již začíná ukrývat zákeřný nepřítel.

V odpoledním bloku vystoupil **P. Taraba** s poutavou přednáškou (avšak již 2 roky starou viz Komplexní terapie psychóz z roku 2006) o sítích a procesech neuronálních i sociálních. Jedním ze zdrojů opavského systému v léčbě je psychodrama J. J. Morena, které před lety inspirovalo I. Strossovou. Myšlenka ovlivnit jádrové kognitivní funkce prostřednictvím působení sociálního systému a režimu je lákavá nejen pro psychiatra.

Na konferenci dostali prostor také zástupci svépomocných hnutí. **J. Poljaková** představila EUFAMI – mezinárodní svépomocnou skupinu příbuzných lidí s diagnózou duševní nemoci. Naše české sdružení Sympathea je jejím členem od r. 2005. Některými cíli hnutí je zaujmout veřejnost proti stigmatizaci, v léčbě klást důraz na psychoterapii a dbát na sledování fyzického zdraví. Setkávání příbuzných prospívá k vědomí užitečnosti a k nabytí ztracené sebedůvěry.

Předseda občanského sdružení Kolombus **M. Balabán** představil několik uživatelských hnutí. Jmenujme Vida, Self Help, Andělská křídla nebo právě Kolombus. Cílem těchto hnutí je pomoci lidem, kteří procházejí podobnými problémy, a to zvýšením informovanosti, možností sdílet potíže nebo také radou „pacient-pacientovi“.

Jako zásadní příspěvek k situaci v psychiatrických léčebnách zazněla přednáška **M.**

Matyášové-Zdražilové a **P. Lukaso**vé, zástupkyň ochránce lidských práv. Z neohlášených návštěv 8 psychiatrických zařízení vytvořily zprávu obsahující zhruba 150 připomínek. Zpráva je k dispozici na www.ochrance.cz. Zde pak do vyhledávání můžete zadat slovo „psychiatrie“. Zmiňme jen některé návrhy např. na snížení kapacity pacientů na pokoji, na zlepšení podmínek pacientů vytvořením klidových zón, zpřístupnění ložnic během dne, možnost kouřit by neměla být využívána jako trest či prostředek ovládnutí. Jako zásadní se jeví také ovlivnění podmínek práce zdravotnického personálu, neboť velký stres personálu může zhoršovat stav pacientů. A zdravotnický personál je neošetřenou skupinou profesionálů, hierarchicky velmi nízkou, který je však v úzkém styku s lidmi, kteří potřebují jejich pomoc.

Program pomalu končil a moje pozornost dohasínala. Ještě zvládnout podvečer ve znamení workshopů. A to se zase do mě nahnul adrenalin, neboť jsem jeden z nich připravil společně s kolegyněmi a kolegou ze Sdružení Práh. Konkurenčně probíhaly další dva panely: „Intervence umožňující léčbu a začlenění do přirozeného prostředí“ a panel „Perspektivy svépomocných hnutí“ a k tomu ještě workshop **R. Schneiderové** s otázkou „Lze vyhovět standardům komunitní péče u nestandardního pacienta?“.

Po workshopu jsem si utřel pot z čela, pochvalně se „poplácal po rameni“ s kolegyněmi a kolegou, jak jsme to skvěle zvládli a šel se připravit na společenský večer s rautem.

Cestou jsem si říkal, jaká je škoda, že

přestávám být na konferencích nováčkem. Cizí prostředí mě učí být víc ve střehu, síla zvyku milosrdně přikryje oči rouškou a le-dacos jen tak projde kolem. Inu, na catering si však opravdu stěžovat nemohu. Raut byl přebohatý, diskuse výborná. Škoda jen, že nebylo na co tančit.

A tak se mi sobotní ráno nevstávalo lehce. Ale motivace vidět jednoho z lídrů sociálně psychiatrického hnutí převládla. **J. Pfeiffer** hovořil o dětech v institucích a o pozitivních příkladech dobré praxe. Nejprve představil svoje zapojení do mezinárodní organizace zabývající se stavem ústavů a péčí o děti. Jejich prostředkem je především lobbying, mediální nátlak a tlak dalších institucí. Jako snad skoro úsměvný příklad byl případ nazvaný Červotoč. Díky zřícení střechy na jednom zámku byli „chroničtí pacienti“ umístěni v menších ústavech. A najednou se v nich zapojily adaptační mechanismy, a ejhle! U lidí se objevily kompetence, o kterých byl překvapený personál přesvědčen, že už vymizely.

Program košatě pokračoval dál, přednášky, panely, filmy, workshopy... a sníh byl všude. A to nebylo vše. Cesta pod sněhem namrzla a několik aut před námi, ve snaze vyjet kopec, sklouzalo dolů. Zkoušeli jsme tlačit, džíp, který se kasal, že nás vytáhne na laně, uvázl v půli kopce. Nakonec pár lopat hlínou zabralo, kola se přestala točit naprázdno a auta začala vítězně šplhat nahoru. A taktó, pěkně metaforicky, se pro mě uzavřela další konference. Na pozadí nepřízně osudu jsem vnímal sílu lidí, jejich chuť pomoci a podpořit, aktivitu-motor, co je žene i přes nepříznivé objektivní podmínky k dalším cílům. Jen kdyby odpovídající instituce přihodily pár lopat „škváry“, abychom pořád nesjížděli dolů a jelo se dobře i do kopce přes led... Snad ta budoucnost nebude tak lá.

Zpráva byla připravena s poznámkami MUDr. L. Vachkové. Díky!

Došlo do redakce: 11. 1. 2009. K publikaci přijat 11. 1. 2009.

TERAPEUTICKÉ POZICE ANEB JAKOU TEORII POTŘEBUJE RODINNÁ TERAPIE

„Názory terapeutů a terapeutek na svět a jeho uspořádání jsou nejmocnějším faktorem v rodinné terapii“ (Rachel Hare-Mustin)

Šárka Gjuričová, Jiří Kubička

(Reakce na příspěvek Zbyňka Vybírala: Rodinný terapeut jako zastánce tradiční rodiny, který vyšel v Psychoterapii 2008, dvojčíslo 3–4.)

Chválovu a Trapkové knížku jsme si přečetli v době, kdy jsme psali nové kapitoly do druhého vydání příručky rodinné terapie a tak jsme si uvědomovali mnohé rozdíly nejen v názorovém pojetí rodin, genderu, ale, a to především, v terapeutických pozicích dost silně. Nějaké odlišnosti se daly čekat (občas jsme na ně upozornili i v naší knížce), a není účelné je popisovat. Ten dojem, že jejich model originální model drží pohromadě je mimo diskusi. Jen jsme si všimli, že se jaksi pevnější, bez otazníků, a také obecnější; jing- jang se stal novým silným argumentem názorů a praxe Chvály a Trapkové.

Možná i v tomto kontextu jsme si potřebovali zformulovat naše společné terapeutické pozice, jakási východiska naší terapeutické práce, na nichž se (jako dva poměrně odlišní i když dlouhodobě spolupracující terapeuti) můžeme jednoduše shodnout. Do té doby jsme to kupodivu neudělali. Napadlo nás pak, že vyjasnění východisek může být užitečné i pro ty, kteří se snaží orientovat v literatuře rodinné terapie a tak jsme je v heslech, (tak jak jsme je načrtli, možná se i překrývají), napsali do úvodu naší připravované knížky. Rádi bychom je nabídli jako příspěvek k diskusi, ke které Zbyňek Vybíral vyzval.

Vybíralův text se totiž terapeutickými pozicemi (tím, z čeho vycházejí a co si myslí o tom, jak je či má být svět uspořádán, o mužích, ženách, rodinách, rolích terapeutky či terapeuta a cílech terapie) autorů Chvály a Trapkové zabývá dost podrobně. Zdá se nám, že vlastně otvírá také obecnější

diskusi o východiscích a názorech, které vedou naši terapeutickou práci.

Tak tady jsou naše:

Terapii praktikujeme a učíme v postmoderní době; se starší tradicí evropské skepse to tvoří rámec našich terapeutických pozic. Reflektujeme také rozsah názorů, a to nejen v české komunitě, a vymezujeme se vůči nim.

- Každá teoretická pozice je omezená, postmodernismus není výjimkou. Není účelné to popírat nebo se snažit omezení překlenout.

- Představu o obecně platném funkčním modelu rodiny považujeme za ideologickou, v každých historických podmínkách je mnoho funkčních podob rodin. Rodinní terapeuti nemají za úkol vést rodiny k harmonickému ideálu podle vlastních představ. Pro nás je terapie otevřeným dialogickým hledáním (ve smyslu T. Andersena). Zároveň bereme v úvahu, že toto hledání má i etický rozměr, např. přihlíží k nestejně zodpovědnosti členů rodiny.

- Každý model představuje úhel pohledu, parciální porozumění. Je nedůsledný a vzájemná kritika soupeřících pohledů bývá užitečná. Hledat metanarativ patří do minulosti, která se možná nevrátí.

- Svět, v němž žijeme, zpochybnil tradiční modely života a jasná vodítka pro rodiny a rodinná soužití, tj. jak žít v důvěrných vztazích. Členové rodin se musejí učit vyjednávat své pozice bez samozřejmé opory v hierarchické struktuře rodin. Otec není automaticky v hierarchické pozici vůči ostatním členům rodiny, hierarchická pozice rodiče vůči dětem je poměrně brzy kriticky zkoumána a ověřována. (To znamená, že bude rodinných terapeutů zapotřebí.)

• Výše uvedené v předchozím bodě ovšem neznamená, že v rodinách neexistuje moc, využívání záměrného vlivu. Je však třeba všimnout si i nezáměrného vlivu. Událost se děje v souvislostech. Každý text má kontext, má potenciálně mnoho kontextů. To pomáhá osvobodit od pozice jediné pravdy.

• Co v terapii pozorujeme, je vždy ovlivněné – životními zkušenostmi, silnými názory a předsudky. Naše pozorování nepovažujeme za absolutní, je otevřené dalším otázkám. Nevěříme beze zbytku pozorováním v terapii, nespolehneme jen na naši empirickou evidenci. Klinickou ani osobní zkušenost nepovažujeme tedy za důkaz, který nelze zpochybnit. Všichni terapeuti potřebují supervizi, která pomáhá dát jednoznačným přesvědčením formu nových otázek. O čem jsme silně přesvědčeni, ovlivňuje jak to, co vidíme a slyšíme, tak také to, co nevidíme a neslyšíme. Reflexi názorů a přesvědčení, které mívají svůj původ jak v rodině, tak také v širších společenských kontextech, považujeme za nezbytnost v terapii i v rámci vzdělání terapeutů.

• Biologické či pokrevní pojetí rodin považujeme pro terapii za úzké a potenciálně vylučující. Podobně jako neuvažujeme o obecné rodině a nechápeme pojem „rodina“ jako normativní a neměnný, nelze podle nás mluvit obecně ani o „muži“ nebo „ženě“. Podoby rodin jsou různé a proměňují se v čase – a také proměňování a rozrůznění životů mužů a žen považujeme za sociální skutečnost. Zároveň jsme vnímaví k vlivu dědictví naší kultury, které je kontextem genderových změn.

• Mnoho problémů ve vztazích se vytváří a udržuje v jazyce. V terapeutickém rozhovoru se mohou měnit, ztratit tíži nebo se rozplynout. Vyprávění je aktivní proces, který je v terapeutickém rozhovoru rozvíjen; klient dostává křídla (Gergen). Vyslovené dobré zkušenosti získávají pro klienty novou kvalitu reality a stávají se pro ně zdroji.

• Mnoho problémů je zcela jinak reálných; považujeme za nutné je pojmenovat a měnit,

a to i jinde nežli v terapii. Pro tzv. domácí násilí a diskriminaci z důvodů kulturních, etnických nebo jiných je kontextem změny spolupráce s institucemi, rovina společenských názorů a konkrétních praktik; proto tato témata zařazujeme do programu vzdělávání. Postmoderní rámec umožňuje podmíněně přijímání každého vědění; je tedy možné přijmout i moderní pozice.

• V rodinné terapii experimentujeme s různými rolemi terapeutů; „nevědoucí přístup“ klade důraz na to, že terapeuti nejsou experty na život svých klientů a na otevřenost terapeutů vůči pravdám svých klientů (na rozdíl od prosazování své odborné pravdy). Tento radikální přístup klade na terapeuty velké nároky, řídit se jím důsledně je obtížné. Je případný odklon projevem nedostatku odvahy, otevřenosti či vynalézavosti terapeuta na straně jedné nebo nedogmatickým přizpůsobením terapeutického postupu potřebám situace na straně druhé?

• Postmoderní praxe nevyklučuje ani direktivní chování terapeutů. Při práci s mandatorními klienty při navození terapeutického kontextu může být direktivní chování terapeutů etické.

Moderním směřům rodinné terapie bývá občas vytykáno (např. Jiří Růžička*), že jim chybí obecná představa rodiny, lépe řečeno zdravé či normální rodiny. Na první pohled se tato námitka zdá oprávněná – v medicíně obvykle máme přece popis zdravého organismu (např. anatomie), popis patologie (např. patologická anatomie) a příslušné terapeutické postupy (chirurgie). Některé směry školy rodinné terapie skutečně svou teorii normální rodiny, patologické rodiny a příslušné terapie mají. U nás je to koncepce sociální dělohy Chvály a Trapkové (jistě není náhodou, že základní metafora je biologická). Historicky je to např. původní podoba strukturální terapie. Jiné současné směry

* Jiří Růžička: Tribalizace západní civilizace. Svatá rodina a rodinná terapie, Symposium rodinné terapie, Hejnice 2006, Softforum 2006

však s pojmy normality a patologie vůbec neoperují, a proto také nemají teorii zdravé či normální rodiny a teorii patologie.

Nejde o opomenutí z nedbalosti. Kategorie zdraví a nemoci se primárně vztahuje na tělo a použití těchto kategorií na psychiku jednotlivce je již do jisté míry metaforou. Jako příklad můžeme uvést homosexualitu – tato odlišnost byla svého času považována za nemoc, pak se reprezentanti psychiatrické komunity rozhodli ji ze seznamu nemocí vyškrtnout. K tomuto rozhodnutí nedošlo na základě vědeckých objevů, ale pod tlakem měnícího se společenského mínění a v neposlední řadě homosexuálů samotných; šlo o politické, nikoli vědecké rozhodnutí. Psychiatrické diagnózy se ovšem stále ještě vztahují k jednotlivci; jejich přenesení na skupiny lidí se původnímu významu slova „nemoc“ vzdalujeme ještě více – dle našeho názoru natolik, že aplikace pojmů zdraví a nemoci se na rodinu nehodí. Koneckonců, pokud se rodinná terapie uplatňuje v rámci zdravotní péče, diagnózu má jednatel, nikoliv rodina.

Základní otázkou je to, zda rodinu považujeme za přírodní úkaz nebo lidský výtvar. U lidských artefaktů, jako jsou umění, společenské organizace či pracovní nástroje, můžeme pojmů zdraví a nemoc používat jen jako velmi volnou metaforu. Samozřejmě je hodnotíme, ovšem toto hodnocení je součástí procesu sociální konstrukce – zda je stavba dobrá nebo špatná, záleží na tom, na jaká kritéria svým stylem aspiruje; barokní zámeček nemůžeme posuzovat podle stejných kritérií jako funkcionalistickou vilu. Podobně je tomu s rodinami – rodiny jejich příslušníci i lidé zvenčí hodnotí z hlediska svých očekávání, která mohou být odlišná. Terapeuti do tohoto dění vstupují již proto, že v rodinách často koexistují očekávání a hodnoty, která jsou neuskutečnitelná nebo navzájem neslučitelná. Nemohou však hrát roli arbitra o tom, co je správné a co ne, a ani většinou nemají takovou autoritu, aby svůj názor prosadili.

Představy o tom, co je a není normální,

se neopírají o normu, která by byla mimo rodinné dění i terapeutický proces, jsou součástí tohoto dění. Jednotná představa o podobě dobré rodiny v dnešní době neexistuje, je předmětem často konfliktního diskurzu, který se odehrává nejen ve společnosti jako celku, ale také v každé jednotlivé rodině. Rodiče, kteří se dohadují např. o tom, co dělat se špatnými známkami svého dítěte, se zároveň podílejí na diskurzu o rolích v rodině (kdo si udělá čas na to, aby se s dítětem učil, do jaké míry jsou rodiče za prospěch dětí zodpovědní atp.). Žijeme v době, kdy se představy o genderových rolích a rodinném životě proměňují, střetávají se protichůdná hlediska. Tento proces je často vnímán jako rozpad rodinných hodnot a od terapeutů se někdy čeká, že budou rodinné hodnoty bránit. Ale jaké? O ohrožení rodinných hodnot se mluvilo např. v souvislosti se zákonem o registrovaném partnerství. Zastánci „tradiční rodiny“ se cítili ohroženi tím, že se homosexuálním pářím uzná, že tvoří také svého druhu rodinu. Jistě ne proto, že by se domnívali, že jsou lidé, kteří by bez tohoto zákona založili heterosexuální rodinu; vnímané ohrožení je v tom, že se oficiálně uzná již existující pluralita forem lidského soužití.

Měli by rodinní terapeuti z titulu své profese být zavázáni být zastáncem určitého modelu rodiny? Měli by se ve například ve všech případech snažit zabránit rozvodu nebo posilovat autoritu otce? I v dnešní době jsou hodnoty, které sdílíme a které terapeuti v případě potřeby hájí. I tyto hodnoty jsou sociálně konstruované. Vezměme si jako příklad ochranu dětí před týráním a zneužíváním. Antika potřebu chránit děti před sexuálním zneužíváním vůbec neznala, na počátku průmyslové revoluce neexistovala ochrana dětí před pracovní exploatací a fyzické tresty běžné v 19. století by dnes byly považovány za týrán.

Trapková a Chvála jsou dobří klinici a věří svým pozorováním. Zdá se nám, že svá pozorování prezentují někdy jako fakta, která zobecňují a dospívají k normativním

přesvědčením o tom, jací mají být muži a ženy, jaké mají být rodiny, aby jim vše dobře fungovalo. Ale - zároveň jejich normativní přesvědčení ovlivňují to, co pozorují. Autorský model se tak upevňuje, drží, stává se nezpochybnitelným.

Tento model tradiční či spíš stereotypní mužnosti, ženskosti, komplementarity je ve své konkrétní podobě a metaforice originální, zároveň ale vyhovuje rozšířené společenské poptávce po teoriích poskytujících oporu tradičním či patriarchálním hodnotám. Dá se čekat, že bude vyhovovat rodinám, které tyto hodnoty vyznávají. Co když ale členové

rodiny nejsou ve svých hodnotách a očekávaních jednotní? Budou terapeuti podporovat ty členy rodiny, ke kterým mají hodnotově blíže? Modely terapie vycházející ze sociálního konstrukcionismu jsou v nevhodě v tom, že nenabízejí jistoty a pevná vodítka, zato jsou však ve výhodě tam, kde je důležitá otevřenost vůči odlišným pohledům.

únor 2009

Došlo do redakce: 30. 1. 2009, v revidovaném znění 26. 2. 2009. K publikaci přijat 27. 2. 2009.

PSYCHOTERAPIE VE ZDRAVOTNICTVÍ. JENOM?

Markéra Rokytová

Stala se mi zvláštní věc. Přestěhováním z jednoho pracoviště na druhé jsem změnila odbornost. Jak se to mohlo stát? Snadno. Dovolte mi to ukázat na příkladu. Člověk vystuduje jednooborovou psychologii, pracuje téměř 20 let ve zdravotnictví, úspěšně atestuje, absolvuje psychoterapeutický výcvik akreditovaný psychoterapeutickou společností, získá funkční specializaci v psychoterapii. A protože tak má veškerou možnou a dosažitelnou kvalifikaci, bez problémů získá registraci Ministerstva zdravotnictví ČR. Ale pak třeba dospěje k výpovědi ve zdravotnickém zařízení a odejde do soukromé praxe. Tedy vlastně jen změni pracovnu, budovu, 6 stěn, mezi kterými pracuje. A co nastane? Ten samý člověk, vykonávající tu samou práci, používající přitom ty samé vědomosti a zkušenosti, najednou nedělá psychoterapii, ale poradenství, přestává být klinickým psychologem. A najednou mu neplatí ani registrace MZ. Tedy změna MÍSTNOSTI, ve které ten samý člověk sedí, znamená změnu kvalifikace. Tomu nerozumím. Vždyť poradenství je jiný obor než psychoterapie. Vzdělávací instituty, které nabízejí výcvik psychoterapeutický i poradenský, tyto výcviky odlišují, poradenský obsahuje nesrovnatelně menší počet hodin

samotného výcviku i následných supervizí. Jsou to prostě dvě odlišné kvalifikace. Proto nechápu, že se odbornost změnila prostým přestěhováním. Skutečně kvalita práce spočívá v MÍSTNOSTI, kde je prováděna?

Proč mám potřebu toto téma otevřít? Asi je jasné, že „tím člověkem, který se přestěhoval“, jsem v tomto případě shodou okolností já. (A je mi jasné, že kolegů v podobné situaci je mnoho.) A na co teď, po změně působiště, narážím? Např. na to, že se nemohu nechat registrovat v oficiálním adresáři Psychoterapeutické společnosti. Lidé všude čtou a učí se, že si mají dát pozor na šarlatány a ověřit si nejlépe na „oficiálních místech“, jestli ten který terapeut je opravdu psychoterapeutem. A kde jinde si toto ověřit, než na stránce oficiální Psychoterapeutické společnosti? Cítuji z výzvy ČMPS k zařazení do adresáře: „Seznam by měl sloužit jak přímo klientům, tak také členům naší odborné společnosti pro přehled a orientaci v nabídce odborných a garantovaných služeb.“ Garantovaných služeb... Změnou místnosti moje služba přestává být odborná a garantovaná? Leč nemohu-li uvést zdravotnické zařízení, nemohu být v adresáři. Před nedávnem bych ještě „košer“ psychoterapeutem byla, už nejsem.

Dochází i k takovému paradoxu, že mám absolvovaný výcvik, který je uznáný EAP, takže pro ostatní evropské země jsem psycho-terapeutem, ale doma ne. A co mé členství v Asociaci klinických psychologů a v Psycho-terapeutické společnosti ČLS JEP? Ušetřila bych dost peněz, kdybych zrovna v těchto dvou společnostech přestala platit členské příspěvky. Stejně, kdybych cokoliv potřebovala, asi bych se teď na ně ani nemohla obrátit. Vlastně už bych se nemusela snažit ani o kontinuální vzdělávání, ke kterému jsem coby člen AKP zavázána. (Což bych vnímala jako sekundární odborný pokles, tedy taky nevídaný jev.) Jenže se odmítám smířit s tím, že – zase znova – PŘESTĚHOVÁNÍM už nepatřím ani tam, ani tam. Pořád se jaksi cítím být v „cechu“, vždycky mě těšilo k tomuto stavu patřit. Exkomunikaci se vzpírám. Ta navíc patří spíš k prohřeškům než ke stěhování. Ale co teď s tím?

Vím, stačilo by „jen“ nechat si pracovní uznat jako nestátní zdravotnické zařízení. Ale trochu mi to přijde jako vycházení vstříc jakémusi molochu, jehož smysl příliš nevidím. Myslím, že kritériem by měl být spíš nějaký certifikát o dosažené kvalifikaci než „místoprostřed vysvěcená na ordinaci“. Současný stav mi přijde opravdu naprosto absurdní a nesmyslný.

Rozumím tomu, jak, kdy a proč takto

nastavená pravidla vznikla. V porevolučním kvasu se objevovalo na psycho-terapeutické scéně velké množství směrů, škol, technik. Byly mezi nimi jak skutečně kvalitní (které jsou dnes už akreditované), tak některé zavánějící šarlatánstvím až po ty opravdu podivné. Bylo proto třeba hodně hlídat čistotu oboru nastavením ostrých norem. Ale doba se už hodně změnila. Systém akreditací, atestací a funkční specializace už je na vysoké úrovni, včetně akreditace v EAP. Proto by stálo za zvážení, jestli nenastal čas něco změnit. Nevím, kde by se toto mělo řešit. Na půdě ministerstva zdravotnictví? Asociace klinických psychologů? Psycho-terapeutické společnosti? Nebo spíš ve spolupráci všech zmíněných?

Vím, že toto povídání u mnoha lidí vzbudí velkou nevoli. Stejně tak vím, že s ním bude plno lidí souhlasit. Budu ráda, otevře-li se tak nějaká diskuse, nějaká vlna, která pročistí vody. Ať už tím nebo oním směrem. Třeba jen díky „stojaté vodě“ už nevidím nějaké konsekvence a po pročištění je uvidím a pochopím. I za to budu ráda.

Kontakt na autorku: marketa.rokytova@sweb.cz

Došlo do redakce: 24. 11. 2008. K publikaci přijat 30. 11. 2009.

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

ZRNKO 20

Naše studentka se chvíli mlčky dívá – a pak se zeptá, jestli si může dovolit něco říci... něco *jen a jen jejího*... A když jí to dovolím, říká: „Nezlobte se, ale uvědomila jsem si, že já bych vaši práci dělat nemohla. Víte proč? Protože nemám v sobě tolik hloubky anebo tolik povrchnosti, jakou musíte mít vy. Že mi nerozumíte? No – víte, když jsem za tím jednostranným zrcadlem sledovala, jak pracujete s pacienty, nemohla jsem pak celý den myslet na nic jiného, než na to, čeho jsme se zúčastnila – do čeho jsem byla vtažena jako pozorovatel a divák současně. Třeba ten příběh dětí, jimž se zabila máma a které přivedl otec, rozzlobený na matku, která nehodu zavinila... Nemohla jsem pak celý den myslet na nic jiného, ani spát jsem nemohla a další dny stále a stále myslela jen na ty děti a na to, že bych je snad měla na chvíli vzít k sobě, aby byly po tu krizovou dobu uchráněny před nátlakem našťavaného otce... Uvědomila jsem si, že mi chybí to, co si myslím, že máte vy – buď velmi hlubokou tůni prožívání, do níž můžete odložit své zážitky, aby měly čas dozrát a odezrát... a nerušit, nepřekážet v běžném životě... anebo: anebo bezpečnou placku, umožňující, že příběh sklouzne po vaší profesionálně zaoblené ploše, a poté, co splníte úkol, se rozpustí v jasně orámované mělčině, nazývané *profesionalita*, takže pak již nepřekáží, ba naopak... přispívá někdy dokonce i k tomu, že je čím se prokazovat... Ne, vy – skvělí terapeuti – musíte mít své prožívání vskutku podivuhodně až zvláštní – a já s tím již nemohu a vlastně ani nechci mít nic společného. Prostě na to nemám. Vy se usmíváte? A teď – teď dokonce s nejhlubším porozuměním vyjadřujete sdílení? Sdílette můj názor... znamená to, že souhlasíte? Co? Co... Je-li to tak – proč tu práci děláte? Že by právě proto? Anebo můj názor sdílíte jen proto, abyste mi *profesionálně* pomohli? Takže jen proto se ptáte, co že bych díky

své zkušenosti ze stáže u vás chtěla dělat já? Nu... Nejspíše prodavačku v trafikce – za to, že mi nebylo dovezeno zboží, já přeci nemohu – a mohu zavřít krám s nápisem: Přejímka zboží. Zákazník – i kdyby to byl váš pacient – nemá šanci: a já za to nemohu. Anebo bych mohla být jazykovou korektorkou v novinách. Opravila bych tam všechna *e a iě a y a i*. A abych měla jistotu a prožila si to bez trápení – měla bych před sebou otevřený pravopisný slovník. Ano – ten, který jsem u vás neviděla...“

ZRNKO 21

Zajímavá situace. Přijdete s rodinou do restaurace a objednáte si oběd. Předtím si zkontrolujete, zda máte na pořádný obědek s manželkou a dětmi dost peněz – máte! Oběd vám moc chutnal. Těšíte se, že dáte přiměřené spropitné. A voláte číšníka, že budete platit. A on vám s úsměvem oznámí, že je vše zapláceno. Ztuhnete neporozuměním. Číšník se usmívá: „Pan vedoucí,“ ukáže ke dveřím kuchyně, „řikal, že moc děkuje za návštěvu.“ A ve dveřích kuchyně stojí usmívající se pán. Dlouze se na sebe díváte. A vám pak dojde, že je to váš bývalý pacient – ano, ten, s nímž jste se před rokem setkali na střeše jednoho paneláku, z níž chtěl skočit – a který po vaší terapeutické akci neskočil a dokonce vás pak několik měsíců navštěvoval... Dlouhý pohled. Pan vedoucí – bývalý pacient – stojí ve dveřích a nepřichází. Ze zkušenosti víte, že vaši pacienti mají po vyléčení troje tendence: vyhnout se vám, když vás potkají, protože si nechtějí připomínat to, co se stalo (někdy proto, že jsou rádi, že je to už za nimi a někdy proto, že se na vás zlobí)...; hlásit se k vám a radostně vám sdělovat, co vše se za dobu po vyléčení podařilo...; vyhledávat vás anebo vás soudit, když máte málo času... Co tedy dělat v této chvíli – s panem vedoucím bývalým pacientem, který vás zadarmo pohostil, aniž jste to

chtěli? Díváte se na něho a hlavou vám běží alternativy řešení: 1. donutit číšníka, aby přijal vaše peníze i se spropitným, 2. zavolat pana vedoucího a poděkovat mu a 3. vstát a mlčky s úsměvem poro-

zumění odejít... Tak. Vyberte si a poraďte si, jistě se vám to již také stalo... A nezapomeňte na radu, zrnící zde již popáté: ***Když nemáme co poradit – neradme.*** Tak. Jako možná i teď... *Cože?*

■ **Pokračovací kurz hypnózy (II)** pro absolventy úvodních kroměřížských kurzů hypnózy, pořádaný sekcí pro hypnózu České psychoterapeutické společnosti, se koná v Kroměříži ve dnech 5.–9. října 2009. Informace a přihlášky na e-mailu: kratochvils@plkm.cz

■ 9. až 13. prosince 2009 se v Anaheimu (Kalifornie) koná slavná a tradičně největší světová konference s vystoupením špiček psychoterapie „Evolution of Psychotherapy“. Je možnost žádat o slevy. Registrace a další informace na: <http://www.evolutionofpsychotherapy.com/>

■ Psychosom, časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu, se od svého 7. ročníku změnil v řádně registrovaný recenzovaný časopis s vědeckou prestiží. Více na stránkách: www.psychosom.cz. Zde najdete i archiv starších ročníků.

■ Pražská vysoká škola psychosociálních studií pořádá dne 5. června 2009 od 9:30 28. kolokvium. Letošní název je: Psychoterapie v kontextu kultur (jedna nebo více psychoterapií). Místo konání: PVŠPS, Milánská 471, Praha 10.

Nabídky užitečných kurzů najdete na stránkách: www.ipipapp.cz

PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP: DOBŘE VYBRANÉ POSTUPY

RŮŽIČKA, J. (ed.) Psychosomatický přístup k člověku. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-750-X

Helena Příbylová

Psychosomatický přístup k člověku je název knihy, která vyšla roku 2006 v nakladatelství Triton. Na knize se svými příspěvky podílelo hned několik autorů, většinou českého původu. Editorem knihy je PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

Cílem knihy není seznámit širokou veřejnost s fenoménem psychosomatiky. I od odborníků už očekává jisté základní znalosti této problematiky. Tématu psychosomatiky se věnuje z několika úhlů pohledu, přesněji z několika možných přístupů k ní. Její ambicí však není jednotlivé přístupy srovnávat nebo hodnotit, ale předkládá je čtenáři jako přehled několika možností, jak lze s psychosomatickými problémy pracovat a jak k nim přistupovat. Je na čtenáři, aby se v případě hlubšího zájmu o některou z cest sám více zajímal a vyhledal další publikace týkající se jen konkrétního směru. V knize se konkrétně dočtete o přístupu psychoanalytickém, přístupu daseinsanalýzy a systemickém přístupu. Mimoto najdeme i velmi zajímavou kapitolu o problematice posttraumatického syndromu, úvodní filozofické zamyšlení nad lidskou tělesností a nakonec esejisticky pojatý příspěvek o psychosomatice v praxi lékaře a několik stručných kazuistik z neurologické ambulance.

Všechny oddíly knihy jsou zpracované jiným způsobem jak ve formě, tak struktuře, někdy i v zacílení obsahu. Často jsem se proto nemohla zbavit dojmu, že se jedná o několik oddělených knih na stejné ústřední zadání svázaných do jedné, chybělo mi společné pojítko, červená nit, která by procházela všemi příspěvky. Přesto však je kniha velmi inspirativní a oceňuji na ní hlavně to, že vychází z českého prostředí a podmínek a že se snaží bez předsudků a soutěžení představit hned z několika velmi odlišných

pohledů problematiku, která je velmi aktuální, ale v našem lékařství poměrně málo známá a prakticky využívaná.

Na přebalu knihy se můžeme dočíst, že je určena psychologům, lékařům všech zaměření, sociálním pracovníkům a také specialistům dalších humanitních oborů. Toto vymezení cílové skupiny čtenářů je široké, možná i trochu přeceněné. Konkrétně tento svůj dojem vysvětlím v následujícím textu, kde se budu podrobněji věnovat jednotlivým příspěvkům i jejich autorům.

V úvodu představuje editor knihy jednotlivé spoluautory a jejich pracovní zaměření. Dále se věnuje všem směrům, kterým kniha dává prostor a krátce vysvětluje jejich vztah k psychosomatice. K této kapitole je dobré se občas vrátit, pokud si chceme připomenout například obor, ve kterém pracuje autor, jehož příspěvek se právě chystáme číst. Většinou je to vhodné, protože autoři působí v několika různých oborech, od filozofie, psychologie, přes psychiatrii po neurologickou medicínu apod. a od toho se také odvíjí obsah a zaměření jejich příspěvku.

První oddíl se nazývá Filozofie tělesnosti. Autorkou je filozofka a vysokoškolská učitelka prof. PhDr. **Anna Hogenová**, CSc. Jako jediná z autorů knihy nepůsobí jako psychoterapeutka. Středem její pozornosti je fenomenologie tělesnosti a nejinak je tomu v jejím příspěvku. Příspěvek je přehledně zpracován, rozdělen na velké množství krátkých pasáží, umožňuje snadnou orientaci v textu. Text bude zajímavý a přínosný hlavně pro filozoficky laděné čtenáře, kteří už mají jisté povědomí o fenomenologii. Obávám se však, že ti, kteří toto naladění ani zkušenosti nedsílají, se budou v textu občas ztrácet kvůli řadě fenomenologických pojmů a bude jim připadat příliš vzdálený

běžnému uvažování. Pro tyto čtenáře jsou dvě možnosti. Text s trpělivostí pročíst: možná v něm najdou pro sebe několik zajímavých úvah. Druhou možností je celý oddíl přeskočit a nenechat se přitom odradit od dalšího čtení knihy. Návaznost na další příspěvky tady totiž prakticky žádná není, příspěvek je doopravdy jen filozofickým naladěním na problematiku neoddelitelnosti těla a duše, na které stojí psychosomatika a kterou naše dnešní lékařství svou podstatou víceméně popírá.

Druhý oddíl je věnovaný psychoanalytickému přístupu k psychosomatiice. MUDr. a PhDr. **Jan Poněšický**, který je autorem textu, působí na psychosomatické rehabilitační klinice v Německu a je také autorem řady dalších publikací na téma psychosomatiky. Jednotlivé kapitoly textu jsou obsáhlejší, text je méně strukturovaný. Je však velmi čtivý a dobře uspořádaný. V první a nejrozsáhlejší části se autor věnuje psychoanalytickým modelům v psychosomatiice, které vysvětlují původ a průběh psychosomatických obtíží. Na počátku předkládá teoretická východiska pro psychosomatický přístup v medicíně, založená na neurofyzilogii a na systematickém hledisku, které chápe člověka jako hierarchicky organizovaný systém s řadou subsystémů, ale současně vidí člověka jako subsystém vyšších systémů jako je rodina a společnost. V tomto systému zdůrazňuje hierarchické uspořádání úrovní reflektivní, somatické, emoční, kognitivní, duchovní až po převzetí osobní odpovědnosti. Na tomto modelu pak staví tezi, že vyšší úrovně jsou sice přesnější ve vnímání problému, ale poruchovější, a tudíž, pokud problém nezvládnou, řešení se přesouvá na nižší úroveň. Proto může dojít k somatizaci.

Poukazuje také na tři hlavní důvody somatické reakce člověka na problém. Prvním je fakt, že člověk nemá z dětství dostatečně vyvinuté mechanismy zvládnání problému na vyšší než somatické úrovni, druhým je posttraumatický syndrom, kdy psychika nemůže problém přijmout, protože by hrozilo její zhroucení, a třetím je vyhnutí se řešení

na úrovni emocí, protože by to ohrozilo sebeobraz a sebevědomí člověka. Následuje krátká kapitola o úskalích psychoterapie psychosomatických poruch. Tento text je spíše obecným popisem některých specifíků psychoterapie s člověkem s psychosomatickou poruchou. Poslední kapitolou příspěvku je pojednání o psychoanalytickém přístupu k léčbě anorexie a bulimie. Celkově by bylo možné příspěvku vytknout jen jedinou věc, a to, že mu chybí alespoň velmi stručné uvedení do psychoanalýzy. Pro čtenáře psychology a psychoterapeuty to není nutné, ale lékaři, pro které je text také určen, nemusí východiska, základní myšlenky a termíny psychoanalýzy vůbec znát.

Další oddíl knihy je prostorem pro daseinsanalytický přístup k psychosomatiice. Text je rozdělen do tří kapitol, kde každá má jiného autora. Autor prvního příspěvku, Doc. PhDr. **Oldřich Čálek**, CSc., je učitelem Pražské vysoké školy psychosociálních studií, psychoterapeutem a jedním z předních představitelů daseinsanalýzy u nás. Jeho příspěvek popisuje nejprve stručně obecná teoretická východiska daseinsanalýzy a pak její přístup k psychosomatiice. Zdůrazňuje, že daseinsanalýza vychází z tzv. „bytí ve světě“. Pro psychosomatiku to hlavně znamená, že tento přístup neoddeluje tělo a duši, nevnímá je však ani jako dvě propojené jednotky jako psychoanalýza, ale jako jeden nerozdelitelný, pouze vnitřně diferencovaný celek. Dalším základním prvkem daseinsanalýzy je svoboda, kterou chápe jako „možnost být sám sebou“. Pokud je tedy člověk nemocný, ztrácí do jisté míry tuto možnost. Pokud se ovšem jedná o duševní nebo psychosomatickou nemoc, spočívá problém v „neschopnosti se svobodně rozhodovat v zájmu průběžného naplňování možnosti být sám sebou, žít sobě vlastním životem“ (str. 94). Posledním základním kamenem této teorie je fenomén vztahu. Daseinsanalýza chápe vztah jako „bytí člověka u něčeho, respektive s někým“ a mít vztah v tomto pojetí znamená „být vystaven nárokům, být vztahován do společného

prostoru i času“ (str. 93). Člověk se potom může vztahovat ke svému okolí svobodně nebo nesvobodně, resp. s jistými omezeními a zábranami. Mluvíme o širším vztahovém naladění, které zahrnuje i dimenzi tělesnosti, a proto může vyvolat i psychosomatickou poruchu. Základní otázkou pro léčbu psychosomatického onemocnění přístupem daseinsanalýzy tedy je: „Která vztahová možnost, vůči čemu a jakým způsobem je u nemocného člověka narušena?“ (str. 98). Autor dále vysvětluje např. význam řeči a zamlčování pro vznik a rozvoj psychosomatických poruch, protože chápe tuto poruchu jako náhradní vyjádření zamlčovaného a řeči nedostupného tématu.

Tato kapitola je opět více strukturovaná do menších celků, a tedy dobře přehledná. Úvod bude možná trochu hutný pro čtenáře, který se s daseinsanalýzou ještě nesetkal, ale když pochopí základní teze, je další čtení už velmi dobře pochopitelné a také zajímavé a inspirativní.

Autorem další kapitoly je sám editor knihy PhDr. **Jiří Růžička**, Ph.D. Jedná se o praktickou ukázkou léčby pomocí tohoto přístupu, o rozsáhlou kazuistiku. Rozsahové je srovnatelná s teoretickým vymezením O. Čálka a je velmi dobře čtivá, dá se jí opět vytknout jen jediné. Řada medicínských pojmů bez vysvětlení nasvědčuje většímu zaměření na čtenáře – odborného lékaře. Poslední příspěvek k tomuto přístupu je z pera Prof. PhDr. **Giona Condrea**, významné švýcarské postavy daseinsanalýzy. Jeho text nazvaný *Fenomenologické rysy psychosomatických poruch* je už jen zastřešujícím souhrnem dříve řečeného.

Čtvrtý oddíl knihy se zabývá systemickým přístupem k psychosomatice. Je rozdělen na dvě rozsáhlejší kapitoly, každá opět od rozdílných autorů i s rozdílným zpracováním a zaměřením. První, obsáhlejší kapitola je nazvaná *Paradigma lidského člověka doby postmoderní* a jejím autorem je PhDr. **Jiří Šavlík**, CSc., kterého J. Růžička označuje jako prvního lékaře – somatika u nás, který začal pracovat psychosomaticky, a dokon-

ce založil první psychosomatické lůžkové pracoviště v ČR. Jeho příspěvek je ovšem z velké části praktickému využití psychosomatického přístupu v medicíně poměrně vzdálen. Tato velká část se věnuje rozdílnosti moderního a postmoderního myšlení, pozvolna se potom dostává k systémovému myšlení a kybernetice. Až v posledních podkapitolách se dostává blíž k chápání člověka v systemickém přístupu v souvislosti s psychosomatickými poruchami. Tento přístup vychází z myšlenky koevoluce jedince a prostředí a z předpokladu, že člověk je živý antopoietický systém, tedy že je automaticky schopen sám sebe organizovat a řídit svoje sebevznikání, svůj vývoj i svoji samoléčbu. Veškeré nemoci a poruchy potom tento přístup chápe jako nápravné děje, které neprobíhají zcela optimálně a vykazují tedy příznaky. U člověka také zdůrazňuje sociální, osobnostní a biologickou dimenzi, které mohou být v konfliktu, a tím dojde ke vzniku onemocnění. Autor také uvádí jednu stručnou kazuistiku. Tato kapitola je poměrně specifická právě svým zaměřením. Snaží se proniknout hluboko ke kořenům systémového myšlení a tomuto tématu věnuje zásadní prostor. Jedná se rozhodně o zajímavé a přínosné čtení, ale možná v tomto rozsahu spíše vhodné do jiné knihy. Předchozí dva oddíly, psychoanalytický i daseinsanalytický se primárně snaží o výklad pohledu daného směru na problematiku psychosomatické medicíny. Tato kapitola v poměrně velkém rozsahu tento směr přerušuje a zabíhá jinam.

Autory druhé kapitoly věnující se systemickému přístupu jsou PhDr. **Vladislav Chvála** a PhDr. **Ludmila Trapková**. Oba pracují ve Středisku komplexní terapie psychosomatických chorob v Liberci. Jejich příspěvek nese název: Proč se medicína brání systemické teorii? Text nejen odpovídá na položenou otázku, ale věnuje se také základním tezím systemického přístupu k psychosomatice. Autoři opět zdůrazňují koevoluci jedince a prostředí, člověka jako neustále se vyvíjející systém a pojetí člověka

a prostředí jako systému s mnoha subsystémy, které se mohou vzájemně ovlivňovat. Znamená to například, že pokud člověk trpí nemocí, tedy vykazuje nějaké symptomy, ovlivní to jeho okolí a naopak. Příspěvek hodně odkazuje na rodinnou terapii, které se oba autoři věnují. Trefně potom přirovnávají k tomuto principu i odpověď na ústřední otázku. Pokud by se totiž podle nich v současnosti masově přešlo k systemickému chápání v našem zdravotnictví, muselo by dojít k totální změně, která není tak rychle možná. Došlo by ke znejistění základních pravd, které v medicíně fungují a možná tedy až ke zhroucení celého systému. Je ale možné, že bude ke změně systému zdravotnictví docházet pozvolna vlivem několika málo systematicků. Ti teď v podstatě představují poruchu tohoto systému, která však má jistý potenciál systém změnit. Tato kapitola je už blíže celkovému pojetí knihy, je psaná velmi srozumitelně a nabízí více stručných příkladů i jednu rozsáhlejší kazuistiku.

Další oddíl knihy se věnuje problematice posttraumatického syndromu. Autorem je Prof. MUDr. **Ulrich Sachsse**, německý psychiatr a psychoterapeut. Ve svém příspěvku nabízí nahlédnutí do historie traumatu, jeho chápání a léčby v jedné kapitole a ve druhé potom možnosti terapie traumat, které nevycházejí z jednoho konkrétního psychoterapeutického přístupu, ale jsou eklektickým spojením různých terapeutických přístupů i psychiatrie. Příspěvek je opět velmi srozumitelný a poutavý, je však také pravda, že v něm nikde nenajdeme slovo psychosomatika. Výhodiskem zřejmě je, že posttraumatický syndrom je už ze své podstaty problémem psychosomatickým, a proto je namísto se jím v této publikaci zabývat. Jedná se tedy opět o specifický příspěvek, nesrovnatelný s ostatními. Nenabízí jiný pohled na psychosomatiku jako předchozí příspěvky, ale zabývá se konkrétním problémem.

Poslední oddíl knihy nese název *Celostní přístup k člověku u zkušených praktiků*. Obsahuje opět dvě kapitoly, každá má

pak jiného autora. MUDr. **Jan Kredba** je internistou, který ve své praxi využívá psychoterapeutické poznatky a metody. Jeho příspěvek s názvem *Moje psychosomatika* je esejisticky pojatým. Jedná se o autorovo zamyšlení nad tím, jak sám využívá psychosomatický přístup, a z čeho vychází. Jako východisko harmonického, svobodného a naplněného života, který nepotřebuje somatizaci, si bere citát, který mluví o nutnosti přijetí rizika lásky, směřování k pravdivosti, pokoře a mravnosti. Tento text je napsaný poměrně odlehčeným stylem. Nesnaží se čtenáře zahltit odbornými termíny ani novými teoriemi, naopak se s ním snaží navázat kontakt a komunikovat. Někdy možná až příliš. Označila bych to jako zastřešující úvahu na závěr knihy a inspiraci k vlastnímu přemýšlení o vlastním přístupu a pojetí psychosomatiky, které bude čtenáři nejbližší.

Na úplný závěr je uvedena kapitola, jejíž obsahem je několik velmi stručných kazuistik, které by měly poukázat na využití psychosomatiky v neurologické ambulanci. Autorem je MUDr. **Jiří Macek**, CSc., klinický lékař a psychoterapeut. Uvedené kazuistiky obsahují opět řadu odborných medicínských výrazů a diagnóz, a tedy „nelékař“ se může trochu ztráct. Také právě psychosomatický přístup není v kazuistikách nijak výrazně vysvětlen, jen bývá stručně naznačeno, že lékař si s pacientem „povídal o životě“. Myslím, že tato kapitola by se dala mnohem lépe propracovat, uvést a okomentovat.

Závěrem bych shrnula, že knihu hodnotím jako přínosnou a podnětnou. Poukazuje na téma, jehož kořeny můžeme vidět už v historii, ale v našem klasickém moderním lékařství, které vidí jen tělo člověka, se jen pomalu dostává do povědomí lékařů i jejich pacientů. Proto je důležité, aby tyto knihy byly publikovány a čteny odborníky i laiky. Hlavní přínos knihy potom vidím v tom, že vedle sebe staví velmi dobře a uvážlivě vybrané přístupy, které vyjadřují svůj postoj ke stejnému tématu. Označením „dobře a uvážlivě vybrané přístupy“ myslím fakt,

že psychoanalýzu môžeme označiť ako psychologicko - biologicky zaměřenou školu, naopak daseinsanalýzu spíše jako filozoficko - psychologickou školu a systemický přístup zase jako psychologicko – sociálně - biologický zaměřený přístup. Díky této rozdílnosti si každý čtenář může najít své,

k čemu má nejbližší. Jedinými výtkami by bylo občas nejisté zaměřenění na specifického čtenáře a chybějící návaznost a propojenost některých příspěvků.

Autorka recenze studuje magisterský obor „psychoterapeutická studia“ na FSS MU.

TRAUMA A RODINNÉ KONŠTELÁCIE

RUPPERT, F.: 2008. Trauma a rodinné konstelace. Duševní štěpení a jejich léčba. Praha: Portál 2008.

Linda Piktorová

Kniha Trauma a rodinné konstelace je pokračovaním Ruppertovej knihy Trauma, vazba a rodinné konstelace (2005). Radim Röss hovorí o Franzovi Ruppertovi, že pozdvihol konstelačnú prácu – od rodinných konstelácií ku konsteláciám traumy. Práve táto téza vzbudila môj záujem. Mojim cieľom je zhrnúť pohľad na terapiu tráum prostredníctvom rodinných konstelácií, poskytnúť osobný príbeh, osobnú skúsenosť jednej pani z takejto terapie – a možno aj tým priniesť trochu iný pohľad na túto problematiku.

Na to, aby sa prežívanie traumy malo kde usídlieť, vysvetľuje Ruppert v knihe vznik a vývin duše. Duša je zhuk energie a informácií pochádzajúcich od predkov a počiatok má v akte počatia dieťaťa. Na začiatku je nevinná a ďalej je po celý život vo vývine. Ten prináša mnoho tráum, zlomov, rozporov, trhlín. Každý vývinový stupeň je označený novou vrstvou. Duša človeka sa teda podľa Rupperta stáva akýmsi stromom – má svoje letokruhy, ktoré sú jednotlivými vrstvami. Jeho metaforu stromu sa pokúsím rozvinúť. V pni je vidno všetky traumy, ktoré tento strom postihli – od jemného dobania datľa cez veternú smršť až po zotatie stromu pílou. Otázkou pre mňa ostáva, či je potreba strom zofať na to, aby sme prenikli k samotnej podstate pohrôm a aby sme letokruhy videli. „...z letokruhu duše poznať, jak člověk vyrůstal a zral z embrya přes kojence, batole,

předškolní dítě, dítě školou povinné a dítě v pubertě až k mladému muži nebo ženě a k dospělému člověku.“ (str. 20)

Ústrednou témou knihy a teórie Franza Rupperta je duševné rozštiepenie. Pre svoju prácu používa pojmy: súčasť osobnosti, časť, súčasť ja, čiastočné osobnosti. V traumatickej skúsenosti človeka vidí hlavnú príčinu toho, že tieto súčasť osobnosti vznikajú a že existujú v ľudskej duši dovtedy, kým sa nezacelia v procese vnútorného uzdravenia. Rozštiepenie teda chápe ako následok prežitej traumy. Z duševnej štruktúry, ktorá bola pred traumou integrovaná, sa stane štruktúra rozštiepená. Jedna, zdravá časť duše sa snaží držať čo najďalej od traumatizovanej časti. Doplnkom k traumatizovanej časti je časť prežitia, ktorá sa zaoberá prekonávaním traumatickej skutočnosti. Duševná štruktúra sa teda rozštiepi a konečným cieľom rozštiepenia je odštiepenie traumatizovanej časti. Časť prežitia rozvíja päť stratégií na to, aby sa rozštiepenie medzi ňou a časťou traumatizovanou udržalo. Nevie si predstaviť, že by sa tieto dve časti scelili. Stratégiami sú: vyhýbanie, kontrola, kompenzácia, ilúzia, ďalšie štiepenie. Čím extrémnejšie sú stratégie, tým pravdepodobnejší je vznik ďalších tráum. Každou traumou sa duša štepí a tak dochádza k mnohopočetnému rozštiepeniu. Zdravé ja je potom neschopné udržať navonok zdanie usporiadanosti a život je stále namáhavejší.

Ruppert popisuje základné typy tráum, a to existenciálne traumy, traumy zo straty, traumy z narušenej väzby, traumy z narušeného systému rodinných väzieb, pričom teória v knihe dopĺňa množstvom kazuistík a obrázkov. Trauma a rozštiepenie bezprostredne zasahujú celý ďalší život a tým aj všetky ďalšie vzťahy. Sú teda prekážkou vo vytvorení zdravých, bezkonfliktných a nezapletených vzťahov. Zároveň sú spúšťačom telesných chorôb. Časť prežitia tieto symptómy vytesňuje a odstraňuje, pretože ich pôvod nechápe. Odstránením však zmizne iba symptóm a nie trauma, a tým sa môže prejavíť v inej oblasti. K zbaveniu sa traumy je teda potreba vnútorného uzdravenia.

Teória Franza Rupperta ohľadom vzniku a pôsobenia tráum na človeka, na jeho telo a dušu je pre mňa prijateľná. Domnievam sa však, že používa nové – „vlastné“ pojmy na už známe poznatky z rôznych oblastí psychológie a patológie, ako aj psychotraumatológie či psychosomatiky. Sám parafrázuje Richarda C. Schwartza, ktorý vo svojej knihe *Terapia s vnútornou rodinou* (2004) podáva prehľad osobností, ktoré dospeli k presvedčeniu o multiplicitate ľudského psyché. Uvádza mená ako Carl Gustav Jung (konceptia archetypov, oddelenie individuálneho vedomia od kolektívneho), Melanie Klein, Otto Kernberg, Donald Winnicott (teória objektových vzťahov, prijímanie identity rodičov do identity dieťaťa), Heinz Kohut (self psychológia, ideálne a reálne ja), Eric Berne (transakčná analýza, detské, dospelé, rodičovské ja), Milton Erikson (hypnoterapia, rôzne stavy vedomia jedného človeka) a iných. Samotný pojem rozštiepenie („spaltung“) používa už Freud ako jeden z obranných mechanizmov, ako pokus o popretie reality.

Trochu kontroverznejšia je samotná terapia. Vnútorné uzdravenie je nevyhnutnou podmienkou pre duševnú pohodu, pre zocelenie kôry stromu a pre ďalší rast jeho košatej koruny a plodov. Nie každá snaha o zmenu však vedie ku zmene pozitívnej.

Poznať svoje rozštiepenie. Rozumieť roz-

štiepeným časťami. Porozumieť celkovej organizácii časti. Rekonštrukcia skutočnosti. Získať časti prežitia pre terapiu. Oslobodenie traumatizovanej časti. Žiť, nie prežívať. To sú, ako Ruppert popisuje, základné predpoklady a možnosti pre zrovnanie rán. Za významný prostriedok pre dosiahnutie zmeny považuje „zdroje“ (resource). Na to, aby sa traumatizovanému človeku umožnilo konfrontovať sa s vlastnou traumou, majú sa najprv posilňovať existujúce zdroje a popri tom sa vytvárať zdroje nové. „*Konstelace pro mně byli a jsou něčím fascinujícím a záhadným zároveň. Je to velice složitý jev, který můžeme rozložit na jednotlivé znaky: Samotný postup, tedy metoda ve vlastním smyslu. Způsob aplikace této metody poradcem či terapeutem. Konkrétní zástupci a konkrétní terapeutická skupina. Situační kontext, tedy v jaké situaci se konstelace provádí*“ (str. 168).

Nepochybne ide o faktory, ktoré sú prítomné v každom terapeutickom prístupe, pričom okolnosti sa menia. Kontroverznosť podľa mňa spočíva v samotnom procese, pre ktorý je príznačná direktivita až nekompromisnosť, nezaujímam o hlbšie prežívanie klienta, ale iba o základné faktografické údaje o klientovi samotnom a rodine (Bert Hellinger z rozhovoru s Norbertom Linzom – Systemické rozmery problémov a osudov z www.hellinger.com: „*Z faktov sa dozviem, čo sa deje v duši človeka a aké sú korene jeho ťažkostí.*“), nezaujímam o spätnú väzbu a diskusie po konštelácii (Bert Hellinger: „*Zoslablo by ohromenie a dalo by účastníkom príležitosť k tomu, aby túto energiu obrátili na seba a svoje problémy.*“).

Rozpaky vo mne vyvolávajú aj nasledujúce techniky: vyváženie (paradoxný spôsob jednania úniku pred tlakom – rovnováha v dobrých a zlých skúsenostiach a zážitkoch), prevzatie vedenia (vedúci konštelácie ako jediná autorita), či technika „*ísť až na hranicu*“ (konfrontácia človeka s krajnými situáciami, ktoré sa stali, dejú alebo stanú – bez prijatia alternatívy, že to môže byť aj inak). Moju nedôveru ďalej vzbudzuje

technika „ostať u šokujúcej reality“ (konfrontácia človeka so skutočnosťou, ktorá je viditeľná pre vedúceho konštelácie, pričom to, že ju účastník nevidí sa vysvetľuje ako to, že ju vidieť nechce), prerušenie (prerušenie konštelácie v momente, kedy „sa nevie, čo ďalej“ – hoci sa klient v situácii cíti zle) alebo „nekontrola“ výsledkov (oznámenie záveru, ku ktorému prišiel vedúci konštelácie, ako jedinej pravdy).

Necítim sa celkom kompetentná na kritiku prístupu, ktorý sa zrodil skôr ako ja sama. Dovolím si však povedať, že je jedným z najpropagovanejších prístupov a možnosťou pomoci, je ľuďom veľmi ľahko dostupný, čo môže byť jednoducho použité nie na terapiu traum, ale naopak zneužitie na ich spôsobenie.

Príkladom môže byť príbeh 35 ročnej mamičky Berty, ktorý poznám z jej osobnej výpovede. Berta (35) je rozvedená, momentálne žije s priateľom (33) a synom (9) z prvého manželstva. Vzťahy s bývalým manželom a súčasným partnerom sú pozitívne, syn si s novým partnerom vychádza dobre. Berta vyhľadala pomoc (rodinné konštelácie) pre svoje duševné problémy a pre problém so synom – trpí enurézou. V konšteláciách vyšlo najavo, že prekonala dobrovoľný potrat (manžel ani syn o ňom nevedeli). Terapeut prišiel k záveru, že synove nočné pomočovanie znamená slzy za mŕtvym súrodencom. Tým, že svoje tajomstvo synovi aj manželovi (už po rozvode) povie, pomočovanie vraj prestane. Berta sa teda manželovi zdôverila. Synovi povedala, že mohol mať súrodca, ale nakoniec sa mama rozhodla, že ďalšie bábätko mať nebudú. Jeho pomočovanie neprestalo. Enuréza (vo zväčšenej miere) trvá a pridali sa k nej synove výčitky. Obviňuje matku z toho, že mohol mať brata, že je teraz sám a zdôrazňuje to všade, kde môže. Dovolím si

povedať, že práve tento „terapeutický“ zásah spôsobil synovi (a tým aj Berte) ešte väčšie ťažkosti a narušil vzťah s matkou.

Na obhajobu však chcem uviesť citát Berta Hellingera z jeho knihy *Skryté symetrie lásky*, kde si odpovedá na takúto otázku. „*Myslíte si, že by o prerušení těhotenství měli vědet sourozenci nenarozeného dítěte? Ne, těch se to netýká. Prerušení těhotenství je soukromou záležitostí rodičů. Znáám jen velmi málo případů, kdy to mělo nepříznivý vliv na děti.*“ (s. 64)

Verím teda, že terapia môže byť účinná, ak je prevádzaná kompetentným terapeutom, ktorý je vzdelaný a skúsený vo viacerých oblastiach a ktorý má reálny náhľad na tento prístup, pozná klady aj zápory a vie to využívať v prospech klienta. To sa však netýka len rodinných konštelácií, ale všetkých spôsobov pomoci. Prichádzam k záveru, že pri terapii akoby skáčeme po tenkých konároch stromu. To môže byť nebezpečné... môže hroziť zlomenie jeho konárov a zničenie listov alebo naše spadnutie na zem. V každom prípade sa niečo môže zničiť, môže prísť traumatická skúsenosť a bolesť s ňou spojená. Je možné, že naše zlomeniny z pádu sa po mesiacoch zahoja. Je možné, že strom sa po rokoch zocelí a jar prinesie nové listy. Je však možné aj to, že náš pád bude mať pre nás trvalé následky a vyvrátené korene stromu mu nedovolia ďalší rast.

DALŠÍ ODKAZY:

BEAUMONT, H., HELLINGER, B., WEBER, G.: 1998. *Skryté symetrie lásky. Co podporuje lásku v partnerských vztazích*. Praha : Pragma.1998.

Rozhovor Berta Hellingera a Norberta Linza: *Systemické rozmery problémov a osudov*. Dostupné na: www.hellinger.com [online].

Autorka recenzie studuje v Brně na FSS MU obor psychoterapeutická studia.

TŘETÍ VYDÁNÍ ZÁSADNÍ PŘÍRUČKY

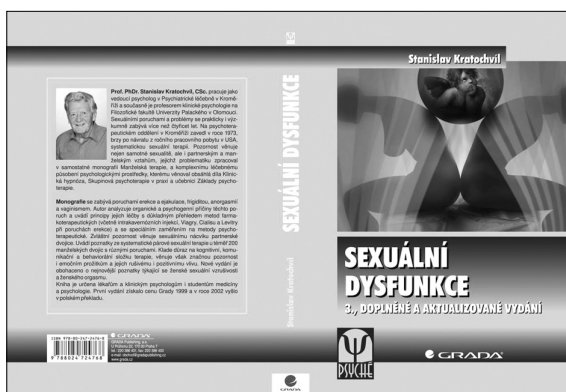
Stanislav Kratochvíl: **Sexuální dysfunkce. 3. doplněné a aktualizované vydání.** Praha, Grada Publishing, 2008, 304 strany.

Andrea Hynštová

Dostáváme do rukou třetí, doplněné a aktualizované vydání knihy **Sexuální dysfunkce**, která je určena především lékařům a psychologům. Monografie se zabývá sexuálními dysfunkcemi, které sice nejsou život ohrožující, ale značně ovlivňují životní spokojenost. Jsou zde popsány příčiny dysfunkcí, a to organické i psychogenní. Velká část je věnována léčebným postupům.

První část knihy je věnována přehledu současných léčebných metod, který je uspořádán podle základních druhů poruch. Mezi dysfunkce patří: poruchy erekce, předčasná a retardovaná ejakulace, poruchy mužské sexuální apetence, anorgasmie, frigidita, averze a vaginismus. U každé z nich je zmíněna jejich vícefaktoriální etiologie a patogenese. Z léčebných metod jsou důkladně popsány metody psychotherapeutické včetně praktických návodů, které vycházejí hlavně z autorovy více než třicetileté zkušenosti.

Druhá část příručky se zabývá komplexní psychotherapeutickou metodou s názvem Sexuální terapie. Podstatnou součástí terapie je nácvik sexuální funkce v partnerské dvojici se zadáváním odstupňovaných úkolů, zajištěním příznivé psychologické atmosféry a podporováním otevřené komunikace o pocitech. Cílem nácviku je především změnit celkovou zaměřenost při sexuální aktivitě. Místo na výkon a úspěch se oba partneři zaměřují na vlastní pocity při milostných hrách. Jsou zde podrobně popsány léčebné postupy včetně pokynů zadávaných pacientům, rovněž nacházíme ukázky průběhu léčby a výsledky získané na psychotherapeutickém oddělení psychiatrické



léčebny v Kroměříži. Jsou zde zmíněny i problémy vznikající v průběhu sexuální terapie a příčiny případných neúspěchů. Kromě nácvikové techniky věnuje autor pozornost vztahu dvojice, sexuálnímu temperamentu a scénáři partnerů a zabývá se možnostmi doplnění léčby o manželskou terapii.

V novém vydání konfrontuje autor své poznatky se dvěma základními monografiemi na totéž téma, které vyšly v zahraničí. Jedná se o anglickou publikaci Handbook of sexual dysfunction od autorů R. Balona a R. Segravese a německou knihu Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, jejímž autorem je V. Sigusch. Dále jsou zde doplněny ukázky ze současných ambulantních konzultací, které využívají interdisciplinární spolupráci.

Typický průběh sexuální terapie je popsán v pěti kazuistikách s úspěšným průběhem léčby. O míře úspěšnosti sexuální terapie se dovídáme z materiálů získaných na psychotherapeutickém oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži a jejich srovnáním s výsledky z několika ambulantních zařízení. Nacházíme také zkušenosti při výskytu faktorů, které v průběhu terapie působí nepříznivě a mohou mít tendenci poruchu fixovat.

Závěrečná kapitola je věnována kombinaci sexuální terapie a farmakoterapie. Autor vhodně upozorňuje na skutečnost, že především u poruch erekce jsou často používána farmaka, která sice ovlivní genitální funkci, ale nikoliv partnerský vztah, jehož je genitální funkce součástí. Doporučuje tedy kombinování psychoterapeutického a farmakoterapeutického přístupu. Ke zmíněné problematice jsou opět uvedeny některé příklady

V přílohách jsou uvedeny dotazníky používané v české sexuologii i v současných zahraničních výzkumech.

Autor považuje za komplementární svazek k tomuto dílu vlastní publikaci Manželská terapie, která poskytuje návrhy jak zlepšit manželskou komunikaci a zvládat jednotlivé problémy v manželském vztahu.

Knihla přináší podrobné informace o poznacích z oblasti sexuologie. Zaujalo mne zdůraznění vlivu psychogenních faktorů na sexuální dysfunkce, které bývají mnohdy opomíjeny; často jsou snáze přijímány tělesné výklady obtíží.

Autorkou recenze je Mgr. Andrea Hynštová, Ph.D.

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** (23 400 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 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 zaměřených psychoterapeutů (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“.)