

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 7. ročník, 2013, číslo 1

Vychází čtvrtletně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem Konfrontace. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem Psychoterapie.

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu & Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Jakub Hučín – soukromá psychotherapeutická praxe, Praha

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Julián Kuric – Soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Brno

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

MUDr. Jan Roubal (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, a Katedra psychologie FSS MU, Brno

Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

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

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – terénní sociální práce

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

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

Ken Evans – FRSA, Director of Scarborough Psychotherapy Training (UK)

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha-Bohnice

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

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

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Jiří Libra – Podané ruce, Brno

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

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

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

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

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

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

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

Doc. RNDr. Dan Pokorný – University of Ulm [University Hospital for] Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Am (D)

Doc. 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:

Bc. Lenka Bloudíčková, Mgr. Zuzana Virtová, Mgr. Sylvie Koubalíková, Mgr. Jakub Černý, Mgr. Tereza Škubalová, PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) romhyt@gmail.com, 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 1/2013 byla 28. 3. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 25. 3. 2013. Vychází v dubnu 2013.

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

Šít 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 / CONTENT

EDITORIAL

Roman Hytych - - - 5

TEORIE / THEORY

J. Halamová: Na emócie zameraná individuálna psychoterapia (Emotion-Focused Therapy) - - - 6

P. Vondráčková, Z. Vybíral: Vliv typu vztahové vazby klienta na psychotherapeutický proces
(The influence of the attachment type to the psychotherapeutic process) - - - 19

J. Roubal, E. Křivková: Kombinace psychoterapie a užívání psychiatrických léků z pohledu gestalt terapie (Combination of psychotherapy and psychiatric medication from the gestalt therapy perspective) - - - 31

VÝZKUM / RESEARCH

M. Čevelíček, Z. Vybíral: Vliv „neuvědomovaných komponent“ na psychotherapeutický proces z pohledu studentů psychologie (Psychology students' view of the role of „unconscious components“ in psychotherapeutic process) - - - 41

PRAXE / PRACTICE

M. Kryl, E. Kochtová: Existenciální aspekty komunitní a skupinové psychoterapie za hospitalizace (Existential aspects of community and group psychotherapy for inpatients) - - - 53

L. Zatloukal, P. Vítek: Využití reflektujících týmů v terapii zaměřené na řešení (Using reflecting teams in solution-focused therapy) - - - 57

DISKUSE / DISCUSSION

Věra Roubalová Kostlánová: Supervize v Grozném - - - 69

JUBILEUM / JUBILEE

R. Hytych: Máte mrkvovou zmrzlinu? *K sedmdesátinám Mirko Frýby* - - - 73

RECENZE / REVIEWS

Stanislav Kratochvíl (2012). Základy psychoterapie, 6., aktualizované vydání. (Martin Lečbych) - - - 75

Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil (2006). Dialogical Meetings in Social Networks.

(David Skorunka) - - - 76

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

4. Mezinárodní psychoterapeutické sympóziem

"Psychoterapie dnes: kde se ocitla a kam se ubírá?"

DIALOGISMUS, SPOLUUTVÁŘENÍ A DALŠÍ TRENDY V SOUČASNÉ PSYCHOTERAPII

Hlavní přednášky (23.5.):

23. - 25.5.2013

Jaakko SEIKKULA (Fin)

Department of Psychology,
University of Jyväskylä

Margherita SPAGNUOLO LOBB (It)

Istituto di Gestalt HCC

Peter ROBER (Bel)

Context, UPC KU Leuven and
Institute for Family and Sexuality Studies,
KU Leuven



Workshopy (24. a 25.5.):

Jaakko SEIKKULA

Peter ROBER

Vratislav STRNAD

Martin JÁRA

a další

Dále vystoupí:

David SKORUNKA,

Jan BENDA, Martin MAHLER,

Karel BALCAR, Aleš FÜRST a další

Můžete se těšit zejména na:

Reflexe současných trendů v konkrétních přístupech

Ukázky z praxe

Prostor pro dialog v plenárních diskuzích i menších skupinových formátech

Doprovodný program

Místo konání: Fakulta sociálních studií, Masarykova Univerzita, Brno

Cena: 1300,- (slevy pro studenty)

Informace o programu, přihlášky, platby:

<http://psychoterapie.fss.muni.cz>

info.symposium@gmail.com

Svolavatelé: Zbyněk Vybíral, Jan Roubal

Přípravný výbor: Jakub Černý, Jana Koutná Kostínková

Překlad přednášek do češtiny zajištěn.



I EDITORIAL

Milí čtenáři,

přichází k vám nezvykle rozsáhlé jarní číslo s naplněnými centrálními rubrikami časopisu: teorie-výzkum-praxe. Číslo otevírá přehledová studie věnována na Emoce zaměřenou terapii, která ač je ve světě psychoterapie a výzkumu psychoterapie značně populární, v české časopisecké produkci byla dosud opomíjená. Jde o přístup vycházející z humanistických proudů v psychoterapii, který na konferencích Společnosti pro výzkum v psychoterapii (SPR) v počtu výzkumných sdělení směle srovnává krok s tradičně početnými příspěvky z rodiny KBT přístupů. Následující dva texty z rubriky teorie se věnují využití zavedeného psychologického konceptu vztahové vazby v terapii a kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Autoři druhého z nich ukazují, že časté pnutí mezi psychoterapií a farmakoterapií lze překlenout a nabízejí k uvedenému jako nástroj dvě metaforu, léků jako externí podpory psychoterapie ve formě dočasné berličky či trvalé protézy a obě pak dokládají ukázkami z psychoterapeutické praxe.

Text z rubriky výzkum pojednává o uvědomovaných a neuvědomovaných vlastnostech terapeutů, a přestože zrod jeho finální podoby trval déle než rok, jsme v redakci rádi, že se nám tuto rubriku daří pravidelně plnit a přispívat tak k propojení výzkumu a praxe psychoterapie, což je často pro autory v podmínkách České republiky cílem

vpravdě nelehkým. V rubrice praxe najdete text dvou dvojic autorů, jeden v ladění existenciálním, druhý v systemickém. Opakovaně si klademe otázku, proč se v časopisu tak zřídka v posledních letech objevují texty z dílen reprezentantů KBT přístupů, o kterých je známo, že jsou publikačně aktivní. Rád bych zde vyjádřil přání, aby tomu tak bylo i v časopise psychoterapie. V závěru čísla pak najdete kratší texty, které chceme, aby i nadále časopis oživovaly.

Na závěr editorials bych vám, milí čtenáři, rád nabídl dvě skutečnosti, hodné vaší pozornosti. Jednou z nich je dubnová Konference o budoucnosti české psychoterapie (www.iscp.cz), která chce pokračovat v důležité debatě o směřování oboru u nás, tématu, jemuž se časopis v loňských číslech opakovaně věnoval. Též druhé tematické číslo, které bychom rádi vydali před letními prázdninami, bude obsahově zaměřeno na hranice psychoterapie, ne však z hlediska politicky-legislativního, ale z perspektivy obsahově-odborné. Druhou skutečností, kterou bych chtěl vaší pozornosti nabídnout společně s autorem závěrečné recenze tohoto čísla, je přítomnost Jaakko Seikkuly na květnovém Psychoterapeutickém sympóziu. Věřím, že si jeho přednášku užiju alespoň do té míry, jak jsem si ji užil loni v Portu na konferenci SPR. Milí čtenáři, přeji vám inspirativní čtení.

1. 4. 2013, Brno Roman Hytych

NA EMÓCIE ZAMERANÁ INDIVIDUÁLNA PSYCHOTERAPIA

Emotion-Focused Therapy

Júlia Halamová

ABSTRAKT

Na emócie zameraná terapia (v anglickom jazyku Emotion-focused therapy so skratkou EFT) alebo Proces-experienciálna terapia (v anglickom jazyku Process-experiential therapy) je v súčasnosti najznámejším terapeutickým prístupom zaoberajúcim sa primárne emóciami. Má svoje využitie v párovej (Greenberg, Johnson, 1988) i individuálnej terapii (Greenberg et al., 1993) a je podložená výskumami. Na emócie zameraná terapia bola vytvorená Greenbergom a jeho kolegami v 80. rokoch na základe empirických štúdií procesu zmeny v psychoterapii (Rice, Greenberg, 1984; Greenberg, Johnson, 1988). Prehľadová štúdia načrtáva teoretické východiská tejto terapie, ktorá je u nás relatívne neznámou, a jej špecifiká. Podrobne sa zaoberá markermi a mikromarkermi a úlohám v rámci EFT terapie, šiestim základným empiricky potvrdeným intervenciami na spracovanie emócií v terapeutickom vzťahu, ktoré zároveň slúžia ako ciele terapie v EFT, a navodením procesu zmeny. Štúdia sa zmieňuje aj o konceptualizácii prípadu v EFT terapii. Záverom prináša prehľad doterajších výskumných zistení týkajúcich sa EFT, ktoré zhrňujú výskumy efektu terapie na rozličných vzorkách populácie a v špecifických životných situáciách. EFT sa doteraz ukázalo byť efektívnou terapiou predovšetkým pre liečbu depresie (Greenberg, Watson, 2006) a má sľubné výsledky aj v súvislosti s ďalšími diagnózami.

Kľúčové slová: psychoterapia, emócie, markery terapie, na emócie zameraná terapia, proces experienciálna terapia

ABSTRACT

Emotion-focused therapy (acronym EFT) or Process experiential therapy is currently the most famous therapeutic approach dealing primarily with emotions. It is used in couple therapy (Greenberg, Johnson, 1988) as well as in individual therapy (Greenberg et al., 1993) and it is empirically supported treatment. Emotion-focused therapy was developed by Greenberg and his colleagues in the 1980s on the base of empirical research on process of change in psychotherapy (Rice, Greenberg, 1984; Greenberg, Johnson, 1988). Overview study outlines the theoretical background of this therapeutic approach, which is relatively little-known to Slovak and Czech therapists, and its distinctive features. The author explains the markers, micromarkers and tasks in EFT therapy, six fundamental empirically supported interventions for emotion processing in therapeutic relationship, that serve like goals in therapy and process of change. In conclusion, the paper provides an overview of current research findings regarding EFT that summarize research of the therapy effectiveness for different population samples and people in specific situations. EFT has been showed to be effective therapy mainly for depression treatment (Greenberg, Watson, 2006) and it has promising results concerning also other diagnosis.

Key words: psychotherapy, emotion, markers of therapy, Process-Experiential Therapy, Emotion-Focused Therapy

HISTORICKÉ VÝCHODISKÁ TERAPIE ZAMERANEJ NA EMÓCIE

Na emócie zameraná terapia je v súčasnosti najznámejším prístupom zaoberajúcim

sa primárne emóciami (Timulák, 2010). Na emócie zameraná terapia (Emotion-Focused Therapy so skratkou EFT) bola vytvorená Greenbergom a jeho kolegami 80. rokoch na základe empirických štúdií procesu zmeny v psychoterapii (Rice, Greenberg, 1984; Greenberg, Johnson, 1988). EFT je založená na 35ročnom programe výskumu v psychoterapii (Elliott, Greenberg, 2007). Pôvodný názov tohto terapeutického prístupu bol Proces experienciálna terapia (Greenberg, Rice, Elliott, 1993), kvôli svojim koreňom v humanistickom/experienciálnom prístupe. Od konca deväťdesiatich rokov sa začal používať termín Na emócie zameraná terapia (Emotion-Focused Therapy), aby sa zdôraznila úloha emócií v tomto terapeutickom prístupe (Greenberg, Paivio, 1997). Na emócie zameraná psychoterapia je empiricky podporená experienciálna liečba, ktorá vychádza z terapie zameranej na osobu (Rogers, 1961) a gestalt terapie (Perls, 1969) a integruje ich s teóriou emócií, neurovedy a dialekticko-konstruktivistickou metateóriou. V rámci EFT terapie sa podľa Goldmanovej a Greenberga (1997, s. 402–403) pracuje na tom, že „klienti sú konzistentne povzbudzovaní, aby identifikovali a symbolizovali svoje vnútorné prežívanie a telesné pocity s cieľom vytvoriť nový význam. Terapia facilituje vedomý výber a odôvodnené konanie založené na ľahšom prístupe a uvedomovaní si svojho prežívania a emócií.“

TEÓRIA EMÓCIÍ V TERAPII ZAMERANEJ NA EMÓCIE

Na emócie zameraná terapia integruje najnovšie poznatky a zistenia o teórii a výskumoch emócií (napr. Ekman, 2012) a neurovedy (napr. Damasio, 1999; LeDoux, 1996), ktoré zdôrazňujú, že emócie sú fundamentálne adaptívne. Vďaka existencii emócií sú ľudia schopní spracovať komplexné situačné informácie veľmi rýchlo a automaticky s cieľom vyprodukovať činnosť vhodnú pre zabezpečenie dôležitých potrieb. Emócie sú centrálné pre ľudské fungovanie,

dysfunkcie i pre samotnú zmenu (Elliott, Greenberg, 2007).

Emócie sa môžu stať problematickými v dôsledku minulých traum alebo preto, že ľudia sú naučení ich ignorovať alebo nepovažovať za dôležité (Elliott et al., 2004). Emócie vo všeobecnosti poskytujú prístup k túžbam a potrebám, ktoré sú zdrojom činnosti. V terapii to znamená, že terapeut môže využívať klientove emócie ako akýsi terapeutický kompas, ktorý nasmerováva terapeuta i klienta na to, čo je pre klienta dôležité a čo klient pre to potrebuje urobiť.

Emocionálne schémy sú kľúčovým konceptom teórie o emóciách v EFT. Emocionálne schémy sú komplexnou biosociálnou integráciou kognícií, afektov, motivácie a vzťahového správania, ktoré funguje automaticky (neuvedomovane) a produkuje významy a tendencie konať, pričom vytvára afektívne reakcie vychádzajúce zo zhodnotenia situácie vzhľadom k potrebám a hodnotám. Dysfunkcia emocionálnej schémy môže byť dôsledkom chýbania jedného alebo viacerých jej elementov (Elliott et al., 2004). Samozrejme v ktoromkoľvek momente je aktívnych niekoľko emocionálnych schém simultánne. Príkladom jednej špecifickej emocionálnej schémy môže byť simultánny výskyt zrýchlenej srdcovej frekvencie, rýchleho a plytkého dýchania, svalového napätia v čelusti, dotykového vnemu držania rúk pri ústach, vizuálnej predstavy otcovej tváre, neartikulovaného presvedčenia, že čokoľvek teraz poviem, spôsobí krik otca, a silného nutkania vytratiť sa rýchlo preč.

Úlohou terapeuta je pomáhať klientovi porozumieť a transformovať svoje emocionálne schémy prostredníctvom empatického počúvania, evokatívnych alebo expresívnych intervencií. Okrem toho terapeut pomáha klientovi reflektovať a vyhodnocovať svoje emocionálne schémy, vystaviť seba samého adaptívnejším emocionálnym reakciám, a tým sprostredkovať klientovi zmenu. Pri práci s emóciami sa terapeut snaží najprv aktivovať problémové emocionálne schémy,

aby boli sprístupnené následnej zmene. Emocionálne schémy je pritom možné plne aktivovať reagovaním na ktorýkoľvek jej komponent. Tak sa terapeut môže zamerať na percepciu explorovanej problémovej situácie, na motiváciu (potreby a prania) v danej situácii, na emóciu a jej telesné prežívanie, ako i na jej pripisovaný kognitívny význam. Terapia sa zameriava na problémové emocionálne schémy (Timulák, 2010). Terapeut sa snaží pracovať na zvyšovaní schopnosti klienta spracovávať bolestivé emócie tak, aby bolo prekonané vyhýbanie sa im, pretože vyhýbanie sa emóciám bráni ich spracovaniu (Pascual Leone, Greenberg, 2007).

Konečným cieľom EFT je rozšíriť repertoár prežívania klienta. Negatívne zážitky často nepriaznivo ovplyvnia ľudí tak, že následne prežívajú svet v reštriktívnej a maladaptívnej podobe. Preto je cieľom EFT zvýšiť šírku, hĺbku a význam spojený s klientovými emóciami (Paivio, Pascal-Leone, 2010).

POSÚDENIE EMÓCIÍ

Pre hlbšie porozumenie emóciám je nevyhnutné v ktoromkoľvek momente rozlíšiť, či ten ktorý emocionálny zážitok je (Greenberg, 2002):

1) inštinktívny prvotný pocit, ktorý sa nazýva primárna emócia,

2) reaktívna alebo defenzívna emócia, ktorá zahŕňa primárnu emóciu, tzv. sekundárna emócia,

3) inštrumentálna alebo manipulatívna emócia, ktorá sa používa za účelom získania niečoho.

Primárne emócie sú najzákladnejšie, priame a pôvodné reakcie na situáciu. To sú prvé pocity, ktoré sú reakciou na situáciu ako napríklad hnev na poškodenie, strach na ohrozenie, smútok na stratu. Tieto emócie majú veľmi jasný význam pre prežitie a pohodu. Rýchlo vznikajú a rýchlo aj odznievajú. Tieto emócie sú orientované na podporu identity a intímnych vzťahov. Terapeut pomáha klientovi tieto emócie si uvedomovať, pomenovávať a vyjadriť.

Sekundárne emócie sú odpoveďou na vlastné pocity alebo myšlienky. Sekundárne nepríjemné pocity sú ľahko odlišiteľné, pretože sú nepríjemné a navyše všeobecné a nešpecifické. Veľmi často sú výsledkom vnútorného posudzovania alebo kontroly primárnych emócií – napríklad pocit bezmocnosti, keď je niekto nahneváný. Sú problematické, pretože bránia prežívaniu a vysporiadaniu sa s primárnymi emóciami, a tým aj naplneniu reálnych potrieb.

Inštrumentálne emócie sú emócie, ktoré sú vyjadrené za účelom ovplyvnenia iných. Môže ísť pritom o vedomé alebo nevedomé ovplyvňovanie. Napríklad niekto predstiera bezmocnosť za účelom získania pomoci a spolupráce.

Ďalším dôležitým krokom je rozlíšenie medzi primárnymi adaptívnymi emocionálnymi stavmi, ktoré poskytujú užitočné informácie, a preto je potrebné ich dostať do vedomia a potom sa nimi aj riadiť, a primárnymi neadaptívnymi stavmi, ktoré je naopak potrebné transformovať.

Maladaptívne emócie sú vo všeobecnosti založené na minulej traumatickej skúsenosti. Tieto emócie sa nemenia v meniacich sa situáciách a ani neposkytujú adaptívne nasmerovanie na riešenie problémov. Sú stále v čase a majú dezorganizujúci efekt. Dokonca narúšajú blízke vzťahy a vlastný sebaobraz. Príklady týchto maladaptívnych primárnych emócií sú pocit bezmocnosti, pocit neviditeľnosti, hlboký pocit narušenosti, nenormálnosti, nemilovateľnosti, neistoty, základný pocit bezcennosti alebo hanby. Týkajú sa celej identity človeka, sú asociované s primárne negatívnym sebaobrazom a nevyriešenými minulými zraneniami a strachmi.

ŠEŠŤ ZÁKLADNÝCH TERAPEUTICKÝCH INTERVENCIÍ NA SPRACOVANIE EMÓCIÍ

V terapii zameranej na emócie existuje šesť základných empiricky potvrdených intervencií na spracovanie emócií v terapeutickom vzťahu, ktoré zároveň slúžia aj ako ciele terapie.

A/ Sprístupnenie emócií

1. Uvedomovanie

Zvýšenie uvedomovania si emócií alebo ich pomenovávanie sú najzákladnejším celkovým cieľom terapie (Greenberg, 2010). Uvedomovanie si emócií prežívaných na terapeutickom sedení sa stáva centrom pozornosti, pretože klienti sú často zvyknutí na ignorovanie, odvrátenie pozornosti, potlačenie, únik alebo necítanie emócie. Keď ľudia vedia, čo cítia, dostanú sa do kontaktu so svojimi potrebami, a tým sú aj motivovaní postarať sa o ich naplnenie. Uvedomovanie si emócií však neznamená rozprávať o svojich pocitoch, ale skôr vedome cítiť svoje emócie. Zvyčajne prvým krokom zvyšovania uvedomovania si emócií je ich akceptácia. Neskôr sa klienti učia porozumieť, čo im chcú ich emócie povedať, a zároveň identifikovať svoje potreby a ciele, aby ich dosiahli. Emócie sa využívajú jednak na informovanie, ale aj na pohyb a zmenu. Terapeuti napomáhajú tomuto procesu naladením sa na klientove prežívanie a poskytovaním empatických dohadov, používaním klientovho slovníka, orientovaním klienta na jednotlivé konkrétne a nie všeobecné zážitky (Greenberg, Elliott, Pos, 2007) a sústredením sa na emocionálne prežívanie v tele.

2. Expresia

Vyjadrenie emócií v terapii neznamená ich ventilovanie, ale skôr prekonanie tendencie vyhýbať sa silným zážitkom a vyjadrenie predtým potlačených emócií (Foa, Kozak, 1986). Ľudia majú silnú tendenciu sa vyhýbať bolestivým emóciám. Normálne kognitívne procesy často deformujú emóciu a transformujú nepríjemné emócie ako smútok a hnev do dysfunkčného správania zameraného na vyhnutie sa pocitu (Greenberg, Elliott, Pos, 2007). Preto klienti musia najprv prežiť emóciu, a to často vyžaduje zmenu samotných presvedčení, zodpovedných za vyhýbanie sa emóciám, napr. „Hnev je nebezpečný.“, „Muži neplačú.“ Potom si musia klienti dovoliť a tolerovať

bytie v živom kontakte so svojimi vlastnými emóciami. Tieto dva kroky pripomínajú koncept expozície známy z iných terapeutických smerov. Z pohľadu EFT však nie je dostatočujúce tolerovať emocionálne prežívanie. Okrem prežitia emocionálneho zážitku ho klient potrebuje aj kognitívne uchopiť a porozumieť mu.

B/ Modulovanie a porozumenie emóciám

3. Regulácia

Je zrozumiteľné, že emocionálne vzrušenie a vyjadrenie emócií nie je vždy užitočné alebo vhodné ani v terapii, ani v bežnom živote. Dôležitá otázka terapie je, ktoré emócie by mali byť regulované a ako by mali byť regulované. Vo všeobecnosti regulované by mali byť sekundárne emócie zúfalstva a bezmocnosti alebo primárne maladaptívne emócie ako hanba z bezcennosti, úzkosť zo základnej neistoty a panika (Elliott, 2012). Bezpečné, validizujúce, podporné a empatické prostredie v terapii automaticky pomáha upokojiť distress a posilňuje self. Zručnosti regulácie emócií zahrňujú identifikáciu a pomenovanie emócií, pripustenie si emócií a ich tolerovanie, identifikovanie spúšťačov, vyhýbanie sa spúšťačom, vytvorenie vzdialenosti, zvýšenie pozitívnych emócií, zredukovanie citlivosti na negatívne emócie, seba-utíšenie (self-soothing), súciť so sebou, pozitívnu vnútornú reč, relaxáciu, dýchanie, meditatívne praktiky, seba-akceptáciu, všímavosť (mindfulness) a odvrátenie pozornosti. Schopnosť utíšiť seba sa vytvára počiatočnou internalizáciou tíšenia zo strany signifikantného ochraňujúceho druhého človeka (Greenberg, 2010). Postupom času sa tíšenie ochraňujúceho druhého stáva implicitným seba-tišením a schopnosť regulovať pocity je automatická bez vedomého úsilia.

4. Reflexia

Reflexia emocionálneho zážitku pomáha ľuďom vytvárať nový význam, podporuje asimiláciu nespracovanej emócie do pokračujúceho príbehu a rozvinutie nového

príbehu vysvetľujúceho zážitok, čo následne vedie k novému pohľadu na seba, iných aj na svet (Greenberg, 2010). Pennebaker (1995) poukázal na pozitívny efekt písania o emocionálnom zážitku na aktivitu autonómneho nervového systému, imunitu, fyzické aj psychické zdravie a upozornil, že prostredníctvom jazyka sú jednotlivci schopní organizovať, štrukturovať a asimilovať emocionálny zážitok a situáciu, ktorá ho vyvolala.

C/ Transformovanie emócií

5. Transformácia

V EFT terapii sa transformácia vzťahuje špecificky na transformáciu primárnych maladaptívnych emócií aktiváciou iných adaptívnych emócií. V EFT je dôležité najprv aktivovať maladaptívnu primárnu emóciu, pretože takto sa stane prístupnou na zmenu (viď Obrázok 1). Súbežná aktivácia nekompatibilnej adaptívnejšej emócie spolu s ňou alebo ako odpoveď na maladaptívnu emóciu pomáha transformovať tú maladaptívnu. Napríklad maladaptívny strach sa u obete traumy transformuje adaptívnym hnevom (Greenberg, 2010). Základnou podmienkou sprístupnenia alternatívnej emócie je empatický terapeutický vzťah. V rámci tohto vzťahu (Greenberg, 2002) terapeut môže viacerými spôsobmi sprístupniť novú emóciu, ktorá pomôže transformovať starú maladaptívnu:

Zmenou pozornosti na subdominantnú emóciu, ktorá je často prítomná neverbálne v tóne hlasu alebo v štýle vyjadrovania.

Sprístupnením potrieb a cieľov do vedomia jednoduchou otázkou na klienta, keď je vo svojom maladaptívnom stave, čo by potreboval, aby odstránil svoju bolesť. Uvedomenie si potreby alebo cieľa organizuje klienta na hľadanie naplnenia a riešenia situácie.

Pozitívnu imagináciu sa dá prívodiť emocionálna reakcia. Tréningom sa ľudia môžu naučiť generovať opačné emócie cez predstavivosť a použiť ich ako protilek na negatívne emócie.

Expresívnym prehraním emócie na spô-

sob psychodrámy sa dá klient koučovať tak, aby danú emóciu aj precítil. Emocionálny stav sa dá navodiť aj zámerným osvojením si pozície tela a neverbálnej komunikácie, ktorá zvyčajne sprevádza tento emocionálny stav.

Spomenutím si na inú emóciu v inej situácii sa dá táto emócia znovu navodiť v prítomnosti.

Navodením emócie prostredníctvom hudby, filmu, umenia, humoru...

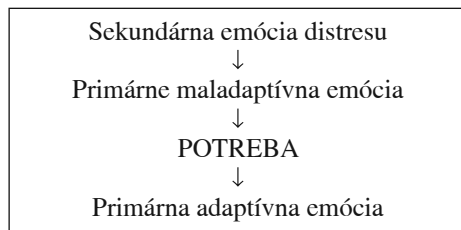
Kognitívnym vytvorením nového významu situácie alebo aj rozprávaním o význame emocionálneho zážitku, čo často klientom pomáha prežívať nové emócie.

Terapeut môže vyjadriť príslušnú emóciu namiesto klienta v prípade, že to on nie je schopný urobiť sám za seba.

Využitím terapeutického vzťahu na vygenerovanie novej emócie – nová emócia je vyvolaná ako odpoveď na novú interakciu s terapeutom.

6. Korektívny zážitok emócie

Zmena emócie môže nastať aj novo prežitou emocionálnou interpersonálnou skúsenosťou v terapeutickom vzťahu alebo zážitkom úspechu s inými ľuďmi v bežnom živote klienta (Greenberg, 2012). Tento úspešný zážitok vyvracia patogenetické presvedčenia, poskytuje interpersonálne tíšenie a mení emóciu.



Obrázok 1. Základný terapeutický proces zmeny (Greenberg, 2012)

MARKERY EFT TERAPIE

Charakteristickou vlastnosťou EFT je, že terapeutické intervencie sú riadené explicitnými a výskumne podloženými markermi,

pričom je terapia direktívna v procese (Greenberg, 2010). Marker je správanie počas terapeutického sedenia, ktoré signalizuje, že klient je pripravený pracovať na špecifickom probléme alebo úlohe (Elliott, Greenberg, 2007). Na základe výskumu sa zistilo, že klienti počas terapeutického sedenia vstupujú do špecifických problematických stavov spracovávaní emócií, ktoré sú identifikovateľné podľa určitého konkrétneho druhu správania klienta. Istý typ správania klienta upozorňuje na isté emocionálne problémy, a tým vytvára príležitosti na istý typ afektívnej intervencie. Predchádzajúce výskumy úspešnej terapie (Rice, Greenberg, 1984) identifikovali sériu krokov, ktorými musí klient za sprievodu terapeuta prejsť, aby sa facilitovala úspešná zmena u klienta. EFT terapeuti sú trénovaní na zachytenie markerov rozličných problematických emocionálnych procesov a tiež aj na špecifickú intervenciu, ktorá je optimálna na riešenie týchto konkrétnych problémov. Bolo identifikovaných šesť základných markerov (Greenberg, Elliott, Pos, 2007). Elliott (2012) popisuje celkovo až trinásť úloh a markerov.

1. **Problematická reakcia** vyjadrená zmätkom v súvislosti s emocionálnou alebo behaviorálnou reakciou na špecifickú situáciu. Terapeut v takomto prípade volí intervenciu s názvom systematické evokatívne rozvinutie. Keď klient prezentuje problematickú reakciu, terapeut mu navrhne, aby ho klient sprevádzal touto udalosťou od toho, čo jej predchádzalo, ako vnímal danú situáciu, svojim vnútorným emocionálnym prežívaním udalosti a na čo presne z nej klient reagoval – spúšťač reakcie. Táto intervencia pozostáva z intenzívneho asociovania zážitku s cieľom znovuprežitia situácie a reakcie tak, aby sa vytvorilo spojenie medzi situáciou, myšlienkami, emocionálnymi reakciami a nakoniec sa dospelo k implicitnému významu situácie, ktorý klientovi dáva zmysel.

2. **Nejasný pocit** znamená, že klient je na povrchu, v chaose a neschopný porozumieť svojmu zážitku. Napríklad ak je klient na

stretnutí emocionálne odťažitý vo forme intelektuálneho alebo externalizujúceho rozprávania bez toho, aby sa dostal k tomu, čo je pre neho dôležité, môže ho terapeut vyzvať, aby sa sústredil na preskúmanie svojho vnútorného prežívania, telesného pociťovania so zvedavosťou, pozornosťou a ochotou nájsť k nemu prislúchajúce slová. Nejasný pocit si vyžaduje focusing (Gendlin, 1996).

3. **Konfliktové štiepenie**, v ktorom jeden aspekt seba je kritický alebo násilnícky voči druhému aspektu seba. Terapeut iniciuje dialóg na dvoch stoličkách navrhnutím, aby sa klient presúval medzi dvomi stoličkami, pričom každá stolička reprezentuje jeden aspekt seba v snahe prehrať vnútorný dialóg medzi týmito dvomi časťami. Myšlienky, pocity a potreby každej z častí sú preskúmané a odkomunikované s cieľom dospieť k integrácii medzi týmito dvoma stranami.

4. **Sebaprerušovanie** vzniká, keď jedna časť self prerušuje alebo obmedzuje či zastavuje emocionálne prežívanie alebo emocionálne vyjadrenie. V terapeutickej intervencii sa blokujúca časť seba stáva explicitnou, klient si začína uvedomovať, ako sám prerušuje svoje prežívanie, a je požiadaný, aby si prehral na sedení spôsoby, ktorými to robí, či už fyzicky (pridusením, prehltnutím, stíšením hlasu) alebo metaforicky (predstavou klieťky) alebo verbálne (Toto neprežiješ!, Buď ticho!...). Takto si klient zažije seba ako agenta sebaprerušovania a následne sa môže vzoprieť blokujúcej časti seba.

5. Marker nedokončenej záležitosti sa týka vyjadrenia pretrvávajúceho nevyriešeného pocitu ku signifikantnej osobe. **Nedokončená záležitosť** potrebuje zo strany terapeuta intervenciu prázdnej stoličky. Terapeut navrhne klientovi, aby si predstavil daného človeka na prázdnej stoličke a vyjadril mu nevyjadrené alebo nevyriešené pocity voči nemu. Niekedy terapeut požiada klienta, aby si sadol na druhú stoličku a z pozície signifikantného druhého hovoril k sebe. Použitie dialógu prázdnej stoličky aktivuje u klienta jeho vnútorný pohľad na signifikantného druhého človeka a umožňuje mu znovu si

prežiť a preskúmať svoje emocionálne reakcie na druhého a porozumieť im.

6. **Zraniteľnosť**, v ktorej sa self cíti krehké, hlboko zahanbené alebo neisté v súvislosti s nejakou časťou vlastného zážitku. Klient nechotne a často po prvýkrát v živote prizná druhej osobe, že bojuje so silnými pocitmi osobnej hanby, bezcennosti, zraniteľnosti, zúfalstva a beznádeje. Takáto zraniteľnosť si vyžaduje empatickú validizáciu. Terapeut musí v takomto prípade srdečne akceptovať klienta a nielen validizovať, ale aj normalizovať jeho zážitok. Akceptácia klienta tam, kde sa práve nachádza vo svojej zraniteľnosti, mu pomáha odlišiť, že tu ide iba o jeden z jeho aspektov a nie o jeho celé self.

MIKROMARKERY EFT TERAPIE

Okrem markerov sa dá v rámci terapie EFT sústrediť aj na tzv. mikromarkery, ktoré môžu byť buď verbálne, alebo neverbálne (Elliott et al., 2004).

Verbálne mikromarkery

Jemná zmena obsahu

Pretože terapeutovým cieľom je pomôcť klientovi sa dostať z repetitívneho prežívania, terapeut musí byť veľmi pozorný voči jemným nuansám významu, ktoré môžu byť na periférii klientovho vedomia. Prinesením týchto nuansov do klientovho vedomia terapeut zosilňuje ich odpovede a zvyšuje variabilitu reakcií.

Hlboké dojatie

Na výcviku EFT sa účastníci cvičia v počúvaní a rozoznávaní emocionálne silných momentov v klientovom príbehu, ktoré vyvolávajú dojatie. Dojatie je dobrý indikátor prítomnosti emócie a zážitku, ktorý potrebuje ďalšie spracovanie. Obzvlášť dojímavý alebo nezvyčajný jazyk je pre terapeuta kľúčom, na čo sa má v práci s klientom sústrediť, aby sa dostal do kontaktu so svojím emocionálnym, subjektívnym prežívaním.

Nacvičené a opakované popisovanie seba a situácie

Niekedy klienti popisujú seba, ako keby pozorovali tretiu osobu. Rozprávanie je veľmi racionálne a pôsobí dojmom, že bolo dopredu naučené a namemorované. V takomto prípade terapeut pomáha klientovi dostať sa k svojim emóciám a uvedomiť si vplyv situácie (Elliott et al., 2004).

Túlanie sa klienta

Klienti niekedy veľa rozprávajú, aby vyplnili priestor alebo z úzkosti, a vo vnútri pritom dúfajú, že ich terapeut usmerní. Preto je dôležité, aby sa terapeut cvičil v umení prerušiť klienta s rešpektom a jemne viesť proces.

Bezprostrednosť jazyka

Terapeuti tiež vyhľadávajú indikátore toho, že klient je práve aktuálne v kontakte s tým, čo hovorí. Takéto indikátore bezprostredného prežívania sú **konkrétnosť** (na rozdiel od abstraktnosti), **špecifickosť** (na rozdiel od všeobecnosti), **živosť použitého jazyka** (nakolko svieže, pestré a intenzívne sú predstavy a pocity v klientovom materiály).

Neverbálne mikromarkery

Neverbálne správanie

Klienti si často nie sú vedomí toho, čo komunikujú svojím telom. Pomenovanie ich neverbálnej komunikácie spolu s pýtaním sa, ako sa cítia, im môže pomôcť pozrieť sa dovnútra, rozšíriť svoje uvedomovanie si a spracovať príslušný zážitok.

Klientovo váhanie alebo inhibícia počas sedenia

Nedostatok synchronie medzi klientom a terapeutom môže byť znakom, že terapeut sa práve potrebuje viac venovať budovaniu vzťahu a nie byť úlohovo orientovaný alebo tiež, že terapeut nedostatočne naformuloval klientovu záležitosť.

Nekongruentné vyjadrenia

V prípade, že klienti majú ťažkosti s vyjadrovaním emócií, ich emócie a správanie

môžu spolu nekorešpondovať. Môže to mať podobu sarkazmu, dvojitej väzby, vyjadrenia, ktoré vytvára neželaný dojem, či vyjadrenie, ktorého si klient nie je vedomý. Základnou charakteristikou týchto nejednoznačných vyjadrení je, že klient nie je schopný sprostredkovať želanú emocionálnu správu druhým. Keď terapeut spozoruje takúto nekongruentnosť, prvá intervencia by mala byť exploratórna, aby porozumel, čo sa s klientom deje, a následne mu pomôcť uvedomiť si svoje emócie jasnejšie.

Kvalita hlasu

Rice, Koke, Greenberg a Wagstaff (1979) vytvorili nástroj na klasifikovanie klientových vokálnych kvalít na: focusovaný, emocionálny, externalizujúci a limitovaný hlas. Klienti, ktorí demonštrujú málo focusovania a málo emocionalitu v hlase, potrebujú viac pomoci, aby boli schopní spracovať vnútornú experienciálnu informáciu. Klienti s vysokou úrovňou externality môžu profitovať, ak sa im pomôže sústrediť sa dovnútra. Naopak klienti s vysokým stupňom limitovanej vokálnej kvality potrebujú bezpečné prostredie na vytvorenie dôvery v terapeuta, aby sa uvoľnili.

KONCEPTUALIZÁCIA PRÍPADU V EFT

Konceptualizácia prípadu formuje terapeutovu stratégiu pre terapiu s konkrétnym klientom. Každý terapeut si klientov aktuálny problém prekladá do svojho teoretického porozumenia prípadu, čo môže spôsobovať alebo podporovať problematickú záležitosť a čo teda treba urobiť v terapii, aby sa problém vyriešil (Timulák, 2011). Konceptualizácia prípadu sa veľmi líši v závislosti od psychoterapeutickej teórie v rôznych terapeutických smeroch. Je to prirodzené vzhľadom na to, že rozdielne terapeutické prístupy podobne popisujú psychopatológiu a súhlasia aj so zručnosťami, ktoré terapeut vo svojej práci využíva, majú však radikálne odlišné uchopenie príčin psychopatológie.

Greenberg a Watson (2006) formulujú

osem krokov užitočných pre konceptualizáciu prípadu v terapii zameranej na emócie.

1. Identifikovanie predloženého problému

Zameraním na to, čo klienta privádza do terapie, sa terapeut dostane k predloženému problému, ktorý neskôr preformuluje v termínoch problematických emocionálnych schém.

2. Explorácia klientovho príbehu o predloženej probléme

Terapeut prostredníctvom empatického počúvania hlbšie exploruje problém a dostáva sa bližšie k základnej problematickej emocionálnej schéme.

3. Zber informácií o minulých a prítomných skúsenostiach s raným attachmentom a formovaním identity

Problematické emocionálne schémy sú centrovane okolo dôležitých vzťahových a osobných zážitkov identity, ktoré hrali úlohu vo vytvorení alebo udržiavaní problematických emocionálnych schém.

4. Pozorovanie a venovanie sa klientovmu štýlu spracovania emócií

Terapeut skúma úroveň emocionálneho vzrušenia, pozoruje, či klient príliš veľa alebo príliš málo reguluje svoje emócie vo všeobecnosti v živote a tiež počas terapeutických sedení. Terapeut tiež odhaduje klientov štýl rozprávania a rozlišuje medzi primárnymi a sekundárnymi a inštrumentálnymi emóciami, snaží sa identifikovať, či je emócia maladaptívna alebo adaptívna.

5. Identifikovanie bazálnej emocionálnej bolesti (core pain)

Terapeut vo svojom počúvaní klienta sleduje takzvaný „kompas bolesti“, pretože najbolestivejšie a najdojímavejšie udalosti a zážitky, ktoré klient uvádza, sú základom maladaptívnych emocionálnych schém spôsobujúcich klientovo problematické fungovanie. Identifikovanie bazálnej bolesti

umožní terapeutovi formulovať, čomu sa je potrebné venovať. Terapeut to explicitne klientovi komunikuje.

6. Identifikovanie tematických interpersonálnych a intrapersonálnych procesov

Bazálna bolesť klienta je prepojená s interpersonálnymi (otázky väzby, ako napríklad strach z odmietnutia alebo zo závislosti) a intrapersonálnymi témami (sebaúcta a sebaopojatie, ako napríklad hanba). Tieto témy sú prepojené s bazálnou bolesťou, aktuálnymi problémami a zážitkami vzťahujúcimi sa k nej.

7. Identifikovanie markerov, ktoré ovplyvňujú výber terapeutických úloh

Terapeutické úlohy sú iniciované terapeutom na základe objavenia sa príslušného markera, t.j. indikátor na sedení, že je možnosť použiť špecifickú úlohu. Úlohy sú vo všeobecnosti výskumom podložené experienciálne postupy, ktoré sa snažia budovať vzťah, sprístupniť, umožniť emocionálne prežívanie, znovu spracovať problematické emocionálne zážitky a transformovať intrapersonálne alebo interpersonálne problematické zážitky, ktoré boli zadefinované ako focus terapie.

8. Práca so stále sa meniacim procesom v rámci sedenia a úloh

V EFT ako v každej experienciálnej terapii terapeut kontinuálne monitoruje a odpovedá na stále sa meniace prežívanie svojho klienta. Pri riešení špecifickej úlohy terapeut tiež používa okrem markerov aj mikromarkery, ktoré poskytujú informácie o terapeutickom naladení a prispôbení úlohy pre špeciálne spracovanie klienta (Timulák, 2011).

PREHLAD VÝSKUMNÝCH ZISTENÍ EFT

EFT vygenerovalo viac výskumu týkajúceho sa procesu zmeny než akýkoľvek iný liečebný prístup (Elliott, Greenberg, Lie-

taer, 2004). EFT sa ukázala byť efektívnou terapiou vo viacerých randomizovaných klinických štúdiách. Manualizovaná forma EFT pre liečbu depresie (Greenberg, Watson, 2006) vykázala vysokú efektivitu vo viacerých rozličných výskumných štúdiách (Greenberg, Watson, 1998; Goldman, Greenberg, Angus, 2006; Watson et al., 2003; Goldman, Watson, Greenberg, 2011). V týchto výskumoch sa zistilo, že EFT je aspoň tak efektívna alebo aj efektívnejšia než na osobu zameraná terapia a kognitívne behaviorálna liečba. Všetky typy liečby boli veľmi účinné, EFT však bola efektívnejšia v redukovani interpersonálnych problémov v porovnaní s oboma terapiami. EFT podporila viac zmeny v symptomatológii ako na klienta zameraná terapia. EFT vykázala vysokú mieru liečby bez recidívy, až 77 % (Ellison et al., 2009). Doteraz je EFT jediná (Paivio, Pascual-Leone, 2010) na dôkazoch založená individuálna terapia pre mužov aj pre ženy, ktorí sa zaoberajú rozličnými druhmi zlého zaobchádzania v detstve (emocionálne zanedbávanie, fyzické, emocionálne a sexuálne zneužívanie). Výskumy podporujú efektivitu EFT v liečbe traumy a komplexnej traumy (Paivio, Nieuwenhuis, 2001; Paivio, Pascual-Leone, 2010; Paivio et al., 2010), posttraumatickej stresovej poruchy (Anderson et al., 2010), sociálnej úzkosti (MacLeod, Elliott, Rodgers, 2012; Stephen, Elliott, MacLeod, 2011), generalizovanej úzkostnej poruchy (Timulák, McElvaney, 2012), ženskej neplodnosti (McQueeney, Stanton, Sigmon, 1997), interpersonálnych problémov (Paivio, Greenberg, 1995; Greenberg, Warwar, Malcom, 2008), väznených násilníkov v partnerskom vzťahu (Pascual-Leone, Bierman, Arnold, Stasiak, 2011), depresie **u pacientov so sklerózou multiplex** (Beckner et al., 2010), u pacientov s rakovinou (Giese-Davis et al., 2002), pri seba-kriticizme (Shahar et al., 2011), v rozhodovacích konfliktoch (Clarke, Greenberg, 1986; Greenberg, Webster, 1982), pri interpersonálnych ťažkostiach (Toukmanian, Grech, 1991) alebo pri ne-

dokončenej záležitosti (Greenberg, Foerster, 1996; Greenberg, Malcolm, 2002). EFT zatiaľ nepreukázalo efektívnosť vo výskume liečby panikovej poruchy (Shear et al., 2001). Existujú práce venujúce sa postupom a odporúčaniam ako pracovať s EFT s rôznymi ďalšími diagnózami ako napríklad mentálna anorexia (Dolhanty, Greenberg, 2007), unipolárna alebo bipolárna afektívna porucha (Power, Schmidt, 2004), hraničná porucha osobnosti (Pos, Greenberg, 2012; Warwar, Links, Greenberg, Bergmans, 2008), bulímia (Wnuk, 2009), psychosomatické problémy (Sachse, 1995) alebo v iných záťažových situáciách ako narušenie vzťahu učiteľ a žiak (Lander, 2009) či pri smútení (Jianxiu, 2006).

Príbuzná terapia s názvom Na emócie zameraná párová terapia vytvorená Greenbergom a Johnsonovou (1988) je považovaná za uznávanú a empiricky podloženú liečbu pre párový distress (Snyder, Castellani, Whisman, 2006). Aktuálne je to najviac empiricky validizovaná párová terapia okrem behaviorálnych prístupov, ktoré však majú oveľa dlhšiu tradíciu (pre prehľad pozri Halamová, 2013a, 2013b).

EFT terapia sa stále ďalej vyvíja na základe ďalších výskumov. Hlavnými výskumnými centrami v súčasnosti sú v Kanade Emotion-Focused Therapy Clinic na York University (www.emotionfocusedclinic.org) – L. Greenberg a A. Pos, L. Angus), University of Windsor (S. Paivio a A. Pascal-Leone) a University of Toronto (J. Watson), v USA Agrosy University (R. Goldman), v Írsku Trinity College Dublin (L. Timulák) a vo Veľkej Británii Strathclyde University (R. Elliott). Párová verzia EFT terapie sa zase viac rozvíja v Kanade na University of Ottawa pod vedením S. Johnson (<http://www.icceft.com>).

Čo sa týka situácie na Slovensku a v Čechách, jediné a aj to čiastočné vzdelávanie v tomto prístupe sa uskutočnilo v roku 2011, kedy bol na Slovensku zakladateľ EFT Les Greenberg a odlektoroval tu dvojdnový seminár. Pre kompletný tréning v tomto prí-

stupe je preto zatiaľ nevyhnutné vycestovať do zahraničia. Priebežné informácie o tom, v ktorej krajine, ktorá úroveň tréningu a kedy sa uskutoční vzdelávanie možno nájsť na web stránke kanadského inštitútu pre EFT www.emotionfocusedclinic.org. Záujemcovia zo Slovenska a z Čiech, ktorí by sa radi naučili o tomto terapeutickom smere viac, si môžu pozrieť učebnicu terapie zameranej na emócie od Halamovej (2013b), ktorá prináša podrobný prehľad o individuálnej aj párovej forme tejto terapie.

Aj keď počet výskumných štúdií o EFT stále rastie, väčšina z nich je vypracovaná zástancami tohto terapeutického prístupu, čo čiastočne spochybňuje integritu výsledkov (Greenberg, Elliot, Lietaer, 1994). Napriek tomu, v metaanalýze v 18 procesoch experimentálnych štúdií Elliott, Greenberg a Lietaer (2004) vypočítali relatívne veľkú mieru efektu (1.26), merajúcu rozdiel pred a po liečbe.

Už od samého začiatku bola EFT vytváraná ľuďmi, ktorí sa snažili integrovať dohromady výskum a terapiu. V dôsledku toho teória aj intervencie tohto terapeutického prístupu sú založené na výskume. Každá intervencia tohto terapeutického prístupu je realizovaná a ďalej sa vyvíja ruka v ruke s detailným výskumom jej procesu a efektu (Paivio, Pascal-Leone, 2010). To je veľmi silnou stránkou tohto terapeutického prístupu. Greenberg (2011) však aj tak vidí budúcnosť psychoterapie vo výskume procesov zmeny v rozličných terapeutických prístupoch a v porozumení toho, kedy použiť ktorý proces, a verí, že tak rôznorodé terapeutické smery časom stratia svoje opodstatnenie. Terapeuti budú vedieť, kedy, čo a ako funguje, a budú to vedieť použiť pre dobro klienta a pre navodenie želateľnej zmeny.

LITERATÚRA

Anderson, T., Fende Guajardo, J., Luthra, R., Edwards, K. M. (2010). Effects of clinician-assisted emotional disclosure for sexual assault survivors: a pilot study. *Journal of Interpersonal Violence* 25, s. 1113–31.

- Beckner, V., Howard, I., Vella, L., Mohr, D. C. (2010). Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 33, s. 47–59.
- Clarke, K., Greenberg, L. (1986). The differential effects of Gestalt two chair dialogue and cognitive problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology* 33, s. 11–15.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Dolhanty, J., Greenberg, L. S. (2007). Emotion-Focused Therapy in the Treatment of Eating Disorders. *European Psychotherapy* 7, s. 97–116.
- Ekman, P. (2012). *Odhalené emócie*. Bratislava: Braingy.
- Elliott, R. (2012). Emotion Focused Therapy. In Sanders, P. (Ed.). *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2nd ed.). Ross-on-Wye: PCCS Books, s. 103–130.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy* 61, s. 241–254.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapy. In Lambert, M. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, s. 493–539.
- Ellison, J., Greenberg, L., Goldman, R., Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, s. 103–112.
- Foa, E. B., Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 99, s. 20–35.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Fobair, P., Benson, J., Kraemer, H. C., Spiegel, D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, s. 916–25.
- Goldman, R., Greenberg, L. (1997). Case formulation in experiential therapy. In Ells, T. (Ed.). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. N. Y.: Guilford Press, s. 402–429.
- Goldman, R., Greenberg, L., Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research* 16, s. 536–546.
- Goldman, R. N., Watson, J. C., Greenberg, L. S. (2011). Application of the “Individual-Case-Comparison” Method to cases in Emotion-Focused Therapy: „Eloise,” a case of good outcome. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* 7 (2), s. 305–338.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-focused Therapy: A Clinical Sythesis. *Focus* 8, s. 32–42.
- Greenberg, L. (2011). *The heart of the matter: New therapist talks to Les Greenberg about EFT*. Stiahnuté 29.11.2012 na <http://www.youtube.com/watch?v=QpbmxHBWJqM>
- Greenberg, L. (2012). *Emotion-focused therapy: The Transforming Power of Affects*. Stiahnuté 21. 8. 2012 na http://www.emotions-fokussierte-therapie.de/downloads/Greenberg_Emotion_Focused_Therapy.pdf
- Greenberg, L., Elliott, R., Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). Oxford England: John Wiley and Sons, s. 509–539.
- Greenberg, L., Elliott, R., Pos, A. (2007). Emotion-Focused therapy: An Overview. *European Psychotherapy* 7, s. 19–39.
- Greenberg, L. S., Foerster, F. (1996). Resolving unfinished business: The process of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, s. 439–446.
- Greenberg, L., Johnson, S. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, s. 406–416.
- Greenberg, L. S., Paivio, S. (1997). *Working with*

- emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L., Rice, L., Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology* 55, s. 185–196.
- Greenberg, L., Watson, J. (2006). *Emotion-focused therapy of Depression*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L., Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research* 8, s. 210–224.
- Greenberg, L. S., Webster, M. (1982). Resolving decisional conflict by means of two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology* 29, s. 468–477.
- Halamová, J. (2013a). Na emócie zameraná párová terapia. *Československá psychologie*. V tlači.
- Halamová, J. (2013b). Zaostreň na emócie I. *Učebnica Terapie zameranej na emócie*. V tlači.
- Jianxiu, G. (2006). Application of Emotion-Focused Therapy in Bereavement: a Case Study. *Canadian Social Science* 2, s. 90–93.
- Lander, I. (2009). Repairing Discordant Student—Teacher Relationships: A Case Study Using Emotion-Focused Therapy. *Children and Schools* 31, s. 229–238.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- MacLeod, R., Elliott, R., Rodgers, B. (2012). Process experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: A hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research* 22, s. 67–81.
- McQueeney, D. A., Stanton, A. L., Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine* 20, s. 313–31.
- Paivio, S. C., Greenberg, L. S. (1995). Resolving “unfinished business”: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, s. 419–425.
- Paivio, S., Nieuwenhuis, J. (2001) Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress* 14, s. 115–133.
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., Ralston, M. (2010). Efficacy of Two Versions of Emotion Focused Trauma Therapy for Problems Stemming from Childhood Abuse. *Psychotherapy Research* 20(3), s. 353–366.
- Paivio, S. C., Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Pascual-Leone, A., Bierman, R., Arnold, R., Stasiak, E. (2011). Emotion-focused therapy for incarcerated offenders of intimate partner violence: a 3-year outcome using a new whole-sample matching method. *Psychotherapy Research* 21, s. 331–347.
- Pascual Leone, A., Greenberg, L. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why „the only way out is through.“ *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75, s. 875–887.
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Perls, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S. (2012). Organizing Awareness and Increasing Emotion Regulation: Revising Chair Work in Emotion-Focused Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* s. 26, s. 84–107.
- Power, M. J., Schmidt, S. (2004). Emotion-focused Treatment of Unipolar and Bipolar Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 11, s. 44–57.
- Rice, L. N., Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- Rice, L. N., Koke, C. J., Greenberg, L. S., Wagstaff, A. K. (1979). *Manual for client vocal quality*. Toronto: York University.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Sachse, R. (1995). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen- Darm-Erkrankungen. In Eckert, J. (Ed.). *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie*. Köln, Germany: GwG-Verlag, s. 27–49.

- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., Arkowitz, H. (2011). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 19 (6), s. 496–507. Stiahnuté 3.9.2012 na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21710579>.
- Shear, M., Houck, K., Greeno, P., Masters, C., Masters, S. (2001). Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *The American Journal of Psychiatry* 158 (12), s. 1993–1998.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., Whisman, M. A. (2006): Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Clinical Psychology* 57, s. 317–344.
- Spinoza, B. (1967). *Ethics IV*. New York: Hafner Publishing Company.
- Stephen, S., Elliott, R., MacLeod, R. (2011). Personcentred therapy with a client experiencing social anxiety difficulties: A hermeneutic single case efficacy design. *Counselling and Psychotherapy Research* 11 (1), s. 55–66.
- Timuľák, L. (2010). Na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 147–163.
- Timuľák, L. (2011). *Developing your counselling and psychotherapy skills and practice*. London: Sage.
- Timuľák, L., McElvancy, J. (2012). Emotion-Focused Therapy for Generalised Anxiety Disorder. Paper presented at conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, Antwerp, Belgium.
- Toukmanian, S. G., Grech, T. (1991). *Changes in cognitive complexity in the context of perceptual-processing experiential therapy* (Report No. 194). Toronto, Ontario, Canada: York University, Department of Psychology.
- Warwar, S. H., Links, P. S., Greenberg, L., Bergmans, Y. (2008). Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice* 14 (2), s. 94–104.
- Watson, J., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, F., Steckley, P. (2003). Comparing effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, s. 773–781.
- Wnuk, S. (2009). *Treatment Development And Evaluation Of Emotion-Focused Group Therapy for Women with Symptoms of Bulimia Nervosa*. Dissertation. Toronto: York University.
- O autorovi:*
 Mgr. Júlia Halamová, PhD., pracuje na Katedre psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Je zapísaná na Zozname psycho-terapeutov Slovenskej republiky a Zozname mediátorov Slovenskej republiky. Má súkromnú psychologickú a psychoterapeutickú prax. Profesijne sa orientuje na poraden- skú, komunitnú psychológiu a psychoterapiu.
- Mgr. Júlia Halamová, PhD. Katedra psy- chológie a patopsychológie, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského, Moskov- ská 3, 811 08 Bratislava
 e-mail: julia.halamova@gmail.com
<http://www.fedu.uniba.sk/index.php?id=5462>
<http://www.terapiavbratislave.sk>
- Došlo do redakcie 22. 1. 2012, v revidova- ném znení 26. 2. 2013. K publikácii prijat 5. 3. 2013.

VLIV TYPU VZTAHOVÉ VAZBY KLIENTA NA PSYCHOTERAPEUTICKÝ PROCES

The influence of the attachment type to the psychotherapeutic process

Petra Vondráčková¹, Zbyněk Vybíral²

Studie vznikla díky institucionální podpoře Univerzity Karlovy v Praze v rámci programu PRVOUK P03/LF1/9¹ a díky institucionální podpoře Masarykovy univerzity².

ABSTRAKT

Text představuje základní úvod do teorie vztahové vazby a dále poukazuje na souvislost mezi ní a psychotherapeutickým procesem. Autoři tak činí za předpokladu, že typ vztahové vazby má v psychotherapeutickém procesu vliv na směr zaměření pozornosti klientů na různá témata, způsob, jakým regulují své emoce, i na styl jejich komunikace. U každého ze čtyř typů vztahové vazby (jistý typ, vyhýbavý typ, úzkostně vyhýbavý typ a zapletený typ) je načrtnuta základní dynamika jeho vzniku v raném dětství, projevování v dospělosti, a dále je pak na základě analýzy odborné literatury uvedeno, jak se klienti s jednotlivými typy vztahové vazby chovají v rámci psychotherapeutického procesu a jaké jsou v literatuře doporučované intervence při práci s klienty s konkrétními typy vztahové vazby.

Klíčová slova: attachment – vztahová vazba – psychoterapie – psychotherapeutický proces

ABSTRACT

Text presents a basic introduction into the concept of attachment, which is then connected to the psychotherapeutic process, on

the assumption that the type of attachment to the psychotherapeutic process influences the direction of the clients' focus on different topics, the way they regulate their emotions and on their communication style. For each of the four types of attachment (secure type, fearful-avoidant type, dismissive-avoidant type, preoccupied type) is outlined the basic dynamic of its formation in early childhood and then based on the meta-analysis literature how the clients with different types of attachment behavior behave in the psychotherapeutic process and what are the interventions recommended in the literature when working with clients with specific types of attachment.

Key words: attachment – psychotherapy – psychotherapeutic process

ÚVOD

V 50. letech minulého století John Bowlby (2010) popsal koncept vztahové vazby, kterou definoval jako trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu. Bowlby zdůrazňuje, že vztahová vazba je instinktivní povahy a je utvářena v raném dětství prostřednictvím vztahové zkušenosti s matkou či v případě absence matky jinou pečující osobou. Na základě této rané zkušenosti má člověk tendenci vytvářet vnitřní pracovní modely vztahové vazby, které jsou tvořeny reprezentacemi sebe, druhých a vzájemných vztahů, jež se pak projevují v jistém nebo nejistém stylu vztahové vazby. Hazanová a Shaver (1987, 1994) zjistili, že lidé tyto vztahové vzorce chování opakuji ve svých blízkých vztazích v dospělém věku. Bowlby

¹ Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN, Praha

² Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie a Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny, Brno

(1988) upozorňuje na negativní vztah mezi nejistým typem vztahové vazby a duševním zdravím jedince, což potvrzují i výzkumy, které uvádí, že mezi psychiatrickými klienty najdeme větší počet osob s nejistou vztahovou vazbou oproti zdravé populaci (Fonagy et al., 1996) a že klienti s nejistým typem vztahové vazby vykazují více psychických problémů (Cyranowski et al., 2002).

Lidé obvykle vyhledávají psychotherapeutickou pomoc v nepříznivé životní situaci. Ta u nich často aktivuje vazbové chování ve vztahu k psychotherapeutovi, který jim nabízí pochopení a podporu, a díky tomu již samotný psychotherapeutický vztah vykazuje základní charakteristiky vztahové vazby (například Bowlby, 1988; Mallinckrodt, 2010; Sable, 2004; Skourteli & Lennie, 2011). Holmes (2001) v tomto kontextu píše, že to, co dělají dobří psychotherapeuti se svými klienty, velmi často koresponduje s tím, co dělají dobře fungující rodiče se svými dětmi. Alexander a Anderson (1994) uvádí, že cílem psychotherapie je mimo jiné pomoci klientovi na základě nových informací a vztahových zkušeností kognitivně a afektivně revidovat jeho vnitřní pracovní model vztahování se k druhým lidem. Parish a Eagle (2003) upozorňují na paralelu mezi vztahovou vazbou a konceptem přenosu. Uvádí, že oba koncepty se vztahují k silné emocionální vazbě k druhému člověku, v rámci které se opakují vzorce vztahování, jež jsou zakořeněny v raných zkušenostech z dětství. Výzkumy ukazují, že výsledkem úspěšné psychotherapie bývá právě změna nejisté vztahové vazby ve prospěch jisté (například Levy et al., 2006; Travis et al., 2001). Tento přehledový článek odpovídá na otázku, jak se chovají klienti s různým typem vztahové vazby v rámci psychotherapeutického procesu a jaké intervence jsou pro klienty s jednotlivým typem attachmentu nejvhodnější.

TYPOLOGIE VZTAHOVÉ VAZBY

Bowlby (2010) v 60. letech minulého století rozlišil dva základní typy vztahové

vazby: jistou a nejistou. V průběhu dalšího období tuto typologii rozpracovali jeho následovníci. Nejčastěji citovanou je původní typologie vztahové vazby v dětství zformulovaná Mary Ainsworthovou (1979), která podle reakce batolete na situaci několika minutového odloučení od matky (metoda Strange situation test) rozlišila tři základní typy attachmentu. Batole se vztahovou vazbou typu A (úzkostně vyhýbavý typ) reagovalo na příchod matky tím, že si jí nevšímalo a vyhýbalo se kontaktu s ní, vztahová vazba typu B (jistý typ) se projevovала tím, že kojenec matku po jejím návratu vítal, zatímco kojenec s typem C (úzkostně ambivalentní typ) vykazoval prvky ambivalentního chování ve vztahu k matce a bylo ho velmi těžké utěšit. Tyto tři typy později doplnila Mary Mainová o typ D (desorganizovaný typ), který se projevuje nejednotným vzorcem chování jako například krátkodobé stavy absence, úzkostné chování vůči matce, motorické stereotypie, rozporuplné vzorce chování, které se nedají vysvětlit neurobiologickým onemocněním (Brisch, 2011; Main & Cassidy, 1988). Pro výzkumné účely se v současné době často využívá klasifikace navržená Bartholomewovou a Horowitzovou (1991) pro dospělé, která je vytvořena na základě vnímání a vztahu k sobě a druhým lidem (viz tabulka 1).

Člověk s jistým typem vztahové vazby si podle této klasifikace uvědomuje vlastní hodnotu, má vůči sobě pozitivní vztah a zároveň má i pozitivní vztah vůči druhým lidem, od kterých také očekává přijetí a vstřícnost. Úzkostně zapletený typ vztahové vazby se překrývá s typem C a kombinuje v sobě pozitivní hodnocení druhých lidí a zároveň negativní hodnocení sama sebe, což vede k tomu, že se člověk snaží přijmout sebe sama skrze přijetí druhými lidmi. Lidé s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby vnímají sami sebe negativně a zároveň i očekávají, že druzí lidé jsou nedůvěryhodní a odmítají. Touží po vztazích s druhými lidmi, ale zároveň se jim ze strachu ze zranění vyhýbají. Tento typ je paralelou

Model druhých (vyhýbavost)	Pozitivní (nízká)	Model self (závislost)	
		Pozitivní (nízká)	Negativní (vysoká)
		JISTÝ TYP (secure type) komfortní s mezilidskou blízkostí a autonomií	ÚZKOSTNĚ ZAPLETENÝ TYP (anxious-preoccupied type) soustředěný výhradně na mezilidské vztahy
	Negativní (vysoká)	VYHÝBAVÝ TYP (dismissive-avoidant type) vyhýbající se blízkosti, potřeba být za každou cenu nezávislý	ÚZKOSTNĚ VYHÝBAVÝ TYP (fearful-avoidant type) vyhýbající se blízkosti a obecně lidem

Tabulka 1: Model vztahové vazby v dospělosti (Bartholomew & Horowitz, 1991)

k dětskému typu D. Poslední typ vztahové vazby, vyhýbavý, se překrývá s typem A a je popisován u lidí, kteří k sobě mají dobrý vztah, zároveň však druhé lidi vnímají negativně. Sami sebe pak chrání tím, že se vyhýbají blízkým vztahům, čímž si udržují pocit nezranitelnosti a nezávislosti (Bartholomew & Horowitz, 1991; Shorey & Snyder, 2006).

VLIV TYPU VZTAHOVÉ VAZBY KLIENTA NA PSYCHOTERAPEUTICKÝ PROCES

Odborníci se shodují na tom, že klienti s různými typy vztahové vazby se v rámci psychoterapie chovají odlišně, mají odlišné potřeby a také odlišně využívají psychoterapeutické intervence (například Alexander & Anderson, 1994; Daniel, 2011; Mallinckrodt, 2010).

Vyhýbavý typ v psychoterapii

Studie popisující interakce mezi matkami a jejich dětmi s vyhýbavým typem vztahové vazby ukazují, že matky se k těmto dětem chovaly neempaticky. Buďto jim hrubými výrazy vyhrožovaly nebo se chovaly jinak agresivně, nebo je naopak zahlcovaly pozitivními emocemi, a to bez ohledu na jejich potřeby. Tyto matky odmítaly snahu dítěte o kontakt. Omezeně také vyjadřovaly emoce, byly odměřené, odmítaly fyzický kontakt, často otevřeně mluvily o tom, že

své děti nemají rády a nechtějí s nimi být ve fyzickém kontaktu. Negativní emoce svých dětí ignorovaly a věnovaly jim pozornost, pouze pokud měly děti dobrou náladu a chovaly se samostatně (Ainsworth, 1979; Connors, 1997). Děti s vyhýbavým typem vztahové vazby se naučily tento konflikt řešit tzv. deaktivacími strategiemi, tedy přesunutím pozornosti, myšlenek a emocí směrem od základní vztahové figury a spoléháním sama na sebe, které bývá často až kompulzivního charakteru (Alexander & Anderson, 1994; Mallinckrodt, 2010). Tato deaktivací strategie jim totiž pomohla alespoň zůstat v matčině blízkosti (Ainsworth, 1979). Takový způsob vztahování se se v dospělosti projevuje popíráním hodnoty mezilidského vztahu a snahou o minimalizaci jeho vlivu na svůj život mnoha způsoby. Další charakteristikou osobností tohoto typu je tendence k udržování obranného pozitivního sebeobrazu, který je ale spíše důsledkem obrany proti předjímanému zavrhnutí druhými lidmi, protože v porovnání s osobami s jistým typem vztahové vazby je tento typ pozitivního sebeobrazu nekoherentní a neintegrováný (Connors, 1997).

V rámci psychodynamické diagnostiky (Dougherty & West, 2007; McWilliams, 2012) se tento typ vztahové vazby nejčastěji objevuje u schizoidně, narcisticky a obsedantně strukturovaných osobností (Wallin, 2007). Odborníci (například Dozier, 1990;

Parish & Eagle, 2003; Silverman, 2011) popisují, že lidé s vyhýbavou vztahovou vazbou vyhledávají odbornou pomoc velmi zřídka. Pokud odborníka zkontaktují, tak ne pro problémy v mezilidských vztazích, ale spíše v souvislosti s akutními psychopatologickými nebo psychosomatickými krizemi, ve kterých dojde k selhání obranných mechanismů (Muller, 2009). Také často léčbu předčasně ukončí (Connors, 1997; Dozier, 1990; Parish & Eagle, 2003). Korfmacher et al. (1997) ve studii zaměřené na chování v léčebném programu zjistili, že matky s vyhýbavým typem vztahové vazby preferovaly pouhou společnost sociálních pracovníků před podpůrnou psychoterapií nebo intervencí zaměřenou na řešení problému. Tato skutečnost je v souladu s výše zmíněnou deaktivací strategií, kdy se díky své minulé zkušenosti v mezilidských vztazích rozhodly opírat samy o sebe a nespolehat se na druhé, protože se jim to v minulosti nevyplatilo (Slade, 2000). Shorey a Snyder (2006) uvádí, že pokud tyto osoby v psychoterapeutickém procesu vydrží, bývá pro ně obvykle velmi těžké pokračovat a zvyknout si na blízkost terapeutického vztahu a na možnost spolehat na něj. Eames a Roth (2000) tuto skutečnost doplňují tím, že lidé s vyhýbavým typem vztahové vazby nemají takový problém navázat terapeutickou alianci, ale mají tendenci popírat problémy v jejím rámci a často bývá jimi navázaná pracovní aliance spíše povrchní, protože je pro ně těžké si vytvořit více osobní vztah s terapeutem. Kanninen s kolektivem (2000) zjistili, že terapeutická aliance je u těchto osob na začátku poměrně vysoká a směrem ke konci léčby se snižuje, což vysvětluje tím, že na začátku je pozornost věnována kognitivnímu zpracování psychických problémů. Po jejich zpracování a s blížícím se koncem terapeutického vztahu se klienti vyhýbají navázání blízkého vztahu s terapeutem. Meyer a Pilkonis (2001) uvádí, že pokud se jim podaří navázat vztah s terapeutem, tak zlepšení symptomů může být poměrně výrazné.

Jak už bylo výše uvedeno, jedním z hlavních témat terapie bývá držení si velkého emocionálního odstupu od terapeuta a potažmo i od dalších mezilidských vztahů. Pro tento typ struktury osobnosti bývá těžké mluvit o svých pocitech, zejména negativních, protože tento druh interakce byl v původní rodině často omezován (Shorey & Snyder, 2006). Horowitz et al. (1993) ve svém výzkumu zjistili, že tito lidé popisují druhé blízké velmi vágně a neurčitě. Dozier et al. (2001) popsali, že jedinci s vyhýbavým typem vztahové vazby jsou ve vztahu k blízkým lidem otevřeně odmítaví, zatímco k terapeutovi volí méně otevřeně odmítavé strategie, například ve formě menšího množství času stráveného na nějakém úkolu. Zajímavé bylo, že sami terapeuti často měnili téma rozhovoru, což autoři výzkumu vysvětlují možnou podvědomou reakcí na obavu z blízkosti těchto klientů. V průběhu terapie se lidé mnohem více než na emoce zaměřují na fakta a prezentují se jako emočně nezávislí a nezranitelní (Jellema, 2002). Mají tendenci hodně pozornosti věnovat pracovním a intelektuálním tématům a není pro ně žádným problémem plnit domácí úkoly terapeuta (Shorey & Snyder, 2006). Jellema (2002) upozorňuje na to, že tito lidé mají často problémy vzpomenout si na konkrétní události z dětství, především negativního charakteru. O svém dětství vypráví jako o něčem velmi pozitivním, což bývá v kontrastu s konkrétními zážitky, které si během terapie začínají vybavovat. Vzpomínky na dětství bývají často rigidní a neflexibilní bez schopnosti jejich reflexe (Slade, 2000). Danielová (2011) zkoumala chování těchto klientů během terapeutického sezení a zjistila, že jsou v hodinách méně iniciativní a obecně méně mluví, což může pro terapeuta komplikovat proces empatického vyladění a může to v něm vzbudit pochyby o jejich angažovanosti v léčbě. Alexander a Anderson (1994) upozorňují, že klienti často vyjadřují odpor a nespokojenost a upozorňují na terapeutovy chyby, na což terapeut může reagovat pochybami o své kom-

petenci. Dalším častým pocitem, který terapeut může zažívat na sezeních, je nuda, která pak může ústít do úlevy z předčasného ukončení kontaktu.

Na základě výše zmíněných charakteristik je ze začátku hlavním cílem terapeuta porozumět jejich potřebě se držet v terapeutickém vztahu zpátky, nevnímat ji jako známku odporu, ale jako dlouhodobě zažitý způsob ochrany sama sebe a vytvořit pro klienta bezpečné místo plné důvěry, kde by mohla začít introspektivní cesta k potlačným afektům v podobě rekonstrukce minulé zkušenosti a zpracování raných témat bez idealizace a devalvace (Silverman, 2011; Slade, 2000). Wallin (2007) v této souvislosti udává, že cesta k afektivitě klienta vede skrze empatii a konfrontaci. Na začátku se doporučuje zaměřit především na jejich psychopatologické symptomy, se kterými původně přišli, a tím posílit jejich důvěru v kompetenci terapeuta. Dále se doporučuje pracovat spíše na kognitivní úrovni, aby se zabránilo předčasnému proniknutí bolestivých obsahů do vědomí (Shorey & Snyder, 2006). Teprve po navázání stabilního terapeutického vztahu může terapeut přistoupit k nalezení cesty ke klientovu životnímu příběhu a začít propojovat jeho symptomy s bolestivými tématy týkajícími se především blízkých vztahů (Muller, 2009; Sable, 2004). Holmes (2001) tento proces označuje jako „rozbití“ rigidního příběhu, které klientovi umožní vnímat své dětství z pohledu nově získaných informací. Sable (2004) dodává, že cílem psychoterapie je zjemnění rigidních obranných mechanismů, nadměrné regulace afektu a umožnění flexibility v osobnostní struktuře. Muller (2009) dodává, že tito klienti by si měli uvědomit a přiznat svoji zranitelnost, což je nutnou podmínkou pro zažívání pocitu intimity. Pokud se klienti těmito tématům vyhýbají, doporučuje se k nim dostat přes opačné téma péče o druhé lidi, které je pro ně přístupnější. Connors (1997) a Wallin (2007) upozorňují na tři základní formy přenosu a protipřenosu, které se při práci s tímto typem klientů

objevují a které zrcadlí jejich zkušenosti z dětství: (1) idealizovanou formu přenosu, v rámci které vnímají svého terapeuta jako silnou, moudrou a pečující figuru, kterou potřebovali v dětství; (2) devalvující formu, která klientovi umožňuje získat emocionální odstup od terapeutického vztahu; a (3) kontrolující formu, jež jim umožňuje mít své ohrožující emoce pod kontrolou. Wallin (2007) v kontextu omezené emotivity doporučuje terapeutovi se naladit na klientovy neverbální reakce a na své vlastní prožitky, které mohou souviset s klientovými potlačovanými emocemi. Přinesení těchto emotivních prožitků do psychotherapeutického procesu umožní integraci klientových disociovaných afektů. Dále upozorňuje na to, že terapeutovo sebeotevření zde může být velmi vlivným procesem, díky kterému klient začne terapeutický vztah vnímat jako bezpečný a zároveň pro něj bude snadnější se otevřít a začít tak sám více mluvit o svém prožívání. Naopak neutrální a zdrženlivý přístup terapeuta může přispívat k podpoře obran, které klient používá. Alexander a Anderson (1994) doporučují zaujetí pozice zvědavosti, která umožní překonat nudu někdy přítomnou na sezeních, ale také i případně problémy s rozdělením moci.

Úzkostně zapletený typ v psychoterapii

Oproti matkám jedinců s vyhybavým typem vztahové vazby matky této skupiny osob více reagovaly na podněty svých dětí, ale často nekonzistentně a spíše podle svého naladění a nikoliv podle aktuální potřeby dítěte. Děti se díky tomu naučily, že jediný způsob, jak získat matčinu pozornost, je si ji aktivně vyžadovat prostřednictvím nadměrné emoční reakce vyjádřené ambivalentním chováním a bezmocností (Cassidy, 2001; Wallin, 2007). Dalším typickým rysem pro tyto rodiny je nadměrná emocionální angažovanost a vzájemně propletené hranice, protože rodiče mají díky zkušenosti s podobným typem vztahu ve svém dětství sami obavu z opuštěnosti a bezmocnosti. Taková propletenost vede k tomu, že tito jedinci mají

oslabené vnímání vlastní identity (Jellema, 2002). V dětství začaly děti využívat tzv. hyperaktivační strategii, která se projevuje nadměrným vyhledáváním blízkých osob ve stresových situacích a přílišným strachem z opuštění – to je vyjádřené neustálým sledováním reakcí blízkých osob předvídajících opuštění (Mallinckrodt, 2010). Dalším typickým rysem lidí s touto vztahovou vazbou je nedostatek vnitřní struktury pro regulaci zkušeností a afektů, která se projevuje nadměrnou reaktivitou na různé podněty (Sable, 2004). Tito lidé vnímají sami sebe jako nehodnotné a nezasluhující si pozornosti, což vysvětluje jejich nadměrnou tužbu po pozornosti druhých a strach ze ztráty, oddělenosti a samoty (Alexander & Anderson, 1994). Takový druh vztahování vede k tomu, že lidé v dospělosti vytvářejí vztahy, ve kterých nadměrně vyžadují kontakt a podporu, prožívají drobné problémy ve vztahu velmi dramaticky a náklonnost druhých lidí ve vztahu k nim často zažívají jako dočasnou nebo falešnou (Alexander & Anderson, 1994; Dolan et al., 1993; Shorey & Snyder, 2006). Alexander a Anderson (1994) popisují, že lidé s úzkostně zapleteným typem vztahové vazby reagují velmi citlivě na ohrožující podněty, své negativní afekty mají tendence přehánět a jejich časté impulzivní reakce mají za úkol snížit stres. Sami sebe vnímají jako oběti, a proto je velmi těžké jim pomoci získat kontrolu nad svým chováním.

V rámci psychodynamické diagnostiky (Dougherty & West, 2007; McWilliams, 2012) lze úzkostně zapletený typ vztahové vazby najít u osob s histriónskou a hraniční strukturou osobnosti (Wallin, 2007). Eames a Roth (2000) zjistili, že lidé s tímto typem vztahové vazby hůře navazují terapeutickou alianci, navíc jsou v ní z pohledu terapeuta častěji přítomny problémy. Kanninen et al. (2000) udávají, že klienti s tímto typem vztahové vazby uvádějí slabou pracovní alianci ve střední části léčby a velmi silnou na jejím konci, což zdůvodňují faktem, že klienti mají tendence své afekty řešit skrze druhé lidi a právě ve střední fázi terapie je prostor

věnován citlivým tématům, která pak řeší přes terapeuta, což může přechodně oslabit pracovní alianci. Mallinckrodt et al. (2005) dodávají, že v rámci terapeutické aliance je pro ně nejsnadnější navázat pouto, ale mají problémy se stanovením směru, tedy cílů a úkolů. Časté u těchto klientů je porušování hranic, které se projevuje kontaktováním terapeutů mezi setkáními nebo vyžadováním speciálních sezení ve speciální časy (Slade, 2000). Oproti výše uvedenému vyhybavému typu mají jedinci s úzkostně zapleteným typem vztahové vazby tendenci naopak neustále hledat emoční blízkost s terapeutem, která jim slouží jako kompenzace jejich chybějící osobní struktury. Nemožnost maximální blízkosti s terapeutem pak vede k negativním reakcím vůči terapeutovi a k vnímání jeho jako nedostatečně vstřícného a nápomocného. V souladu se svojí dřívější zkušeností se může jejich nadměrná touha po vztahu s terapeutem projevovat jeho idealizací na jedné straně a reakcemi vzteku a odporu v případě neuspokojení jejich potřeb terapeutem na straně druhé. Problémy s hranicemi se mohou vyskytnout v podobě triangulace mezi klientem, jeho partnerem a terapeutem nebo mezi klientem, jeho současným terapeutem a minulým terapeutem. Na různé problémy v terapeutickém vztahu mají tendence reagovat nadměrnými reakcemi (Alexander & Anderson, 1994). Slade (2000) zmiňuje, že terapeuti mohou v reakci na nadměrné potřeby těchto klientů po struktuře a obsáhnutí jejich nadměrných afektů cítit pocity oslabenosti, neefektivnosti či přehlcnosti, či prožívat jejich vlastní pocity v podobě vzteku. Danielová (2011) ve svém výzkumu zjistila, že v porovnání s vyhybavými klienty jsou tyto osoby v terapii více iniciativní, mluví více a delší dobu. Výhodou toho je, že poskytují mnoho materiálu pro terapii, rizikem ale bývá skutečnost, že často mají tendenci terapeuta zahltnout, což pak vede k menšímu prostoru pro reflexi.

Cílem terapie je podpora klientovy autonomie a snížení vzájemné vztahové propletenosti s druhými lidmi. Terapeut by měl

věnovat speciální pozornost udržení jasných hranic, moci a zodpovědnosti v terapeutickém vztahu, vést klienta k uvědomění si, že terapeut není zodpovědný za klientovo chování, a pomoci mu vymezit si vlastní hranice (Alexander & Anderson, 1994). Hlavní intervencí pro tento typ osob je vytváření vnitřní struktury osobnosti spolu s postupným naučením zvládání vlastních emotivních stavů (Slade, 2000). Holmes (2001) zde doporučuje techniku vytváření příběhů, které pomohou zvládnout zmatení a rozmazy nadměrných afektů. Mallinckrodt (2010) obecný trend práce s těmito klienty popisuje na začátku poměrnou blízkostí v terapeutickém vztahu, ve kterém se bude terapeut snažit uspokojit potřeby klienta a získat jeho důvěru a pocit bezpečí v terapeutickém vztahu, a tím ukázat, že jejich hyperaktivní strategie ve vztahu k druhým lidem jsou nadbytečné, v pozdější fázi se bude snažit vytvořit v terapeutickém vztahu větší prostor a podporovat klientovu samostatnost. Wallin (2007) v této souvislosti doporučuje poskytovat ve vztahu konstantní úroveň pozornosti bez ohledu na nadměrné emocionální reakce klienta, kterými si vyžaduje pozornost, dále také od klientů vždy vyžadovat o něco více než jsou sami přesvědčení, že jsou schopní, a pak velkou dávku empatie a stanovení hranic. Vzhledem k výše uvedenému je pro tyto klienty vhodná spíše intenzivní dlouhodobá psychoterapie, v jejímž popředí je především práce s psycho-terapeutickým vztahem (Jellema, 2002).

Úzkostně vyhýbavý typ

Tito lidé v dětství zažívali mateřské chování, které bylo tak děsivé nebo nepředvídatelné, že nebylo možné si vůči němu vyvinout jednotné chování (Cassidy, 2001). Ve zkratce řečeno, zatímco dítě se zapleteným typem vztahové vazby se k rodičům mohlo přiblížit díky své nadměrné emotivitě a dítě s vyhýbavým typem vztahové vazby se rozhodlo spoléhat jen na sebe, tito jedinci toužili po kontaktu s rodičem, ale nebylo možné se k němu dostat. Důvodem bylo zastrašující chování rodiče, které v nich vzbuzovalo dvě

protikladné tendence: utéci k rodiči jako ke zdroji bezpečí a jistoty a zároveň od něj uniknout, protože je pro ně také zdrojem strachu. Tento typ vztahové vazby se velmi často vyskytuje u dětí zneužívaných a týraných. Dvojnou paradoxní situací se naučily řešit „zamrzlým“ dezorganizovaným chováním, které má často obraz disociace (Wallin, 2007). Výše zmíněné zkušenosti mohou v dospělosti vést k extrémní sociální izolaci do druhých lidí (Alexander & Anderson, 1994).

V rámci psychodynamické diagnostiky (Dougherty & West, 2007; McWilliams, 2012) lze tento typ vztahové vazby najít u osob s hraniční strukturou osobnosti, disociačními a posttraumatickými stavy (Wallin, 2007). Výše uvedené negativní zkušenosti s rodiči jsou vyjádřené slabým terapeutickým vztahem, který se může projevovat častým rušením nebo měněním časů sezení, častým měněním terapeutů či předčasným odchodem z léčby. Extrémní sociální úzkost může vést k vyhýbání se skupinové terapii (Alexander & Anderson, 1994; Parish & Eagle, 2003; Korfmacher et al., 1997). Eames a Roth (2000) zjistili, že lidé s tímto typem vztahové vazby navazují terapeutickou alianci nejhůře. Mallinckrodt et al. (2005) uvádí, že v porovnání s výše uvedenými typy mají klienti problém se v procesu psychoterapie otevřít a sezení mají často komplikovaný průběh. Wallin (2007) to vysvětluje skutečností, že v raném vztahu s rodičem zažívali nepříjemné emoce, na základě čeho očekávají, že další blízký vztah bude pro ně opět nositelem negativních emocí. Cyranowski et al. (2002) ve svém výzkumu zjistili, že klientky s diagnózou depresivní epizody a tímto typem vztahové vazby potřebovaly delší čas na stabilizaci v rámci psycho-terapeutického procesu než lidé s ostatním typem vztahové vazby.

Hlavním cílem při práci s klienty s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby je stabilizace afektu (Alexander & Anderson, 1994) a integrace jejich traumatických zkušeností z minulosti prostřednictvím jejich pojmenovávání (Wallin, 2007). Nutnou podmín-

kou pro realizaci těchto cílů je bezpečný, spolehlivý a zahrnující terapeutický vztah, který poskytne prostor pro objevení se disociovaných zkušeností a zároveň i jejich zpracování.

Jistý typ

Ainsworth (1979) popisuje matky těchto dětí jako velmi citlivě reagující na signály svých dětí. Také výzkumy potvrzují, že děti s jistým typem vztahové vazby mají matky, které citlivě reagují na potřeby svých dětí, především pokud jsou děti v nepohodě. Matky jsou popisovány jako více akceptující, spolupracující, utěšující a něžné (Cassidy, 2001). Díky citlivé péči svých matek jsou tyto lidé schopni věřit ve vztahy, volně akceptují lásku a závislost a obecně mají tendenci vztahy vnímat optimisticky. V situacích těžkého stresu jsou schopni díky regulaci emocí tento stres zvládnout (Parish & Eagle, 2003).

Výzkumy ukazují, že lidé s jistou vztahovou vazbou procházejí psychoterapií bez větších problémů, snáze navazují pracovní alianci, jsou v terapii více angažovaní a zároveň i vykazují dobré léčebné výsledky (Daniel, 2011; Dozier, 1990; Parish & Eagle, 2003; Satterfield & Lyddon, 1998). Travis et al. (2001) tuto skutečnost dávají do souvislosti s tím, že pro tento typ klientů je snadnější uznat vlastní silná a slabá místa, a proto také mohou vyhledat odbornou pomoc v dřívější fázi problémů než klienti s nejistou vztahovou vazbou. Mallinckrodt et al. (2005) uvádí, že lidé s jistým typem vztahové vazby jsou v sezeních více otevření, protože se cítí s terapeutem jistě, a sezení mají hladký průběh. Woodhouse et al. (2003) uvádí, že v psychoterapeutickém procesu s klienty s jistým typem vztahové vazby k terapeutovi se častěji vyskytuje přenos, zejména negativního rázu, což vysvětluje skutečnost, že právě stabilní vztah k terapeutovi umožňuje objevení a zpracování negativních obsahů.

Co se týče terapeutických intervencí, v porovnání s výše uvedenými typy, které se

v terapeutických ordinacích vyskytují častěji, nevěnují odborníci přílišnou pozornost speciálním postupům při práci s těmito klienty, což vysvětluje Mallinckrodt et al. (2005) tím, že zatímco vyhýbavý typ potřebuje od terapeutů výraznější projevování emocí a klienti s úzkostně zapleteným typem zase především podporu ve zpracování nadměrných emocí, u klientů s jistou vztahovou vazbou není potřeba intervence takto speciálně přizpůsobovat.

NÁMĚTY K DISKUZÍ

V textu jsou jednak prezentovány výsledky zahraničních výzkumných studií, ale také doporučení odborníků vycházející z vlastní klinické zkušenosti s klienty. V rámci výzkumů se jejich autoři zaměřili především na vliv vztahové vazby na navázání terapeutického vztahu, zejména terapeutické aliance (například Eames & Roth, 2000; Kanninen et al., 2000; Satterfield & Lyddon, 1998), což lze vysvětlit tím, že terapeutický vztah hraje v rámci psychoterapeutického procesu jednu z hlavních rolí a také je velmi úzce spjat s účinností psychoterapie (Cooper, 2004; Lambert & Barley, 2001). Dále byla ve výzkumných studiích věnována pozornost tomu, jaký druh terapie je pro klienty s jednotlivými typy vztahové vazby nejvhodnější (například Levy et al., 2006; McBride et al., 2006) a jakým způsobem se mění typ vztahové vazby a psychické problémy v průběhu terapie (Fonagy et al., 1996; Travis et al., 2001). Specifické komponenty psychoterapeutického procesu byly sledovány výjimečně. Danielová (2011) sledovala vliv vztahové vazby na verbální obsah sezení, Mallinckrodt et al. (2005) zase sledovali hloubku explorační tematiky na sezení. Mezi příspěvky zabývajícími se vztahovou vazbou lze také nalézt menší množství textů, které uvádějí kazuistické případy klientů s různými typy vztahové vazby (Dolan et al., 1993; Silverman, 2011).

Nejvíce popisovaným typem vztahové vazby klienta v rámci psychoterapeutického procesu je vyhýbavý typ, což je zajímavé

proto, že tento typ klientů vyhledává léčbu mnohem méně a častěji psychoterapii nedokončí (Connors, 1997; Dozier, 1990; Muller, 2009; Parish & Eagle, 2003). Tato skutečnost může být částečným důvodem, proč je právě tomuto typu věnována pozornost. Dále to je možné vysvětlit tím, že klienti s vyhýbavým typem vztahové vazby mohou svojí nepřístupností v terapii představovat pro terapeuty výzvu, a ti mají pak potřebu jim porozumět prostřednictvím studií či klinických pozorování. Naopak nejméně zmiňovaným typem vztahové vazby v souvislosti s psychoterapií je jistý typ. To je možné vysvětlit tím, že jistý typ vztahové vazby je vnímám jako „normální“ a odborníci nemají potřebu jej tolik studovat a svoji pozornost zaměřují spíše na odchylky od normy. Dalším důvodem může být skutečnost, že tito klienti se v rámci terapeutického procesu chovají standardně (například jsou otevřenější, sezení se nezadrhávají, a proto není ve vztahu k nim potřeba upravovat terapeutické intervence) (Mallinckrodt et al., 2005). Dalším typem, který je v literatuře zmiňován méně, je úzkostně vyhýbavý typ. Simpson & Rholes (2002) popisují, že v odborní literatuře bývají tito lidé přiřazováni ke zvláštnímu typu vyhýbavé vztahové vazby, u kterého byla zachována deaktivující strategie, ale zároveň je negativně zasaženo vnímání sama sebe. Je tedy možné, že v některých případech mohli být tito klienti zahrnuti v kategorii vyhýbavého vztahového typu, zejména v těch výzkumech, ve kterých byli klienti rozlišeni do tří základních skupin (jistý, ambivalentní a vyhýbavý).

Vlivu vztahové vazby na psychoterapeutický proces se věnovalo i několik autorů v českém a slovenském prostředí. První z nich, kdo zevrubně popsal klinickou relevanci Bowlbyho teorie pro psychiatrii a psychoterapii, byl Hašto (2005). Vyšel z Bowlbyho charakteristiky psychoterapie jako „bezpečné základny“ a ve shodě

s řadou psychoanalyticky orientovaných autorů (ale také v historické shodě s M. a E. Bleulerovými) zdůrazňuje koncept přijímajícího terapeuta jako hlavní faktor psychoterapie. Popisuje využití modelu vztahové vazby¹ např. v psychoterapii dětí, u pacientů s hraniční poruchou osobnosti nebo u ovdovělých, u nichž se pracuje se smutkem po ztrátě partnera. Na základě sledování moderních trendů rodinné terapie shrnul v českém prostředí Skorunka (2010) využití teorie vztahové vazby v rodinné terapii, a to zhruba v posledních deseti letech. Autor se ztotožnil s optimismem některých teoretiků rodinné terapie v tom, že terapeutovi se může podařit vytvořit, event. výrazně posílit nové, pozitivní interakční cykly vztahové odezvy. Vondráčková (in press) popisuje vztahovou vazbu a škodlivé užívání alkoholu na případové studii psychoterapeutické práce s klientem s abúzem alkoholu.

Přijmeme-li vývojově psychodynamický postulát, že psychické poruchy jsou téměř vždy založeny na vzorci nejisté vztahové vazby, je zjevné, že pro psychoterapeuta je užitečné dozvědět se co nejvíce právě o vztahové vazbě svého klienta (Hašto, 2005). Jak bylo probráno výše, psychoterapie může vyjít z diagnostického nebo anamnestického zjištění druhu vazby. Bieščad a Hašto (2010) uvádějí mezi výhodami diagnostiky, že psychoterapeut může poté, co zjistil typ vazby, právě podle ní utvářet terapeutické spojení s pacientem. Oba autoři doporučili pro zjištění druhu vztahové vazby upřednostnit dotazníky před klinickým rozhovorem.

Vztahová vazba a její přítomnost v interakčních zkušenostech klienta v psychoterapii je jedním z modelů pro porozumění vztahovým problémům. Vztahovým obtížím se věnují všechny modely psychoterapie. Autoři zabývající se ranou vztahovou vazbou poukázali například na podobnost typů vazeb s druhy „scénářových“ životních nastavení („Já jsem OK, ty nejsi OK“) podle transakční analýzy (Hašto, 2005; Bieščad & Hašto, 2010). Psychodynamicky viděno, intruze vztahové vazby do současných vztahů

¹ Ve slovenském jazyce se užívá pojem vztahová vazba (Hašto, 2005).

člověka se podobá vytváření tzv. vnitřních modelů nebo tvorbě přenosu.

ZÁVĚR

V textu byly představeny čtyři typy vztahové vazby a u každého z nich byla načrtnuta základní dynamika jeho vzniku v raném dětství, dále bylo na základě analýzy odborné literatury uvedeno, jak se klienti s jednotlivými typy vztahové vazby chovají v rámci psychoterapeutického procesu a jaké jsou v literatuře doporučované intervence při práci s klienty s různými typy vztahové vazby. Typ vztahové vazby má totiž v psychoterapeutickém procesu vliv na směr zaměření pozornosti klientů na různá témata, způsob, jakým regulují své emoce, i na styl jejich komunikace.

POUŽITÁ LITERATURA

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, s. 932–937.
- Alexander, P., Anderson, C. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31 (4), 665–675.
- Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, s. 226–244.
- Bieščad, M., Hašto, J. (2010). Diagnostikovanie typov vztahovej väzby (attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. *Psychiatrie* 14 (2), 68–74.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, s. 1–10.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment and Human Development*, 3, s. 121–155.
- Connors, M. (1997). The renunciation of love: Dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 14, s. 475–493.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-orientated approach to therapy: Empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32 (4), s. 451–460.
- Cyranowski, J. M., Bookwala, J., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B., Ellen, F. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, s. 191–217.
- Daniel, S. I. F. (2011). Adult attachment insecurity and narrative processes in psychotherapy: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18 (6), s. 498–511.
- Dolan, R., Arnkoff, D., Glass, C. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, s. 408–412.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, s. 47–60.
- Dozier, M., Lomax, L., Tyrrell, C., Lee, S. W. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment and Human Development*, 3, s. 62–76.
- Dougherty, N. J., West, J. J. (2007). *The Matrix and Meaning of Character*. NY: Routledge.
- Eames, V., Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10 (4), s. 421–434.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, s. 22–31.
- Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hazan, C., Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, s. 511–524.
- Hazan, C., Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, s. 1–22.
- Holmes, J. (2001). *The search for the Secure base*. Hove: Brunner-Routledge.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcomes in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, s. 549–560.

- Jellema, A. (2002). Dismissing and preoccupied attachment and procedures in CAT: Some implications for CAT practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, s. 225–241.
- Kanninen, K., Salo, J., Punamäki, R. L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10, s. 435–449.
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J., Egeland, B. (1997). Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, 1, s. 43–52.
- Lambert, M. J., Barley, D. N. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38 (4), s. 357–361.
- Levy, K. N., Kelly, K. M., Meehan, K. B., Reynolds, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, s. 1027–1040.
- Main, M., Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, s. 415–426.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, s. 262–270.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., Kivlighan, D. M. J. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42, s. 85–100.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy vs. cognitive behaviour therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, s. 1041–1054.
- McWilliams, N. (2012). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: The Guildford Press.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, s. 466–472.
- Muller, R. T. (2009). Trauma and dismissing (avoidant) attachment: Intervention strategies in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, s. 68–81.
- Parish, M., Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20, s. 271–286.
- Sable, P. (2004). Attachment, ethology and adult psychotherapy. *Attachment & Human Development*, 6, s. 3–19.
- Satterfield, W. A. & Lyddon, W. J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42, s. 187–189.
- Shorey, H. S. & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, s. 1–20.
- Silverman, D. K. (2011). A Clinical Case of an Avoidant Attachment. *Psychoanalytic Psychology*, 28, s. 293–310.
- Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: Some directions for future theory and research. *Attachment and Human Development*, 4, s. 223–229.
- Skorunka, D. (2010). Rodinná terapie. In Vybíral, Z. & Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 235–269.
- Skourteli, M. C. & Lennie, C. (2011). The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counseling Psychology Review*, 26 (1), s. 20–33.
- Slade, A. (2000). The Development and Organization of Attachment: Implications for psychoanalysis. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, s. 1147–1174.
- Travis, L. A., Binder, J. L., Bliwise, N. G. & Horne-Moyer, L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 35 (2), s. 149–159.
- Vondráčková, P. (in press). Vztahová vazba a škodlivé užívání alkoholu. *Adiktologie*.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Woodhouse, S. S., Schlosser, L. Z., Crook, R. E., Ligiéro, D. P. & Gelso, C. J. (2003). Client attachment to therapist: Relations to trans-

ference and client recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50, s. 395–408.

Mgr. Petra Vondráčková, Ph.D., pracuje na Klinice adiktologie I. LF UK a VFN v Praze a v soukromé psychoterapeutické praxi v Praze.

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., je bývalým šéfredaktorem časopisu. Vede Katedru psychologie na Fakultě sociálních studií MU. Je garantem navazujícího magisterského oboru „psychoterapeutická studia“ na FSS MU.

Došlo do redakce 18. 12. 2012, v revidovaném znění 1. 3. 2013. K publikaci přijat 5. 3. 2013.



2. MEZINÁRODNÍ KONFERENCE KREATIVNÍCH TERAPIÍ

Téma konference: „Bazální otázky v kreativních terapiích“

Jak kreativní terapie nejlépe pojmout... jaký z přístupů zvolit... na jakou metodu se zaměřit, jak a kam se specializovat? Diferencujeme, velebíme a kritizujeme pojetí jednotlivých škol. Naši výzvou pro konferenci „Space for Art Therapies II 2013“ se však stávají otázky zcela základní, mnohokrát diskutované a přesto stále aktuální.

Čím arte-, drama-, muziko- a taneční pohybová terapie vlastně léčí, kdy můžeme hovořit o terapii..., jak kontraktujeme, vedeme proces, pracujeme s introspekci, intervenujeme, chytáme kontext, reflektujeme...?

Kdo může kreativní terapie poskytovat a kde? Jsou kreativní terapie psychoterapie?

Soustředíme se na kořeny, řemeslnost a podstatu věci samotné. Přijďte se s námi rozdělit o své zkušenosti, vědomosti, odborné názory a postoje, případně si přijďte poslechnout, jak se k nastoleným otázkám staví naši i světoví odborníci. Těšíme se na Vás!

Mezinárodní konference Kreativních terapií „Space for Art Therapies II“, která se uskuteční v Praze od 21. 6. do 22. 6. 2013, vzniká ve spolupráci profesních asociací –

České arteterapeutické asociace, Asociace dramaterapeutů České republiky, Muzikoterapeutické asociace ČR a České asociace taneční a pohybové terapie TANTER.

Navazuje tak na úspěšnou spolupráci z prvního ročníku této konference z roku 2010.

Konferenční poplatek činí 2.400,- Kč. Bližší informace budou postupně zveřejňovány na www.arttherapies.cz, případně nás kontaktujte na 2013konference@gmail.com.

KOMBINACE PSYCHOTERAPIE A UŽÍVÁNÍ PSYCHIATRICKÝCH LÉKŮ Z POHLEDU GESTALT TERAPIE

Combination of psychotherapy and psychiatric medication from the gestalt therapy perspective

Jan Roubal, Elena Křivková

ABSTRAKT

Článek popisuje způsob, jak lze uvažovat o používání léků v psychotherapii a přitom zachovávat psychoterapeutický pohled na jedinečnost každého pacienta a dialogickou podstatu psychoterapeutického setkávání. Dichotomický způsob myšlení „psychoterapie versus léky“ je v textu překlenuván pomocí metafory „lék jako berle“ či „lék jako protéza“, která vystihuje charakter léku jako externí podpory.

Klíčová slova: gestalt terapie, psychoterapie, farmakoterapie, kombinace

ABSTRACT

This article describes a way of thinking about medication use in psychotherapy and at the same time keeping the psychotherapeutic view on the uniqueness of every patient and the dialogic essence of an encounter in psychotherapy. A dichotomic way of thinking „psychotherapy versus medication“ is overcome in the text by a metaphor of „medication as a crutch“ or „medication as a prosthesis“, which puts well the feature of medication as an external support.

Key words: Gestalt therapy, psychotherapy, pharmacotherapy, combination

1. ÚVOD

Léčba psychiatrickými léky je součástí léčby psychických obtíží již šedesát let. Gestalt terapeuti se ve své praxi mohou relativně často setkávat s pacienty, kteří užívají psychiatrické léky. Téma psychofarmakoterapie a její kombinace s psycho-

terapií je však v gestalt literatuře opomíjeno či jen letmo zmíněno v souvislosti s jiným aspektem gestalt terapeutické práce (např. Stratford, Brallier, 1979; Harris, 1992a, 1992b; Aviram, Levine Bar-Yoseph, 1995; Resnikoff, 1995; Philippson, 1999, Sabar, 2000; Miller, 2001; Brownell, 2011 a další). Popisovat kombinaci gestalt terapie a psychofarmakoterapie není snadný úkol, protože každý z těchto přístupů je ukotven v jiném paradigmatu, vychází z rozdílného pojetí nemoci a zdraví. Domníváme se ale, že k zodpovědné praxi gestalt terapeuta patří i základní znalost psychiatrických léků a také snaha o vlastní porozumění této problematice, které je kongruentní s gestalt terapeutickým přístupem.

V tomto textu využíváme naší zkušenosti psychiatrů, kteří pracují gestalt terapeutickým přístupem a také mají zkušenost s léčbou pomocí psychofarmak. Zkoušíme nabídnout způsob, jak je možné o psychiatrických lécích uvažovat a přitom neztrácet ze zřetele jedinečnost každého pacienta a dialogickou podstatu psychoterapeutického setkávání. Představujeme náš způsob, jak se snažíme překlenuvat dichotomický způsob myšlení „psychoterapie versus léky“.

Když pacient užívá léky, může to terapeutu svádět k postoji já-to (Buber, 1996), jako by pacient byl objektem léčení. Terapeut se ale setkává s člověkem s jedinečným příběhem, osobitým způsobem kontaktu i jedinečnou schopností tvořivého přizpůsobování. Léky do tohoto příběhu, kontaktů a tvořivého přizpůsobování patří. Terapeut se otevírá lidskému setkání já–ty právě teď a tady s tímto pacientem i s celým kontextem

jeho života, včetně léků. Pacient přichází do terapeutické situace ovlivněn množstvím vnějších vlivů: může být například po probdělé noci nebo po lahodném obědě nebo si třeba ráno vzal Prozac. Stejně tak terapeut přichází do terapeutické situace ovlivněn vnějšími vlivy: dopil například silnou kávu nebo se včera večer pohádal s manželkou či právě skončil jiné náročné terapeutické sezení. Potkávají se dva lidé a psychiatrické léky představují jeden dílek v mozaice celé komplexní situace jejich setkání.

Zásadní důležitost lidského setkávání v psychoterapii a neredukovatelnou komplexitu terapeutické situace jsme při psaní tohoto textu měli stále na mysli, i když se dále v textu úmyslně zaměřujeme na užívání léků, abychom pomáhali zvýšit uvědomění související s tímto dílčím aspektem pole.

2. LÉK JAKO SOUČÁST TERAPEUTICKÉ SITUACE

Pokud pacient užívá psychiatrické léky, ovlivňuje to celou terapeutickou situaci. Lék modifikuje průběh terapie, zasahuje do terapeutického vztahu a ovlivňuje výsledky terapie¹. Představuje výrazný vnější vliv, který je na psychoterapii a psychoterapeutovi obvykle nezávislý. Pro terapeuta to může být složitá situace, ale ne výjimečná. Takových nezávislých vnějších vlivů je v psychoterapii mnoho² a léky jsou jen jedním z nich.

Lék může způsobit výrazný posun v tom, jak pacient prožívá sám sebe a své okolí i jak se chová. To se projeví v terapeutické situaci. Antidepressivum může například pacientovi pomoci zmobilizovat energii a významně tak ovlivní, co se bude v psychoterapeutickém sezení dít. Můžeme si

představit, že v takovém případě lék na pacienta působí podobně jako zamilovanost. Ta také dodává pacientovi energii a obchází jeho rozum i uvědomění. Vnější vliv bez přímého vztahu k psychoterapii (zamilovanost) průběh psychoterapie významně ovlivní. Pacient má najednou možnosti, které do té doby nebyly v psychoterapii dosažitelné, cítí příliv energie, věří svým schopnostem, plánuje změny v životě. Tyto možnosti se objevily bez přímé spojitosti s procesem psychoterapie. Zamilování otevírá cestu k netušeným osobním potenciálům, ale když pak přestane účinkovat, může se efekt vytrácet. Účinek některých léků se tomu může podobat, i když nenabývá tak dramatické podoby³. Jiné léky mohou mít účinky odlišné, např. napomáhají kontrolovat a integrovat prožitky. Je důležité, aby terapeut důkladně prozkoumával a zvědomoval svůj postoj k takovému ovlivnění terapeutické situace nezávislým vnějším vlivem.

Jako gestalt terapeuti nepovažujeme žádný vliv za nezávislý, nahlížíme situaci holistickým způsobem. Na užívání léku se můžeme dívat jako na nejlepší možný způsob, který pacientovi v danou chvíli pomáhá zvládat obtížnou situaci. Užívání léku souvisí s pacientovou aktuální potřebou, která vyvstává v rámci celého pole současných i minulých vztahů k okolí i k sobě samému. Lék interaguje s ostatními subjekty pole různými způsoby: často plní funkci podpory, může ale také zvýrazňovat limity a stigmatizovat, může sloužit k manipulaci okolím a může mít i další úlohy, některé z nich budou popsány v následujícím textu. Podstatné je fenomenologickým způsobem zvědomovat, jak lék vstupuje do psychoterapeutické situace a jak ji ovlivňuje.

¹ Nejedná se jen o farmakologický vliv léku, ale i o to, jak pacient sám užívání léku vnímá a interpretuje, jak užívání léku ovlivňuje jeho sebepojetí či jak na užívání léku nahlíží pacientovi blízce.

² Nezávislé vnější vlivy jsou považovány za zodpovědné za 40 procent efektu psychoterapie, naproti tomu specifické intervence (např. gestaltové) pouze za 15 procent efektu psychoterapie (Lambert, 1992).

³ Metafora zamilovanosti má, jako každá metafora, své limity. Zamilovanost umocňuje prožívání, ale také blokuje schopnost tzv. mentalizovat („láska je slepá“). U psychiatrických léků lze naopak očekávat úpravu pacientovy schopnosti symbolicky uchopit vlastní prožívání.

3. VZTAHY S LÉKEM

Lék je součástí širšího pole terapeutické situace stejně jako jiné vnější vlivy působící na pacienta, jako je například jeho zaměstnání nebo tělesné nemoci. Lék je prvkem pole, který je, stejně jako každý jiný prvek, potenciálně důležitý v procesu terapie. Když je pacient díky léku více uvolněný nebo třeba ospalý, proměňuje to celou terapeutickou situaci, a lék tak ovlivňuje jak proces terapie, tak i zkušenost samotného terapeuta s klientem. Lék se tak podílí na aktuální organizaci vztahového pole. Působí jak svým přímým farmakologickým vlivem na pacienta, tak psychologickým vlivem na pacienta i terapeuta. V dalším textu budeme zkoumat různé možné vztahy v triádě terapeut–pacient–lék.

3.1. JAK SE PACIENT VZTAHUJE K LÉKU

Lék je v psychoterapii přítomen, i když po většinu času spíše v pozadí. V období krize či uzlových obdobích může lék vystoupit do popředí. Pacient například v krizi potřebuje více léků a mluví o tom v terapii, nebo se cítí lépe a uvažuje o tom, že už léky tolik nepotřebuje. V takových obdobích se užívání léků stává figurou. Vztah, který má pacient ke svým lékům, ovlivňuje celé pole. Proto je potřeba, aby terapeut pomáhal nehodnotícím, fenomenologickým způsobem zvědomovat, jak lék ovlivňuje pacienta, ale také jakým způsobem se pacient vztahuje k lékům.

Pacient může vůči léku zaujmout dva extrémní postoje či se pohybovat mezi nimi. Na jedné straně může být pacient přesvědčený, že za žádnou cenu lék nechce a musí mu stačit psychoterapie. Pacient se může obávat, že „*když začnu brát léky, už je to se mnou opravdu zlé, jsem blázen*“. Může být ovládán introjekty (zvnitřněnými příkazy): „*musím to zvládat sám, nemůže to za mne udělat chemie*“ nebo „*nemůžu si to jenom tak ulehčovat*“. Takovéto introjekty mohou ukazovat na to, že pro pacienta je obtížné přijímat podporu z okolí. Nabídka léku

v průběhu terapeutické práce nebo jenom zmínka o této možnosti může pak být pro pacienta velmi znejišťující a zahanbující⁴. Pro některé pacienty může být zásadní a nová zkušenost vědomě se spolehnout na pomoc zvenčí v podobě léku, připustit si vlastní slabost a dovolit si přijmout tuto formu podpory z okolí.

Druhý extrémní postoj může zaujmout pacient, který po léku touží a užíváním léků snižuje nepříjemné prožitky v psychoterapii nebo se jím vyhýbá. Může rezignovat na zodpovědnost za svůj stav a na snahu o celkovou změnu. Sám sebe může vnímat jako bezmocný objekt: „*potíže způsobuje ta deprese, to ten nedostatek serotoninu*“. Pokud se jeho prožitek změni a uleví se mu, může říct: „*Ten Prozac, který teď užívám, je výborný, úplně mne změnil a zvládám to, na co jsem dřív nestačil*“. Své vlastní schopnosti a odpovědnost za změnu v takovém případě projikuje na lék. Může si pak zvyknout na zmírňování nepříjemných prožitků pomocí léků, zejména bezprostředně působících benzodiazepinů, při každém dyskomfortu, a tím nevyužívat potenciál situací, ve kterých by mohl objevovat možné vlastní zdroje sebedopory.

Psychoterapii je možné vnímat jako proces, ve kterém se buduje schopnost vyvažovat v každém okamžiku využití zdrojů sebedopory a přijímání podpory zvenčí. Pacient i terapeut si během psychoterapie budují realistický (introjekty nezatížený) postoj k tomu, jakým konkrétním způsobem lék ovlivňuje jejich spolupráci. Oba dva se tak mohou učit přijímat lék jako jeden z vnějších zdrojů podpory zde a nyní. V období zvýšené zátěže, nedostupnosti psychoterapie či při zhoršení stavu pak má pacient možnost nechat se podpořit lékem. Může

⁴ Takováto situace se může ukázat jako obtížné téma i pro terapeuta, protože gestalt přístup byl ve své historii přetížen požadavkem na sebedoporu. Aby terapeut mohl provázet pacienta k svobodné volbě zdroje podpory, je důležité, aby i terapeut sám měl jasno, jestli je ochoten se nechat podpořit od okolí (například právě formou spolupráce s psychiatrem).

vědomě a svobodně tuto možnost zvažovat a kompetentně se rozhodovat.

3.2. JAK SE PSYCHOTERAPEUT VZTAHUJE K LÉKU

Během psychoterapie, do které vstoupila psychofarmaka, mohou terapeuta napadat otázky: *„Jaký vliv mají psychofarmaka právě teď na proces psychoterapie: urychlují ho, nebo ho spíše zpomalují? Jakou funkci plní lék v terapeutickém vztahu a v celém poli terapeutické situace? Co to znamená pro pacienta, pro terapeuta a pro jejich vztah, když jsou psychofarmaka v průběhu psychoterapie navyšována, snižována, vysazována nebo nově doporučována?“*

Aby mohli psychoterapeut i pacient odpovědi na takové otázky svobodně zkoumat, je důležité terapeutovo uvědomění, jaký je jeho osobní vztah k psychiatrickým lékům, které pacient do pole psychoterapeutické situace přináší. Psychoterapeut, který nereflektuje a odehrává svoji zarputilou skepsi a averzi vůči lékům, poškozují své pacienty stejnou měrou jako lékař, který se u komplexních prožitkových stavů zaměřuje pouze na psychopatologické symptomy, unáhleně předepisuje lék u každého dyskomfortu, a tím brání přirozenému plynutí psychoterapeutického procesu (Fain et al., 2008; in Holub, 2010).

Postoj k psychiatrickým lékům se u jednotlivých psychoterapeutů liší a také se postupně vyvíjí, velmi záleží na tom, v jaké kontextu a s jakými pacienty pracují. Pro terapeuta může být důležité ujasnit si, jaký vztah má ke konkrétnímu léku konkrétního pacienta. Může si sám pro sebe udělat takovýto experiment: posadí si lék na prázdnou židli a mluví k němu. Může třeba říct: *„Léku, jsem rád, že se navzájem doplňujeme ve své práci. Díky tobě se o pacienta nemusím tolik bát.“* Nebo může říct: *„Léku, já tě nemám rád, protože mi do té terapie zasahuješ. Pacient je na tobě závislý, já bych tě nejradši z terapie vyhodil. Ale nemůžu, protože on tě chce. Připadám si bezmocný, štveš mne. Tebe má radši než mne. Díky tobě se mu vede*

lépe.“ Možná terapeut zjistí, že o léku nic neví, že si potřebuje zjistit informace o jeho vlastnostech, seznámit se s ním a pak pokračovat ve zkoumání svého vztahu k němu.

Terapeut potřebuje prozkoumat i svůj vztah k lékům obecně. Může být například ovládán introjektem: *„Důkazem dobře prováděné psychoterapie je, že pacient již nepotřebuje léky.“* Může mít dojem, že lék devalvuje jeho práci i jeho samotného v terapeutické roli: *„Když pacient musí brát léky, znamená to, že pro něj nejsem dost dobrý terapeut“.* Takové soupeřivé nastavení terapeuta nutně ovlivňuje i proces terapie.

Zkoumání vztahu k lékům pravděpodobně otevře téma terapeutova postoje k medicínskému systému, k diagnózám, k psychiatrům. Terapeut si potřebuje zvědomovat, jak jeho postoj v těchto obecných otázkách ovlivňuje jeho práci s konkrétním pacientem. Jinak by hrozilo, že si například svůj postoj (odmítavý, obdivný či závislý atd.) vůči medicínskému systému bude projíkovat na léky, které pacient užívá. Svůj postoj nemusí pacientovi sdělovat, ale je potřeba, aby si byl vědom toho, jak tento postoj ovlivňuje jeho terapeutické intervence a celou terapeutickou situaci. Pro terapeuta může být užitečné položit si otázky: *„Co si myslím o psychiatrických lécích a o psychiatrickém systému obecně? Mám já nebo někdo mně blízký osobní zkušenost s psychiatrickými léky? Jaká to je zkušenost a jak ovlivňuje můj postoj k psychiatrickým lékům?“* Odpovědi na tyto otázky mapují předporozumění terapeuta, které je potřeba zvědomovat a uzávorkovat, aby neblokovalo přirozené plynutí kontaktu s pacientem.

4. LÉK JAKO OPORA NA CESTĚ

Osvědčilo se nám popisovat užívání léků v psychoterapii pomocí metafory. Může být důležité, aby si každý terapeut našel vlastní metafory, které mu budou sloužit jako kognitivní mapy. Terapeut si může například představit, že lék slouží pacientům jako bunda v zimě. Někdo potřebuje bundu tenčí, někdo silnější a někdo žádnou bundu

nepotřebuje. Někdo by bez bundy v zimě nepřežil, někomu stačí ji mít uvázanou kolem pasu, aby byla po ruce.

My zde chceme čtenářům nabídnout jinou metaforu, která nám dobře slouží. Je to metafora, která vykresluje psychoterapii jako výpravu: pacient je na cestě a terapeut ho provází. Když pacientovi dobře neslouží nohy, potřebuje se opírat o berli. Takovou úlohu hrají léky. Například člověka, který je v hluboké depresi, antidepressivum podepře, aby mohl dál hledat cestu. Léky neukážou cestu, ale usnadní chůzi při jejím hledání. Takto se můžeme podívat i na kombinaci psychofarmaka a psychoterapie. Pacientovi může lék sloužit jako berle a psychoterapie jako rehabilitační cvičení⁵.

Berle může označovat člověka, který nemůže chodit bez vnější podpory, jako hendikepovaného. Můžeme se také na to ale dívat tak, že berle umožňuje hendikepovanému člověku využívat jeho zbývající potenciál k pohybu. Je zde důležitý tento myšlenkový posun: berle neznamená jenom, že je pacient hendikepovaný, že kulhá. Znamená také, že jeho možnosti jsou s berlí větší než bez ní. Berle umožňuje pacientovi využívat potenciál, který mu zůstal – může chodit do práce, nakupovat apod. Když psychoterapeut nechce soupeřit s léky, musí být schopen udělat právě tento myšlenkový posun. Vnímat léky jako vnější podporu umožňující pacientovi realizovat jeho možnosti, které bez berle nebylo možné využít.

Je to podobné jako s jinými druhy podpory. Pokud pacient nemá dost sebe podpory, potřebuje více podpory vnější. To se týká nejen léků, ale i například strukturovanějšího a aktivnějšího přístupu terapeuta. Pacient obvykle na začátku terapie přichází s větší potřebou vnější podpory. Postupně si pak buduje vlastní zdroje, na které se čím dál více může spoléhat a které vyvažují zdroje vnější podpory. Léky mohou mít u vý-

razných psychických obtíží významnou stabilizující úlohu především zpočátku psychoterapeutického procesu. Díky svému biologickému působení mohou zvyšovat vlastní kompetenci pacienta a aktivovat jeho vlastní potenciál. Např. antidepressivum může umožnit depresivnímu pacientovi mobilizovat energii, vystupovat z izolace a navazovat vztahy. Léč je pak někdy možné postupně snižovat či vysazovat, ale kompetence pacienta zůstává, pokud je asimilována a posilována v psychoterapii. Důležité je, aby pacient v průběhu psychoterapie dokázal přijmout, že lék mu nedodává něco nového navíc, ale že mu pomáhá probudit vlastní potenciál⁶.

Terapeut společně s klientem tedy zvědomují nejen to, jakou roli lék hraje v životě pacienta a v procesu psychoterapie, ale zkoumají také, jaké nové možnosti pacientovi lék otevírá v jeho životě i jaké možnosti nabízí pro psychoterapeutickou práci. Pacient například zažívá intenzivní strach z vlastních agresivních tendencí. Tento strach ho natolik ochromuje, že o nich není schopen v terapii mluvit. Jediný způsob, kterým dokáže strach zvládat, jsou kompulzivní rituály. Léky strach zmírní, zmenší ho, takže pacientovi nezakrývá celý obzor. Vedle strachu pak pacient může zahlédnout i podporujícího terapeuta, který sedí naproti němu a naslouchá mu.

Psychoterapii můžeme vidět jako rehabilitační cvičení. Když se pacient jen opírá o berli a nerehabilituje, nepřipravuje se na chůzi bez berle a může na ni zůstat odkázaný, může zůstat hendikepovaný. Anebo berli po nějaké době i bez rehabilitace odloží, ale má potom daleko větší potíže s chůzí, než kdyby před odložením berle také rehabilitoval a na odložení berle se připravoval. Pacient může díky rehabilitaci získat nové povědomí o svém těle, může se s ním učit lépe zacházet, může získat pohybové dovednosti a vztah k tělu.

⁵ Jsme si vědomi limitů této metafory, která se zaměřuje na fungování pacienta jako jednotlivce a opomíjí kontext.

⁶ Je to tak i na biologické úrovni: antidepressivum nedodává žádný nový serotonin, pouze umožňuje využít ten, který už pacient má.

Pacient může například zvládnout depresi jen s léky. Když k tomu ještě pracuje psychoterapeuticky, nepřekonává jen svoje aktuální obtíže spojené s depresí. Díky psychoterapii rozšiřuje spektrum svých možností. Učí se rozpoznávat a zvládat varovné příznaky nastupující deprese, učí se využívat vnější i vlastní zdroje podpory a možná zaslechne existenciální poselství obsažené v jeho depresivním prožitku.

V naší práci s pacienty se zaměřujeme na rozšiřování spektra možností formou psychoterapie, stejně jako se při rehabilitaci procvičují zbylé funkční svaly. Takový přístup vystupuje do popředí naší práce. Zároveň je ale potřeba, abychom si byli vědomi, že léky pacientovi slouží jako berle. Léky jsou, v případě že je pacient užívá, vždy přítomné v pozadí naší terapeutické práce.

Léky mohou mít v životě pacienta i v procesu psychoterapie různou úlohu. Schematicky zde rozlišujeme dvě úlohy léku: lék slouží jako dočasná berle nebo jako trvalá protéza. Toto rozdělení je velmi zjednodušující, osvědčilo se nám ale jako užitečné pro základní orientaci terapeuta, jako hrubé vymezení rozdílného směřování takové psychoterapeutické práce, kde je v pozadí užívání léku.

4.1. LÉK JAKO DOČASNÁ BERLE

S některými pacienty si úlohu psychoterapie můžeme představit jako rehabilitační cvičení u člověka po úrazu nohy. Lék pak můžeme vidět jako berli, kterou je možné časem odložit. Použití takovéto metafory může být užitečné, když pacient užívá léky, rád by ale časem fungoval bez nich a tato možnost je reálná. Pacient sám přichází s myšlenkou léky vysazovat a je ochotný snášet dyskomfort, který to může přinést. Chce se aktivně podílet na psychoterapeutické práci, je ochoten zvědomovat a měnit své postoje a dělat změny ve svém životě. Možnosti, které lék pacientovi přináší (např. zmírňuje ochromující úzkost při jízdě nacpaným autobusem), se pacient postupně učí využívat i bez léku (např. v případě nastupující úzkosti se učí pracovat s dechem a tělesným ukotvením).

Pro terapeuta i pacienta pak lék může být dočasným spojencem v procesu psychoterapie. Mohou vědomě a pragmaticky využívat spojení s lékem a pracovat s ním jako s jinými zdroji vnější podpory, jako jsou např. stabilní zaměstnání pacienta či jeho rodinné zázemí. Terapeut pomáhá pacientovi zvažovat dobrý okamžik, kdy začít s vysazováním léku, okamžik, kdy má pacient k dispozici již dostatek jak sebepodpory, tak jiných zdrojů vnější podpory. Také pomáhá pacientovi zkoumat, zda jeho vlastní potenciál, který mu lék umožňoval využívat, je již dosažitelný i bez léku.

Může nastat situace, kdy by pacient s postiženou hybností již zvládl další pohyb jen s pomocí rehabilitace, ale on si na berli již zvykl. Funkce léku se změnila, slouží nyní jako berle, které se pacient nechce vzdát. Lék již neslouží tolik jako vnější podpora a místo toho začíná pacienta omezovat v hledání nových, tvořivých způsobů přizpůsobování.

Důležité je, aby terapeut v tu chvíli netlačil na změnu. Užívání léku je pro pacienta formou kreativního přizpůsobení, lék má pro pacienta určitou důležitou funkci, slouží například jako ochrana. Terapeut respektuje funkci, kterou lék pro pacienta plní, a pomáhá pacientovi zvědomovat, co užívání léku pacientovi přináší a v čem ho omezuje. Lék může pacientovi zajišťovat bezpečí, chránit ho před příliš silným stresem v náročných životních situacích. Může ale také zároveň tlumit pacientovu schopnost prožívat a být v kontaktu s druhými lidmi. Terapeut může s lékem jako s ochrannou strategií pracovat diferencovaně – oceňovat ji, konfrontovat, obcházet. Pomáhá klientovi zvědomovat a přijímat zodpovědnost za to, jaký je zrovna poměr mezi přijímáním vnější podpory a spoléháním se na vlastní zdroje.

Michaela dlouhodobě zažívá úzkosti spojené se sociálně stresujícími situacemi. Úzkosti jsou někdy tak silné, že jí znemožňují vycházet z domu. Její praktický lékař ji odeslal k psychiatrickému vyšetření, kde jí byla diagnostikována sociální fobie. Psychiatr jí předepsal

Neurol (alprazolam – lék rozpouštějící úzkost, potenciálně návykový), který má užívat v případě vystupňované úzkosti. Také jí předepsal Seropram (citalopram – antidepresivum s dobrým anxiolytickým účinkem) k dlouhodobému užívání a doporučil jí psychoterapii.

Michaela se velmi osvědčilo vzít si při úzkosti Neurol, obávala se ale, že si vypěstuje závislost na léku. Uklidňuje ji, když ho nosí s sebou jako první pomoc, ale neužívá ho. Seropram Michaela užívá dlouhodobě jednou denně. Kromě toho dochází pravidelně na psychoterapii. Nedokáže si ale představit své fungování bez Seropramu. Lék ji chrání před úzkostí a umožňuje jí žít život tak, jak byla zvyklá. V terapii přichází na to, že jí lék umožňuje, aby sama nemusela nic měnit. Bojí se změny a s ní spojené zodpovědnosti. Lék Michaela slouží jako ochrana, nedokáže si bez něj představit svůj současný život.

Terapeut pomáhá Michaela uvědomit si, jakou funkci pro ni lék má. Michaela říká, že lék je pro ni „jako peřina“, která jí umožňuje, aby nebyla tak zraňovaná. Lék zpomaluje proces terapie, protože při jeho užívání necítí velkou potřebu něco měnit. Na druhou stranu jí lék umožňuje v terapii vůbec pokračovat, protože bez léku by pravděpodobně nebyla schopna ani vycházet z domu. Užívání léku je tedy formou kreativního přizpůsobení. Lék funguje jako retardér změny i jako prevence zhroucení.

Seropram slouží jako „peřina“, kterou pacientka potřebuje jako ochranu. Bez něj by byla jako nahá, rozdrásaná. Bez léku nemá dostatečnou podporu z okolí. Lék jí dodává podporu a zvyšuje její kompetence. Umožňuje jí docházet do práce a na terapii. Michaela se s lékem cítí lépe a lépe funguje ve svém životě.

Michaela vidí Seropram jako činitel změny. Projikuje na lék svůj potenciál ke změně, svoje schopnosti. Schopnosti, které nepatří do jejího sebezpojetí. Užíváním léku Michaela zvyšuje svoji kompetenci, ale nevnímá to jako svoji práci, ale jako zásluhu léku.

Terapeut jí pomáhá, aby si přivlastnila schopnosti, které projikuje na lék. Michaela si postupně uvědomuje, že ona je činitelem

změny a lék i psychoterapie jsou zdroje podpory, které jí předtím v životě chyběly. Její postoj: „Za to, že se cítím lépe, může lék.“ se postupně mění na: „Lék mi pomáhá hledat, jak žít opět život podle svého.“

Antidepresiva typu SSRI bývají prospěšná i pacientům s mírnější depresí. Zde příliš neseď metafora léku jako berle. Lidé s mírnější depresí nepotřebují berli, jsou schopni chodit. Ovšem jejich chůze je podobná tomu, jak chodila Andersenova Malá mořská víla. Ta při každém kroku cítila bolest, jako kdyby došlápla na čepel nože. S takovouto zvýšenou bolestivostí mohou lidé s mírnější depresí vnímat své prožitky. Antidepresiva pomohou utlumit jejich vnímání této bolesti, jako kdyby Malá mořská víla chodila v botách s tlustou podrážkou. To jim umožní vnímat i jiné věci než jen bolest v chodidlech, dívat se kolem sebe a navazovat kontakt.

4.2. LÉK JAKO TRVALÁ PROTÉZA

Závažné psychiatrické onemocnění významně pacienta limituje a může omezit některé jeho schopnosti dlouhodobě nebo i doživotně. Léky v takových případech plní funkci trvalé vnější podpory, bez které se pacient neobejde. Metaforicky je možné vyjádřit, že lék zde neslouží jako berle, kterou by bylo možné časem odložit. Lék lze nyní spíše přirovnat k protéze, která nahrazuje chybějící končetinu a umožňuje pohyb. Funkci protézy mají léky zejména v případech, kdy pacient trpí onemocněními, jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha nebo rekurentní depresivní porucha s endogenními rysy.

Z hlediska terapeuta je velice důležité diagnostické posouzení, zda by se působení léků dalo spíše přirovnat k funkci dočasné protézy, nebo trvalé berle⁷. Realistické po-

⁷ Takovéto posouzení je potřeba dělat v dialogu s pacientem a lékařem, který léky předepisuje. Je potřeba si uvědomovat, že takovéto diagnostické posouzení je vždy pouze provizorní a může se časem změnit. I v situaci, kdy se léky zdály jako nezbytná protéza, se po dlouhé terapii či působením jiných extraterapeutických faktorů může stát, že pacient časem dokáže fungovat bez léků.

souzení situace umožňuje smířit se s lékem a zbavuje terapeuta přílišného nároku na sebe i na pacienta. Pokud je s lékem smírný terapeut, pomáhá i pacientovi se s ním smířit. A v duchu paradoxní teorie změny se tím v psychoterapii otevírá prostor pro nové možnosti. Pokud by měl terapeut velké nároky („*Terapie by měla směřovat k vysazení léku.*“), bude sám sebe limitovat v terapii s pacienty s vážnějšími psychiatrickými obtížemi a může až podléhat terapeutickému nihilismu, že psychoterapie pro tyto pacienty nemá význam.

Typickým příkladem mohou být pacienti v akutním psychotickém stavu. Jejich prožitek sebe sama není dostatečně odlišen od okolí (Spagnuolo Lobb, 2003). Lidé v tomto stavu jsou zahlceni obrovským množstvím informací, a proto nejsou schopni rozlišovat, jestli informace přichází z vnějšího prostředí, či jsou jejich vlastním psychickým výtvořem. Léky (antipsychotika) zmenší množství informací (snížením množství dopaminu, který informace přenáší), sníží zahlcení a pomáhají pacientovi informace utřídit.

Psychoterapie má významnou úlohu i v léčbě těchto vážně psychicky nemocných pacientů. Když se vrátíme k naší metafoře, můžeme říct, že i pro člověka s protézou má rehabilitace význam. Díky protéze nemůže zbytek těla fungovat normálně, protéza vytváří v těle různé disproporce, jsou zatěžované jiné svalové skupiny. Rehabilitace může tato pokřivení a dopady nerovnováhy alespoň částečně korigovat a udržovat zbylé údy funkční po delší dobu než bez ní. U pacientů s chronickou schizofrenií tak terapeut například doplňuje léčbu antipsychotiky tím, že pracuje s pozadím prožitku pacienta, a tím umožňuje vytvoření figury (Spagnuolo Lobb, 2003). Terapeut pomáhá zaměřit terapii na pacientovo vnímání času a místa, na vnější strukturu a rytmus a také na vnímání vlastních potřeb. Tím pacient dostává podporu k zřetelnějšímu vymezení vlastního self.

Jana je 35letá matka dvou malých dětí. Po skončení mateřské dovolené se vrátila

nedávno zpět do zaměstnání. Má náročnou práci asistentky, při které jedná s mnoha kolegy i zákazníky, často řeší i konfliktní situace. Je oceňovaná pro svou spolehlivost a zodpovědnost, jen bývá dost často v pracovní neschopnosti kvůli problémům se zády. Nikdo z kolegů netuší, že je to důsledek sebevražedného pokusu skokem z okna paneláku, po kterém následovala hospitalizace na psychiatrii. Jana se třináct let léčí pro psychózu a byla již čtyřikrát hospitalizovaná v akutním psychotickém stavu, kdy její vnímání okolí i chování bylo výrazně změněno paranoidními bludy. Mívá pocity, že je vyvolená a zachrání naši zemi před zkázou. Celých třináct let užívá antipsychotika, občas i antidepresiva a anxiolytika. Dochází na individuální a skupinovou psychoterapii. Dvakrát se pokusila léky vysadit kvůli nežádoucím účinkům a těhotenství, ale její stav se zhoršil natolik, že musela být hospitalizovaná. Zvykla si na užívání antipsychotika, přestože je po něm unavená, má větší chuť k jídlu a připadá si emočně oploštělá. V poslední době byla přetížena, vyčerpaná z dlouhodobého stresu. Opět měla pocit, že si o ní kolegyně v práci za jejími zády povídají, a vytvářela si složité představy možného spiknutí. Musela si zvýšit dávku léků. Psychoterapie jí pomohla ujasnit si situaci a rozhodnout se pro částečný invalidní důchod, kterému se dlouho bránila. Nyní je ráda, protože bude v práci kratší dobu a lépe zvládne domácnost i děti, v čemž jí také pomáhá vstřícný manžel. Zároveň však pro ni není lehké se na trhu práce uplatnit s invalidním důchodem. Pravidelná psychoterapeutická sezení jí nadále slouží jako podpora při zvládnutí aktuálních zátěžových situací.

Složitější může být situace v případě bipolární poruchy, kdy se pacient po odeznění epizody mánie nebo deprese může domnívat, že léky nepotřebuje. Navíc může mít pocit, že užívaná tymoprofylaktika oplošťují jeho emocionalitu a znemožňují mu prožívat sebe a vztahy s lidmi naplno. Vysazení tymoprofylaktika však vede k dekompenzaci,

k manické nebo depresivní epizodě, které mohly léky zabránit nebo ji alespoň oddálit či zmírnit. Terapeutickým úkolem je v tomto případě pomáhat pacientovi zvědomovat a přijímat limit, který pro něj představuje jak nemoc, tak psychiatrické léky.

Podobná situace může nastat v případě pacientů s rekurentní depresivní poruchou. Tam, kde pacient ve své historii zažíval opakovaně těžké depresivní propady, zejména v závislosti na ročním období a bez zřejmého vnějšího podnětu, je nutné mít na paměti, že antidepresiva pro něj plní roli protézy, i když její nutnost není v období mezi jednotlivými fázemi deprese zjevná.

Pacient může vnímat nepříjemné nežádoucí účinky léků (např. útlum, zpomalení, emoční oploštění, nadváhu, fyzickou ztuhlost), které pak mohou vést k izolaci a stigmatizaci pacienta. Zároveň ale nemůže léky vysadit, aniž by hrozilo velké riziko závažného zhoršení psychického stavu. Terapeut rozumí pacientovým obtížím způsobeným léky a zároveň realisticky vidí důvody pro nutnost jejich užívání. Přijímá lék jako limit, který zmenšuje rozsah možností tvořivého přizpůsobování jak v pacientově životě, tak přímo v psychotherapeutické práci. Terapeut pracuje s lékem vědomě jako s nevyhnutelným limitem terapie, podobně jako pracuje s jinými limity psychoterapie (např. nepodpůrné zázemí, nedostatek financí nebo nižší intelektová kapacita). Přizpůsobuje tomu terapeutický styl a pomáhá zvědomovat úlohu limitu v životě pacienta i v terapeutickém vztahu. Pomáhá pacientovi přijmout omezení a vedle toho objevovat a rozvíjet schopnosti, které má k dispozici.

5. ZÁVĚR

Užitečnost opodstatněné kombinace psychoterapie s farmakoterapií je podpořena výzkumem genetického a biologického působení psychoterapie, který překonává dualistické oddělování mysli a těla (Wright, Hollifield, 2006). Také Williams a Levitt (2007) ve svém výzkumu dospívají k holistickému přístupu a opouštějí dichotomii

biologie versus psychologie. Klíčovým pojmem je pro ně pacientovo „zapojení“ („agency“), tedy jeho schopnost aktivně se účastnit psychotherapeutického procesu a činit vlastní rozhodnutí v životě. Psychotherapie pomáhá pacientovi zvyšovat jeho schopnost mobilizovat svoje „zapojení“ a používat terapeutovy intervence k tomu, aby se léčil sám. Medikace je užitečná v případě, pokud pomáhá pacientovi zvyšovat jeho „zapojení“ a zapojovat se do psychotherapeutického procesu (např. tím, že se díky užívání léků pacientovi stabilizuje nálada a zlepšuje se jeho schopnost reflexe). Není naopak užitečná v případě, že pacientovo „zapojení“ snižuje (Williams a Levitt, 2007). Jako gestalt terapeuti dodáváme, že léky jsou užitečné také v případě, že usnadňují kontakt pacienta a terapeuta.

Léky mohou být užitečné v procesu psychoterapie, pokud jako jeden ze zdrojů podpory pomáhají snižovat znehybňující míru úzkosti. Energie původně uvězněná v nadměrné úzkosti je pak pacientovi k dispozici jako vzrušení umožňující spontánní a smysluplný kontakt s okolím. Terapeut je v takovou chvíli přítomný jako partner ochotný vstupovat do pracovního vztahu a otevírat se lidskému setkání.

POZNÁMKY:

Text je zkrácenou verzí kapitoly „Combination of Gestalt Therapy and Psychiatric Medication“ z knihy Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. MarcoAngeli.

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GAP407 /11/ 0141.

SEZNAM LITERATURY

- Aviram, O., Levine Bar-Yoseph, T. (1995). Phenomenology of Sleep: Gestalt Therapy and Insomnia. *The British Gestalt Journal* 4 (1), s. 23–30.
- Buber, M. (1996). *Já a ty*. Olomouc: Votobia.
- Brownell, P. (2011). *Gestalt Therapy for Addi-*

- ctive and Self-Medicating Behaviors*. New York: Springer.
- Fain, D. S., Sharon, A., Moscovici, L., Schreiber, S. (2008). Psychotropic medication from an object relations theory perspective: An analysis of vignettes from group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 58 (3), s. 303–327.
- Harris, C. O. (1992). Gestalt Work with Psychotics. In Nevis, E. C. (Ed.). *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications*. New York: Gardner Press, s. 239–261.
- Holub, D. (2010). Kombinace psychoterapie a farmakoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 494–504.
- Miller, M. V. (2001). The Speaking Body. *The Gestalt Journal* 24 (2), s. 11–30.
- Philippson, P. (1999). A Process Focus and the Here and Now in Brief Gestalt Therapy. *The British Gestalt Journal* 8 (1), s. 4–6.
- Resnikoff, R. (1995). Gestalt Family Therapy. *Gestalt Journal* 18 (2), s. 55–76.
- Sabar, S. (2000). Bereavement, Grief, and Mourning. A Gestalt Perspective. *Gestalt Review* 4 (2), s. 152–168.
- Spagnuolo Lobb, M. (2003). Creative Adjustment in Madness: A Gestalt Therapy Model for Seriously Disturbed Patients. In Spagnuolo Lobb, M., Amendt-Lyon, N. (Eds.). *Creative Licence, The Art of Gestalt Therapy*. Wien: pringer-Verlag, s. 261–277.
- Stratford, C. D., Brallier, L. W. (1979). Gestalt Therapy with Profoundly Disturbed Persons. *The Gestalt Journal* 2 (1), s. 90–104.
- Williams, D. C., Levitt, H. M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 17 (1), s. 66–82.
- Wright, J. H., Hollifield, M. (2006). Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Psychiatric Annals* 36 (5), s. 302–305.
- MUDr. Jan Roubal – psychoterapeut, psychiatr, supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků. Asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, spolupracovník Centra pro výzkum psychoterapie při katedře psychologie FSS MU. Spolueditor knih „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010) a „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (MarcoAngeli, 2013). Člen EAP, EAGT, SPR. Kontakt: jan.roubal.cz@gmail.com*
- MUDr. Elena Křivková – psychoterapeutka, psychiatřička, supervizorka a lektorka psychoterapeutických výcviků (IVGT, Instep). Zajímá se o problematiku poruch osobnosti, na toto téma publikovala a vede vzdělávací kurzy. Kontakt: elena.krivkova@gmail.com*
- Došlo do redakce 22. 1. 2013, v revidovaném znění 27. 2. 2013. K publikaci přijat 5. 3. 2013.*

VLIV „NEUVĚDOMOVANÝCH KOMPONENT“ NA PSYCHOTERAPEUTICKÝ PROCES Z POHLEDU STUDENTŮ PSYCHOLOGIE

**Psychology students' view of the role of „unconscious components”
in psychotherapeutic process**

Michal Čevelíček, Zbyněk Vybíral

ABSTRAKT:

Řada psychotherapeutických směrů popisuje vliv vlastností psychotherapeutů na psychotherapeutickou praxi. Text shrnuje, jak vybrané směry rozumějí vlastnostem psychotherapeuta, a navrhuje integrující pohled. Sjednocení slovníku může napomoci domluvě mezi praktiky různých přístupů, poskytnout rámec integrativním přístupům a identifikovat možné oblasti výzkumu. Empirická část studie předkládá výsledky analýzy 26 textů, jejichž autoři se zamýšleli nad „neuvědomovanými osobními komponentami“ ve své budoucí praxi. Autory textů jsou studenti psychologie a psychotherapie.

Klíčová slova: vlastnosti psychotherapeuta, neuvědomované komponenty, psychotherapeutické faktory, společné psychotherapeutické faktory, integrace

ABSTRACT:

Many psychotherapeutic approaches describe an impact of therapist's variables on therapeutic practice. The presented paper contains a summary how selected psychotherapeutic approaches understand therapist's variables and suggests integrative conclusions. Integrative merge may facilitate communication among practitioners of different approaches, lend a frame for integrative approaches and identify possible research fields. Empirical part of the text contains results of 26 texts analysis, whose authors reflected “unconscious personal components” in their future practice. Authors of the texts are students of psychology and psychotherapy.

Key words: therapist variables, unconscious components, psychotherapeutic factors, common psychotherapeutic factors, integration

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GAP 407 /11/ 0141 Utváření integrativní psychotherapeutické perspektivy: analýza Výcviku integrace v psychotherapii.

VLASTNOSTI PSYCHOTERAPEUTA V PSYCHOTERAPEUTICKÉM PROCESU, CÍLE STUDIE

Vlastnosti psychotherapeutů formované profesními a životními zkušenostmi významně zasahují do procesu psychotherapie. Jsou součástí společných psychotherapeutických faktorů, které mají největší váhu mezi intratherapeutickými faktory (Lambert, 1992; Assay a Lambert, 1999; Greencavage a Norcross, 1990). Rané psychotherapeutické modely, podle nichž by psychotherapeut měl být „zrcadlem“ či „projekčním plátnem“ a do procesu nepřináší nic ze sebe sama, dnes mohou zastávat zřejmě jen psychotherapeuti vyznávající ortodoxní proudy psychoanalýzy (Searles, 1978). Odborná literatura obsahuje množství textů, v nichž autoři pod klíčovými slovy „vlastnosti/proměnné, osobní aspekty, hodnoty, postoje, kognitivní schémata, přenosové fenomény“ [angl. „variables, personal aspects, values, attitudes, cognitive schemes, transference phenomenons“] a dalšími popisují vlastnosti, které do léčby přinášejí praktikující psychotherapeuti (Searles, 1999; Leahy, 2008; Parrotová, 1999; Williams a Levitt; Mahoney, 1998; Hirschhorn, 1999).

Předložený text představuje analýzu esejů vytvořených studenty psychologie a psychoterapie, v nichž se zamýšlejí nad svými osobními proměnnými („nevědomovanými komponentami“) v budoucí praxi. Poznání představ budoucích terapeutů může být nápomocné lidem, kteří je později vzdělávají. Toto poznání v současné české literatuře chybí. Text také navrhuje sjednocující pojetí „nevědomovaných komponent“ ovlivňujících terapeutický proces, které vzešlo ze srovnání různých konceptů v teoriích tří nejrozšířenějších skupin terapeutických modalit. Sjednocující jazyk má umožnit vyhodnocení výsledků empirické části práce, napomoci komunikaci mezi odborníky zastávajícími různé přístupy a nabídnout teoretický rámec terapeutům využívajícím integrativní přístupy.

VLASTNOSTI PSYCHOTERAPEUTŮ V RŮZNÝCH TEORIÍCH

Psychoterapeuti využívající různých terapeutických modalit se v úspěšnosti léčby neliší více než z 10 % (Castonguay, Beutler, 2006). Toto zjištění může být považováno za jeden ze základních kamenů integrativních tendencí v psychoterapii (Castonguay, 2000). Rozdílné teorie a pojmy mohou zakrývat identické terapeutické procesy a činnosti psychoterapeutů (Ablon, Jones, 2002). Diskuse o společném porozumění specifickým teoriím a pojmům mezi praktiky i teoretiky je krokem vycházejícím vstříc těmto poznatkům. Následující text shrnuje některé pojmy využívané vybranými terapeutickými směry k popisu vlastností terapeutů, jež ovlivňují průběh psychoterapie.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Někteří praktici KBT mohli dříve roli vlastností psychoterapeuta opomíjet, avšak v současnosti se jimi zabývají stále více (Leahy, 2008). Vedou je k tomu argumenty o prokázaném vlivu terapeutického vztahu na efekt terapie (Persons, 2006). Terapeut přináší množství „mikrodovedností“ (např. aktivní naslouchání), které jsou podstatné při

práci v kterékoliv terapeutické modalitě a v terapeutických výcvicích jsou mnohdy přehlížené (Leahy, 2008). Někteří zastánci behaviorální terapie začínají akceptovat i původně nepřijatelné koncepty nevědomých procesů. Paradigma takzvaného silného nevědomí vlastní psychoanalýze nicméně nepřejímají (Rudolph, Reinecker, 2003).

Různí KBT terapeuti se mohou v závislosti na zastávaném teoretickém modelu lišit ve způsobech formulace případu (Leahy, 2001). Také jejich strategie interpretace emocí a odpovídání na ně mohou být velmi odlišné. „Pokud terapeut věří, že emoční exprese je ztráta času, že emoční podpora interferuje s dosažením důležitých cílů terapie nebo „posiluje“ ruminaci, pacient se může cítit odmítnutý a může se rozhodnout ukončit léčbu.“ (Leahy, 2008, s. 771) Podobně silným přesvědčením může být pohled na klienta především jako na oběť nebo aktéra událostí (Leahy, 2001).

Postupy sloužící klientům v KBT lze aplikovat na samotné therapy. Využívání znalosti kognitivních schémat budoucích terapeutů v tréninku a supervizi navrhla Haahrhoffová (2006). Identifikovala u začínajících psychoterapeutů tři nejčastěji se vyskytující schémata: (1) náročné standardy; (2) představu sebe sama jako výlučné, nadřazené osoby a (3) přehnané sebeobětování. Schéma „náročné standardy“ může být znakem perfekcionista, obsesivního a kontrolujícího přístupu potenciálně vedoucího k frustraci. Schéma „představa sebe jako výlučné, nadřazené osoby“ se může projevovala nedostatkem empatie, tendencí k idealizaci pacienta nebo distancování se od pacienta, který se nezlepšuje nebo nedodržuje léčbu. Terapeuti ovládaní schématem „přehnané sebeobětování“ přehánějí důležitost vztahu s pacienty. Výsledkem může být sebezníčující chování sloužící naplnění všech potřeb pacienta. Nevhodné spojení schémat více lidí může být považováno za ekvivalent dynamického pojmu přenosu (Leahy, 2001).

Psychodynamické terapie. Úvahy o vzájemně interagujících vědomých a nevědo-

mých vlastnostech terapeuta a klienta jsou v teorii psychodynamických terapií přítomny od jejich počátků. Nevědomé mohou být kognitivní, emoční, behaviorální i vztahové obsahy a procesy pocházející z minulosti i aktuální situace (Willi, 1998), tedy terapeutovy motivace a jejich konflikty, emoční procesy a obranné mechanismy, vývojově podmíněné vzorce vztahování se k druhým lidem a komunikační vzorce i kulturní normy a přesvědčení.

Základními dynamickými pojmy popisujícími projevy nevědomých procesů v psychoterapii jsou přenos a protipřenos. „Přenosu můžeme rozumět jako souboru očekávání a způsobů vztahování se, které se utváří v průběhu dětství a ve vývoji se přenáší dál.“ (Cortina, 2010, s. 47) Přenos se může projevat pozitivně či negativně, tedy kladnými či zápornými emocemi, postoji, chováním a vztahovými vzorci. Podstatná role přenosu v určitém vztahu může být signalizována emocemi či postoji, dalšími projevy mohou být u terapeutů pozitivní nebo negativní idealizace klienta, přílišná zainteresovanost a vyplývající ztráta objektivity či narušování profesionálních hranic (Jones, 2004). Pojetí nevědomí jako všudypřítomného a mnohovrstevného fenoménu ovlivňuje i pohled na přenos (Jones, 2004). Zatímco dříve mohl být terapeut považován za zbaveného protipřenosových reakcí osobní analýzou, v současnosti je chápán jako nositel předvědomých, nevědomých i vědomých obsahů a procesů ovlivňujících terapii, a to způsobem specifickým pro každého klienta (Parsons, 2006; Searles, 1978; Searles, 1999).

Mezi nejznámější **humanistické psychoterapie** patří na osobu zaměřená terapie (PCT) a gestalt terapie. Oba směry kladou na využívání osoby psychoterapeuta velký důraz. Základy PCT spočívají na třech podmínkách léčivého vztahu: empatii, kongruenci a bezpodmínečném přijetí (Cain, 2007). Jmenované tři podmínky vyplývají z vnitřního nastavení terapeuta. Většina selhání při snaze o navázání pomáhajícího vztahu je podle Rogerse (1961) způsobeno

benou inkongruencí, která může vyplývat z neschopnosti terapeuta reflektovat vliv svých vlastností na proces terapie. „Když zažívám zlobu vůči jiné osobě, ale nejsem si jí vědom, pak má komunikace obsahuje protikladná sdělení. Má slova poskytují jedno sdělení, ale nepozorovaně zároveň vyjadřuji zlobu, kterou cítím, což druhou osobu mate a způsobuje, že je nedůvěřivá, ač si sama nemusí být vědoma, co tyto obtíže způsobuje.“ (Rogers, 1961, s. 51)

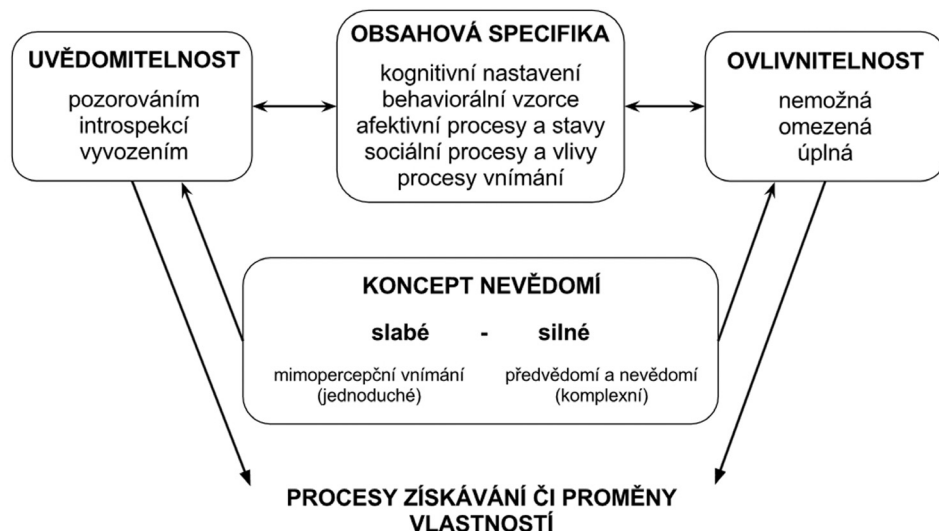
Teorie gestalt terapie obsahuje Beisserovu poučku paradoxní teorie změny, podle níž je přijetí současného stavu podmínkou terapeutické změny (Mackewn, 2009). Podmínkou přijetí současného stavu je jeho poznání. Gestalt terapeut zkoumá a spoluutváří „situačně determinované self“ klienta. Člověk se potýká s problémy, pokud je jeho self definováno příliš rigidně, čímž zabraňuje vypořádání se s nečekanými situacemi. Pokud je naopak self definováno slabě či chaoticky, situace jsou nezvladatelné kvůli nedostatku strukturovanosti (Mackewn, 2009). Protože lidé se definují v sociálních situacích interakcí s ostatními lidmi, psychoterapeut potřebuje analyzovat své neměnné reakce, aby mohl nabytou flexibilitou umožnit klientům jistou míru osobní nepředvídatelnosti – protikladu rigidity.

SJEDNOCENÍ: VLASTNOSTI PSYCHOTERAPEUTA NAPŘÍČ SMĚRY

Beutler, Maliková a kol. (in Lambert, 2004) roztřídili vlastnosti terapeuta pomocí dvou dimenzí. Rozlišili rysy a stavy, které mohou být pozorovatelné či vyvozené. Rysy terapeuta existují nezávisle na jeho profesi (např. věk nebo osobnost), zatímco stavy jsou vlastnostmi získávanými profesním rozvojem (např. využívané techniky nebo teoretická orientace). Pozorovatelné vlastnosti mohou být hodnoceny nezávisle na výpovědi terapeuta (např. věk nebo využívané techniky). Vyvozené vlastnosti můžeme zjistit pouze nepřímo, většinou pomocí dotazníků či z rozhovorů; sestávají

z hypotetických konstruktů, jejichž povaha je závislá na metodách jejich zjišťování (např. osobnost nebo teoretická orientace). Třídění navržené Beutlerem, Malikovou a kol. (in Lambert, 2004) je založeno na analýze dílčích empirických studií, které sledují vliv různých vlastností terapeuta na proces terapie, nebere proto v úvahu koncepty jednotlivých terapeutických přístupů. Srovnání konceptů představených v předchozí kapitole nabízí odlišný pohled.

živání. Koncepty *silného nevědomí* předpokládají existenci komplexních obsahů a procesů nevědomí, které jsou obdobou vědomých obsahů a procesů, a mají zásadní vliv na chování a prožívání. Problém uvědomění je chápán jako výsledek práce mechanismů, jež brání obsahům vstupu do vědomí, protože by vyvolávaly neúnosnou úzkost, nebo jako výsledek omezené aktuální kapacity vědomí. Koncepty *slabého nevědomí* předpokládají existenci jednodušších nevědo-



Obr. 1: Vlastnosti terapeuta podle vybraných psychoterapeutických směrů

Obsahová specifika zahrnují kognitivní nastavení, behaviorální vzorce, afektivní vlastnosti, sociální nastavení i procesy vnímání.

Přijímaný *koncept nevědomí* může ovlivňovat, zda budou terapii považovat uvědomění některých svých vlastností za možné. Určuje také, do jaké míry budou považovat vliv vlastností nebo vlastnosti samotné za ovlivnitelné. Špok (2008) rozlišil koncepty „slabého“ a „silného“ nevědomí. Podle obou konceptů může nevědomí ovlivňovat jednání a prožívání, ačkoli jeho obsahy nevstupují do vědomí. Rozdíly spočívají v komplexitě obsahů a síle vlivu na chování a pro-

měných počitků či vjemů, které jsou spíše reziduem vědomé percepce než jevem zásadně ovlivňujícím prožívání a chování. Problém uvědomění je u slabého nevědomí vysvětlován vlastnostmi lidské pozornosti a percepčního systému.

Představy o *uvědomitelnosti* vlastností terapeuta vychází z pojetí nevědomí jako slabého nebo silného. Procesy a obsahy silného nevědomí mohou být nepřímo vyvozeny z pozorování. Pakliže absence obsahů ve vědomí vychází z omezené aktuální kapacity vědomí, mohou být identifikovány také reflexy osobní zkušenosti. Procesy a obsahy slabého nevědomí mohou být identifikovány pouze pozorováním a vyvozeny.

Také představy o *ovlivnitelnosti* vlastností terapeuta vychází z konceptualizace nevědomí. Analytický proces se do značné míry odehrává nezávisle na analytikovi, často na nevědomé úrovni, a tak si nemůže být vědom celkového působení svých vlastností (Parsons, 2006). Jejich ovlivnitelnost je tak omezená. KBT považuje kontrolu vlastností za snazší: kognitivní schémata a behaviorální vzorce mohou být změněny snáze než dynamicky definované nevědomé procesy. Humanistické terapie považují za důležité sebepoznání a reflexi vlivu vlastností „tady a teď“. Díky sebepoznání lze ovlivnit vlastnosti terapeuta i jejich působení, avšak pouze částečně. Ovlivnitelnost některých vlastností slabého nevědomí není možná (vlastnosti percepčního systému nemohou být změněny), jiných omezená. Snáze ovlivnitelné jsou jen některé pozorovatelné vlastnosti.

Postupy získávání či proměny vlastností psychoterapeutů uplatňované v profesním výcviku by měly být výslednicí konceptů specifických směrů, výzkumů zjišťujících skutečný vliv na terapii (Beutler, Maliková a kol., in Lambert, 2004) i znalosti osobních teorií budoucích terapeutů.

METODA

Výzkumný soubor. Studie vychází z dat vytvořených 26 studenty čtvrtého nebo pátého ročníku psychologie a oboru psychoterapeutická studia na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (FSS MU). Participanti byli ve věku 23–26 let, 20 žen, 6 mužů. Všichni participanti dosáhli baka-lářského titulu z psychologie.

Tvorba dat. Analyzované texty byly eseji-mi odevzdávanými v rozmezí let 2003–2010 jako jeden ze závěrečných výstupů kurzu „Poradenská psychologie: partnerské vztahy, manželství, rodina“ vypisovaného na Katedře psychologie FSS MU. Administrace zadání esejů nebyla jednotná, ke zjištění vlivu variací jsme proto na souboru šesti respondentů uskutečnili ověřovací šetření. Studenti v eseji odpovídali na otázku „Jaké

neuvědomělé nebo ne plně uvědomované komponenty bych mohl/a vnášet do své poradenské (psychoterapeutické) práce?“ Na konci otázky byla v některých letech uvedena slova „s manželskými (nemanželskými) páry nebo rodinami“.

Analýza dat. Zvolili jsme kvalitativní postup analýzy dat generující testovatelné hypotézy a nabízející vhled do zkušenosti participantů. Drželi jsme se principů zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové (1999) a Charmazové (2006). Ke kódování jsme využívali databázového systému, součástí balíku aplikací OpenOffice (v. 3.1).

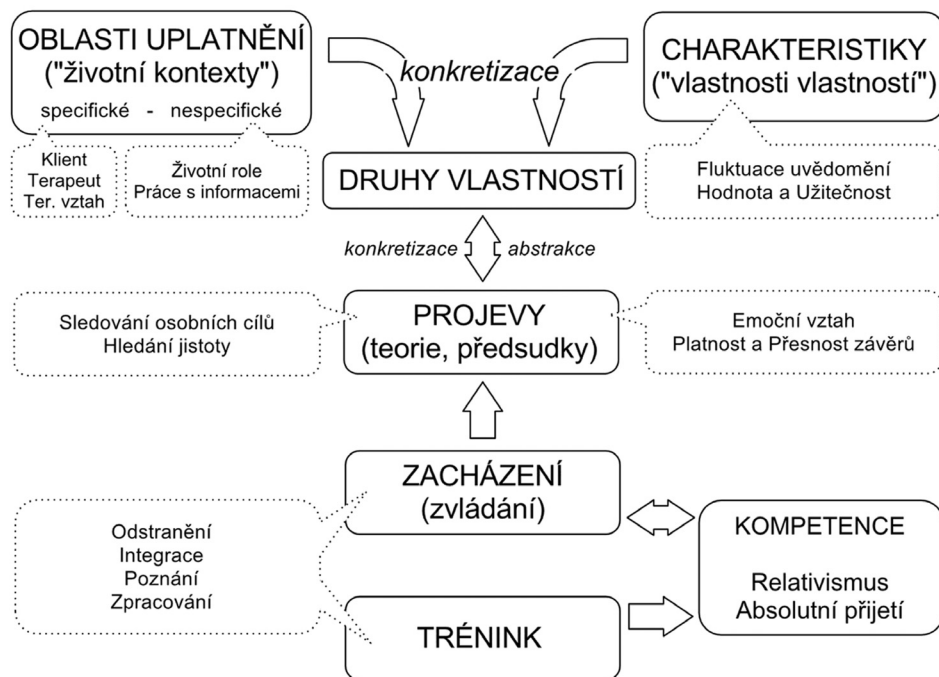
Zajištění validity. Výsledky analýzy jsme poslali participantům, kteří je mohli srovnat s vlastní zkušeností a poukázat na nedostatky. Na základě odpovědí nebyla podoba výsledků zásadně změněna. První autor, jenž analyzoval data, si průběžně dělal poznámky sloužící ke sledování jeho vlivu na výslednou podobu analýzy a jako záznam jejího vývoje. Validitu jsme zajišťovali také postupy kvazistatistiky. „Jednoduchým číselným výsledkem, který lze lehce odvodit z dat,“ (Čermák, Štěpaníková, 1998, s. 19) byl například počet textů, z nichž vycházely jednotlivé kategorie. Podíl počtu textů ovlivňujících kategorii a celkového počtu analyzovaných textů umožňoval odhadovat rozšířenost („významnost“) kategorie v souboru. Šesti studentům jsme kvůli zjištění vlivu nejednotné administrace, kontextu vzniku dat a k ověření některých kategorií zaslali soubor otázek spolu s výsledky analýzy.

Výzkumné otázky. Dvě hlavní otázky identifikovaly oblast našeho zájmu: úvahy studentů o struktuře a vlivu vlastností terapeuta na terapii: (1) *Jaké „neuvědomované komponenty“, jež mohou ovlivňovat jejich budoucí práci, u sebe identifikují studenti psychologie a psychoterapie?* (2) *Jakým způsobem se podle studentů psychologie a psychoterapie mohou v jejich praxi uplatňovat „neuvědomované komponenty“?*

VÝSLEDKY

Analýzou vzniklo šest propojených hlavních kategorií: Oblasti uplatnění, Charakteristiky, Druhy vlastností, Projevy (teorie, předsudky), Zacházení (zvládání), Trénink a Kompetence.

určitému jednání je hodnotí jako špatné, bude je pravděpodobněji považovat za původce vlastních problémů spíše než oběti nešťastných událostí nebo jiných lidí. O původcích problémů si může myslet, že se o řešení svých problémů nesnaží: „Zajíma-



Obr. 2: Model pojetí „neuvědomovaných komponent“ studenty psychologie a psychoterapie

OBLASTI UPLATNĚNÍ

Životní kontexty, v nichž studenti uvažují o vlivu vlastností psychoterapeuta (*Oblasti uplatnění*), můžeme rozdělit na terapeuticky specifické (vážíci se ke klientům, terapeutickému vztahu a terapeutovi) a nespecifické (životní role terapeuta, práce s informacemi).

Klienti mohou být v důsledku vlastností terapeuta upřednostňováni, jiní mohou trpět jeho zaujatostí. Terapeut může klienty považovat za špatné, protože jako špatné hodnotí především jejich jednání. Pokud klienty považuje za nositele schopností potřebných k řešení svých problémů a kvůli

vé, kouření mi přijde zcela normální a drogy vnímám jako tak mocné, že narkoman je v podstatě jejich obětí a je potřeba mu pomoci. Alkoholik se v mých očích (bez racio-nální cenzury) snaží „přechlást“ problémy, místo aby je řešil, a stává se pro okolí velmi nepříjemným.“

Terapeutovy Oblasti uplatnění zahrnují sebeobraz, trpělivost, komunikační styl, pokoru a připravenost. Kladný nebo záporný sebeobraz terapeuta může být ovlivněn vnímanou mírou schopností a osobní vyzrálosti. Celkový sebeobraz ovlivňuje jistotu terapeuta. Základní znaky komunikačního stylu studenti spatřují ve vřelosti nebo zachová-

vání odstupu, dále odlišují direktivní nebo empatický styl. Empatický styl spojují s pokorou terapeuta, který naslouchá klientům s touhou něco se dozvědět, nikoliv něčemu vyučovat. Direktivní spojují s tendencí prosazovat vlastní názory a pravdy, například teorie, jimiž by se měli klienti řídit.

Terapeutický vztah by měl být podle studentů profesionální. Pokud se do vztahu terapeut nechá příliš osobně vtáhnout, nabývá podoby osobního vztahu. V „dobrém“ terapeutickém vztahu očekávají studenti především důvěru a upřednostňování potřeb klienta oproti terapeutovým: „*Za nejdůležitější tedy pokládám to, aby se nic z výše uvedeného nedostalo do popředí před klientova přání, potřeby, vlastnosti, zkušenosti, hodnotovou orientaci a jeho život.*“

Životní role, které terapeut dříve zastával nebo stále zastává, mohou vstupovat také do jeho profesního působení. Za významné studenti považují partnerské a rodinné role. Pokud se terapeut dostává do role partnera, rodiče, dítěte nebo sourozence, může překračovat profesní hranice, a tak uspokojovat spíše své potřeby než potřeby klientů.

Práce s informacemi může být ovlivněna tendencí terapeuta vybírat si údaje podporující určité předpoklady spíše než takové, které jim odporují. Některé informace může vnímat jako významnější než ostatní, význam jiných umenšovat. Hledání především potvrzujících informací může zabraňovat volbě alternativních řešení: „*Podle jedné charakteristiky si často vytvořím komplexní názor a trvá pak dlouho, než se případně přesvědčím o tom, že realita může být jiná.*“

CHARAKTERISTIKY

Představy o vlastnostech „neuvědomovaných komponent“, tedy o „vlastnostech vlastností“ terapeuta označujeme jako *Charakteristiky*. Vlastnosti terapeuta se vyznačují komplikovaností, která vzhází z jejich velkého množství, obtížné odlišitelnosti původu v jedincích nebo vztazích mezi lidmi a propojení s minulostí i současností. Nakládání s nimi je považováno za nevyhnutelné.

Fluktuace uvědomění označuje vlastnosti terapeuta jako jevy, které mohou být zcela neuvědomované, ale za určitých okolností (reflexí, vybavováním vzpomínek, v osobní terapii) vstupují do vědomí. Mají ovšem tendenci stávat se opět neuvědomovanými, například v emočně nebo kognitivně náročných situacích. Vlastnosti terapeuta tak opakovaně přicházejí do vědomí a opět z něj odcházejí: „*Pokusím se tedy popsat pár věcí, které jsou sice mému vědomí přístupné, ale rozhodně na ně běžně nemyslím, nevěnuji jim pozornost, a proto bych je v reálné situaci poradenského procesu nemusela u sebe rozpoznat.*“

Hodnota a Užitečnost vlastností terapeuta se pojí ve „dvojitým hodnocení“, jehož studenti využívali. První hodnocení ve výroku „jsem proti rozvodům, myslím, že nebudu moci pracovat s klienty, kteří se chtějí rozvést“ je vyjádřením postoje ke skutečnosti: rozvody jsou špatné. Druhé hodnocení je vyjádřením užitečnosti postoje „rozvody jsou špatné“. Postoj „rozvody jsou špatné“ je považován za škodlivý, protože omezuje pracovní možnosti terapeuta. Důležitým zjištěním je, že studenti zmiňují převážně škodlivé (omezující) vlivy špatných vlastností: „(1) *Co mi vadí obecně u lidí*, (2) *Co mi vadí u žen*, (3) *Co mi vadí u mužů*, (4) *Co mi vadí ve vztahu mezi partnery*, (5) *Co mi vadí u rodičů ve vztahu k dětem*“ [pozn.: zvýrazněno respondentkou] – „...zacházet s nimi tak, aby nebyly klientům na škodu, když už jim nemohou být ku prospěchu.“

Pouze tři respondenti zmínili, že se věnovali především negativním, ale existují také pozitivní dopady vlastností terapeuta. I když hovořila o svých „dobrých“ vlastnostech, většina respondentů uvažovala o škodlivém vlivu: „*Jak jsem již uvedla, měla jsem dobré studijní výsledky – proto bych se mohla v práci s klienty snadno „spolčit se šprtem“.*“

DRUHY VLASTNOSTÍ

Výčet všech vlastností terapeuta je kvůli velkému počtu proměnných stěží možný. Propojováním *Charakteristik* a *Oblastí u-*

platnění vzniká meta-kategorie *Druhy vlastností*, jejíž obsah sice není vyčerpávající, ale umožňuje zachycení velkého množství konkrétních vlastností terapeuta.

PROJEVY (TEORIE, PŘEDSUDKY)

Konkrétní chování (*Projevy*) terapeuta je provázáno s kategorií *Druhy vlastností*. „Teorie, předsudky“ jsou abstraktní slova, která studenti v souvislosti s touto kategorií zmiňovali nejčastěji. Vlastnosti terapeuta mohou přinášet problémy v podobě inhibice terapeutického procesu, zahlcení terapeuta emocemi, přehnaného směřování klientů, vnucování vlastních přesvědčení a řešení nebo odrazování od jednání, které by pro klienta mohlo být přínosné: „Vzhledem ke své osobní zkušenosti bych tedy asi měla tendenci ‚tlačit‘ své klienty k tomu, aby setrvali ve svých vztazích i přes sebevětší problémy.“

Sledování osobních cílů terapeuta a vyplývající opuštění klienta, manipulaci, rozhodování za klienta a vnucování vlastních hodnot studenti považují za zavádějící vedení. Znamená odejmutí samostatnosti klientovi a přebírání zodpovědnosti za průběh terapie a klientův život. Ignorování tempa klienta může být projevem nejistoty začínajících terapeutů.

Hledání jistoty studenti považují za jeden z nejvýznamnějších *Projevů*. Opatrnost, vyhýbání se neurčitosti a využívání pouze známých postupů a teorií jim dodává jistotu. Podobně jako selektivní výběr a ignorování informací však může omezovat přístup k alternativním řešením: „Rád bych také, kdyby se mi povedlo nebýt ovládnán naučenou teorií. To znamená být schopen vzdát se všech šablon, schémat a škatulek, být tady a teď, jednat kreativně a efektivně v konkrétní situaci konkrétního člověka.“ Hledání jistoty se může projevovat také snahou jevit se nebo být výkonný, spolehlivý nebo hodný. Klienti mohou začít sloužit terapeutčině potřebě jistoty: „Na druhou stranu mě ‚od-zbrojí‘, pokud mě někdo pochválí za nějaké mé vlastnosti nebo dovednosti.“

Emoční vztah ke klientovi může souviset s vlastnostmi terapeuta. Pokud je klient podobný jiným lidem, s nimiž se terapeut dříve potkal, může k němu cítit sympatie, antipatie nebo ambivalenci, identifikovat se s ním nebo jej odmítat. Důsledkem emočního vztahu může být stranění některým klientům oproti ostatním lidem účastnícím se (i pomyslně, v představách) terapie. Signály vyhraněného emočního vztahu studenti nacházejí v prožívání, snech, myšlenkách nebo nonverbálních projevech: „Klient mi tím byl nesympatický a já jsem se přesto snažila mu něco dokazovat. Ze zpětné vazby jsem se dozvěděla, že on to vnímal velmi citelně tak, že jsem výrazně na straně jeho partnerky, která ho do terapie přivedla.“

Platné a Přesné závěry terapeuta mohou být založeny na emocích nebo racionalitě. Emoční základ studenti považují za častější příčinu chybných a nepřesných závěrů. Pakliže si terapeut zachovává odstup profesionálního vztahu, očekávají spíše racionální základ závěrů. Terapeut stanovuje cíle terapie, jež mohou být reálné či nereálné. Nereálné cíle studenti častěji považují za důsledek linie „chybné závěry – zkrácené závěry – emoční základ – osobní vztah – přejímání odpovědnosti za klienta“. Kladení nereálných cílů pravděpodobně povede ke zklamání, narušení sebeobrazu, a tak jistoty terapeuta: „Jako muž budu mít tendenci v manželských konfliktech stranit své straně. V mé terapeutické práci se může začít promítat můj pohled na věc, který má značné emoční podbarvení. Velká chyba.“ Vlastnosti terapeuta mohou nejen omezovat, ale také rozšiřovat jeho vnímavost vůči informacím, což vede k diferencovanějšímu pohledu na klienty: „Myslím, že na základě této zkušenosti jsem schopnější vnímat lidi v partnerských vztazích plastičtěji než jako typické zástupce mužů a žen.“

ZACHÁZENÍ (ZVLÁDÁNÍ) A TRÉNINK

Zacházení (zvládání) označuje možnosti ovlivnění vlastností terapeuta nebo jejich

důsledků v praxi. *Trénink* označuje možnosti ovlivnění vlastností nebo jejich důsledků v profesionálním výcviku. Studenti považují nakládání terapeutů se svými vlastnostmi v tréninku i praxi za důležité, ačkoliv náročné a ohrožující. Rozlišovali vzájemně se ovlivňující komunikační (vnější) a introspektivní (vnitřní) nakládání. Terapeut může své vlastnosti ovlivňovat „ted a tady“ (v současnosti), díky vzpomínkám z minulosti nebo v představách budoucnosti. Ovlivnění některé vlastnosti může mít začátek a konec, jiné pokračovat celoživotně. Cílem výcviku může být učení se technikám a přístupům a/nebo spíše osobnostní růst. Princip nakládání s vlastnostmi – odstranění nebo integrace – je určován přisouzenou hodnotou a užitečností. Nakládání má dvě fáze: poznání a zpracování.

Odstranění bylo častěji využívaným principem, protože studenti uvažovali především o špatných a škodlivých vlastnostech: „...protože mi přijde velmi důležité se nad těmito komponentami zamyslet a důkladně je prozkoumat – domnívám se, že je to první krok k jejich odstranění.“

Integraci navrhovala menšina respondentů. Někteří se domnívali, že potlačené vlastnosti by se později mohly projevit jinak, snad i nebezpečněji: „...nemyslím si, že by bylo vhodné je násilně potlačovat (protože by se stejně projevy, ale nepozorovaně, a proto nebezpečněji).“

Poznáním studenti měli na mysli jak sebepoznání, tak rozpoznávání univerzálních vlastností ostatních lidí díky supervizi, sebereflexi a skupinové zkušenosti. Jádro poznávání terapeutových vlastností leží v objektivitě (intersubjektivitě) nabývaném srovnáváním množství subjektivit (vlastní, ostatních lidí). Studenti předpokládají, že prostřednictvím výcviku poznají své slabé a silné stránky.

Zpracování vlastností ve výcviku studenti vidí především jako potlačení (oproti zdůraznění), odstranění (oproti zachování) nebo neutralizování (oproti využití). Myslí si, že zpracování může mít přínosy, ale také

působit škody. Rizikem může být například nalomení „představy o vlastní tolerantnosti“: „Bylo pro mě těžké přehlédnout morálně sporné otázky vzniku jejich vztahu a podívat se na jejich vztah jinýma očima.“

KOMPETENCE

Volba žádoucích *kompetencí* je ovlivněna základními hodnotami, které terapeut zastává. Utvářejí se jak v rámci profesního výcviku, tak praxe. Objevilo se třídění *kompetencí* na direktivní nebo nedirektivní a zaměřené na emoce nebo postupy. Studenti rozhodující se pro některý terapeutický směr si vybírají *kompetence* především podle svého vnitřního nastavení; některé jim přijdou osobně přitažlivé, jiné nikoliv.

Kompetence Relativismus označuje vztah terapeuta k „realitě“. Realitu může považovat za určenou subjektivním výkladem, konsensem (shodou většiny množství lidí) nebo objektivními fakty. Respondenti považovali za žádoucí subjektivní nebo konsensuální pohled na realitu, podle nichž neexistuje objektivní realita, díky níž by bylo možné definitivně určovat pravdivost výroků. Důsledkem relativismu je pochybování o povaze jevů, s nimiž se terapeut setkává. Opakem je jistota získaná popřením relativismu. Aby si mohl být jist výkladem skutečnosti, musí terapeut začít ignorovat informace odporující stanovené „jistotě“. Postupně může opouštět kreativní hledání nových cest, a tak klást překážky změně: „To já jako poradce musím poznat, vžít se do klientovy pozice a pokusit se porozumět jeho východiskům a hodnotám, abych s ním mohla danou situaci řešit tím směrem, který bude přijatelný především pro něj, ne pro mě.“

Kompetence Absolutní přijetí je propojena s Relativismem. Relativismus způsobuje, že terapeut neodsuzuje rozdílné a mnohdy „nepříjemné“ lidi. Pokud považuje definici reality za subjektivně nebo konsensuálně danou, klienty by neměl hodnotit jako obecně dobré ani špatné. Pozitivní přijetí klientů však respondenti považovali za terapeuticky

přínosné, a tak se relativismu vymykají. Absolutní přijetí sestává z trpělivosti, důvěry, naslouchání a oceňování klientů. Stejně jako relativismus, i absolutní přijetí může být omezeno terapeutovými vlastnostmi: *„Je ve mně málo univerzality a málo porozumění pro běžnost, málo schopnosti přijmout každého, kdo potřebuje někoho vedle sebe pro chvíli, kdy mu není dobře.“*

DISKUSE

Rozhovory se studenty, kterým byly představeny výsledky analýzy, ukázaly, že uvažují také nad přínosy svých „dobrých“ vlastností. Potvrdilo se však, že málo uvažují nad škodlivým vlivem „dobrých“ vlastností a takřka vůbec nad přínosy „špatných“ vlastností. Výzkum napovídá, že využívání předností klientů je efektivnější než napravování nedostatků (Cooper, 2009,). Souvislost s výcvikem terapeutů dosud nebyla prozkoumána. Naše výsledky naznačují, že výzkum této oblasti by mohl být přínosný, neboť myšlení budoucích terapeutů je nastaveno spíše v neprospěch využívání vlastních předností – zaměřují se především na nedostatky.

Fluktuace uvědomění může být řešením, ke kterému studenti dospívají, když se snaží vysvětlit rozpory mezi koncepty nevědomí užívanými různými terapeutickými směry (Leahy, 2008; Persons, 2006; Parsons, 2006; Jones, 2004; Rogers, 1961). Umožňuje uvažování o existenci komplexních i jednoduchých obsahů slabého i silného nevědomí (Špok, 2008). Dominantní úvahy o odstranění vlastností nebo jejich působení můžeme považovat za paralelu chápání přenosu v dynamických psychoterapiích. Dříve přenos považovaly za pouhou překážku, současné pojetí jej chápe také jako „zdroj porozumění, potenciálně povstávající z nevědomé komunikace pacienta“ (Parsons, 2006, s. 1188). Autoři píšící o vlivu vlastností terapeuta často explicitně nerozlišují jejich hodnotu a užitečnost. „Dvojí hodnocení“ tak můžeme považovat za další výsledek snahy studentů integrovat přijímané teorie.

Tendence k netrpělivosti, hledání jistoty, potřeba být považován za hodného, užitečného nebo schopného a nebezpečí překračování profesních hranic zaujetím jiné než terapeutické role potvrzují existenci kognitivních schémat „náročné standardy“, „představa sebe jako výlučné osoby“ a „přehnané sebeobětování“ (Haarhoff, 2006). Hledání jistoty jako zásadní téma identifikovaly i další výzkumy vývoje terapeutů. Ronnestad a Skovholt (2003) popsali fáze vývoje terapeuta, z nichž první dvě (fáze laického pomáhajícího a začínajícího studentů) se vztahují k vývojovým obdobím, v nichž se nacházeli respondenti našeho výzkumu. Fáze laického pomáhajícího se pojí s udělováním přímých rad, silnou identifikací s klienty a výrazným emočním zapojením. Zde představená kategorie Projevy nabízí ekvivalent: transformace terapeutického vztahu v osobní je spojena se silným emočním zapojením a zavádějícím vedením, jehož součástí může být také prosazování vlastních hodnot v podobě udělování rad. Začínající studenti podle Ronnestada a Skovholta (2003) bojují s nejistotou: kategorií, která se prolíná celou naší analýzou.

Koncept relativismu jako psychoterapeutické kompetence se objevuje jak u zkušených terapeutů, tak studentů před začátkem terapeutického výcviku. Williams a Levittová (2007) zjistili, že kompetence morálního relativismu slouží zkušeným terapeutům jako pomůcka při zacházení s hodnotami klientů. Otevřenost k myšlenkám, názorům nebo životnímu stylu jiných lidí může být některými považována také za známku vhodnosti uchazečů k zařazení do výcviku. Absenci otevřenosti hodnotitelé často považují za důvod k vyřazení uchazeče (Nagpal, Ritchie, 2002).

Limity studie. Předložili jsme model představ studentů psychologie a psychoterapie o charakteristikách a funkcích vlastností psychoterapeutů, nikoliv model jejich reálného působení. Užitečnost poznatků nespočívá v doporučení, jak s vlastnostmi terapeuta správně zacházet, ale v pohledu na

nastavení, které s sebou budoucí terapeuti vnášejí do profesionálního výcviku. Je třeba, aby se čtenáři vyhnuli interpretaci výsledků jako popisu terapeutické reality. Aby mohly být zužitkovány, je nutné zde předložené výsledky propojit s výzkumy reálného působení vlastností terapeutů (Beutler, Maliková a kol., in Lambert, 2004).

Pojetí vlastností terapeuta jsme odvodili od úvah nad „neuvědomovanými komponentami“. Lze namítat, že těmito dvěma konceptům mohou studenti rozumět odlišně, a tak je nelze ve výzkumu užívat jako ekvivalenty. Takový argument je oprávněný. Považujeme za užitečné provedení studie s odlišným způsobem tvorby dat, díky němuž bude možné ptát se na úvahy studentů o roli vlastností terapeuta přímo.

Kvazistatistické údaje naznačovaly, že výsledky mohou být poměrně specifické pro styl manželské, rodinné či párové terapie. Dodatečná analýza vybraných významových jednotek však ukázala, že na vyšší úrovni abstrakce je specifika dat zaměřená na mezilidské vztahy, které není vlastní pouze manželské, rodinné či párové terapii.

ZÁVĚR

Koncepty vlivu vlastností psychoterapeuta na terapeutický proces obsažené v teoriích různých terapeutických přístupů mohou být obtížně slučitelné. Budoucí psychoterapeuti, již se seznamují s větším množstvím psychoterapeutických teorií, v nich hledají společný smysl a chtějí, aby jim a jejich budoucím klientům byly v praxi užitečné (Řiháček a kol., 2012). Osobní teorie syntetizující poznatky různých směrů jim pomáhají v orientaci na cestě k profesi psychoterapeuta. Propojování osobních teorií budoucích terapeutů, teorií specifických terapeutických směrů a výzkumných poznatků by mělo směřovat ke stálému zlepšování psychoterapeutického výcviku.

LITERATURA

- Ablon, J. S., Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Collaborative Study of Depression. *American Journal of Psychiatry* 1 (159), s. 775–783.
- Assay, T. P., Lambert, M. J. (1999). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. In Hubble, M., Duncan, B. L., Miller, S. D. (Eds.). *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association, s. 20–53.
- Cain, D. J. (2007). What Every Therapist Should Know, Be and Do: Contributions From Humanistic Psychotherapies. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 37 (1), s. 3–10.
- Castonguay, L. G. (2000). A Common Factors Approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (3), s. 263–282.
- Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (Eds.). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press, s. 353–369.
- Cooper, M. (2009). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. Los Angeles, London: SAGE.
- Cortina, M. (2010). The Future of Psychodynamic Psychotherapy. *Psychiatry* 73, s. 43–56.
- Čermák, I., Štěpaníková, I. (1997). Validita v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 41 (6), s. 503–512.
- Čermák, I., Štěpaníková, I. (1998). Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 42 (1), s. 50–62.
- Freud, S. (1969). *Přednášky k úvodu do psychoanalýzy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Greencavage, L. M., Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice* 1 (21), s. 327–338.
- Haarhoff, B. A. (2006). The Importance of Identifying and Understanding Therapist Schema in Cognitive Therapy Training and Supervision. *New Zealand Journal of Psychology* 3 (35), s. 126–131.
- Hirschhorn, D. S. (1999). Postmodern ethics and our theories: Doing therapy versus being therapists. *Journal of Systemic Therapies* 4 (18), s. 18–41.

- Jones, A. C. (2004). Transference and Countertransference. *Perspectives in Psychiatric Care* 40 (1), s. 13–9.
- Kebza, V., Šolcová, I. (1998). Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie* 42 (5), s. 429–448.
- Lambert, M. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. In Norcross, J. C., Goldstein, M. R. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books. s. 94–129.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford.
- Leahy, R. L. (2008). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1 (36), s. 769–777.
- Mackewn, J. (2009). *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- Mahoney, M. J. (1998). Essential themes in training therapists. *Constructivism in the Human Sciences* 1 (3), s. 36–54.
- Nagpal, S., Ritchie, M. H. (2002). Selection interviews of students for master's programs in counseling: An exploratory study. *Counselor Education and Supervision* 3 (41), s. 207–218.
- Parsons, M. (2006). The Analyst's Countertransference to the Psychoanalytic Process. *International Journal of Psychoanalysis* 87, s. 1183–1198.
- Persons, J. B. (2006). Case Formulation-Driven Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 13 (2), s. 167–170.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rønnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development* 30, s. 5–44.
- Rudolph, F. W., Reinecker, H. (2003). Problems and Solutions: Two Concepts of Mankind in Cognitive-Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy* 57 (3), s. 401–13.
- Řiháček, T., Danelová, E., Čermák, I. (2012). Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research* 22 (5), s. 556–569.
- Searles, H. (1978). Concerning Transference and Countertransference. *Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 7, s. 165–188.
- Searles, H. F. (1999). The Patient as a Therapist to his Analyst. In Searles, H. F. (Ed.). *Countertransference and Related Subjects: Selected Papers*. Madison, CT: International Universities Press, s. 380–459.
- Strauss, A. L., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Špok, D. (2008). *Nevědomá percepce: Metody a koncepce*. Masarykova univerzita: disertační práce.
- Willi, J. (1998). *Párová terapie: analyticky orientovaná párová terapie, použití koncepce „koluze“, zacházení s terapeutickým trojúhelníkem*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Williams, D. C., Levitt, H. M. (2007). A Qualitative Investigation of Eminent Therapists' Values Within Psychotherapy: Developing Integrative Principles for Moment-to-Moment Psychotherapy Practice. *Journal of Psychotherapy Integration* 2 (17), s. 159–184.

Mgr. Michal Čevelíček vystudoval psychologii na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity, kde je v současnosti doktorským studentem a výzkumným pracovníkem v grantovém projektu zkoumajícím Výcvik integrace v psychoterapii. E-mail: michal.cevelicek@gmail.com.

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, PhD., je profesorem psychologie, vedoucím katedry na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. Je garantem navazujícího magisterského oboru Psychoterapeutická studia. E-mail: vybiral@fss.muni.cz.

Došlo do redakce 1. 1. 2012, v revidovaném znění 11. 2. 2013, ve finální verzi 25. 3. 2013. K publikaci přijat 25. 3. 2013.

EXISTENCIÁLNÍ ASPEKTY KOMUNITNÍ A SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE ZA HOSPITALIZACE

Existential aspects of community and group psychotherapy
for inpatients

Michal Kryl, Eva Kochtová

ABSTRAKT

V odkrývajících psychotherapeutické práci, která zachází s pacientovými vztahy k sobě a ke světu, dochází vcelku přirozeně k prozkoumávání témat svobody, smrti, lásky, víry aj., tedy témat „univerzálně lidských“. Následující text přináší zprávu o léčebném programu psychotherapeutického oddělení psychiatrické léčebny z hlediska témat, která v prostředí psychotherapeutické skupiny volně vznikají a svou povahou poukazují na bytostné určení lidské existence, některými autory nazývané existenciálními tématy. V textu jsou použity ilustrující autentické výroky členů psychotherapeutických skupin.

Klíčová slova: neurotické a psychosomatické poruchy, terapeutický program, skupinová psychotherapie, existenciální témata

ABSTRACT

Addressing patient's relationship with themselves and the outer world, an uncovering psychotherapy involves a rather natural exploration of the "universally human" issues such as freedom, death, love and faith. Reporting on a treatment programme delivered in the psychotherapy department of a psychiatric hospital, the text below discusses the topics which freely arise during psychotherapy group sessions and the nature of which reflects the fundamental determinants of human existence, referred to by some authors as existential issues. Authentic statements by members of psychotherapy groups are used in the text to illustrate the process.

Key words: neurotic and psychosomatic disorders, treatment programme, group psychotherapy, existential issues

ÚVOD

V červnu 2009 vzniklo v Psychiatrické léčebně ve Šternberku pracoviště zaměřené na celostní léčbu poruch z neurotického a psychosomatického spektra. Pojem „celostní léčba“ plyne ze širokého spektra léčebných postupů zasahujících nejen oblast duševní (potažmo sociální a spirituální), ale i péči o tělesnost, jak vysvitne níže.

PROGRAM ODDĚLENÍ

Hlavní léčebnou metodou je **skupinová psychotherapie** sestávající z dynamicky (tedy nestrukturovaně) vedených skupin (4x týdně 90 minut), tematických skupin (1x týdně hodina) a životopisných skupin (1x týdně 90 minut). Ranní setkání **terapeutické komunity** je prvním pracovním bodem každého dne a jak je zvykem, slouží především ke společnému sdílení zážitků z předchozího dne (i noci), přivítání nových a rozloučení se s odcházejícími členy. V komunitě se rovněž učí pacienti adaptivně řešit konfliktní situace, reflektovat sebe a své nově vznikající vztahy a vyjadřovat se k druhým. Terapeutická komunita je společným zázemím umožňujícím vznik svébytné kultury předávané „z generace na generaci“, tedy od odcházejících směrem k přicházejícím členům. K **individuální psychotherapii** přistupujeme v případě závažnější patologie znesnadňující práci pacienta ve skupině, v případě hlubší krize vzniklé v průběhu léčby či k ošetření akut-

ně vzniklé situace. Ve většině případů nemá systematický charakter – pokud ano, jedná se nejčastěji o práci s traumaty z minulosti. Intenzivně pracujeme s **deníkem**, jenž je kromě své užitečnosti pro pisatele i významným intimním komunikačním kanálem s terapeutu. Určitý protipól emočně nabitých skupinových sezení tvoří nácvik **relaxace** (autogenní trénink) probíhající třikrát denně (v jedné delší verzi s imaginací a dvou kratších základních verzích, z toho jednou v podání pacientů samých střídajících se v předčítání). Podobně uvolňující charakter má **kinezioterapie** – řízený pohyb formou her v tělocvičně nebo na hřišti (1x týdně hodina pod vedením fyzioterapeuta-rekreologa), stejně jako nově zařazená **taneční terapie** s aprobovanou taneční terapeutkou. Dále praktikujeme **cvičení na velkých balonech** se zdravotní sestrou a **cvičení v bazénu** s fyzioterapeutu. Celkově zklidňuje a koncentruje **jóga** (1x týdně hodina s cvičitelkou). **Arteterapie** s arteterapeutkou (1x týdně hodina) dává průchod mnoha potlačeným prožitkům, umožňuje nacházení mnohdy netušených souvislostí mezi výtvarným vyjádřením a způsobem života a vztahy, umožňuje hlubší sebepoznání. Tvořivost, fantazii i jemnou motoriku podněcuje práce s hlinou v **keramice** (1x týdně 45 minut). **Práce v zahradnictví** (1x týdně hodina) v sobě kombinuje pohyb na čerstvém vzduchu s užitečnou činností a podporuje skupinovou kohezi v jiné než psychoterapeutické situaci.

Otevřené psychoterapeutické oddělení disponuje dvanácti lůžky rozmístěnými na dvou-lůžkových pokojích. Příjem i propouštění pacientů se dějí kontinuálně, v osmítýdenním léčebném cyklu.

Po stránce výzkumu účinnosti programu průběžně probíhá sběr dat od pacientů ukončujících léčbu. Cílem sledování je efektivita jednotlivých terapeutických faktorů. Inspirací je nám výzkum Yaloma a spolupracovníků (Yalom, 1999). Výhledově se chceme věnovat sledování účinnosti i katamnesticky.

METODIKA

Terapeutický tým vede atestovaný psychiatr a **dále jej tvoří klinická psycholožka a komunitní sestra**. V psychoterapeutické práci týmu je zřetelný vliv humanistických a existenciálně orientovaných přístupů. V tematicky zaměřených skupinách pracujeme více eklekticky (postupy kognitivně-behaviorální terapie, práce s tělem, psychogymnastická cvičení aj.). V rámci poskytování individuální terapie se nejčastěji jedná o prvky krizové intervence, pracujeme i na odzívání psychotraumat, zejm. v oblasti sexuálního zneužívání (kotvící postupy v duchu logoterapie). Dále využíváme nácvikovou terapii (systematická desenzibilizace) nebo na problém orientovanou práci na principu KBT. Stěžejní filozofií naší práce je léčebně ovlivnit základní atributy lidského života, tedy dimenzi duševní, tělesnou, sociální i spirituální, což systém spolupráce s ostatními složkami poskytovanými psychiatrickou léčebnou umožňuje.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Během práce s psychoterapeutickou skupinou se setkáváme s tématy, jako je svoboda člověka, úzkost ze smrti, smysl života, láska, víra, naděje a další. Ačkoli lze z pohledu různých psychologických a psychoterapeutických škol zaujmout k těmto tématům rozdílné postoje dané jejich filozofickým východiskem, společným jmenovatelem je více či méně otevřené odkazování k bytostným základům lidské existence. Pro zjednodušení je nazýváme tématy „existenciálními“. Pro přehlednost uvádíme stručný výběr teorií zacházejících s existenciální tematikou:

Daseinsanalýza vycházející z Heideggerovy teorie bytí chápe svobodu jako autentický pobyt, jako uchopení možností, které se člověku otevírají a vždy jedinečně jej také oslovují (tedy i v dimenzi zdraví – nemoc). Spolu s terapeutem hledá nemocný místa, kde jeho existování není svobodné. Zkoumají se bytostné, určující a univerzálně přítomné konstanty lidské existence, tzv.

existenciální, kterými jsou vztaženost, otevřenost, spolubytí, časovost, prostorovost, dějinnost, nastavenost, tělesnost, smrtelnost, vrženost, starost, provinilost a další. V centru pozornosti se vždy ocitá pacientův poměr ke světu lidí i věcí – svěztavtah a jeho nastavení. Cílem je porozumění pacientově možnosti autentického *bytí sebou samým* (Kryl, 2010).

Existenciální psychologie reprezentovaná kupř. R. Mayem charakterizuje lidskou zkušenost *svobodou* (reprezentovanou vůlí, tvořivostí a expresivitou) a *ohraničením* (přirozeným a sociálním omezením, zranitelností, smrtí). Strach ze svobody či omezení způsobuje extrémní a dysfunkční protireakce v chování a jednání, jako je fanatické přehánění či impulzivita (v případě strachu z ohraničení a omezení) nebo naopak plachost či despotismus (v případě strachu ze svobody) (May, 2005).

Existenciální analýza založená V. E. Franklem se ve své teorii soustředí na témata uvědomování si vlastní zodpovědnosti a schopnosti nacházet smysluplné. V praxi nazývaná *logoterapie* pak cíleně zachází s tématy, jako je *existence*, *hodnoty*, *svoboda rozhodnutí* a *zodpovědnost* obsahově prováděnými s klíčovým pojmem *smysl* (logos) (Božuková, 2010).

Yalom uváděný jako představitel integrativních směrů ve skupinové terapii klade ve své teoretické práci i praxi s pacienty důraz na tzv. „závažné (základní) záležitosti“ determinující naši existenci, jimiž jsou *smrt*, *svoboda*, *existenciální osamělost* a *absence smyslu života* (Yalom, 2006).

POVAHA PSYCHOTERAPEUTICKÉ SKUPINY

Psychoterapeutická skupina je nesporně sestavena za pragmatickým účelem – k léčbě duševních obtíží formou sebepoznání, vzájemného sdílení a odhalování, k vzájemné podpoře, k nácviku nových sociálních dovedností atd. I pragmaticky pracující terapeut, pokud je vnímavý, však zakrátko nemůže nepostřehnout, že skupina dříve či

později získává pro své členy dalekosáhlejší význam a smysl, než je „pouhý“ účel léčby duševní poruchy nebo nácvik sociálních dovedností. I v případě našich terapeutických skupin se ukazuje jejich pravá podstata tkvící ve spoluprožívání a spolusdílení základních – existenciálních – otázek. Neboť čím jiným je, řečeno s Čálkem, snaha o porozumění svému bytí, starost členů o vlastní životní možnosti, jejich převzetí a vynakládání jimi v oblasti společné otevřenosti (Čálek, 2005)? I v našich terapeutických sezeních se dotýkáme témat smyslu, konečnosti života, strachu z umírání a nemoci, vnitřní svobody i odvahy ke svobodným činům a jako členové terapeutického týmu spolu s našimi pacienty v mnohých sezeních sdílíme existenciální úděl člověka. Podmínky skupinového spolubytí, slovy daseinsanalýzy, umožňují našim pacientům uchopit základní antropologické vodítko: *jak být sám sebou a přitom neztratit druhé a jak být s druhými a přitom zůstat sám sebou*.

EXISTENCIÁLNÍ TÉMATIKA V PRÁCI SKUPIN

V následujícím textu předkládáme formou kazuistických zlomků „náhled“ do skupinového dění našeho psychoterapeutického oddělení. Text je členěn s ohledem na výše uvedená témata vztahující se nějakým způsobem k bytostným základům lidské existence.

Dilema svobody a bezpečí (skupina Radky)

Sexuálně zneužívaná a citově deprivovaná 22letá sebepoškozující se dívka. V době sezení, z něhož citujeme, již zvládá své sebepoškozování. Sděluje ve skupině krátce po návratu z uzavřeného oddělení, kam byla na týden přeložena po vážném pořezení se na předloktích po konfliktu v komunitě: „*Ten týden na uzavřeném oddělení byla ztráta svobody, to nehezke prostředí, ten personál... Byla to nespravedlnost, cítím křivdu...*“ Dvě spolučlenky s vlastní zkušeností pobytu na uzavřených odděleních reagují

slovy: „*No jo, ale bylas tam v bezpečí...*“ Jako komentář může zaznít, že Radce sice byla dočasně omezena svoboda, avšak byla tak ochráněna před rizikem vlastních automutilačních impulzů. Ve skupinovém sezení se prvně naplno ukazuje, že Radka není schopna unášet svou svobodu; je pro ni ohrožující. Ke konci pobytu je schopna samostatného náhledu na situaci dočasné nesvobody a daří se jí se svobodou lépe zacházet.

Smrt jako sblížení (skupina Jany)

50letá Jana léčící se s depresí (vzniklou po tragickém úmrtí syna) referuje o tom, co zažila během umírání svého otce: „*Zmizela mezi námi celoživotní bariéra, nastalo sblížení.*“... K tématu se ve skupině připojuje i 54letá Zdeňka s podobnou zkušeností s umírající matkou, o níž do poslední chvíle pečovala a se kterou měly celý život velmi blízký vztah. Matčino umírání je ještě více sblížilo, od data matčiny smrti se zhoršily Zdenčiny úzkostné stavy.

Smrt a ohrožení života jako pouště úzkosti (skupina Zuzky a skupina Jarky)

Zuzčin letitý strach z nespavosti se během skupinové práce postupně ukazuje jako strach ze smrti jejích blízkých i své vlastní. Za precipitující faktory lze označit infekční mononukleózu prodělanou během vlastního studia lékařské fakulty (měla strach z leukémie) a později strach o život otce, jenž skutečně prodělal leukémií před několika lety. Spuštěnou psychopatologii lze popsat jako úzkost s následně vzniklými hypochondrickými obavami, které vyústily v epizodu deprese.

53letá Jarka ve své první skupině referuje o hrůze z mozkové příhody (CMP), kterou dle svých slov prodělala (navzdory negativnímu závěru neurologa) v pravděpodobné souvislosti s onemocněním svého lékaře: „*Do té doby jsem měla pokoj, do té příhody... Jednou jsem se necítila dobře, šla jsem ke svému panu psychiatrovi a on tam nebyl, neordinoval, protože onemocněl.*

Dostal mrtvičku...“ Její vlastní (konverzní) příznaky od té doby imitovaly CMP. K Jarce se v témže skupinovém sezení připojuje 30letá Pavla trpící roztroušenou sklerózou, odkládá svou ochrannou masku ve stylu „vše je v pořádku, vše zvládnou“ a s pláčem ventiluje veliký strach ze své nemoci, budoucnosti, smrti...

Absence smyslu (skupina Davida)

34letý David je ošetřovatel v paliativní péči. Vstoupil do programu pro panickou poruchu, únavu, pokleslou náladu. Působí nejistě až plaše. V předchorobí nacházíme Crohnovu nemoc trvající necelý rok. Ve skupinách referuje o počínajícím „vyhořívání“ (burn-out) v rámci své profese. Dochází ke zjištění, že smysl života vidí v obětování se pro druhé, a to jak v rodině, tak v zaměstnání. V rámci odkrývajících skupinové terapie dochází u Davida k hluboké krizi, přechodné ztrátě smyslu života, těžké psychosomatické dekompenzaci s depresivním prožíváním, apatií, průjmy. V poslední fázi pobytu nastává obrat, Davidovi se otevírají nové souvislosti mezi jeho utrpením a způsobem života, jaký vede. Nakonec nachází pro svůj život smysl v rovnoprávnějších vztazích s lidmi. Předkládáme Davidovo nové životní schéma tak, jak je sám ke konci léčby spontánně sepsal:

NOVÉ ŽIVOTNÍ SCHÉMA

Když v sobě potlačuji emoce a nekomunikuji, jsem psychicky nevyrovnaný a vyčerpaný, z toho jsem fyzicky nemocný.

Když jsem vyčerpaný, nevyrovnaný a nemocný, nejsem schopen pracovat a sdílet to, co je ve mně dobré.

Když nemohu pracovat a projevovat lásku, nemám se s čím podělit se svými blízkými.

Když nemám rodinu, jsem osamělý a trpím.

VZTAHY S LIDMI DÁVAJÍ MÉMU ŽIVOTU SMYSL.

ZÁVĚR

Existenciální tématicke nebyvá vždy v praktické psychoterapii věnována taková pozornost, jakou zasluhuje. Poctivé tázání se po tom, jak se člověk ve světě vynachází, včetně zkoumání fenoménů smrti, úzkosti či existenciálního osamění, bývá (jak plyne kupř. z Yalomových výzkumů) ze strany terapeutů opomíjeno. Navzdory tomu se zdá, že naši pacienti potřebují existenciální témata v psychoterapii otevírat a sdílet. Chceme-li z naší strany tomuto oprávněnému nároku dostát, je zapotřebí mít trpělivost s počátečním unikáním pacientů před nepřijetností ohrožujících témat. Pokud se nám společně podaří zdolat obranné valy psychopatologie, otevírají se pacientům nové horizonty a naděje. Smysluplnost tohoto konání má dokládat i uvedený příspěvek, jenž je pouhým nástinem problematiky zasluhující hlubší pozornost.

LITERATURA:

- Božuková, J. (2010). Existenciální analýza a logoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 322–328.
- Čálek, O. (2005). *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton.
- Kryl, M. (2010). Daseinsanalýza. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 318–321.

- May, R. (2005). *Existenciální psychologie*. Bratislava: Ikar.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.

Článek čerpá ze sdělení předneseném na XXVIII. Česko-slovenské Psychoterapeutické konferenci v Luhačovicích v listopadu 2011.

MUDr. Michal Kryl je psychiatr s výcvikem ve skupinové daseinsanalyticko orientované psychoterapii (PVŠPS). V současnosti vede psychoterapeuticky a psychosomaticky orientované oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku (Olomoucký kraj).

Kontakt: michal.kryl@seznam.cz

Mgr. Eva Kochtová je klinický psycholog s výcvikem v integrativní psychoterapii (IPPIPAP) s praxí v psychosomatické medicíně a gerontopsychiatrii. V současnosti se specializuje na skupinovou psychoterapii pacientů s neurotickými poruchami.

Kontakt: eva.kochtova@seznam.cz

Došlo do redakce 8. 2. 2013, v revidovaném znění 27. 2. 2013. K publikaci přijat 5. 3. 2013.

VYUŽITÍ REFLEKTUJÍCÍCH TÝMŮ V TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ

Using reflecting teams in solution-focused therapy

Leoš Zatloukal, Pavel Vítek

ABSTRAKT

Článek pojednává o využití reflektujících týmů v terapii zaměřené na řešení. Autoři představují principy práce s reflektujícími týmy a podrobný popis postupu, který při této práci využívají. Text je doplněn několika krátkými příklady z praxe.

Klíčová slova: reflektující tým, terapie zaměřená na řešení

ABSTRACT

This article is concerned on using of reflecting teams in solution-focused therapy. There is an introduction to basic principles

of working with reflecting teams as well as detailed description of the procedure of working with reflecting teams used by authors in the article. There are also some brief examples from practice in the article.

Key words: reflecting team, solution-focused therapy

„Více pohledů je lepší než jeden.“
(GREGORY BATESON)

Reflektující tým je způsob práce, který si získal poměrně velkou pozornost a oblibu zejména v rámci systemických či postmoderních přístupů. Rádi bychom v následujícím textu přiblížili tento způsob práce tak, jak s ním sami máme zkušenost a jak jej praktikujeme v kontextu přístupu zaměřeného na řešení. Kromě představení původu, principů a postupu reflektujících týmů nabízíme v textu i několik krátkých ukávek z praxe.

1. REFLEKTUJÍCÍ TÝM – JEHO VZNIK A VÝCHODISKA

Za tvůrce metody práce s reflektujícími týmy je považován norský terapeut Tom Andersen a jeho kolegové v Tromsø. Andersenův tým původně vycházel především z pozdní milánské školy (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987) a využíval při práci s klienty tým za jednocestným zrcadlem, kdy konzultaci pozorovali další kolegové, ale klienti je nemohli vidět. Tým za zrcadlem mohl do konzultace vstupovat prostřednictvím nainstalovaných mikrofonů a navrhovat další postup nebo přinášet potenciálně užitečné hypotézy (Andersen, 1990). Zjednodušeně lze říci, že inovace reflektujících týmů spočívá v tom, že si v určitých fázích konzultace tým a klienti vymění role, takže pozorovatelé (tým) spolu vedou konverzaci, kterou klienti pozorují a poslouchají. O vzniku tohoto způsobu práce se traduje oblíbený příběh (např. von Schlippe, Schweitzer, 2001): při jedné

konzultaci s klienty prý došlo k technické závadě a diskuse týmu za zrcadlem byla nechtěně snímána mikrofony a přenášena do konzultační místnosti, kde ji vyslechli klienti. K úžasu všech členů týmu bylo toto sezení pro klienty velmi užitečné a z náhodného omylu se nakonec stal standardní formát konzultace. Zdá se však, že skutečnost byla poněkud prozaičtější. Sám Andersen (1990) vzpomíná, že se v týmu pod vlivem myšlenek Batesona, Boscola, Cecchina a dalších autorů dlouhodobě zabývali tím, zda by pro klienty mohlo být užitečné, kdyby měli větší příležitost sledovat „terapeutický proces“, tedy vidět, jak terapeuti pracují a nad čím přemýšlejí. Tato myšlenka se po dlouhou dobu ocitla spíše v diskusích norského týmu než v jejich praxi. A to až do památné konzultace, kdy se rozhodli jedné „multiproblémové“ rodině nabídnout, zda si chtějí poslechnout nápady členů týmu za zrcadlem. Členové rodiny souhlasili, vyměnili si tedy s týmem místo a za jednocestným zrcadlem pozorovali diskusi týmu o tom, co je při konzultaci napadalo. Rodina zahlcená velkým množstvím závažných problémů díky tomuto sezení začala vidět další možnosti a úhly pohledu a zcela se změnil i vztah rodiny k terapeutům. Tyto výsledky přiměly Andersena a jeho kolegy k tomu, aby tuto variantu nabízeli dalším klientům (Andersen, 1990).

První zkušenost norského týmu s využitím reflektujícího týmu přinesla takové výsledky, že se reflektující týmy staly běžnou součástí konzultací nejen v týmu Toma Andersena, ale v mnoha týmech po celém světě. Domníváme se, že zde nejde jen o to, aby terapeuti hovořili před klienty o věcech, které jim běží hlavou, ale že jde i o to, jakým způsobem a o čem hovořit, aby to bylo rovněž užitečné. Často se lze v různých kontextech setkat s tím, že týmy terapeutů hovoří o klientech (většinou ovšem v jejich nepřítomnosti) patologizujícím, nerespektujícím či dokonce zesměšňujícím způsobem. Hoffman (1992) takové konverzace spojuje s „koloniální mentalitou“,

s jakýmsi záměrným odstupem od klientů a vytvářením určité nadřazené pozice terapeutů-expertů vůči nim. Pokud by podobné konverzace proběhly v přítomnosti klientů, patrně by jim příliš užítku nepřinesly, protože buď nepřinášejí nic nového (klienti vědí, že mají trápení či problémy, a často také znají situace, kdy nejsou respektováni), anebo přinášejí nové podněty, které však problémy klientů spíše ještě utvrzují a prohlubují (Andersen, 1990; De Shazer, 1982; 1993).

Reflektující tým zavádí radikálně nový prvek do konzultací s klienty. Jak uvádí Hoffman (1992, s. 16–17): „Profesionálové již nejsou ‚chráněnými druhy‘, pozorujícími ‚patologické‘ rodiny za jednocestným zrcadlem nebo diskutující o nich v soukromí svých kanceláří... Rozvoj reflektujících týmů ukazuje větší důraz na společně ovlivňovaný proces, který je opakem hierarchického a jednostranně směřujícího („unidirectional“) procesu.“

Lze říci, že celá metoda reflektujících týmů vznikla na základě promyšlení díla různých autorů – zejména Batesona, Maturany, pozdního Boscola s Cecchinem, pozdního Wittgensteina atd., které lze nějak spojit s „postmoderním obratem v terapii“ (Andersen, 1990; Walter, Peller, 2000)¹. Ve zkratce lze říci, že v metodě reflektujících týmů se postmoderní myšlení odráží zejména (Andersen, 1990; Walter, Peller, 2000):

- důrazem na lokální vědění namísto vědění univerzálního,
- cíleným zahrnutím více perspektiv („hlasů“) do konverzace,
- respektováním různých pohledů bez snahy najít „ten správný“ a odmítnout ostatní (místo přístupu „buď/ anebo“ přístup „to i to“),

- důrazem na spoluvytváření s klienty i s kolegy v dialogu,
- snahou o narušení hierarchických vztahů a zaujetí více partnerského vztahu s klienty.

Vzhledem k tomu, že reflektující týmy korespondují s postmoderním myšlením v terapii, není příliš překvapující, že většina postmoderních (či systemických) přístupů reflektující týmy využívá. Přesto lze říci, že každý z nich to činí svým specifickým způsobem.

Sám Andersen navrhnul určitá vodítka, jak s reflektujícími týmy pracovat – jednak nabídnul oblasti, na něž je užitečné se v konzultaci zaměřit (budou popsány níže v textu), a jednak nabídnul vodítka pro vlastní diskusi týmu, např. přiměřenou neobvyklost, navazování na to, co zaznělo v rozhovoru, či nabízení alternativ místo přesvědčování (Andersen, 1990; 1991; 1993b). Úkolem týmu bylo také nabízet potenciálně užitečné hypotézy v souladu s metodikou milánské systemické školy (Andersen, 1990; 1993a; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987). Trochu jiné zaměření nalezneme v narativní terapii, kde se kupříkladu věnuje v reflektujících týmech zvláštní pozornost porozumění vyprávěným příběhům (připojení ke klientům), vlastním zkušenostem, dále událostem, které nezapadají do dominantního příběhu klienta (jedinečné události), či myšlenkám, názorům a situacím, které dominantní příběh udržují a podporují (východisko pro dekonstrukci) (Freedman, Combs, 2009; White, 1995; 2007). V postmoderním spolupracujícím (či kolaborativním) přístupu se při práci s reflektujícími týmy často nechávají zaznít různé „hlasy“ různých aktérů se zvláštní péčí o ty z nich, které by mohlo být snadné přeslechnout (Anderson, 2009; Anderson, Gehart, 2007). Seikkula a jeho kolegové z Finska, kteří vytvořili specifickou metodu otevřených dialogů („open dialogues“) pro práci s klienty se závažným duševním onemocněním, se rovněž inspirovali reflektujícími týmy a zakomponovali tyto principy do

¹ V tomto textu není prostor pro důkladnější popis postmoderního myšlení v terapii, pro podrobnější informace lze využít práce autorů, kteří se tématem detailně zabývají, například Loewenthal, Snell (2003), Anderson (2009), Walter, Peller (2000), Freedman, Combs (2009), Lax (1992), Zatloukal (2007a, 2007b).

svého originálního modelu (Haarakangas, Seikkula, Alakare, Aaltonen, 2007; Seikkula et al., 1995; Seikkula, Olson, 2010). V tomto textu bychom rádi představili naši vlastní praxi v práci s reflektujícími týmy. Vycházíme z jiného z postmoderních přístupů – přístupu zaměřeného na řešení (De Jong, Berg, 1998; De Shazer, 1994; De Shazer et al., 2011), proto i práce s reflektujícími týmy má v našem podání svá specifika².

2. POSTUP PŘI PRÁCI S REFLEKTUJÍCÍMI TÝMY V TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ

Rádi bychom nabídli popis způsobu, jakým sami pracujeme s reflektujícími týmy. V mnoha ohledech vycházíme z vodítek, která nabídl Andersen (1990), ale současně vycházíme i z přístupu zaměřeného na řešení, proto některé aspekty pojmáme jinak.

a) Kontext naší práce s reflektujícími týmy

Práci s reflektujícími týmy se nejčastěji věnujeme v rámci činnosti Centra krátké terapie, kde se společně (L. Z. a P. V.) a někdy i s dalšími kolegy z našeho týmu pravidelně scházíme a pracujeme s klienty a přizýváme ke spolupráci v reflektujících týmech absolventy či pokročilé účastníky našich výcviků nebo studenty posledních dvou ročníků magisterského studia psychologie nebo sociální práce. Všechny členy

reflektujících týmů předem seznámíme s touto metodou, aby mohli užitečně participovat. Přesto je třeba poznamenat, že osvojení tohoto způsobu práce předpokládá nejen jednoduché seznámení se s určitými „kroky“ či „postupem“, ale i porozumění teoretickým východiskům a schopnost reflektovat (Walter, Peller, 2000). Proto lze i u členů reflektujících týmů sledovat při dlouhodobější spolupráci určité posuny ve schopnosti vést podnětné reflektující konverzace v přítomnosti klientů.

b) Dojednání s klienty

Velký důraz klademe na bezpečí klientů, proto klienty podrobně seznámíme s tímto způsobem práce a zodpovíme všechny jejich případné dotazy. Poté se domlouváme, zda chtějí tuto metodu využít. Nabídku reflektujících týmů vnímáme jako mimořádnou příležitost pro klienty, kteří tak mohou konzultovat svou situaci s více odborníky a získat větší množství nápadů a podnětů.

Naše zkušenost ukazuje, že mnoho klientů se zpočátku zalekne představy, že v konzultační místnosti bude kromě terapeuta či dvojice terapeutů ještě skupinka dalších lidí, kteří budou naslouchat tomu, co klient vypráví. Na druhou stranu klienti většinou vítají fakt, že – zjednodušeně řečeno – „více hlav více ví“ a že při setkáních s reflektujícím týmem se jim bude věnovat nejen jeden terapeut, ale hned několik terapeutů nebo aspirantů na tuto profesi. Zároveň se setkáváme s tím, že klienti, kteří zažijí konzultaci s reflektujícím týmem, si takovou konzultaci zpětně pochvalují a většinou žádají o možnost přijít na ni znovu.

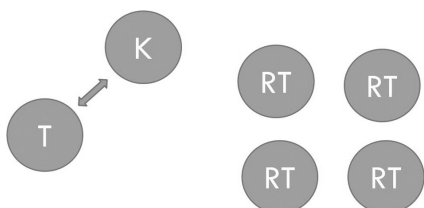
Pokud se s klienty domluvíme na této formě spolupráce, pozveme je na sezení s reflektujícím týmem. Na začátku krátce představíme členy týmu a zopakujeme základní zásady, zejména připomeneme, že jednou či vícekrát během konzultace necháme prostor kolegům z reflektujícího týmu pro jejich reflexe a že když budou kolegové hovořit, nebudou do toho klienti ani terapeut nijak vstupovat. Připomeneme také, že příležitost

² V literatuře jsme našli explicitní odkaz na metodu „reflektujících týmů zaměřených na řešení“ v podání Normana, Pidsleye, Hjertha (2004). Z našeho pohledu je autory popsán proces bližší spíše balintovským skupinám (ovšem s důrazem na zdroje a oceňování) než reflektujícímu týmu. V popsaném procesu je poměrně malá část dialogická („klevěty o zdrojích“), větší prostor získává generování a postupné prezentování nápadů a návrhů na řešení (což není pro reflektující týmy typické). U reflektujících týmů vnímáme dialogičnost jako zásadní charakteristiku (Andersen, 1990), proto o metodě popsané Normanem a kolegy neuvažujeme jako o variantě reflektujících týmů, ale spíše jako o jiné technice. Zajímavé podněty o zapojení metody reflektujících týmů do praxe terapie zaměřené na řešení naopak nabízí Walter a Peller (2000), jejichž pojetí je velmi blízké našemu.

vyjádřit se budou mít klienti po skončení reflexí a že si mohou dělat jakékoli poznámky.

c) Konzultace terapeuta s klienty

Při konzultaci s využitím reflektujících týmů vede terapeut či terapeuti konzultaci s klienty a členové reflektujícího týmu sedí odděleně v kroužku v téže místnosti a tiše sledují konzultaci, popřípadě si mohou dělat poznámky (viz obr. 1).



Obr. 1: T = terapeut, K = klient, RT = člen reflektujícího týmu

V případě, že se sezení s reflektujícím týmem odehrává v rámci spolupráce se studenty, konzultaci vede jeden z nás nebo ji vedeme společně. V případě, že se konzultace odehrává s absolventy nebo pokročilými účastníky výcviku, je možné, aby konzultaci vedl pod naší přímou supervizi některý z účastníků. Pokud si někdo z účastníků výcviku přivedl klienta, s nímž pracuje, nabízíme také možnost, že můžeme coby lektori pracovat s klientem i s účastníkem dohromady a opět využít reflektující tým.

Z našeho pohledu je důležité věnovat pozornost vedení konzultace. Na jednu stranu sice platí, že reflexe týmu může někdy pomoci „rozběhnout“ konzultaci, která se nějak dostala do slepé uličky, na straně druhé se však může stát, že konzultace přinese tak málo podnětů pro reflexi, že reflektující tým pak takřka říká „mele na prázdko“. Andersen nabídl několik oblastí, na něž je užitečné se při konzultaci s reflektujícími týmy zaměřit (Andersen, 1995; 1993b; 1991; 1990):

- Kdo měl nápad sem přijít?
- Jak by všichni přítomní chtěli konzultaci využít?

- Kdo s kým a o čem je ochoten a připraven konverzovat?

Tyto oblasti vnímáme jako potenciálně užitečné, přesto postupujeme s větším důrazem na rozvíjení řešení. Zaměřujeme se proto zejména na následující oblasti (De Jong, Berg, 1998):

- k čemu chce klient dnešní setkání využít (společný projekt);
- jak bude jeho život vypadat, až problém zmizí nebo až se klient posune tam, kam potřebuje (preferovaná budoucnost);
- co se již podařilo a co k tomu pomohlo (dosavadní pokrok a zdroje);
- kdy se objevily alespoň malé kousky toho, co klient chce, a jak se projevovaly (výjimky);
- jak to bude vypadat, když se situace posune o malý kousek žádoucím směrem (malý krůček);
- co by se dalo vyzkoušet, aby to napomohlo při rozvíjení řešení (experiment);
- co se zlepšilo a jaké další změny (třeba nepatrné) to přineslo (zkoumání změn mezi sezeními).

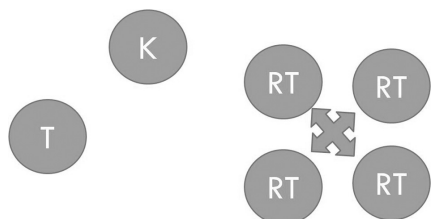
V případě, že se nedaří přímo rozvíjet řešení, může být užitečné se zaměřit na následující oblasti, z nichž lze postupně k rozvíjení řešení přejít:

- jak se podařilo problém ustát, popř. čím to, že to není ještě horší (zvládnutí);
- kdo měl ten nápad sem přijít a jak se k němu ostatní stavěli (kontext – zejména v případě, kdy se nedaří formulovat vizi preferované budoucnosti);
- nabízet jiné pohledy na problém (přerámování, metafory apod.).

Tento výčet je samozřejmě velmi zjednodušený a neúplný. Z našeho pohledu se rozhodně nejedná o univerzální šablonu terapie zaměřené na řešení, přesto lze z těchto okruhů zachytit základní směřování tohoto způsobu práce a povahu „materiálu“ využitého k reflexi v týmu.

d) Reflexe týmu

Jednou nebo i vícekrát během konzultace se mohou role vystřídat: terapeut s klienty se natočí k týmu a stanou se dočasně pozorovateli, zatímco reflektující tým v kroužku konverzuje o předchozím rozhovoru a o tom, co jim při pozorování běželo hlavou (viz obr. 2).



Obr. 2: T = terapeut, K = klient, RT = člen reflektujícího týmu

Členové reflektujícího týmu se v naší praxi v souladu s principy přístupu zaměřeného na řešení zabývají v reflexích především:

- **tým, co se daří (ocenění)** – zdůrazňují se výjimky, zdroje, zvládání či pokroky, které se vždy popisují velmi konkrétně s odkazem na to, co klient sám uvedl v rozhovoru. Ocenění může hrát velmi významnou roli v reflexích týmu, jak ukazuje i příklad z praxe uvedený níže. V některých případech tým požádáme, aby se zaměřil jen na oceňování. Výhodné to bývá zejména v případech, kdy se jedná o začínající kolegy v reflektujících týmech (učí se zaměřovat na zdroje a nechávat stranou expertní rady a doporučení) nebo v případech, kdy je k dispozici více týmů.
- **nápady (alternativami)** – mohou mít formu nových pohledů (nabídky přerámování, metafory, příběhy z vlastní zkušenosti apod.), popř. návrhů na experiment (něco nového s předem neznámým výsledkem, co by mohlo být zajímavé zkusit)³ v rámci závěrečného vstupu týmu (viz níže).

³ Návrh na experiment by měl být formulován velmi jemně, aby jej nebylo možné zaměnit s expertní radou.

Příklad z praxe: Význam ocenění

Zúčastnil jsem se (L. Z.) jako člen reflektujícího týmu konzultace s asi 45letou ženou, která si stěžovala na „deprese“. Vyprávěla o potížích se vstáváním, učením se (studovala dálkově vysokou školu), zvládáním práce, vztahy doma. Hovořila i o různých možnostech, které zkoušela – léky, svépomocné manuály, předchozí terapie... Když pak dostal prostor reflektující tým, objevily se v jeho rozhovoru četné podněty a postřehy, spousta z mého pohledu nesmírně zajímavých metafor a nápadů. Osobně jsem byl velmi spokojený a těšil jsem se, jak klientka tyto reflexe využije. Když tedy rozhovor týmu skončil, zeptala se terapeutka klientky, zda ji něco z toho, o čem si tým povídal, zaujalo, zda se chce k něčemu vrátit. Klientka uvedla, že ji došlo, když někdo v týmu vyjmenoval všechny ty věci, o kterých vyprávěla, a ocenil ji za to, že to zvládla tak, jak to zvládla, a že se jí nějak podařilo přispět k tomu, že věci nejsou ještě horší. Bylo vidět, že klientka má takřka jisté „na krajíčku“ a ještě několikrát se k tomuto momentu v příštích konzultacích vrátila. Pro mě to byla velká lekce o významu ocenění – klientka nechala všechny ty skvělé nápady stranou a největším přínosem z reflektujícího týmu pro ni bylo prostě to, že si někdo všimnul věcí, které dokázala.

Samotný rozhovor v reflektujícím týmu má z našeho pohledu určitá pravidla, která se významně inspirují vodítky, která navrhnul Andersen (1995; 1993b; 1990)⁴:

- **členové reflektujícího týmu hovoří jen mezi sebou** – to také znamená, že nevtahují do své konverzace klienty, nenavazují s nimi oční kontakt, nehovoří k nim, ale k sobě navzájem apod. Toto pravidlo lze dobře zachovávat na pracovištích, kde je k dispozici jednocestné zrcadlo a kde

⁴ Andersen sám spíše než o „pravidlech“ hovořil o „vodítkách“, která na různých místech formuloval v různých obměnách (např. Andersen, 1995; 1993b; 1991; 1990). Nejdůležitějšími vodítky v jeho podání jsou: 1. vztážen se ke konzultaci, 2. dotazující se forma a možnost odmítnout, 3. rozhovor v týmu – nikoli rozhovor s klienty a nikoli pouhá postupná prezentace myšlenek, 4. vyhnout se „patologizujícímu“ jazyku (diagnózy, expertní jazyk...) a 5. „přiměřená neobvyklost“ (být podnětný odlišností, ale nebyt příliš jiný).

si klienti s terapeutem a reflektující tým vyměňují místa a zapojování do konzultace je takřka vyloučeno. Přesto se nám jeví užitečné tyto dva systémy udržet oddělené a klientům nabídnout „reflektující“ pozici během diskuse týmu i v případech, že tým sedí s klienty ve stejné místnosti. Vyžaduje to určitou disciplínu členů týmu a zároveň pečlivé vysvětlení postupu klientům.

- **členové reflektujícího týmu spolu vedou rozhovor (dialog)** – nejde o sérii monologů, kdy si každý připraví jednu skvělou myšlenku a tu prezentuje, ale o živý rozhovor, kdy na sebe členové týmu navazují, rozvíjejí předchozí nápady, reagují na sebe.

- **vztahování se ke konzultaci** – reflexe týmu by se měly vztahovat k tomu, co zaznělo při konzultaci, ne k věcem, které nezazněly nebo které zazněly na minulých sezeních, apod. Užitečné je začít např. „Zaujalo mě, jak paní N. popisovala...“, „Překvapilo mě, když pan K. vyprávěl...“, „Když jsem slyšel..., běželo mi hlavou...“ apod.

- **„odmítnutelnost“** – tento krásný český výraz jsme si vypůjčili od Ivana Úlehly (osobní sdělení), abychom vyjádřili, že reflexe z týmu by měly být formulovány tak, aby bylo možné se jimi inspirovat, ale zároveň je bylo možné snadno odmítnout a nechat být. K tomu, aby reflexe z týmu byly odmítnutelné, nám pomáhá:

⇒ formulovat reflexe **dotazujícím se a podmiňujícím způsobem** (užitečné je začínat „Možná, že...“, „Napadá - mě...“, „Mohlo by...“, „Zdá se mi, že...“ apod.).

Příklad z praxe: Přivítání s prasátkem

V jedné konzultaci, kterou jsme společně vedli a při níž byl přítomen reflektující tým složený ze studentů, jsme pracovali s matkou čtyř dětí, z nichž nejstaršímu (synovi) je 16 let. Stěžovala si na různé potíže s dětmi a mluvila také o tom, jak se v některých situacích „vytočí“ a nedokáže je brát s nadhledem (například, když nejstarší syn dorazí večer později, než je

domluveno). V reflektujícím týmu se chvíli diskutovalo o tom, zda by pro dospívajícího syna bylo velkým překvapením, kdyby místo křiku byl přivítán mile a vládně. Bylo to podáno velmi hypotetizujícím způsobem, přesto se klientce tento podnět značně zalíbil a po skončení reflexy jsme jej dále v rozhovoru rozvíjeli. Klientce se velmi líbila představa, že by dokázala být „nad věcí“ a svého dospívajícího syna tím „šokovat“, na druhou stranu vyjádřila velkou obavu, že to nedokáže v dané situaci uskutečnit. Pátrali jsme tedy po výjimkách a po zdrojích, přičemž si klientka vzpomněla na obrázek od nejmladší dcery, který znázorňuje „Prasátko Pepu“ a který ji dokáže vždycky rozesmát. Rozhodla se, že jej v rámci „experimentu“ pokusí využít a přivítat zpozdlého syna jiným způsobem.

⇒ **záměrně vytvářet více možností** – pokud se tým příliš shoduje na nějakém nápadu, „odmítnutelnost“ takové reflexe klesá (jak má klient odmítnout něco, na čem se shodují čtyři odborníci?). Cílem reflektujícího týmu je však nabídnout co nejvíce možností a pohledů, nikoli najít nějakou „správnou“ či „nejlepší“ variantu: proto bývá užitečné nějaký „silně znějící“ nápad ze strany jiného člena týmu citlivě zpochybnit („Co tě přivedlo k myšlence, že...?“, „Co by takovému nápadu řekl...?“) nebo nabídnout nějakou další alternativu („Mě naopak napadá...“, „Co kdyby se místo X zkusilo Y?“, „Dívám se na to z opačného pohledu...“). Toto záměrné vytváření nových možností by mělo probíhat s velkým respektem k ostatním, tvořivě, hravě a s humorem. Jako užitečné vnímáme, pokud se podaří „udržet ve hře“ **alespoň tři možnosti**, abychom se vyhnuli pasti „jednoho správného pohledu na věc“ (jedna možnost) či pasti volby „buď A, nebo B“ (dvě možnosti).

⇒ využití **metafor** – metaforu lze chápat jako poměrně „nepřímou“ formu komunikace, kterou se lze snadno inspirovat, ale rovněž ji snadno nechat stranou (O'Hanlon, Weiner-Davis, 2003).

Příklad z praxe: Zacházení s bičem

Asi 40letá klientka při jedné konzultaci s reflektujícím týmem mluvila o tom, že potřebuje „nakopnout“, aby se naučila na příjímáčky na vysokou školu. Nedařilo se jí přinutit se pořádně učit a na tom, zda bude přijatá či nikoli, záviselo i to, zda si udrží zaměstnání. V konzultaci se také pracovalo s metaforou „cukru a biče“. Později dostal slovo reflektující tým a během jeho konverzace se objevil postřeh, že bičem je možné nějakého koně popohnat, ale také uštvat. Možná, že může být zajímavé raději kousek popojet, i když by se třeba nepodařilo hned dorazit do cíle, než koníka uštvat na několika metrech. V následující konzultaci se terapeut a klientka věnovali tomu, jak s pomyslným bičem zacházet, a tato metafora hrála důležitou roli i na dalších sezeních poté, co klientka úspěšně složila přijímací zkoušky a pracovala už na jiných tématech.

- **neobvyklost** – Andersen (1990) píše o nutnosti jisté míry neobvyklostí, abychom mohli být pro klienty podnětní, která však nesmí být příliš nepřiměřená, protože pak je pro klienty nepřijatelná (je zajímavé, že se při těchto úvahách inspiroval fyzioterapií). Z našeho pohledu je lépe, když jsou reflexe z týmu raději i lehce nepřiměřeně neobvyklé, než aby byly nepodnětné. Vycházíme z toho, že bezpečí klienta ošetřuje především terapeut, takže členové týmu mohou být ve své roli mnohem „odvážnější“, aniž by klientům hrozila nějaká újma.

Příklad z praxe: Anorexie a ekologie

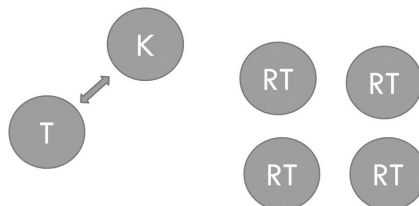
Při workshopu v Olomouci vyprávěla mexická terapeutka Rocío Chaveste, významná představitelka postmoderního kolaborativního přístupu, o konzultaci, kterou na tamní konferenci vedla Harlene Anderson s rodinou, v níž dcera trpěla anorexií. Když dostal prostor reflektující tým, jeden z jeho členů ve své reflexi pronesl, že „anorexie je ekologická“, což bylo nejen pro Rocío velmi šokující. Harlene kupodivu nijak nezasáhla, ani reflexi nekomentovala, sezení řádně skončilo a později se zjistilo, že tato velmi neobvyklá a možná i pohoršlivá reflexe nabídla celé rodině nový pohled, který jim pomohl zaujmout úplně jiný přístup k problému s anorexií a nastartovat tak pozitivní změnu.

- **úspornost** – umění reflektujícího týmu do značné míry spočívá ve schopnosti vybírat pár klíčových věcí a nezahltit klienty přílišným množstvím podnětů. Jediná oblast, u níž není nutné tolik dbát na úspornost, jsou ocenění (u nich je třeba hledět spíše na přiměřenost).

Reflexe týmu by měla trvat cca 5–10 minut, delší reflexe přináší podle našich zkušeností spíše zahlcení podněty a ochabnutí pozornosti klientů i terapeuta. Na konci reflexí tým předá slovo zpět terapeutovi a klientovi. Terapeut sám v našem pojetí reflektující tým násilně neukončuje, a to ani v případě, že se mu reflexe zdá příliš dlouhá nebo málo podnětná. Vnímáme to jako vyjádření respektu ke kolegům v týmu a také jako prostor pro jejich zkompetentnění.

e) Pokračování konzultace terapeuta s klienty

Po skončení reflexí se role opět obrátí a terapeut vede s klienty rozhovor o tom, co je zaujalo během pozorování a poslouchání reflektujícího týmu (viz obr. 3).



Obr. 3: T = terapeut, K = klient, RT = člen reflektujícího týmu

Tento rozhovor většinou začíná terapeut otázkou vztahenou k reflexím z týmu, například:

- Bylo něco z toho, co kolegové říkali, pro vás zajímavé?
- Chcete se k něčemu, co bylo řečeno, vrátit?
- Co vám běželo hlavou, když si kolegové povídali?

Klient má možnost vrátit se k nějakému podnětu z týmu a společně s terapeutem jej rozvíjet. Takto je možné postupně rozvíjet i několik podnětů. Na druhou stranu je důležité, aby klienti vnímali i možnost pokračovat v konzultaci úplně jiným směrem a nevyužít žádnou z reflexí. Přijmout takové rozhodnutí klienta vyžaduje určitou pokoru členů týmu, protože ti mohou mít pocit, že právě jejich reflexe by mohla situaci posunout, a mohou mít tendenci klienta, terapeuta nebo ostatní členy týmu obvinít z neporozumění nebo přehlížení. V tomto směru hraje úlohu určitá „kultura pracoviště“ a filosofické nastavení aktérů, které jde dál než k technice samotné.

Z reflexí týmu může čerpat rovněž terapeut tým, že se k některému podnětu sám vrátí a nabídne klientovi otázku či komentář, ke kterým ho podnět z týmu inspiroval.

f) Experiment

V terapii zaměřené na řešení je zvykem dát před koncem krátkou přestávku a zformulovat pro klienta „zpětnou vazbu“ či „závěrečnou intervenci“, která obsahuje ocenění a návrh na experiment (De Jong, Berg, 1998). Tuto přestávku je zvykem dávat i v případech, že s klientem pracuje terapeut sám. Pokud je k dispozici i tým za zrcadlem, bývá závěrečná intervence vytvářena společně s týmem, přičemž terapeut sbírá podněty z týmu, zpracuje si je a pak je prezentuje klientovi jako výstup z diskuse týmu (De Shazer, 1994). Pokud je při konzultaci přítomen reflektující tým, lze jej do tvorby závěrečné intervence zapojit obdobným způsobem.

Při tomto zapojení reflektujícího týmu je třeba si uvědomit, že se jedná o určitý posun ve způsobu práce. Zaměření přesto zůstává podobné – členové reflektujícího týmu si všímají momentů, které lze ocenit (zdroje), a přicházejí s nápady na to, co by bylo možné zkusit.

Na rozdíl od (domácího) úkolu je experiment pojímán jako určitý druh pozorování nebo akce spojené s pozorováním, přičemž výsledek není předem znám ani předem

definován. Jde o rozšíření pole možností a nové uvědomění pro klienta, což je bod, v němž lze nalézt styčné body s pojetím experimentu v gestalt terapii (Roubal, 2007). Na rozdíl od gestalt experimentů jsou však experimenty v terapii zaměřené na řešení cílené spíše do období mezi terapeutickými sezeními, nikoli do sezení samotného. Mezi nejznámější experimenty v terapii zaměřené na řešení patří (De Jong, Berg, 1998):

- pozorovat, co by mělo zůstat tak, jak je a neměnit se (zaměření na to, co funguje);
- pozorovat okamžiky, kdy se problém nevyskytuje nebo je menší (výjimky);
- předstírat zlepšení a pozorovat změny (výjimky, preferovaná budoucnost).

Určitým úskalím experimentů se může stát jejich mechanické používání. Experimenty v terapii zaměřené na řešení nejsou chápány jako rigidní soubor terapeutických triků, ale vytvářejí se pro každého klienta individuálně a existují v široké škále variací. Velké množství případů z praxe s využitím velmi tvořivých závěrečných intervencí nabízí například Furman a Ahola (1992), Berg a Dolan (2001), Keeney (2009) nebo De Shazer (1993). Využití reflektujícího týmu zvyšuje šanci, že závěrečná intervence bude skutečně tvořivá a individualizovaná. Diskuse týmu může probíhat bez přítomnosti klienta nebo v jeho přítomnosti.

Alternativou výše uvedeného postupu tvorby závěrečné intervence je závěrečná reflexe týmu, která je zaměřená na nabídku „něčeho na cestu“ pro klienty (von Schlippe, Schweitzer, 2001). Těžištěm této závěrečné reflexe jsou návrhy na experimenty, které jsou formulovány velmi opatrným způsobem – spíše jako nabídky něco nového vyzkoušet než jako expertní doporučení. Po této závěrečné reflexi již nenásleduje diskuse nad podněty z týmu, jen rozloučení s klientem a komentář, že pokud zde klient našel nějaký zajímavý podnět, může jej vyzkoušet, a že na příštím setkání zmapujeme změny, které to přineslo.

g) Reflexe setkání

Po skončení konzultace většinou následuje ještě její reflexe z hlediska procesu – jaký byl průběh, co bylo užitečné z pohledu terapeutů i týmu, jaké alternativní postupy bylo možné zvolit apod. Tato reflexe má význam zejména pro vlastní učení a rozvoj terapeutů i týmu. Nediskutuje se během ní o klientech, nespekuluje se o jejich tématech či problémech, ani se negenerují další nápady, které by klienti mohli vyzkoušet. Smyslem této reflexe není pomáhat klientům (a už vůbec ne pomlouvat je za jejich zády), ale je zaměřena na podporu terapeutů a týmu a na rozvoj jejich dovedností (De Shazer, 1982). Někdy klientům nabízíme možnost se této reflexe také zúčastnit – pro některé je zajímavé být u toho, když terapeuti a tým přemýšlejí o průběhu konzultace, a terapeuti i tým jsou díky přítomnosti klientů ještě více vnímaví k tomu, jakým způsobem o konzultaci hovoří, a učí se otevřenosti a respektu ke klientům jako základnímu terapeutickému postoji. Zároveň klienti mohou do této reflexe přispět svými pohledy na celý proces, což proces učení terapeutů i týmu ještě prohlubuje.

ZÁVĚREM

Reflektující tým vnímáme jako užitečný způsob práce, který vnáší do terapeutických konzultací nové podněty a tvořivé prvky. Reflektující tým není v našem pojetí nějakou nezúčastněnou skupinkou (sebe)interpretujících pozorovatelů, ale v souladu s (někdy nesprávně chápány) postuláty kybernetiky druhého řádu jde o aktivní účastníky živé a tvořivé konverzace (Keeney, Keeney, 2012). Naše zkušenost ukazuje, že vstupy reflektujících týmů často přinášejí nové pohledy, které klient může využít a dále rozvíjet, někdy jej tyto podněty dokonce provázejí dlouhou dobu i po skončení terapie.

Kromě tohoto přímého užítu pro klienty působí reflektující týmy i nepřímým, že kultivují přístup terapeutů ke klientům i ke kolegům. Reflektující týmy mohou pomoci k většímu respektu ke klientům,

k větší vnímavosti k tomu, jakým způsobem o klientech (a s klienty) hovoříme a jak zacházíme s našimi předpoklady o nich. Podobný efekt lze sledovat i ve vztahu ke kolegům a k určité „kultuře“ pracoviště (Lax, 1995).

Reflektující týmy rovněž poskytují podle našeho soudu relativně bezpečné prostředí pro učení se novým dovednostem – zejména začínající terapeuti často oceňují možnost být při konzultaci „naživo“, možnost aktivně se podílet na práci s klienty a také reflektovat i po skončení průběhu konzultace.

Určitou nevýhodou práce s reflektujícími týmy je větší množství přítomných osob, což může v klientech vzbuzovat obavy (zejména zpočátku). Další významnou nevýhodou reflektujících týmů je jejich finanční a časová náročnost – na práci v reflektujících týmech se podílí více lidí, což je obtížné naplánovat jak z hlediska času, tak i financí. Určitým řešením mohou být různé vzdělávací či výzkumné projekty (výcviky pro terapeutů, stáže pro studenty, výzkum). Zdá se, že základním předpokladem pro realizaci reflektujících týmů na pravidelné bázi je určité nadšení. Z naší vlastní zkušenosti můžeme říci, že pracujeme s reflektujícími týmy pravidelně (setkání máme cca 1x za 3 týdny) a často bez nároku na honorář. Přesto lze říci, že práci s reflektujícími týmy vnímáme jako investici do našeho profesního rozvoje a toto „nadšení pro věc“ pomáhá takovou praxi udržet i v obdobích, kdy ji není možné financovat.

LITERATURA:

- Andersen, T. *Reflecting processes: Acts of in forming and forming: You can borrow my eyes, but you must not take them away from me!* In Friedman, S. (ed.) *The reflecting team in action*. New York: The Guilford press, 1995, s. 11–37.
- Andersen, T. *Vztah, jazyk a předporozumění v reflektujících procesech*. Kontext 9, č. 1, 1993a, s. 19–26.
- Andersen, T. *See and hear, and be seen and heard*. In Friedman, S. *The new language of change: Constructive collaboration in psycho-*

- therapy. New York: The Guilford press, 1993b, s. 303–322.
- Andersen, T. *Reflexivní tým: dialog a metadiolog v klinické praxi*. Kontext 7, č. 2, 1991, s. 33–45.
- Andersen, T. *The reflecting team*. In: Andersen, T. (ed.) *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. Broadstairs: Borgman publ., 1990, s. 18–108.
- Anderson, H. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: Postmoderní přístup k terapii*. Praha: NC publishing, 2009.
- Anderson, H., Gehart, D. (eds.) *Collaborative-therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge, 2007.
- Berg, I. K., Dolan, Y. *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: W. W. Norton and comp., 2001.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic books, 1987.
- De Jong, P., Berg, I. K. *Interviewing for solutions*. Pacific Groove: Brooks/Cole publ., 1998.
- De Shazer, S. *Words were originally magic*. New York: Norton & co., 1994.
- De Shazer, S. *Klíče k řešení v krátké terapii*. Trenčín: Galanta, 1993.
- De Shazer, S. *Patterns of brief family therapy*. New York: The Guilford press, 1982.
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., Berg, I. K. *Záračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení*. Praha: Portál, 2011.
- Freedman, J., Combs, G. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál, 2009.
- Furman, B., Ahola, T. *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: W. W. Norton and comp., 1992.
- Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. *Open dialogue: An approach to psychotherapeutic treatment of psychosis in northern Finland*. In: Anderson, H., Gehart, D. (eds.) *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge, 2007, s. 221–234.
- Hoffman, L. *A reflexive stance for family therapy*. In: Mc Namee, S., Gergen, K. J. (eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage publ., 1992, s. 7–24.
- Keeney, B. *The creative therapist: The art of awakening a session*. New York: Routledge, 2009.
- Keeney, H., Keeney, B. *Circular Therapeutics: Giving Therapy a Healing heart*. Phoenix: Zeig, Tucker and Theisen, 2012.
- Lax, W. D. *Offering reflections: Some theoretical and practical considerations*. In: Friedman, S. (ed.) *The reflecting team in action*. New York: The Guilford press, 1995, s. 145–166.
- Lax, W. D. *Postmodern thinking in a clinical practice*. In: Mc Namee, S., Gergen, K. J. (eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage Publ. Ltd., 1992, s. 69–85.
- Loewenthal, D., Snell, R. *Post-modernism for psychotherapists: A critical leader*. New York: Brunner-Routledge, 2003.
- Norman, H., Pidsley, T., Hjerth, M. *Solution focused reflecting teams in action*. In: McKergow, M., Clarke, J. (eds.) *Positive approaches to change*. Cheltenham: SolutionBooks, 2004, s. 67–80.
- O'Hanlon, B., Weiner-Davis, M. *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. 2nd ed. New York: W. W. Norton and comp., 2003.
- Roubal, J. *Použití experimentu v gestalt terapii*. Psychoterapie 1, 2007, s. 6–11.
- Seikkula, J. et al. *Treating psychosis by means of Open dialogue*. In: Friedman, S. (ed.) *The reflecting team in action*. New York: The Guilford press, 1995, s. 62–80.
- Seikkula, J., Olson, M. E. *Poetika a mikropolitika přístupu „otevřeného dialogu“ při léčbě lidí s akutní psychózou*. Psychoterapie 4, 2010, s. 183–197.
- Von Schlippe, A., Schweitzer, J. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta, 2001.
- Walter, J. L., Peller, J. E. *Recreating brief therapy: Preferences and possibilities*. New York: W. W. Norton and comp., 2000.
- White, M. *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton and comp., 2007.
- White, M. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwich centre publ., 1995.
- Zatloukal, L. *Postmoderní myšlení jako možné východisko pro integraci různých terapeutických přístupů*. Psychoterapie 1, 2007a, s. 183–203.
- Zatloukal, L. *Postmoderní myšlení v poradenské praxi*. Sociální práce 7, 2007b, č. 3, s. 75–86.

Autoři:

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D., je absolventem doktorského studia klinické psy-

chologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a sociální práce na Ostravské univerzitě v Ostravě. Absolvoval komplexní 750h. výcvik v systemické psychoterapii (ISZ), výcviky v hypnoterapii (prof. Kratochvíl, Dr. Zíka) a další kurzy a výcviky pod vedením předních tuzemských i zahraničních lektorů. Vyučuje poradenství a terapii a vybrané manažerské dovednosti na katedře sociální práce Univerzity Palackého v Olomouci a na Newton College – vysoké škole managementu v Brně, pracuje jako terapeut v soukromé praxi v Olomouci a v manželské a rodinné poradně v Brně. Je spoluzakladatelem a vedoucím týmu terapeutů, koučů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení „Dalet“ (www.dalet.cz), působí také jako kouč a facilitátor.

Kontakt: leos.zatloukal@dalet.cz

Bc. Pavel Vítek je absolventem studia sociologie a andragogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Absolvoval komplexní 750h. výcvik v systemické psychoterapii (ISZ) a další kurzy a výcviky pod vedením předních tuzemských i zahraničních lektorů. Je certifikovaným lektorem AIVD ČR a SR. Působí jako supervizor pro účastníky psychoterapeutických výcviků (ISZ-MC, G-I, Dalet). Pracuje jako terapeut, kouč a supervizor. Je členem týmu terapeutů, koučů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení „Dalet“ (www.dalet.cz).

Kontakt: pavel.vitek@dalet.cz

Došlo do redakce 22. 1. 2013, v revidovaném znění 25. 2. 2013. K publikaci přijat 5. 3. 2013.

Poradenské centrum neziskovej organizácie PLAMIENOK hľadá psychoterapeuta s klinickou praxou.

Náplň práce: terapeutická práca s deťmi a rodinami
po strate súrodenca, rodiča.

Požiadavky:

- psychoterapeutický výcvik po ukončení, resp. tesne pred ukončením
- terapeutická prax min. 3 roky v akejkoľvek oblasti
- schopnosť dohovoriť sa v anglickom jazyku

Platové podmienky, úväzok a nástup dohodou.

Kontakt: info@plamienok.sk

00421 2 207 18 169

SUPERVIZE V GROZNÉM

Věra Roubalová Kostlánová

Text byl přednesen na konferenci Supervize, koučink a diverzita společnosti 15.–16. 9. 2012 v Praze.

Chtěla bych vás pozvat do úplně jiných krajů a seznámit vás podrobně s historií mých třinácti supervizních návštěv v Čečensku. To by ale byl text velice dlouhý, a tak vám povím jen střípky z čečenské reality, z kulturních odlišností a ze svých supervizních zkušeností. Moje supervize je samozřejmě vázána mlčenlivostí a svým vyprávěním také nechci ohrozit osoby, se kterými jsem se tam setkávala. Bohužel až do dnešních dnů jde často v Čečensku o život.

V roce 2006 jsem se s kolegyní z o. s. Berkat vydala do Čečenska poprvé. Jely jsme na malou konferenci do Inguška a odtud na krátko přes vojenské posty do naprosto rozbombardovaného Grozného. Lidé se pomalu vzpamatovali ze dvou válek (první od roku 1994 do 1996 a druhá od roku 1999 oficiálně do roku 2003), kdy se je federální ruská vojska pod maskou protiteroristické operace snažila vyhladit plošným bombardováním, střelením, koncentračními tábory, mučením a hladem. Na konferenci si mě všiml jeden muž z Dánska a později mě požádal, abych dělala týmovou supervizi nevládní organizaci v Grozném, v rámci tříletého projektu, který získala z Evropské unie.

V tomto projektu jsem jako supervizorka zastupovala o. s. Rafael Institut, v jehož rámci se v České republice věnují hlavně transgeneračnímu přenosu traumatu holocaustu. V Čechách také dlouhodobě pracuji v o. s. InBáze Berkat mimo jiné i s uprchlíky z Čečenska a tyto zkušenosti se mi později v Grozném velmi hodily. Stojí za zmínku, že jsem do Čečenska pokaždé vozila od uprchlíků plný kufr dárků pro jejich rodiny

a opačně od rodin dárky pro uprchlíky do Čech. Rodiny jsem v Čečensku, pokud to bylo bezpečné, také navštěvovala, což bylo velmi významné pro moji práci doma. Během čtyř roků, na které se tento projekt natáhl, jsem také mohla zblízka poznávat život v Čečensku i měnící se atmosféru.

Moje práce začala v roce 2008. Měla jsem dělat supervizi personálu jednoho občanského sdružení v Grozném, které pomáhá lidem postiženým válkou v oblasti sociální, právní, zdravotní a psychologické. Bylo jasné, že se nejdříve musím seznámit s realitou. V Čečně pojem supervize nikdo neznal. I psychologie a psychoterapie zde jako obor teprve začínají. Následky toho, že Stalin v roce 1936 zakázal psychologii jako buržoazní přežitek, jsou znát. Přesto jsem se v Čečně setkala s velkým zájmem o psychoterapii. Není tam totiž rodiny, ve které by někdo nezahynul, a lidé cítí naléhavou potřebu psychické úlevy.

Přijela jsem do naprosto jiné reality, kterou vám tady bohužel nemohu pro nedostatek času popsat beze zbytku, a tak jen v krátkosti. Čečenci jsou asi milionový národ, který se již po staletí snaží osamostatnit. Model kultu osobnosti proruského čečenského prezidenta Kadyrova jako naprosto všemocného a nebezpečného člověka je nám známý z padesátých let v Československu. Začíná to obrovskými portréty na letišti, pokračuje pořady o něm v televizi a končí všudypřítomným strachem. Čečenci jsou hrdý a velmi pohostinný národ. Mají svůj úžasný, drsný humor, bez kterého by, jak říkají, to vše nemohli přežít. Mají také svoji tradiční rodinnou muslimskou víru, která je jim velkou oporou.

Zaměstnanci organizace, ve které jsem vedla supervizi, se věnovali poradenství a pomoci lidem postiženým válkou v sociální, zdravotní, právní i psychologické

oblasti. Počet členů organizace se měnil, ale zůstávali ředitelka, asistentka, sociální pracovnice, lékařka, právníci, psychologka a dobrovolníci. To, že v domě, kde organizace sídlila, vypínají elektřinu či plyn, patřilo k poválečné realitě, jež se postupně zlepšovala. Měnily a zlepšovaly se i podmínky, ve kterých zaměstnanci pracovali, i jejich pracovní role. Například ale taková supervizní témata, jako kdo myje hrníčky, jsou v Čechách vyřešená – vždy myje nejmladší žena. Když v organizaci pracuje muž, je respektován a obětován. Vztahy, hlavně rodinné, mají vždy přednost – a tak očekávat včasný příchod na supervizi, vypnutí mobilu, užívání diáře atd. vyžadovalo moji trpělivost a pochopení. Jako host jsem sice byla obětována, jak velí tradice, opravdovou důvěru jsem ale získala hlavně tím kufrem s dárky, který jsem vláčela pro rodiny uprchlíků.

Pro personál sdružení bylo největším profesním problémem nezpracování osobních a rodinných traumat, která v sobě péčí o jiné zatlačovali do pozadí. Ale i to se měnilo a později, když jsme například mluvili o možnostech pořádání ženské skupiny pro matky zabitých a ztracených synů, projevil personál sdružení přání, které též zrealizoval, udělat nejdříve takové skupiny pro sebe.

Hlavním tématem, se kterým jsem se při individuální i týmové supervizi setkávala, byla především obrovská únava. Z absence perspektivy, ze setrvalého strachu z toho, co bude, z neustálých pohřbů a shánění peněz na léky pro mnoho nemocných v důsledku válečných útrap, ale třeba i následků radioaktivity. Proto častým supervizním tématem bylo, kde mají členové sdružení nasbírat síly, aby mohli pomáhat dále. Tradice pomáhání slabším má u nich v rodinné výchově hluboké kořeny. Předávají ji hlavně velmi vážení stařešinové. Má také velkou oporu v Koránu, Alláh ji vidí a ocení.

Moje evropské pojetí, že když už nemohu, musím se začít starat o sebe nebo dokonce si dělat radost, bylo pro ně ze začátku naprosto nepochopitelné a poslouchali jej jen

ze zdvořilosti. I tento pohled se postupně měnil, což ale připouštěli jen v individuálních supervizích. Další moje zkušenost, kterou jsem jim nabízela, že nemusím být pořád silná, odporovala jejich vnímání reality – museli být silní pořád. Jsou tak i vychovávaní. Mohli jedině utéci do nemoce, což se také často stávalo.

V únoru 1944 byl celý národ během jedné noci vysídlen v dobytčácích do Kazachstánu a polovina to nepřežila. Vrátit se mohli až po roce 1956. Toto obrovské trauma se v rodinách přenáší hlavně v té podobě, že musejí vydržet všechno: „Každých padesát let tu máme válku, musíme být silní.“ Velmi se zajímali o téma transgeneračního přenosu holocaustu. Konstatovali však, že o jejich traumata minulá i současná se Evropa nezajímá, zatímco Židé se mohli po holocaustu vztahovat alespoň k Norimberskému procesu. Pamatuji si ještě, že za totality byl zájem cizinců o československou opozici velkým povzbuzením. Myslím, že na mně, jako na cizince, oceňovali právě zájem, empatii a solidaritu.

Co se týká organizace práce ve sdružení, vše je tam jiné. I já jsem byla někdy z celé té neorganizovanosti unavená. Věci se řeší na poslední chvíli, v týmu se pochvází a dohodnou organizační vylepšení (jako třeba náplně práce), ale dojednané úkoly se často neplní. Jsem trpělivá, a tak se přece jen něco povedlo. Vše je ale složitější než u nás, například evidovat by se měla jen sociální a humanitární pomoc. Ostatní pomoc (například ve věznicích) – a hlavně jména – je nebezpečné psát. Chodí policejní kontroly a strach je oprávněný. Vždy jsou rozhodující konexe.

Každá z mých čtyřdenních supervizních návštěv měla jinou atmosféru. Během prvních dvou let probíhaly tzv. začistky, což bylo brutální přepadávání, střílení a zatýkání. Asi nejtěžší bylo období kolem zavraždění Nataši Estěmírové v roce 2009, která také pracovala v NGO a kterou mnozí znali. Všude vládl obrovský strach. Prakticky všichni lidé, s nimiž jsem tehdy mluvila, uvažovali o emigraci. Doma je držely jen

rodinné vazby, tradiční povinnost postarat se o své rodiče. V celé zemi nebyla a dodnes není práce (rozbombardované továrny se neopravují), korupce v podobě úplatků je všudypřítomná. Na druhé straně jsem se mohla s lidmi z personálu sdružení podělit o své zkušenosti s emigranty. Vylíčit jim, jak to mají například u nás uprchlíci velice těžké až beznadějně.

Individuální supervize byla někdy spíše krizovou intervencí. Důvěřovali mi, protože jsem jako cizinka odjížděla a nikdo se ode mne nemohl nic dozvědět. Často jsme se věnovali psychosomaticce. Signálům, které dávají vysílené, stresované a vlastně neustále retraumatizované tělo a duše. Jako lidé z bývalého SSSR spíš ale upřednostňovali prášky, nejraději ibalgin. Opětovně jsem pocitovala, že jim při jejich práci chybí sebezkušenost a že si neumějí stanovit hranice. Během supervizí se například vracelo téma dodržování času při práci s klientem. Znovu a znovu jsem slyšela, že v jejich kultuře není možné ukončit sezení za hodinu, když klient pláče, to se u nich nedělá, to nejde (i když jsou již hrozně unavené). Vždy znovu a marně jsme probírali potřebu dovolené. Po válce se také velmi změnily role ženy a muže. Zaznívala i touha po něčem krásném a hlubokém v životě. Samozřejmě, že asi nejdůležitější pro ně bylo moje ocenění jejich práce.

To, co jsem v Grozném předala a z čeho jsem měla radost, byly moje zkušenosti s vedením ženských skupin. Ženy, kterým zabili syny nebo jim synové zmizeli, se začaly scházet a vzájemně se podporovat a sbližovat. Necítily se tak osamělé, mohly si vzájemně sdílet své příběhy, projevit mezi sebou své city, které jinak musely tradičně před rodiči i před muži skrývat. Mohly si dovolit společně relaxovat a dělat si vzájemně masáže. Ženské podpůrné skupiny byly sice, jako skoro všechno v Čečně, ve velkém stylu, s pohoštěním, květinami a dary, ale bylo to něco naprosto nového, smysluplného a významného pro jejich práci.

Před týmovými supervizemi, které jsme měli vždy před koncem pobytu a které si personál později vyžádal i na začátku, jsem měla někdy až strach. I na mě se přenesla ona všeobecná bezmoc. Většinou atmosféru uvolnila „šutka“, čili legrace. Na jedné týmové supervizi jsme probírali případ klientky v zoufalé situaci a já jsem se zeptala, v kolikátém měsíci těhotenství je. Oni úplně spadli pod stůl, jak se mi smáli. O těhotenství se prostě u nich nemluví. Jeden člen týmu řekl: „U nás se nemluví a rodí a u vás naopak.“

Jindy jsme v týmu mluvili i o tom, co bude, až náš projekt skončí. O tom, že mají snad naději v mladých lidech, kteří umějí trochu anglicky a kteří by mohli psát nové projekty. Ale všechno to bylo velmi nejisté – nyní bohužel žádný projekt nemají. Vzpomínám si, že jednou byla na týmové supervizi taková tíha, až mě začala bolet hlava. Řekla jsem jim to a zeptala se, kde oni brali sílu na přežití za války. Chytli se a začali postupně všichni vyprávět většinou velmi humorné (ale i odvážné) historky z války, uvolnili se a chechtali se tak, jak já to ani neumím. Na konci supervize mi zatleskali, což mi udělalo moc dobře. Řekla jsem jim, že mají velkou devizu ve vzájemné důvěře a že z dob disentu vím, jaká je to cennost. Pochválila jsem jejich jedinečnou a odvážnou práci. Na konci každého pobytu jsem cítila vždy velkou únavu danou mimo jiné i mou nedokonalou ruštinou.

Na posledním setkání mi řekli, že supervize byla dobrá, že jim pomáhala, že mohli vypustit páru, mohli si ujasnit svoji cestu, že jsem je dávala dohromady, „dávala jim teplo“. A také mi řekli, že mě má Alláh rád. Stejně si ale myslím, že si nejvíce cenili toho těžkého kufru, který jsem tam a zpátky tahala. Stýská se mi po nich a po jejich humoru.

Věra Roubalová Kostlánová, psychoterapeutka, supervizorka ČIS. Pracuje v o. s. Rafael Institut, v o. s. InBáze Berkat.



International Psychoanalytical Association Weekend Conference for Students

All sessions are in English

Friday 2 August:

4.30pm – 6.00pm at the Hilton Prague, Pobřežní 1, Prague
Session chaired by Martin Mahler

Dean of Charles University – Michal Stehlík
Psychoanalysis and the International Psychoanalytical Association

Stefano Bolognini, IPA President

Alexandra Billingham, IPA Vice President

Charles Hanly, Immediate Past President

Welcome – Martin Mahler, President of the Czech Society

‘Trauma, Dissociation and Transgenerational Transmission – an introduction’ – Sverre Varvin,
Chair of the Congress Programme committee

‘The International Psychoanalytical Studies Organization and you’ including an invitation to tonight’s IPSO party –
Holger Himmighoffen, Anna Maria Hansjürgens and Sylvia Pupo

Question and Answer session

Saturday 3 August

Students have free choice to attend Congress sessions at Hilton Prague from 8.30am – 6.30pm. A small number
of sessions are marked for IPA Members and Candidates only.

Sunday 4 August

Lectures and work groups at Charles University
‘Trauma, Dissociation and Transgenerational Transmission’

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Náměstí Jana Palacha 2, Praha 1

Charles University in Prague
Philosophy Faculty
2 Jan Palach Square, Prague 1

Day chaired by Sverre Varvin

9:00 to 10:30: Lecture Trauma 1:

Ira Brenner – Clinical challenges in working with the traumatized and dissociated patient.

Discussant: Marina Arytunyam followed by plenary discussion

10:30 to 11:00 - Coffee break

11:00 to 12:30 Lecture Trauma 2:

Franziska Henningsen – Destruction and guilt. Splitting and reintegration in the analysis of a traumatised patient.

Discussant: Ruggero Levy followed by plenary discussion

12:30 to 14:00 Lunch

14:00 to 15:30 four discussion groups chaired by:

Marina Arytunyam, Moscow, Franziska Henningsen, Berlin, Ruggero Levy, Porto Alegre, Sverre Varvin, Oslo

15:30 to 16:00 Final Plenary, chaired by Martin Mahler

To register for the Congress and for accommodation at special rates go to www.ipa.org.uk/congress

The student weekend has been organised with the kind co-operation of the Department of Psychology,
Charles University.

MÁTE MRKVOVOU ZMRZLINU?

Roman Hytych

K SEDMDESÁTINÁM
MIRKO FRÝBY

Mirko Frýba rád vykládá vtipy. Třeba ten o tom zajíčkovi, který se každý den chodí ptát do cukrárny, jestli mají mrkvovou zmrzlinu. Znáte ho? K jeho pointě se ještě dostanu. Mirko letos oslavil sedmdesátiny, a protože nepochybně patří do panteonu velkých osobností našeho oboru, rád píšu pár řádek k jeho hezkému jubileu.

Ne nadarmo má Mirko Frýba rád právě vtip o zajíčkovi a mrkvové zmrzlině. Také se rád ptá a rád provokuje. Rád testuje hranice lidských možností. Jeho legendární otázka Máte všech pět pohromadě? dnes už prakticky zlidověla, a to nejen mezi psychoterapeuty. Provokativní otázka směřuje ke skutečnosti, ke cvičení všímavosti, schopnosti, která je vlastní každému z nás a která má sílu léčit a uzdravovat. A je to právě všímavost, která se stala centrálním bodem profesní dráhy Mirko Frýby, tvůrce satiterapie neboli léčby všímavostí. V dnešní době v euroamerické psychoterapii módní termín všímavost (*mindfulness*) ovšem neodkazuje k tradici evropské psychologie a psychoterapie, nýbrž k tradici asijské, konkrétně pak k eticko-psychologickému systému známému pod názvem abhidhamma. Abhidhamma, zachycená v nejstarších buddhistických textech, je stále považována za prototyp asijských systémů psychologie a za podklad buddhistických technik kultivace mysli, meditace, psychohygieny a psychoterapie. Mirko Frýba patřil mezi první, kdo systematické rozvíjení všímavosti přinesl do evropské psychologie a psychoterapie již v 70. letech minulého století.

A jak že se Mirko Frýba dostal do Asie? Jako čtyřřadvacetiletý student psychologie Univerzity Karlovy odcestoval do Indie, aby zkoumal jógické techniky meditace a trénoval se v nich. Toto období hezky ilustruje historka, kdy tehdy mladý český

bohém a tak trochu hippie potkal v Indii mnicha, který ho opravdu zaujal. Jak? Ten mnich totiž na ulici klidně pokuřoval. Na otázku, zda mohou mniši kouřit, dotázaný odpověděl: „Kouřit můžeš a když kouříš všímavě, rozvíjíš u toho i svoji mysl.“ Asi sotva můžeme této historce přičítat větší důležitost, nicméně hezky ilustruje další osobní i vědecké putování Mirka Frýby, když objevil ve všímavosti a v učení Buddhy praktickou metodu cesty k vnitřní svobodě a duševnímu zdraví.

V psychoterapeutické praxi poprvé aplikoval své poznatky až ve Švýcarsku, kam po krátkém návratu do Československa v létě 1968 emigroval. Ředitel Univerzitní psychiatrické polikliniky v Bernu, kde studoval a posléze i pracoval, profesor Theodor Spoerri, byl totiž žákem Johannese Heinricha Schultze, kterého u nás známe jako autora autogenního tréninku. A autogenní trénink nebyl inspirován ničím jiným než právě abhidhammou. Tak mohl Mirko Frýba využít meditativní a psychodramatické techniky ve skupinové psychoterapii závislých osob za účelem znovuprožívání jejich patogenních zkušeností. Zanedlouho se projekt rozšířil i na psychoterapii ostatních psychiatrických pacientů, a to i v individuální terapii. Na úspěšný projekt pak navázal výcvik psychoterapeutů jako postdoktorální trénink psychiatrů a psychologů.

Výcvik psychoterapeutů přerušila Frýbova výzkumná cesta na Srí Lanku a do Barmy v roce 1975. Po svém návratu pokračoval s abhidhammickou psychoterapií v rámci tréninku psychoterapeutů na Univerzitní psychiatrické poliklinice pro mládež v Bernu, a to až do roku 1983, kdy opět odjíždí na delší dobu na Srí Lanku. V kombinaci s jungovskými metodami a využitím abhidhammy pro kotvení v tělesném prožívání se vyvíjený psychoterapeutický přístup začal používat i v případech psychotických one-

mocnění. Také abhidhammický výcvik psychoterapeutů kombinoval Mirko s tradičními psychoterapeutickými přístupy. Konkrétně s psychoanalýzou, kterou absolvoval nejprve u přímého žáka Sigmunda Freuda profesora Bluma a posléze kontrolní analýzu u přímého žáka Carla Junga, již jmenovaného profesora Spoerriho. Dále též využíval Gendlinův fokusing a Rogersův na osobu zaměřený přístup. Ve skupinové terapii se nejlépe osvědčilo spojení abhidhammy s psychodramatickými technikami Jacoba Morena, se kterým se již nesetkal, dlouhodobě však spolupracoval s jeho ženou Zerkou Morenovou. Tyto různé psychoterapeutické přístupy pak Mirko Frýba integroval do didaktického programu, na jehož podkladě vedl se svým týmem různé typy kurzů a ze kterých posléze vytvořil integrativní psychoterapeutický přístup - satiterapii.

V roce 1990 Mirko Frýba reemigroval do Čech, tedy přesněji řečeno na Moravu – na Filozofickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. Tady začal v rámci přednášek o psychoterapii vyučovat i vybraná paradigmaty z abhidhammy. A v rámci olomouckého Institutu pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství realizoval jak výcvikové kurzy abhidhammických technik tělesně zakotveného prožívání v kombinaci s focusingem, tak i úvodní kurzy satite-

rapie. Na Masarykově univerzitě v Brně se pak abhidhamma stala podkladem jeho kurzu Psychologie zvládání života a metodiky výzkumu integrujícího kvalitativní a kvantitativní přístup. A potom dostali možnost vzdělávání v satiterapii i čeští psychoterapeuti – když se v roce 1993 otevřela první satiterapeutická výcviková komunita. Od té doby už několik desítek absolventů komunity provozuje úspěšnou terapeutickou praxi.

Ke konci 90. let pak Mirko z Česka odchází, stává se buddhistickým mnichem a střídavě žije v Asii a Evropě, kde se věnuje výcviku těch, kteří mají zájem o tradiční Buddhovy techniky práce s myslí a dovedného zvládání života. Tak jsem ho nejvíce poznal osobně i já.

Mirko Frýba ovšem nezanechal jen stopy didaktické a terapeutické. K jeho dílu patří i několik knih a učebnic¹, které čtenářům přibližují to nejlepší z toho, co nám jako českým psychologům a psychoterapeutům nabízí už přes 2500 let buddhistická psychologie, třeba onu provokativní otázku, jestli máte všech pět pohromadě. A jak to dopadlo se zájčkem? Cukrářka mu nakonec mrkvovou zmrzlinu objedná. A když mu s nadšením na jeho otázku odpoví: „Ano, máme!“, zájček nezaváhá a řekne: „Ta je ale hnusná, co?“

¹ Zmiňme alespoň ty nejznámější: Umění žít šťastně, Praha, Argo, 2003; Psychologie zvládání života: Aplikace metody Abhidhamma, Boskovice, Albert, 2008; Buddhova meditace všímavosti a vhledu, Boskovice, Albert, 2008; Páli, jazyk, texty, kultura, Boskovice, Albert, 2000.

O PSYCHOTERAPII STÁLE ČTIVĚ A SROZUMITELNĚ

Stanislav Kratochvíl (2012). *Základy psychoterapie*, 6., aktualizované vydání. Praha: Portál.

Martin Lečbych

Na konci loňského roku vydalo nakladatelství Portál již 6., aktualizované vydání knihy „Základy psychoterapie“ prof. Stanislava Kratochvíla. Tuto knihu není třeba odborné veřejnosti dlouze představovat. Kniha patří tradičně k doporučovaným pramenům v rámci humanitních oborů vysokoškolského vzdělávání, a to nejen v rámci disciplín ryze psychologických či psychoterapeutických.

Dlouhodobá oblíbenost tohoto díla je bezesporu spojená s celkovou přehledností knihy a srozumitelností textu při zachování jeho vysoké odborné úrovně. Je zjevné, že se autor neustále snaží oslovovat čtenáře kultivovanou češtinou oproštěnou od nadměrného množství cizích slov a nesrozumitelných pojmů jen s mlhavě tušeným významem. Autor si sám v nové předmluvě knihy postesknul nad rozbujelým psychoterapeutickým žargonem, který brání sjednocení užitých pojmů a komplikuje porozumění. Jeho postesk má však (jak jinak) laskavě humorný ráz výčtu postřehů, nad kterými se čtenář jistě pousměje. Je sympatické, že autor ve snaze o srozumitelnost a čtivost vytrvá a při úpravách bere nadále tento rozměr v potaz. K trvající oblíbenosti díla přispívá také sjednocující úhel pohledu na psychoterapii. Autor se snaží představit jednotlivé školy a metody vyváženě, strážlivě, neutrálně a věcně.

Od předchozího vydání uplynulo takřka šest let. V případě aktualizovaného díla patří k důležitým otázkám, k jakým změnám proti minulému vydání došlo. V čem se tedy kniha nejvíce odlišuje? Základní kostra práce zůstává shodná – proč také měnit něco, co je již prověřeno léty. Do stávající osnovy autor zařazuje napříč celou knihou dílčí glosy, komentáře, poznámky, podkapitoly. V rámci psychodynamických přístupů se

pozornost dostává například teorii vztahové vazby a teorii mentalizace. V oblasti kognitivně-behaviorálního přístupu se objevují příspěvky o kognitivních schématech, způsobu terapie zaměřené na schéma, propojení KBT s přístupem všímavosti (mindfulness) a dialektickou behaviorální terapií. V rámci humanistické terapie se setkáme s rozšiřujícími tématy, která se vztahují k tělesně zakotvenému prožívání a k psychoterapii zaměřené na emoce. Z dalších směrů se nově dočteme o psychomotorické psychoterapii Pessa a Boydenové, Pozitivní psychoterapii a Expresivních terapeutických postupech. Rozšíření také zaznamenáme v pojednání o terapeutických komunitách a rodinné terapii.

V knize byla na mnoha místech aktualizována situace v Česku s ohledem na nově vydaná díla a významná česká pracoviště. Autor uvádí klíčová díla českých psychoterapeutů k danému tématu a čtenář tak dostává cenné literární tipy. Rozšíření o aktuální stav psychoterapie na domácí půdě tvoří podstatnou část aktualizací knihy.

Autor také přispívá ke stávající diskusi o zakotvení oboru psychoterapie. Podporuje komplexnější a multioborové chápání psychoterapie jako cesty k celkovému harmonickému rozvoji osobnosti, nejen jako úzce vymezenou „zdravotní službu“ léčby duševních poruch. Uvádí, že psychoterapie má své místo nejen ve zdravotnictví, ale také ve školství, v oblasti sociálních služeb, v manželském a rodinném poradenství, ve vysokoškolských poradnách, v komunitách pro drogově závislé, ve vězeňství i v soukromé poradenské praxi. Prezentuje pohled na psychoterapii jako na samostatné povolání a samostatný interdisciplinární obor.

Z hlediska podobných publikací českých autorů na našem trhu neměla tato kniha dlou-

hou dobu alternativu, což jistě přispívalo k opakovaným vydáváním. Dílo „Úvod do psychoterapie“ prof. Vymětala spíše studium vhodně rozšiřovalo o obecná psychoterapeutická témata, která nebyla v díle prof. Kratochvíla rozsáhleji pojednávána. Kniha „Základy psychoterapie“ vycházela spíše z popisu teorií jednotlivých směrů než obecných témat psychoterapie. Od roku 2010 se však situace změnila a kniha má již seriózní konkurenci v podobě publikace „Současná psychoterapie“ rozsáhlého autorského kolektivu v editorství Z. Vybírala a J. Roubala. Posoudíme-li šíři témat, je kniha autorského kolektivu přirozeně rozsáhlejší. Proto je s ohledem na tuto silnou alternativu pro autora jistě potěšující, že je o jeho dílo stále zájem a dočkává se dalšího

nákladu. Předností knihy před konkurencí je její čtivost a srozumitelnost, což je u díla samostatného autora přirozenější než u kolektivní práce autorů s odlišnou stylistikou, a také vysoká míra „vyładěnosti“ formulací daná opakovanými aktualizacemi.

Knihu lze bezesporu doporučit jako vhodný studijní zdroj pro vysokoškolskou výuku psychoterapie a jako vytříbené kompendium poznatků pro praktikující psychology, lékaře, speciální pedagogy a další osoby s psychoterapeutickým vzděláním. Publikace představuje mj. také důležitý rámec pro chápání podoby psychoterapie v naší zemi.

V Olomouci 9. 1. 2013

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Katedra psychologie FF UP Olomouc

DIALOGICKÉ PŘÍSTUPY JAKO KLÍČ K ŘEŠENÍ NEJEN PSYCHOTICKÝCH KRIZÍ

Dialogical Meetings in Social Networks. Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil. London: Karnac Books, 2006, s. 224. ISBN-13: 978-1855754102

David Skorunka

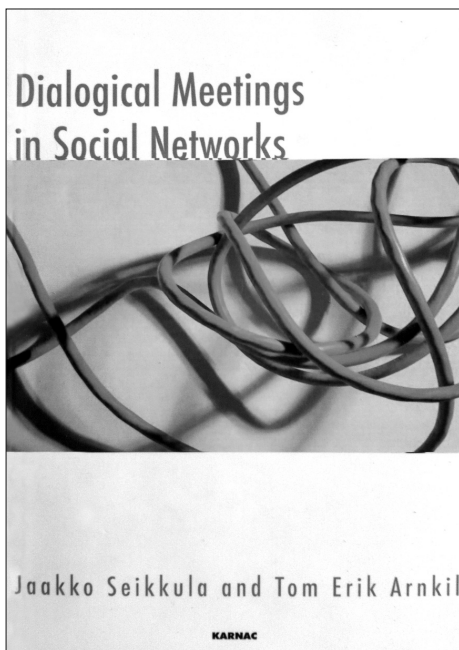
Před časem mě oslovil redaktor jednoho českého nakladatelství, zdali bych mohl doporučit nějakou zahraniční publikaci z oblasti rodinné terapie a systemické praxe, která by stála za přeložením do českého jazyka. Byl jsem poctěn, neb jsem si, možná mylně, vyložil toto oslovení jako důkaz, že k mé jinak pochybné reputaci patří všeobecné povědomí o tom, kdo, kdy, co a s kým, samozřejmě s omezením na publikační produktivitu v určité oblasti poznání. V tomto případě jsem nespočinul v oparu blaženého uspokojení a usilovně jsem se začal probírat nejprve vlastní knihovnou a poté nabídkou některých respektovaných zahraničních vydavatelství. Proces poctivého pátrání a následnou selekci zdárně absolvovaly tři publikace, které reprezentovaly současné teoreticko-praktické úvahy rozvířené v komu-

nitě evropských rodinných a systemických terapeutů. Následovalo nejisté váhání a přemítání o tom, která publikace by mohla české terapeuty nejvíce zaujmout. A najednou se vše zjevilo zcela jasně a bez pochybností. *Otevřený dialog*, to je ono téma, které si zaslouží pozornost, nejen pro svůj terapeutický potenciál, ale i pro svůj přesah k obecnějším úvahám o mezioborové spolupráci, řešení rozmanitých kritických situací a fungování občanské společnosti. Že mě to nenapadlo dřív.

Dialogical Meetings in Social Network od finských autorů Jaakka Seikkuly a Toma Erika Arnkilla je bezesporu jednou z nejzajímavějších publikací, které v oblasti rodinné a systemické terapie spatřily světlo světa v první dekádě 21. století. A to nikoli proto, že by kniha pojednávala o fenoménu tohoto

tisíciletí - internetových sociálních sítích, jak se údajně mylně domnívali osoby rozhodující o náplni edičního plánu již uvedeného, ale z diplomatických důvodů nejmenovaného, českého nakladatelství. Než se blíže podíváme na obsah a formu publikace, pojďme se symbolicky seznámit s autory. Jaakka Seikkulu, psychologa a rodinného terapeuta, možná není nutné tolik představovat. O jeho podílu na vytváření přístupu otevřeného dialogu v práci s člověkem s vážným duševním onemocněním referovali různí autoři jak v časopise *Psychoterapie*, tak v předchůdci tohoto periodika, v *Konfrontacích*. Připomeňme jen několik detailů. Klinické zkušenosti získával Jaakko Seikkula především v *Keropudas*, odlehlém to městečku blízko hranice se Švédskem, co by kamenem dohodil do laponské části Finska. Odtud se po několika letech Jaakko přemístil do *Jyväskylä*, aby se v tomto městě obklopeném jezery věnoval spíše výzkumné a pedagogické práci a stal se jedním z proděkanů tamější univerzity. Díky zájmu o přístup *Otevřeného dialogu* se z celého týmu psychiatrického oddělení v *Keropudas* Jaakko stal zřejmě nejznámějším finským rodinným terapeutem. Tom Erik Arnkil byl v době vydání knihy profesorem sociální politiky na helsinské univerzitě a také se jako výzkumník podílel na aktivitách centra pro národní výzkum a rozvoj „sociálního zabezpečení“ a zdravotní politiky. Praktické zkušenosti před těmito posty získával několik let coby sociální pracovník v různých prostředích. Na jejich základě pak vytvořil dialogický přístup týmové a mezioborové spolupráce, který nazval jako *Anticipation Dialogue*. Stejně jako v případě *Otevřeného dialogu* jde o přístup zaměřený na posílení spolupráce mezi reprezentanty různých profesí a oborů, kteří se věnují klientům s rozmanitými zdravotně-sociálními a často kumulovanými problémy.

Publikace *Dialogical Meetings in Social Networks* je v podstatě věnována těmto dvěma různým, ale některé principy sdílejícím přístupům. Před vznikem této publikace se



oběma přístupům dostalo pozornosti v různých odborných časopisech ve Finsku a v anglicky mluvících zemích, jmenujme například *Family Process*, *Journal of Marital and Family Therapy* a *Journal of Family Therapy*. Kniha nabízí detailnější seznámení s teoretickými východisky, základními principy a praktickou aplikací. Součástí výkladu jsou krátké příklady z praxe a diskuse o nesnázích spojených s rozvíjením dialogických přístupů v psychiatrickém prostředí a v mezi-oborovém „rozhraní“. Strukturu knihy tvoří tři části plus epilog. Každá ze tří částí je pak členěna do 2–4 samostatných kapitol. V první části nás autoři seznamují se svým pohledem na dialog a dialogickým pojetím mezilidské komunikace. Uvádějí hlavní principy dialogického pojetí a poukazují na jeho potenciál pro utváření spolupráce v takzvaném mezihraničním prostoru. Touto metaforou pojmenovávají různé „prostory“ například a) místo setkávání odborníků a zástupců různých prostředí a různých jazyků, jimiž lze prezentovaný problém popsat; b) místo setkání člověka v krizo-

vé situaci s někým, kdo by mu mohl být nápomocen; c) obecně pak místo, v němž se člověk setkává s jiným člověkem, kde dochází k setkání, k vzájemnému ovlivňování a sdílení, pochopitelně i ke střetu ideí, zkušeností, perspektiv a přesvědčení. Místem v těchto případech pochopitelně není myšlena konkrétní lokalita, ale to mezi-lidské, mezi-oborové, mezi-zkušenostní „rozhraní“. Mezi-hraniční prostor asi bude nejlepším pojmenováním toho „místa“, o jehož existenci nepochybujeme, ale můžeme ho lokalizovat asi tak snadno jako pátou provincii na mapě Irska. Ale to je zase jiný příběh.

V navazující druhé kapitole autoři popisují zkušenosti s mezioborovou spoluprací a s takzvanými *network meetings*. Marně hledám český ekvivalent pro tento pojem a jsem sám zvědav, jak si s ním poradí překladatel. Slovo *schůze* může mít pro jisté generace značně pejorativní nádech, jiné generace už možná ani nevědí, jak *mýtyng* do češtiny přeložit. Pro účely recenze se spokojíme s pojmem *týmová konzultace*. Autoři popisují typické problémy, které tato setkávání lidí z různých oborů a diskuse vedené o prezentovaném problému s sebou přinášejí. Popisují různé roviny komunikačních procesů, včetně jazykového „uchopení“ problému, a tím i jeho „spoluvytváření“. A nezapomínají ani na emoce, ty komplexní fenomény, jež charakteristicky zabarvují jakékoli interakce. Nevyhýbají se popisu frustrujících situací, kdy se obtížně hledá kompromis, natož jednoduché řešení. V některých odstavcích navazují na Gregoryho Batesona, Humberta Maturana, v jiných na Pierra Bourdieu, ale vystačí si i s vlastním pohledem a zkušeností. Koneckonců můžeme připomenout slavnou větu Jaakka Seikkuly z kuloárů, kde před lety komentoval právě skončenou úmornou několikahodinovou schůzi: „*Dialog není pro každou situaci tím nejvhodnějším řešením*“. Jistě to myslel jako humornou nadsázku, autoři v knize totiž dialogickému přístupu jednoznačně „fandí“, aniž by vytvářeli iluzi, že dialog je věcí jednoduchou.

Ve třetí části knihy jsou ve dvou oddě-

lených kapitolách podrobně popsány oba dialogické přístupy - *Otevřený dialog* a *Anticipation Dialogue*. Tento druhý přístup ponechávám v anglickém znění, neb opět váhám nad nejvhodnějším překladem. Variant je několik a můžeme doufat, že překladatelé knihy zvolí ten optimální. Vzhledem k mé psychiatrické anamnéze je pro mě kapitola věnovaná přístupu *Otevřeného dialogu* nejzajímavější. Ale tato osobní vazba nijak neumenšuje zajímavost druhého dialogického přístupu. Nezaujatý čtenář se nejprve dozví podrobnosti o kontextu vzniku *Otevřeného dialogu* ve Finsku. Seznámí se s hlavními principy, které autoři detailně rozpracovávají, aby si čtenář mohl pod principem představit konkrétní činy. Nebudu zde principy vyjmenovávat, co když jsou už dobře známé a samozřejmé? A pak také nechci připravit o překvapení ty, pro které mohou být stále objevné. Ony totiž v určitých prostředích a situacích mohou být jak nesamozřejmé, tak překvapivě zásadní. Zejména v institucích, jejichž chod a služby již dávno neběží ruku v ruce s potřebami těch, pro něž byly původně vytvořeny. Což souvisí samozřejmě s absencí těchto principů v myslích těch, kteří tyto instituce řídí a na jejichž provozu se, často i s dobrými úmysly, podílejí. Sebekriticky je třeba sem zařadit i autora recenze, který musí přiznat, že je snazší o dialogickém pojetí číst a přemítat, než ho v každodenní realitě naplňovat. Ale to jsme opět odbočili. Stručně řečeno, *Otevřený dialog* se vyvíjel v kontextu změn v oblasti duševního zdraví ve Finsku s důrazem na týmovou a interdisciplinární práci s lidmi s diagnózou vážné duševní nemoci (psychotické onemocnění, deprese, poruchy příjmu potravy).

Ve druhé kapitole třetí části knihy se dozvíme, jak vznikl druhý přístup nazvaný jako *Anticipation Dialogue*. V podstatě se stal plodem usilovného hledání optimálního způsobu vedení týmových konzultací, jichž se účastní odborníci z různých disciplín a profesí ve prospěch tzv. identifikovaného pacienta. Náznorným příkladem může

být situace 12letého dítěte, které je v péči psychiatra pro projevy syndromu ADHD a depresivních prožitků. Všichni, kdo jsou s tímto dítětem v kontaktu, mají nějaké starosti. Matka má obavy, aby si její syn neublížil, aby se netrápil. Také si přeje, aby měl lepší výsledky ve škole. Učitelé ve škole mají starosti, aby hoch ve škole prospíval, zvládal učivo a měl slušné výsledky odpovídající jeho možnostem. Školní psycholog si dělá starosti, jestli se klučinovi podaří začlenit do kolektivu a zdali mu jeho stavy neklidu a smutku nekomplikují zvládání školních povinností. Rodinná terapeutka, která pracuje s hochem a jeho matkou, si zase dělá starosti o to, jestli způsob soužití a vzájemná komunikace matky se synem nekomplikuje zdravý vývoj dítěte a celkové klima v rodině. Také terapeutce není lhostejné, jak hoch zvládá nároky ve škole. Hoch sám má jistě spoustu starostí, je však otázkou, jestli se o to někdo zajímá. *Anticipation Dialogue* v nastíněném případě vypadá tak, že se všechny zúčastněné strany sejdou a zkoordinují vlastní aktivity ve prospěch životní trajektorie rodiny a dítěte. Sám jsem se podobného setkání kdysi zúčastnil a živě vzpomínky na něj mám dodnes. *Anticipation Dialogue* je vhodný pro méně naléhavé situace, cílem je koordinovat intervence a postup zúčastněných tzv. pomáhajících profesí. S *Otevřeným dialogem* sdílí ukotvení v dialogickém pojetí, ale jsou v něm i prvky z přístupu krátké terapie orientované na řešení.

Po detailním popisu obou dialogických přístupů uzavírají tuto část knihy kapitoly věnované porovnání obou přístupů a shrnutí tzv. léčivých prvků dialogického pojetí spolupráce. Třetí část knihy tvoří tři kapitoly. V té první se ještě jednou autoři vrací k základům dialogického pojetí a na příkladech z praxe ukazují význam adekvátní odezvy na sdělení a zkušenosti lidí, kteří se ocitnou v krizové situaci. Schopnost vnímat, co druhý sděluje, a přiměřená odezva, aniž by došlo k „umlčení“ perspektivy toho druhého, je zjevně tím podstatným v opravdovém

dialogu. V dalších dvou kapitolách autoři seznamují s výsledky různých výzkumů „účinnosti“ dialogických přístupů, zamýšlejí se nad významem širšího kontextu jejich aplikace. Výsledky výzkumů interpretují střízlivě, nebojí se poukázat na to, že některé z nich jsou v rozporu s výsledky jiných zkoumání a s všeobecně rozšířenou praxí v oblasti duševního zdraví. I v těchto kapitolách je zjevné, co je v pozadí autory preferovaného a rozvíjeného dialogického uvažování a praxe: zájem o jedinečnost člověka a jeho smysluplné a vzájemně obohacující začlenění do vztahů s jinými lidmi, s vědomím významu komunity a společensko-kulturního kontextu. Toto celkové naladění se prolíná celou publikací, je autory reflektováno i v jejich odkaze na filozofy Bubera, Lévinase, psychology Vygotského a Markovou a samozřejmě hlavní inspirující osobnost – Michaila Bachtina. Úplný závěr knihy tvoří krátký epilog o moci a zplnomocnění v pomáhajících profesích.

Čtenář jistě pochopil, že autor textu není nezaujatým recenzentem. Ovlivněn dialogickým uvažováním a osobní zkušeností s některými reprezentanty tohoto pojetí jsem v pokusném vidět předešlým klady publikace. Mezi ně patří a) seznámení se dvěma hlavními a ve světové komunitě rodinných terapeutů respektovanými dialogickými přístupy; b) uvedení teoretických základů dialogického pojetí v návaznosti na vývoj myšlení v lingvistice, psychologii a filozofii; c) detailní popis principů obou přístupů s ohledem na praxi v oblasti duševního zdraví a jiných sférách „krizové a sociální intervence“; d) klinické příklady a krátké přepisy rozhovorů demonstrující dialogický způsob práce s klienty/pacienty. Hovořit o nedostatecích je nemístné, jednalo-li se o práci originální, která není výsledkem planého teoretizování, ale vyzrálým plodem několikaleté praxe a navazujících solidního zkoumání. Co lze přesto autorům publikace vytknout, je míra stručnosti neboli „zhuštění“ textu. Kniha má pouhých 224 stran nevelkého formátu a jistě by nebylo

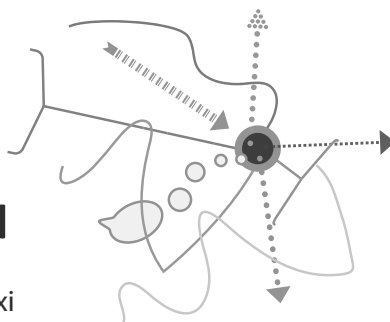
na škodu, kdyby autoři své myšlenky na některých místech více rozvinuli a přidali pár dalších příkladů. Možná jde o kulturní záležitost, dovedu si dobře představit dílo autorů z jiného kontinentu na podobné téma, které by mělo podobu rozmáchlého textu dvojnásobného rozsahu se spoustou opakování, což by ale byl druhý extrém. Stručnost textu nicméně není zárukou rychlého čtení. Nad mnohými větami je dobré se zastavit, zamyslet a zkusit si v textu řečené představit ve vlastních pracovních či životních podmínkách. Druhá věc, anglická verze vychází z finského originálu. Je otázkou, zdali nedošlo k nějaké ztrátě v překladu, ať již anglický text tvořili Finové sami nebo profesionální překladatel.

Uvedené výtky jsou ale zanedbatelné ve světle inspirativního potenciálu publikace. Tu mohou přivítat lidé v mnoha profesích: samozřejmě psychologové, sociální pracovníci a psychiatři, ale také učitelé, úředníci

státní správy anebo manažeři firem holdující *mýtyngum* nejružnějšího druhu. Pro ty, kdo se zajímají o dialogické pojetí mezilidské komunikace z „pouhého“ filozofického pohledu, je kniha Jaakka Seikkuly a Toma Erika Arnkilla vybroušeným klenotem. Mimo jiné, díky vstřícnosti autorů nezůstala možnost vzniku českého překladu jen v říši snů. Nelehkého úkolu překládání publikace se ujali nadšení kolegové z brněnského *Narativu* poté, co renomované (ale z diplomatických důvodů nejmenované) nakladatelství svůj ediční plán nečekaně přehodnotilo. Český překlad by měl spatřit světlo během roku 2013. Ideální by bylo, kdyby k této události došlo během vzácné příležitosti návštěvy Jaakka Seikkuly na dalším psychoterapeutickém sympoziu na půdě Fakulty sociálních studií Masarykovy Univerzity. Pak by někteří sběratelé měli šanci na české vydání této cenné publikace s podpisem jednoho z autorů.

MoDi

Možnosti dialogu



certifikované vzdělávání v kolaborativní praxi

Pod záštitou Taos Institute a Houston Galveston Institute Skupina Narativ nabízí certifikované vzdělávání v tzv. kolaborativní praxi. Tento přístup k práci s lidmi má kořeny v rodinné terapii, postmoderní filozofii a využívá myšlenky sociálního konstrukcionismu. Uplatňuje se v terapii, sociální práci, poradenství, dále v oblasti vzdělávání, rozvoje organizací, mediace nebo výzkumu. Jeho absolventi získávají mezinárodně platný certifikát vystavený institucemi Houston Galveston Institute a Taos Institute. Program organizují a facilitují členové skupiny Narativ, jako lektori a supervizoři jsou zvané významné osobnosti kolaborativní praxe z celého světa, jejichž vystoupení jsou vždy tlumočena do češtiny. Program je akreditován u MPSV. Zahraniční odborníci pro následující běh (v jednání):

Jaakko Seikkula (FIN)
Harlene Anderson (USA)
Celiane Camargo Borges (NL)
Joseph Segui a Sara Olivé (ESP)

Další běh bude zahájen 27. září 2013.
Uzávěrka přihlášek je 26. 5. 2013.
Délka a rozsah: 10 měsíců / 180 hodin
Cena: 25.400,- Kč
Místo: Brno
Kapacita programu: 18 osob

Odbornou záštitu poskytuje prof. PhDr. Zbyněk Vybíral Ph.D.
Více informací a přihlášky na stránkách www.modi.narativ.cz
nebo na emailu info@narativ.cz.

NOVINKA!

Možnosti dialogu jsou započítávány do komplexního akreditovaného psychoterapeutického vzdělávání poskytovaného skupinou Dalet.

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

Délka příspěvků:

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

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

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

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem (jde o souhrn obsahu v rozsahu 10–15 řádků), a to v če i ENG
4. Seznamem literatury
5. Připojte velmi stručný medailón autora (resp. nejdůležitější údaje) – 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. Stránku textu tvoří **zpravidla** 30 řádků (řádkování 2) po 60 úhovech a velikosti písma 12. **Nutné:** Klávesou „enter“ oddělujte pouze odstavce. Stránky číslete. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

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.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

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

Citace práce více autorů:

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

Odkazy na několik zdrojů:

1. jména autorů se uvádějí v abecedním pořadí – na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).
2. variantně je možné uvést nejprve hlavní odkaz a pak další odkazy – na této skutečnosti se shoduje více autorů (Yalom, 2006; viz též Polsterová, 2005;).

Přímá citace textu 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 použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu LITERATURA. V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

Vzory záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Knihy [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), 290–300.

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

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

Další pokyny:

Obrázky, tabulky a grafy je možné zasílat ve wordu i naimportované, vždy ale dejte pozor na rozlišení vkládaných objektů (fotografie 300 DPI, pérové předlohy min. 600 DPI).

