

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

# PSYCHOTERAPIE – 7. ročník, 2013, číslo 2

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 psychoterapeutická 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 psychoterapeutická praxe, Brno

**PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.** – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP v Olomouci

**Prof. PhDr. Michal Miovský, 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.** – psychoterapeutická praxe, Praha

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

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

**MUDr. David Holub, Ph.D.** – psychoterapeutická 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 Plháková, CSc.** – Katedra psychologie, Filozofická 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. Rafal Marciniak,**

**Mgr. Edita Bezdícková, Mgr. Tereza Škubalová, PhDr. Roman Hytych, Ph.D.** (šéfredaktor) [romhyt@gmail.com](mailto: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](mailto:psychoterapie@fss.muni.cz).

Uzávěrka čísla 2/2013 byla 28. 6. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 26. 6. 2013. Vychází v červenci 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

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

## **OBSAH / CONTENT**

### **EDITORIAL**

Radim Karpíšek, Jakub Hučín - - - 89

### **HRANICE PSYCHOTERAPIE / BOUNDARIES OF PSYCHOTHERAPY**

J. Macháček: Integrativní psychoterapie zaměřená na tělo (Integrative bodypsychotherapy) - - - 93

J. Růžička: Psychoterapie v českém zdravotnictví (Psychotherapy in health care in the Czech Republic) - - - 99

Z. Řezáčová Lukášková: Mandala v arteterapii (Mandala in art therapy) - - - 109

Z. Vybíral: K současnému postavení psychoterapie ve světě (The contemporary status of psychotherapy in the world) - - - 115

### **TEORIE / THEORY**

J. Nehyba, J. Lanc: Koncept čistého jazyka v psychoterapii (Concept of clean language in psychotherapy) - - - 123

### **DISKUSE / DISCUSSION**

J. Šíkl: Sen jako zdroj naděje - - - 134

M. Miovský, K. Kalina: Návrh pro diskusi o věcném záměru zákona o psychoterapii - - - 138

### **KONFERENCE / CONFERENCE**

J. Roubal: Konference o výzkumu gestalt terapie, Cape Cod, USA - - - 141

E. Bezdičková, M. Kumhalová, A. Vodička: Čo si dá Veronika na dvere – sprava z konferencie o budúcnosti psychoterapie - - - 142

E. Ferencová, J. Janáčková, T. Repka, B. Romanovská, T. Škubalová: Ohlédnutí za 4. mezinárodním psychoterapeutickým sympoziem 23.–25. 5. 2013 - - - 147

### **RECENZE / REVIEWS**

Eric Berne (2012). Transakční analýza v psychoterapii (Katarína Jablonská) - - - 150

Alena Plháková (2013). Spánek a snění (Jan Vymětal) - - - 153

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.



## I EDITORIAL

*Milí čtenáři,*

v tomto čísle navazujeme na aktuální oborovou diskusi, která je zaměřena na otázku, co je psychoterapie, kdo je psychoterapeut a kdo to definuje. Chceme tímto vytvořit prostor pro hlubší reflexi psychotherapeutického oboru a profese a postavit tuto diskusi spíše na odborných odůvodněních, než na politické argumentaci, která zaznívala poslední dobou.

Nabízíme vám proto články, které se zabývají tím, jak vypadá psychoterapie v různých kontextech – zdravotnickém, poradenském a rozvojovém. Zaměřili jsme se na hledání základní identity psychoterapie – tedy na hledání společných a odlišujících prvků v rámci těchto různých oblastí, kde se psychoterapie využívá, a také na hledání hranic mezi psychotherapií a jinými pomáhajícími přístupy. S tím úzce souvisí hledání kritérií, na nichž je možné takové hranice vést. To vše je důležité nejen pro samotné psychotherapeuty, ale také pro jejich klienty.

Je zřejmé, že existují různá pojetí psychoterapie jako oboru. Psychotherapie byla od samého počátku spojena s léčbou zdravotních potíží, poté se však vyvinula v přístup, který je využitelný i v jiných kontextech. V oboru začíná převažovat počet psychotherapeutů, kteří nejsou ani psychologové, ani lékaři. V současné době je v mezinárodním odborném kontextu psychoterapie chápána převážně jako nadoborová disciplína s řadou aplikačních oblastí a psychotherapeut jako samostatná profese. K této pozici se hlásíme i my. Samozřejmě, že legislativní rámec v různých zemích nemusí vždy toto pojetí zcela reflektovat. Chtěli bychom přispět k hledání toho, co psychotherapii takto široce pojatou vymezuje, a domníváme se, že psychotherapeutická obec by sama v rámci (mezi)oborové diskuse měla tuto pozici jasně definovat na klíčových kritériích. Tato kritéria by měla být explicitní a legislativní rámec by měl být spíše nástrojem regulace

vycházejícím z těchto kritérií, než jejich tvůrcem.

V tomto čísle Psychotherapie jsme se pokusili k problému s hledáním vymezujících kritérií přistoupit ještě z jiné stránky. Kladli jsme si otázku, co mají různé léčebné přístupy společné a čím se odlišují. S vědomím omezení tohoto přístupu jsme oslovili autory psychotherapeuty a ne-psychotherapeuty, kteří se pohybují ve zdravotnictví, v poradenství, kteří pracují verbálně i s tělem, kteří pracují s mandalami a šamanistickými technikami. Chtěli jsme, aby nám definovali jejich přístup, aby nám poskytli ukázkou z praxe a odpověděli na některé otázky, např. jak probíhá vzdělávání v tomto přístupu, zda využívají supervize, zda je jejich práce regulována etickými (nebo legislativními) podmínkami, kteří klienti jsou vhodní nebo nevhodní pro jejich práci, jak je prokázána účinnost jejich přístupu atp. Nakonec se nám to podařilo jen částečně. Některé texty neprošly, bohužel, recenzním řízením (psychotherapie v poradenství a šamanismus). Komentář ke všem těmto textům pak naleznete v následujícím rámečku.

Při hledání odpovědi na otázku, co je a co již není psychotherapie, kdo je a kdo není psychotherapeut, se můžeme také samozřejmě odvolat na významné instituty a autority, jako např. EAP (ale i jiné), jež se k široce pojatému pojetí psychoterapie hlásí. Klíčová kritéria, na nichž staví např. v pohledu na profesi psychotherapeuta, jsou základní (jádrové), specifické a speciální kompetence. Jen ten, kdo tato kritéria naplňuje, je psychotherapeutem. I tato kritéria jsou však stále ve vývoji a nabízí spíše inspiraci (chybí např. jejich reálné zakotvení do vzdělávání atp.).

Kromě těchto článků najdete také v tomto čísle texty zaměřené na zakotvení psychotherapie v některých zemích světa a také úvahy nad možným legislativním rámcem psychotherapie u nás (zákon o psychotherapii). V některém z dalších čísel bychom chtěli

na aktuální téma navázat např. popisem zmíněného kompetenčního modelu podle kritérií navrhovaných EAP, který bude zřejmě v blízké budoucnosti výrazně ovlivňovat podobu vzdělávání v psychoterapii i v naší zemi.

Můžeme také velmi doporučit další podnětné texty např. o pojetí tzv. „čistého jazyka“ v psychoterapii nebo snění terapeuta o traumatu a také příspěvky z různých konferencí.

S přáním hezkého léta

*Radim Karpíšek, Jakub Hučín*

### ***Jak vymezují autoři tematických článků užívání psychoterapeutických postupů?***

Jiří Růžička nabízí pro čtenáře nejobvyklejší pohled na užití psychoterapeutických nástrojů. Od psychoterapie ve zdravotnictví bychom to také očekávali, řídí se podle pravidel ČPS ČLS JEP. Podle jeho slov musí výcvik ve zdravotnictví splnit vzdělávací požadavky jednotlivých vzdělávacích institutů. Ty musí akreditovat své vzdělávací programy u odborné komise ČPS ČLS JEP, která posuzuje daná kritéria. Vzdělávací programy musí splnit také kritéria daná EAP. Skládají se z předepsaného počtu hodin skupinové, případně individuální sebezkušenosti nebo nácviku dovedností a příslušné teorie. Některé instituty požadují také praxi na psychoterapeutickém pracovišti. Klienti jsou zde chráněni možnostmi supervize i profesním etickým kodexem. Jednotlivé psychoterapeutické směry používané v oblasti zdravotnické psychoterapie se rovněž neliší ve svých cílech. „Všechny léčebné metody mají cíle podobné, totiž zmírnit nebo úplně odstranit duševní bolesti a patologické stavy, které jejich pacienti trápí,“ říká Růžička. Stejně tak i jednotlivé terapeutické směry ve zdravotnictví sledují prostřednictvím různých nástrojů míru své účinnosti (např. kazuisticky, longitudinálně, pojmově, dotazníkově).

Obdobně i v článku Jiřího Macháčka o užití psychoterapeutických postupů v bodyterapii se od poskytovatelů této formy terapeutické služby požaduje splnění obvyklých podmínek, jako je tomu u většiny adeptů psychoterapeutického výcviku – vysokoškolské vzdělání, věk alespoň 25 let, předpokládá se, že frekventant je studentem či již pracuje v pomáhající profesi apod. Samotný výcvik má klasické parametry: 4,5 roku, individuální i skupinová sebezkušenost, výcvikové supervize, další vzdělávání. Je rovněž zajištěna možnost supervize a klient je chráněn i etickým kodexem. Metoda se zaměřuje na hlubší strukturální změnu osobnosti klienta na úrovni emocionální, kognitivní, behaviorální i tělesné, ale je možné ji využít i jako sebezvojovou metodu pro běžnou populaci. „Neindikuje se u organických duševních poruch, s opatrností a pouze některé selektivní postupy této metody bych indikoval u poruch psychotického okruhu,“ říká Jiří Macháček. „Velmi vhodná je u poruch neurotického spektra (poruchy nálady, úzkostné poruchy, somatoformní a psychosomatické poruchy), taktéž jako forma dlouhodobé systematické psychoterapie u poruch osobnosti.“

Psychoterapeutické postupy používají i manželští poradci. Ačkoli se článek pražské manželské poradkyně Magdalény Dostálové v tomto čísle neobjevil, rádi bychom nechali zaznít některé její myšlenky. „V manželském poradenství je nutné absolvovat příslušnou propedeutiku organizovanou Asociací manželských a rodinných poradců (AMRP), vhodný je některý ze sebezkušenostních výcviků, většina z nás jej má,“ říká. „Potom se stává psycholog manželským poradcem čekatelem, dále samostatným manželským poradcem, případně si může doplnit supervizní vzdělání a stát se supervizorem v manželském poradenství.“ To se podle Magdalény Dostálové ale týká jen státních poraden, u kterých jsou jasně daná kritéria pro výkon této služby. „Soukromé manželské poradny jsou buď provozovány kolegy, kteří působili, nebo

stále působí ve státním sektoru, a ti výše uvedená kritéria profesionality splňují, avšak najdou se i partnerské poradny, třeba pod jemně odlišným názvem, provozované středoškoláky s psychoterapeutickým výcvikem bez zkušenosti se vzděláváním poskytovaným AMRP. Pro klienty je proto občas poměrně náročné orientovat se v soukromých poradnách,“ říká Dostálová. Vodítkem pro zjištění kvality může proto být členství manželského poradce v AMRP.

Manželské a partnerské poradenství sice používá i některé psychoterapeutické postupy, ale neklade si za cíl změnit osobnost klientů. Pracuje se s kognitivními procesy, důraz se klade především na přítomnost a budoucnost. Spolupráce je spíše krátkodobější, méně často přesáhne 10 setkání. Z tohoto důvodu se takového pomáhajícího přístupu nepoužívá pro léčbu psychických poruch a neklade si ani psychoterapeutické či psychodiagnostické ambice. V popředí témat, jimiž se zabývá, je vztah (partnerský, rodinný). Klienti jsou i zde chráněni supervizí, která je pro některá pracoviště (např. Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy pod [www.csspraha.cz](http://www.csspraha.cz)) povinná.

Na rozdíl od terapeutického přístupu orientovaného na tělo má manželské a partnerské poradenství poměrně přesný přehled o své účinnosti. Existuje zde celá řada výzkumů. „Mohu prezentovat závěry kolegy Petra Šmolky, který uvádí, že 80 % klientů vnímá poradenskou pomoc jako významný příspěvek při zvládnutí svého trápení. Více než pětinu manželství, která se obrátí na poradnu až v průběhu rozvodového řízení, se podaří zachránit, ba co víc – dokonce harmonizovat. Zbývající klienti vnímají poradnu jako důležitý prvek při provázení jejich náročným životním obdobím,“ dodává Magdaléna Dostálová.

Ani článek [Pavly Štěpničkové](#) o použití kombinace psychoterapeutických a šamanských prvků pro osobnostní rozvoj neprošel recenzním řízením. Vzdělávání v této metodě nemá zatím v naší zemi formalizovanou strukturu a neexistuje zde ani žádný

systematický výcvik v tomto konkrétním přístupu. Přesto považuje autorka článku psychoterapeutický výcvik za samozřejmou součást vzdělávání člověka, který by tuto metodu chtěl nabízet. Autorka sama vychází kromě psychoterapeutického výcviku ze svých vlastních zkušeností se šamanstvím a z patnáctiletého působení jako lektorka ve speciálních relaxačních kurzech zaměřených na propojení pravé i levé hemisféry. Prošla semináři, které pořádala Nadace pro šamanská studia (FFSS Europe) v průběhu pěti let, a tříletým nástavbovým výcvikem pod vedením Sandry Ingerman.

Ani metoda rozvoje osobnosti za pomoci šamanských technik není podle ní přímo zaměřená na léčbu psychických poruch. Je spíše vhodná pro klienty, kteří stojí před životní změnou a bojí se jí projít, při těžkých životních situacích, jako je ztráta blízkého člověka, rozchod, změna práce, ztráta radosti ze života a smyslu života, hledání smyslu života, u poruch spánku, při problémech se soustředěním, při pocitu nízkého sebevědomí a sebedůvěry apod. „Nevhodná je pro ty klienty, kteří upřednostňují analytický přístup, intelekt a logiku před intuitivní částí mozku,“ říká. Účinnost této metody sice není empiricky prokázána, ale i zde by měl být podle Štěpničkové klient chráněn etickým kodexem a supervizí terapeuta.

Práce s mandalami podle [Zuzany Řezáčové Lukáškové](#), autorky dalšího článku, psychoterapeutickou přípravu nevyžaduje. Není primárně orientovaná na léčbu, ale opět na sebepoznání, práci s vlastními emocemi či se vyskytuje jako součást relaxačních technik. Ani zde neexistuje institucionalizovaný výcvik pro práci s mandalou, kurzy, které se nabízejí, jsou obvykle v rozsahu cca 30 hodin. Rovněž na adepty této metody nejsou žádné specifické požadavky. Přesto je podle autorky možné tuto metodu používat i u psychiatrických pacientů, u nichž dochází ke zklidnění a částečné kompenzaci symptomů. „Mandalaly jsou vhodné pro všechny pacienty, kteří jsou schopní samostatně tvorby (udrží tužku

a jsou schopni s ní kreslit), kontraindikace nejsou známy," říká. I zde je součástí práce s klienty supervize a etický kodex.

Ukazuje se nám, že všechny metody a přístupy používající některé psychoterapeutické postupy popsané v článcích zároveň cití základní principy psychoterapie – psychoterapeutický výcvik je obvykle považovaný za základ, na kterém je postaveno další vzdělávání, jasně definovaný setting, práce podle etických principů a možnost supervize. Mírnou odchylkou je práce se šamanskými technikami, u nichž může mizet hranice mezi terapeutem a klientem a není jasné, co náleží klientovi a co terapeutovi. U šamanských praktik může být ztížena i možnost takový proces supervidovat.

Všechny přístupy také reflektují své možnosti a hranice, např. v indikaci pro určité klienty. Kromě klasické psychoterapie si žádný jiný ze zmíněných přístupů nedělá ambici léčit diagnostikované duševní poruchy. Některé, jako je práce s mandalou, se dají velmi dobře

propojit s jakýmkoli jiným psychoterapeutickým nebo sebepoznávacím přístupem, kde se dají použít jako doplňková technika.

Na druhou stranu vykazují i určité rozdíly – kromě odlišných požadavků na vzdělání kladou také různý důraz na užití verbálních či neverbálních technik v procesu, „alternativnější“ přístupy dávají větší prostor neverbálním a prožitkovým technikám. Ukazuje se zároveň, že doplnění verbální formy procesu má čím dál větší prostor nejen v seberozvojových technikách, ale přímo v samotné psychoterapii, jak ukazuje ve svém článku Jiří Macháček.

Nutno říci, že všichni autoři článků vycházejí z odborných podkladů, a vešli by se tak pravděpodobně do vymezení činnosti *lege artis*. Otázkou zůstávají další metody, které se sice proklamují jako „psychoterapeutické“, ale s psychoterapeutickou přípravou, průpravou a psychoterapeutickými principy toho nemají mnoho společného. Zhodnotit i tyto ostatní metody ovšem už přesahuje možnosti tohoto časopisu.



# INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA TĚLO

## Integrative body-oriented psychotherapy

Jiří Macháček

### ABSTRAKT

V úvodní části se článek zabývá historií, popisuje podstatný přínos hlavních představitelů bodypsychoterapeutické školy W. Reicha, A. Lowena, ilustruje hlavní principy tohoto terapeutického systému. Krátce je zmíněno současné zakotvení této školy v České asociaci pro psychotherapii zaměřenou na tělo. V závěru článku je uvedena kazuistika jako příklad možného využití bodypsychoterapie.

*Klíčová slova:* psychotherapie zaměřená na tělo, bodytherapie

### ABSTRACT

The article deals with the history, describes the significant contribution of the main representatives of the body psychotherapy – W. Reich, A. Lowen. An introductory part illustrates the main principles of this therapeutic system. Czech Association of Bodypsychotherapy is briefly mentioned to anchor a current setting of this therapeutic system in the Czech Republic. At the end of the article one therapy session with a patient as an example of the possible use of body psychotherapy is shortly described.

*Key words:* body-oriented psychotherapy, bodypsychotherapy

*„... omezit naši vědomou kontrolu na oblasti, ve kterých to má smysl, a vzniklý prostor dát k dispozici spontaneitě tělesného projevu a našim emocím.“* (A. LOWEN)

### POPRVÉ OD DUŠE K TĚLU ANEB KOŘENY BODYPSYCHOTERAPIE

Historicky se za zakladatele tohoto psychotherapeutického přístupu považuje *Wilhelm Reich*, zvláště pak v období, kdy rozví-

jel psychoanalýzu směrem k analytické vegetoterapii. Reich si povšiml, že při terapii jsou někteří pacienti příliš „ve své hlavě“ a často emoce neprojevují a jen o nich mluví. Naproti tomu jiní pacienti je při analýze prožívají a současně se jim aktivují určitá místa na těle, např. při smutku dochází k vzlykání a pohybuje se bránice a také mezižeberní svaly. Reich tyto dva bytostné projevy začal považovat za úkaz celistvosti organismu a překlenul tak dosavadní terapeutickou propast mezi tělesnem a duševnem pacienta (Reich, 1993). Tímto objevem definoval již v předválečných letech vegetativní zakotvení psychiky – jinými slovy do psychotherapie uvedl nově i tělo a tělesnost.

Reichovu analytickou vegetoterapii rozvíjel dále jeho žák *Alexander Lowen*. Ten však kritizoval pojetí zdraví člověka pouze skrze schopnost orgastické potence a pod vlivem východních filozofií a nauk o toku energie v lidském těle, resp. v celém vesmíru, pojal práci s tělem v psychotherapii v širším kontextu a vytvořil nový směr, tzv. bioenergetickou analýzu.<sup>1</sup>

Lowenův koncept energie pracuje s životní energií člověka obecně – skrytou v emocích, myšlenkových procesech, v projevech chování aj. Zkoumá, jak se tato energie v člověku projevuje, jaká je její hladina, kde se její tok zastavuje ve svých projevech, kde je bržděna či potlačena vlivem psychických nebo tělesných obran.

Lowen prohloubil Reichovo učení o cha-

<sup>1</sup>„Bioenergetika je terapeutická metoda, která člověku pomáhá, aby se setkal se svým tělem a aby co možná nejvíce vychutnal život svého těla.“ (Lowen, 2002, str. 32). „Bioenergetika představuje studium lidské osobnosti z hlediska energetických procesů těla.“ (Lowen, 2002, str. 35)

raktech, stejně jako Reich pracoval s pojmem „charakterový pancíř“. Ten je vytvářen jako reakce na chronicky potlačované či jinak omezované vyjádření pudových hnutí (a potřeb) a disponuje dvěma rovinami: psychickou obranou (popření, potlačení, racionalizace aj.) a tělesnou obranou (svalový pancíř, omezení dechu, znecitlivění částí těla aj.). Různé typy charakterů a dominantních obran se pak rozlišují dle toho, ve které vývojové fázi došlo ke konfliktu, frustraci potřeb, a tudíž i k omezení funkčnímu, nicméně adaptivnímu řešení.

Alexander Lowen také psychoterapii roz-pohyboval, s lidmi začal cvičit i ve skupinách a představil bioenergetická cvičení, která měla za cíl v lidech rozpouštět svalová napětí a odbourávat psychické bloky. Kromě jiného zdůrazňoval Lowen význam dechu jako všudypřítomné spojnice psychické a somatické složky jedince. Dle Lowena pak lze pokrok v terapii prokázat třemi kritérii, a to že „pacient vnímá více pocitů, více úzkosti a nakonec více slasti“ (Lowen, 2002, str. 95).

#### VZDĚLÁVÁNÍ V INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENÉ NA TĚLO

Integrativní psychoterapie zaměřená na tělo je u nás reprezentována Českou asociací pro psychoterapii zaměřenou na tělo. Asociace sdružuje absolventy a psychoterapeuty, organizuje psychoterapeutický výcvik a zajišťuje supervizi pro absolventy.

Program výcviku je postaven na integraci více přístupů a škol v psychoterapii zaměřené na tělo: „Vývojový model vychází ze separačně-individuačního procesu popsáného M. Mahlerovou. K popisu vývoje psychiky jsou využity modely egopsychologie A. Freudové, J. Bowlbyho a D. W. Winnicotta<sup>2</sup>. Teorie energetické souvislosti prožívání vychází z nauky W. Reicha a jeho následovníků. Teorie osobnosti a porozumění etiolo-

gii staví do značné míry na bioenergetické analýze A. Lowena a jejím systematickým rozvíjení S. Johnsonem. Psychoterapeutické intervence čerpají z řady přístupů: bioenergetické analýzy, biosyntézy D. Boadelly, Pessso-Boyden psychomotorická terapie A. Pessa, Hakomi přístupu R. Kurtze a formativní psychologie S. Kelemana (<http://www.capzt.cz/>).

Vztah s klientem je definován podle obecných psychoterapeutických principů a formálně zakotven v etickém kodexu EABP, k němuž se asociace a její členové hlásí. Jde v něm o prospěch klienta, vztah se udržuje v rámci definovaných a eticky uznávaných hranic.

#### INDIKACE/POUŽITÍ BODYPSYCHOTERAPIE

V psychoterapii zaměřené na tělo se uplatňuje terapeutický přístup zahrnující kromě verbální terapie také techniky práce s tělem. Ty úzce souvisí s rozvojem vnitřní pozornosti obrácené k vlastnímu tělu. Terapeut při sezení může obracet pozornost pacienta na prosté vnímání a práci s dechem, uvolňování napětí ve svalech, může zařadit také pohybové aktivity či doteky.<sup>3</sup> Těmito technikami se podporuje propojení emočních projevů a myšlenkových procesů s fyzickými reakcemi, uvědomování si souvislostí a jejich pochopení.

Dle mého názoru je psychoterapie zaměřená na tělo vhodnou a účinnou metodou pro neuroticky strukturované klienty, kteří jsou úzkostní, depresivní. Rovněž se jeví jako velmi vhodná pro klienty s psychosoma-

<sup>3</sup> Dotek je v psychoterapii zaměřené na tělo jednou z používaných forem kontaktu. Bodyterapeut je k jeho použití zvláště trénován. Je velmi důležité, aby si byl terapeut vědom způsobu a také vhodného načasování použití této formy kontaktu a také aby dokázal pracovat s možnými reakcemi ze strany klienta. Ve vztahu musí být zajištěno bezpečí, důvěra a dotek by měl být klientovi nabídnut s podpurným záměrem. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, je například vhodnější ještě pracovat na budování důvěry ve vztahu. Pro práci s dotekem platí stejná etická pravidla a hranice jako pro celou psychoterapii. Více viz etický kodex.

<sup>2</sup> Viz literatura.

tickými a somatoformními poruchami, ale také pro „zdravou“ populaci coby metoda seberozejová, odkrývající psychický, tělesný a spirituální potenciál. Jako dlouhodobá psychoterapie, kde je ještě více zdůrazněný vztahový rámec, může být užita při práci s klienty s poruchami osobnosti. Jako nevhodná či spíše jen jako podpůrná je tato psychotherapeutická modalita pro klienty s poruchami psychotického okruhu, nevhodná pak pro klienty s organickou poruchou.

#### PRO A PROTI

Za velkou výhodu tohoto systému práce považuji skutečnost, že pacient je s to zažít přímou zkušenost s mnoha důležitými vývojovými tématy – například s důvěrou ve vlastní tělo a s jeho projevy, tělesně zakotvenou zkušenost s vnímáním bezpečného prostoru, zkušenost s konkrétním podpůrným či saturujícím dotekem, psychicky, ale i tělesně či dokonce svalově prožité zkušenosti hranic. Dochází zde k otevírání a hledání zdrojů, a to jak kognitivních, racionálních, tak i tělesně zakotvených.

Vývojová témata, respektive vývojové potřeby, lze identifikovat na rovině racionální, porozumět jejich vzniku a souvislostem s historií pacienta. V rovině emocionální lze příslušné emoce v aktuální terapeutické situaci znovu prožít, také je možné je přes tělesné uvědomování kotvit v těle, v rovině chování a lze s klientem společně hledat způsoby chování/vztahování se tak, aby mohl vytvořit novou korektivní zkušenost. Právě ona více vrstevnatost, která oslovuje všechny roviny (opomímám spirituální rovinu) lidského bytí, je dle mého názoru hlavním přínosem psychoterapie zaměřené na tělo.

Nevýhodou tohoto přístupu může být riziko retraumatizace při takovém způsobu práce a při nerespektování klientových obran ze strany terapeuta, proto je nadměru důležité zdůraznit význam bezpečí a důvěry v terapeutickém vztahu.

#### KAZUISTIKA

Pan D. (26 let) přišel na Psychosomatickou kliniku<sup>4</sup> v roce 2010, absolvoval denní stacionář v délce tří měsíců. Trápily ho nespecifické obtíže gastrointestinálního traktu – říhání, nadýmání, také úzkostné potíže a necítil se dobře ve společnosti lidí. Aktuálně studuje na VŠ, dokončuje diplomovou práci, bydlí v RD s matkou a bratrem. Otec zemřel na rakovinu, když byl pan D. v adolescentním věku. Nyní má rok a půl přítelkyni, se kterou je šťastný. Poslední rok také navštěvuje docházkovou skupinu mimo Psychosomatickou kliniku, sděluje, že se ve skupině cítí dobře, má pocit, že do skupiny patří.

Na skupině stacionáře v počátcích léčby téměř vůbec nemluvil, po vyzvání něco řekl jen s potížemi. Reflektoval, že na skupině se cítil velmi nekomfortně. V individuální psychoterapii propracoval svou rodinnou a vztahovou historii, dle osobních vzpomínek bylo jeho dětství samotářské, nejraději si hrál sám s legem. S matkou neměl příliš vřelý vztah, s otcem si například vybavuje zážitek, jak seděl v křesle a četl si. V odcizené rodinné atmosféře se každý zabýval sám sebou, komunikace byla věcná nebo intelektuální.

#### Diagnosticko-terapeutické úvahy z hlediska psychoterapie zaměřené na tělo:

Následující úvahy zde rozvíjím proto, abych ilustroval teoretické a strategické koncepty směru, který zde představuji, a také do jisté míry specifický jazyk. Tento způsob uvažování odkazuje k charakterové analýze<sup>5</sup>, jež předpokládá, že emoční historie člověka se vepisuje do těla, kde zůstává stále aktuální v podobě určité tělesné struktury, zůstává v psychice v podobě ustálených vztahových vzorců nebo trvalejší dynamice prožívání.

<sup>4</sup> Nestátní zdravotnické zařízení zabývající se léčbou psychosomatických poruch, psychosomatikou a psychoterapií. Autor článku zde pracuje jako psycholog, psychotherapeut.

<sup>5</sup> Viz Johnson, 2007a, b, Keleman, 2013.

K jednotlivým charakterovým typům jsou dle hlavních témat, konfliktů a identifikovaného vývojového ustrnutí<sup>6</sup> ve vývoji přiřazeny i možné terapeutické strategie. Jsou to určité náměty a způsoby uvažování, které se dají užít nebo od nich lze upustit a jen sledovat proces klienta. Rozhodně se nejedná o připravený scénář nebo kuchařku k terapii.

Pan D. zažívá úzkost v sociálních vztazích, není diferencovaná, ale spíše difuzní a nekonkrétní. V tělesné rovině je patrná celková tělesná slabost, slabá tělesná konstituce a nízká úroveň energie. Nejvíce procesů se odehrává v myšlení, emoce jsou inhibované, v podstatě nepřítomné. Hlava je nepoměrně velká k tělu, oči jasné, kontaktující až vtahující. V tělesném vnímání je patrná silná blokáce v zátylku – odděluje hlavu (metaforicky myšlenkovou energii od těla – prožívání), zablokovaná ramena a trapézové svaly tento týlní blok podporují. Hrudník je úzký, nehluboký, stažený, bránice blokováná, břicho prázdné, pánev zatažená, taktéž kontrahovaná, kolena zamčená. Kontakt chodidel se zemí přerušovaný, neuzemněný. Dýchání je měkké, omezené kontrakcí bránice i hrudních a mezižeberních svalů.<sup>7</sup> Na úrovni chování pacient nerozvíjí spontánně kontakt, čeká na otázky a vedení terapeuta. Témata nechce určovat, aby nezaváděl. Je pasivní, odevzdaný.

Poznatky z rozhovoru a ze čtení těla přivádí k názoru, že pacientova charakterová struktura je schizoidní, v některých aspektech také orální. Abych ilustroval teoretický koncept, možný způsob přemýšlení o klientovi, zkusím uvést některé charakteristiky dlouhodobé terapeutické strategie. U pana D. bude spočívat v budování bazální důvěry a v důrazu na právo a potvrzení vlastní existence, jak o tom píše Johnson (2007a). Dále půjde o uvědomění si živosti vlastní bytosti, například vnímáním jednoduchých

tělesných pocitů, o důvěru ve vlastní prožívání a vnímání potřeb.

Na tělesné úrovni jde o celkové ožívování a integraci těla. U klienta bude důležitá práce s uzemněním, kontaktem chodidel se zemí, dále budování důvěry ve vlastní tělo a také ztělesnění práva mít zde na zemi místo. Dalším aspektem práce bude otevírání dechu a zvyšování jeho kapacity. Jedná se zejména o způsob, jak celkově zvýšit vitalitu pacienta a dostat se do kontaktu s popřepnými pocity a tělesnou realitou. V oblasti uvolňování bloků bude důležité pracovat s hlavním tělesným blokem v oblasti krčního segmentu, stejně jako s klouby horních a dolních končetin.

Níže předkládám přepis sezení, asi po dvouleté terapii, kdy jsme s pacientem převážně hovořili a opatrně zkoušeli elementy práce s tělem a měkké techniky<sup>8</sup>:

*Klient sděluje, že dnes nemá nic, co by chtěl probírat konkrétně, a aktivně si řekl, že by rád pracoval s tělem.*

T: Ano, zavřete si tedy na chvíli oči a vnímejte – jak se cítíte v těle?

K: ...cítím bolest hlavy, tady za očima a nahore na temeni... taky mě bolí rameno... jinak necítím nic...

T: Aha, cítíte bolest hlavy za očima, nahore na temeni a také vás bolí rameno... (zrcadlení)

K: (delší odmlka, kdy je v kontaktu s těmito tělesnými pocity, již si věří, může s nimi tudíž být) Tak se cítím takový celý napjatý, ta bolest ramene se mění směrem ke krku... (sahá si vzadu doleva na krk)

T: Ano, cítíte se napjatý, bolest se posunuje od ramene směrem ke krku dozadu.

K: ...je to, jako bych byl takový celý stažený a napjatý.

T: Ano, stažený a zároveň napjatý.  
pauza

<sup>6</sup> Viz Smith, 2007.

<sup>7</sup> Tělesně diagnostická metoda zvaná bodyreading – čtení těla. Podrobněji viz Johnson, 2007a, Lowen, 2002, Smith, 2007.

<sup>8</sup> Viz práce s mindfulness, uvědomování si pocitů, tělesných pocitů, práce s dechem, práce s podpůrným dotekem (Smith, 2007).

T: (*dotaz na uzemnění a kontakt s realitou nejen tou tělesnou*) Jak cítíte chodidla na zemi?

K: Ano, cítím (*mírně s nimi zahýbe, aby si je ještě více zvědomil*).

T: Jak cítíte sedací kosti a kostrč na sedačce?

K: No, tak cítím, ale moc ne... v pánvi mám takový tlak, napětí uvnitř...

T: Aha, uzemnění přes sedací kosti moc necítíte... cítíte napětí a tlak uvnitř v oblasti pánve.

V této chvíli jsme se dostali k pacientově tělesné realitě, jeho tělesným pocitům. Zatím souvislost s psychickým stavem pacient neverbalizoval, cítí pouze neurčité napětí a tlak. Moje představa coby terapeuta je taková, že se může jednat o vyjádření a současně zadržování úzkosti nebo strachu. Pocity tlaku v pánvi vypadají jako kontakt se zdrojem životní energie, tlačí, nemají vyjádření ani způsob, jak se projevit. Mohou působit zúžkostňujícím dojmem.

Rozhodl jsem se změnit *setting* ze sezení k ležení a opatrně jsem to pacientovi navrhl. Souhlasil, nyní leží na zádech na matraci, má zavřené oči a nohy pokrčené v kolenou, chodidla spočívají na podložce. Nutno říci, že klient již tuto práci zná, něco podobného již zažil. Rozhodl jsem se pracovat s uzemněním a poté rozvíjet vnímání pocitů v pánvi, hledat jejich vyjádření a současně rozvolňovat blokaci ramenního pásu.

T: Jak se cítíte teď, když ležíte?

K: No, tu pánev cítím pořád, hlava mě taky bolí...

T: Ok. Co kdybyste zkusil trochu více dýchat. Prohlubte svůj dech, budete mít více síly. V té pánvi mohou být pocity, které bychom mohli společně prozkoumat?

K: Můžeme třeba...

T: Začněte mírně pánví pohybovat – tak, jak vás to povede.

*Pohybuje pánví, vybral si směr ze strany na stranu, je to jakýsi hadovitý pohyb, který ovlivňuje i bedra a hrudník. Hlava je strnulá*

*a paže také. Spodní část nohou a chodidla jsou aktivovaná, nejsou jako obvykle zmrtvělá – bez energie. Rozhodují se k tomu, že budu podporovat klienta, aby náboj rozšiřoval směrem nahoru k hrudníku, hlavě a pracovat tak na oživení horní poloviny těla.*

T: ...výborně, pokračujte v pohybu, jak vás to povede, přirozeně dýchejte... nebojte se ještě více se protáhnout...

*Pacient pokračuje a dochází k výraznějšímu projevu těchto pohybů. Považují to za ukazatel správného směru. Blokace v ramenním pásu a zátylku trvá, rozhodují se pro intervenci dotykem.*

T: Vidím, že ten krk je ještě takový ztuhlý, ale trup se pohybuje. Jak se cítíte?

K: To se mi líbí, jak se drbu žádama o matraci...

T: Aha, tak fajn, to se vám líbí... asi je to takové příjemné. Ještě mám pocit, že Váš krk by ještě něco potřeboval? Co kdybych vám tam teď položil ruku?

K: Tak jo, zkuste to.

*Pokládám ruku. Jemně masíruji zátylek, v pacientově těle se objevuje tendence pohybovat i hlavou ze strany na stranu. Dosahuje se tedy toho, že pohybuje celou páteří hadovitým pohybem a tře se o podložku. Zkousím propojit pohyb s uvědoměním si pocitů, případně rozumovým pojmenováním. Ruku nechávám na místě, buď masíruji a zvědomuji zátylek, nebo mírným protitlakem působím proti začínajícím pohybům hlavy, aby pacient cítil svoji sílu v kontaktu s určitým mírným odporem.*

T: Jaké to je? Můžete říci třeba, jak se cítíte, nebo najít nějaké přirovnání k tomu pocitu.

K: Dobré, je to, jako bych si drbal záda, se tak protahuju. Jako by se divočák drbal o strom.

*Došel k obraznému vyjádření energie, kterou nyní projevuje. Pokračuji v zesilování těchto tělesných impulzů, je patrné, že pacient reflektuje. Začíná pohybovat rameny,*

*do pohybu zapojuje i paže a ruce, celkově se více otevírá a nechává životní energii proudit do dalších částí těla. Povzbuzují ho i ke zvukovému vyjádření a pojmenovávám princip protitlaku.*

Sezení pokračovalo dále, pacient dokázal rozšířit energii, kterou vnímal v pánvi, do celého těla a využil ji k tělesnému sebeprosažení a kontaktu se světem. Dokázal navázat oční kontakt s terapeutem, také vyjádřil své prožitky zvukem, aniž by setrval ve své obvyklé staženosti od lidí. Při závěrečném rozhovoru – integrování proběhlého prožitku – odkazoval k jedné z loňských hodin, kdy namaloval abstrakci, amébu – kruh s tlustou šedou slupkou, nyní měl pocit, že dokázal vyjít ven do prostoru za slupku, kde jsou ostatní lidé. Obvykle žije život za touto šedou slupkou, nanejvýš nechává svou přítelkyni, aby pod jeho slupku pronikla. Proběhlou hodinu si dal do souvislosti s uzavřeností, kterou prožívá v kontaktu s lidmi. Daly by se ještě pojmenovávat další roviny, například emoční – že se otevřel prožívání, zažil pocity uvolnění a také tělesné pocity určité libosti, ale o těchto souvislostech jsme již nehovořili, zůstaly v rovině korektivního zážitku.

#### LITERATURA

- Bergmanová, A., Mahlerová, M., Pine, F. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Johnson, S. M. (2007a). *Charakterové typy člověka. Terapeutická léčba raných poruch*. Brno: Computer Press.
- Johnson, S. M. (2007b). *Charakterová proměna člověka. Terapeutický přístup k raným poruchám*. Brno: Computer Press.
- Keleman, S. (2013). *Anatomie emocí*. Praha: Portál.
- Lowen, A. (2002). *Bioenergetika*. Praha: Portál.
- Reich, W. (1993). *Funkce orgasmu*. Praha: Concordia.
- Smith, E. W. L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál.
- Winnicott, D. W. (1998). *Lidská přirozenost*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Internetové odkazy:  
www.capzt.cz (3. 3. 2013)
- Mgr. Jiří Macháček vystudoval jednooborovou psychologii na FF UK v Praze. V minulosti pracoval v občanském sdružení Baobab s lidmi s psychotickým onemocněním, v současné době působí jako psycholog a terapeut na Psychosomatické klinice v Praze. Absolvoval výcvik v Integrovaní psychoterapii zaměřené na tělo. V psychoterapeutické praxi využívá integrované postupy a práci s tělem u pacientů s psychosomatickými obtížemi, PPP a u pacientů s poruchami osobnosti. Mezi témata, která ho zajímají, patří dotek v psychoterapii, koncept energie v léčbě a navracení se do stavu zdraví, agrese a humor v terapii.*

*Došlo do redakce 29. 4. 2013, v revidované verzi 26. 6. 2013. K publikaci přijato 28. 6. 2013.*

## PSYCHOTERAPIE V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

### Psychotherapy in health care in the Czech Republic

Jiří Růžička

#### ABSTRAKT

Článek poskytuje rámcovou topografii psychoterapie v českém zdravotnictví. Rozlišuje mezi a) neklinickou a pozitivní psychoterapií a b) psychoterapií klinickou. Další osa je vedena školami a směry. Autor konstatuje, že převládá eklektický nebo volně integrativní přístup, je zde ale několik pracovišť, kde převažuje směr jeden (psychoanalytický a psychodynamický, kognitivně behaviorální, v menší míře systemický, existenciální, daseinsanalytický). V diagnostickém zaměření převládá orientace na neurotické potíže, osobnostní poruchy, psychoticky nemocné. Psychoterapie je ale prováděna u všech hlavních dg. kategorií i věkových skupin. Je zde okolo 20 pracovišť s psychosomatickým zřetelem. Psychoterapie je provozována ambulantně, stacionárně, na psychiatrických i somatických odděleních. Vzdělávání je podmíněno atestací a vzděláním v akreditovaném psychotherapeutickém programu ověřeném certifikací po certifikovaném kurzu. Výzkum v PT je dosud fragmentovaný a tematicky úzký. Článek nabízí klinickou kazuistiku.

*Klíčová slova:* neklinická a pozitivní psychoterapie, klinická psychoterapie, psychotherapeutická pracoviště, směry, školy, psychotherapeutický program, vzdělávání, výzkum

#### ABSTRACT

The paper offers a rough topography of psychotherapy in the Czech healthcare. It draws a line between a) non-clinical and positive psychotherapy and b) clinical psychotherapy. Another axis goes between schools and systems. The author states that an eclectic or loosely integrative approach predominates; however, there are several

facilities where one system (psychoanalytic and psychodynamic, cognitive-behavioural, to a lesser extent systemic, existential, daseinsanalytical) prevails. In the diagnostic orientation, a focus to neurotic difficulties, personality disorders, and patients with psychosis is dominant. However, psychotherapy is performed for all major diagnostic categories and all age groups. There are about 20 facilities with psychosomatic aspect. Psychotherapy is performed for outpatients, in day care centres, in psychiatric and somatic wards. Education is determined by the certification and training in an officially authorized psychotherapeutic programme verified by certification after certified course. A research in psychotherapy is still fragmented and thematically narrow. Text includes the clinical case.

*Key words:* non-clinical and positive psychotherapy, clinical psychotherapy, psychotherapeutic facilities, systems, schools, psychotherapeutic programme, education, research

**Metoda** našeho pojednání je klasifikačně deskriptivní s několika analytickými sondami. Opírám se o faktografické údaje, které jsou tříděny do příslušných kategorií. Zevrubná studie by vyžadovala komplexní, výzkumně analytický projekt.

• • •

Ve zdravotnictví je psychoterapie dvojitá. Klinická a neklinická, jejíž podskupinou je psychoterapie pozitivní. Klinická se zabývá nemocemi, neklinická pak ostatními potížemi a problémy, které jako nemoc definovat dost dobře nelze, neboť z ní nevychází nebo není její léčbou. První kategorie je jasná, druhou je třeba přiblížit.

## 1. NEKLINICKÁ PSYCHOTERAPIE VE ZDRAVOTNICTVÍ, PSYCHOTERAPIE POZITIVNÍ

a) Patří sem psychoterapie, které se zabývají nikoliv pacienty, ale např. rodinnými příslušníky pacientů. Názorné je to třeba u rodinných příslušníků pacientů trpících závislostí nebo pacientů dětských, kdy je třeba se zabývat psychoterapeuticky rodiči, nebo celou rodinou (Langmeier, Balcar, Špitz, 2010; Nešpor, 2001).

b) Pozitivní psychoterapie je poskytována nemocným, u nichž je diagnóza nikoliv duševní, ale somatická (např. nefrologická onemocnění, karcinomy, některé druhy neplodnosti, nezvratné změny způsobené úrazy pohybového ústrojí, přípravy na složité operace, dermatologie a popáleniny atd.). Psychoterapie má nezřídka poradenskou a na osobnostní rozvoj zaměřenou podobu i roli (Vymětal, 2007, 2010). Tak např. psychoterapie u lidí s pohybovým či jiným handicapem se zaměřuje na rozvoj potenciálu, který nebyl nemocí vůbec nebo jen částečně postižen či jej lze navzdory onemocnění využít paradoxně. Tuto terapii, podobně jako je tomu v psychologii, je adekvátní nazvat psychoterapií pozitivní (srov. Křivohlavý, 2004; Snyder, Lopez, 2002).

c) Nakonec je zde psychoterapie užita ve svých aplikacích. U nás byla rozvinuta na úrovni evropské špičky v 80. letech v péči o děti jeslového věku, kde se stala součástí systému péče o dítě, dětský kolektiv a rodinu, ale upadla v zapomnění. Příkladem ze současnosti je klinický koučink (Růžička, 2012b), návky různých s nemocemi a zdravím souvisejících dovedností, např. asertivity, bioenergetických či jiných na tělo zaměřených postupů přinášejících větší spokojenost s vlastním tělem, spirituální rozvoj po traumatických zkušenostech spojených s rekonvalescencí, duševní a sociální rekonvalescence, adaptace na nové role a postavení související s novou nebo posunutou tělesnou identitou po úrazech, transplantacích, chirurgických změnách pohlaví aj. (Vymětal, 2004).

## 2. KLINICKÁ PSYCHOTERAPIE

I ve srovnání s vyspělou Evropou je postavení psychoterapie v našem zdravotnictví poměrně dobré. Ve stejné relaci je však u nás psychoterapeutů ve zdravotnictví méně, poměr se liší země od země, nehledě na to, že psychoterapie klinická je poskytována mimo zdravotnictví na Západě běžně, u nás nikoli nebo pod zakrývajícím a nepravdivým názvem poradenství, přičemž tuto praxi nepřímou a paradoxně udržují názory panující v části současného Výboru České psychoterapeutické společnosti. Tato situace i srovnání by si zasluhovaly adekvátní nápravu v souladu s platnými normami Štrasburské deklarace, ke kterým se ČPS LS JEP zavázala. K tomu je nezbytná angažovanost psychoterapeutů, celá věc závisí na členech ČPS, kteří mohou do věci mluvit přímo.

**2.1 Psychoterapeutická péče ambulantní.** Je s jistým menším omezením, tzv. maximální úhradou, hrazena ze zdravotního pojištění. Pacient ji také může obdržet v registrovaných zdravotních pracovištích za přímou úhradu. Psychoterapie je poskytována v ambulancích klinických psychologů a psychiatrů a několika desítkami klinických somatických specialistů. V ambulancích najdeme představitele prakticky všech významných psychoterapeutických směrů a škol, které se zabývají léčbou duševních poruch. Převážná většina z nich pracuje individuálně, menší část skupinově, setkáme se s kolegy poskytující rodinnou a párovou terapii, a to zejména systemickou. Některá zařízení využívají léčebnou komunitu. Menší počet provádí rodinnou psychoanalýzu, řada integrativních kolegů je ovlivněna transakční analýzou. Patrný vliv na rodinnou terapii zanechala jednak Satirová (2003), velice živá je pak systemická rodinná terapie (Gjuríčová, Kubička, 2009) spolu s narativním přístupem (Chvála, Trapková, 2004). Je škoda, že u nás takřka vymizelo psychodrama, které v podání současné jihoamerické psychoterapie přináší nečekané možnosti skloubení neuvědomované transgenerační



dějové linie rodinného příběhu, vyjádřeného emotivně expresivním dramatickým ztvárněním, bezprostřední reflexí a souběžným diferencovaným vhledem do situace rodiny jejich členy, tak i aktivním terapeutem (Gershoni, 2003). Individuální psychoterapie je nejčastěji integrativní a pragmaticky eklektická, dále pak psychodynamická, psychoanalytická, v neposlední řadě existenciální, rogeriánská, daseinsanalytická, gestaltistická aj. Nesmíme ovšem zapomenout na nemalý počet kognitivně behaviorálních terapeutů. KBT je dynamicky se vyvíjejícím směrem, který již pracuje s vědomými i nevědomými kognitivně emočními systémy mentálních vztahových reprezentací, jež se uplatňují v získaných formách i projevech duševních potíží. U nás je řada psychologů, kteří mají výcvik jak v KBT, tak v jiném psychoterapeutickém směru, a svoje vzdělání kombinují v praxi. Na tělo zaměřená psychoterapie se uplatňuje nejen individuálně, ale i skupinově, a to nejen u psychosomatických poruch. Česká daseinsanalýza do zahraničí uvedla a rozvíjí původní českou podobu komunitně skupinově daseinsanalytické terapie, dále pak vlastní metodu rozhovoru nazvanou vyrozumívání (Růžička, 2012a), aktivní DA imaginaci a klinický koučink (Růžička, 2012b).

**2.2 Odborná péče na psychoterapeutických odděleních.** V ambulancích lékařů, zpravidla psychiatrů a klinických psychologů, je psychoterapeutická péče proplácená zdravotními pojišťovnami. Proplácí se tehdy, má-li registrované zdravotní pracoviště smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Psychoterapeutickou péči proplácejí zdravotní pojišťovny na základě vykázaní psychoterapeutických výkonů podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Vedle jednotlivých psychoterapeutických výkonů vypracovávají psychoterapeutické týmy psychoterapeutické programy. Ty jsou souborem léčebných forem a metod po-

skytovaných v průběhu celého dne, resp. týdne a celého léčebného pobytu. Jsou sestavovány podle různých, na škole či směru závislých kritérií. Některé programy začleňují patientskou léčebnou komunitu, tradičně oddělení závislostí, ale i oddělení a stacionáře pro poruchy příjmu potravy, neurotiky, psychotiky, sexuální deviace aj. Psychoterapeutická oddělení jsou prakticky ve všech psychiatrických léčebnách. Denní stacionáře, kterých je okolo dvaceti, nemají samostatný status, ale patří do ambulantní péče. V psychiatrických léčebnách i stacionářích některé psychoterapeutické výkony provádějí pod dohledem a s garancí v psychoterapii zdravotní sestry nebo také nezdravotníci. Jsou to sociální pracovníci, speciální pedagogové a jiní. Tato ne zcela výjimečná praxe se mezi pracovišti poměrně značně liší.

**2.3 Krizová a psychosociální centra** poskytují krizovou a sociální intervenci spolu s nezbytnou stabilizační psychiatrickou a psychoterapeutickou sociálně-právní péčí. Některá centra jsou zdravotnická (RIAPS), jiná jsou nezisková občanská sdružení (např. Anabell, Remedium, Fokus, Eset-Help), charitativní zařízení i církevní domy. Uplatňuje se v nich krizová psychoterapeutická intervence, práce s traumaty a posttraumatickým syndromem, psychoterapeutické i rodinné, sociální a právní poradenství. Spolupráce mezi zdravotníky a sociální sférou je účelná i nezbytná (Špatenková et al., 2011).

**2.4 Psychoterapeutické programy** bývají integrativní či eklektické (Knobloch, Knoblochová, 1993; Kratochvíl, 2012). Na jednom pracovišti působí více psychologů s různě zaměřeným psychoterapeutickým vzděláním. Ti svoji práci vykonávají tak, aby skladba programu využívala jejich vzdělání a pacientům se dostalo rozmanitých a vzájemně se doplňujících psychoterapeutických metod a technik. Tento přístup je u nás rozšířen nejvíce, neboť patří k české

psychoterapeutické tradici. Pragmatičnost se upřednostňuje před teoretickou doktrínou. První český a v zahraničí respektovaný psychoterapeutický systém s pragmatickými rysy je komunitně skupinový systém vypracovaný Skálou, Urbanem a Rubešem a jeho varianta z dílny F. Knoblocha (Růžička, 2011) má řadu pokračovatelů a alternativ. V době normalizace zde bylo mnohem méně psychoterapeutů, vyškolených jen v několika málo směrech. Ti působili zejména v psychiatrických léčebnách, na psychiatrických odděleních, speciálních odděleních pro léčbu závislosti nebo na několika nemocničních dětských odděleních. Aby mohli psychoterapii vůbec vykonávat, museli spolupracovat, což vedlo k vytvoření nových pracovišť i psychoterapeutických programů. Pozoruhodná byla Horní Palata a PL Lobeč, protialkoholní odd. Apolinář a Lojovice, PO Sadská, PL Kroměříž, PL Šternberk, PL Brno, PL Opava a několik málo menších, jako např. DS Ondřejov a OÚNZ Praha 4. Každé z nich se vyznačovalo osobitým stylem práce, programovou nápaditostí a svébytnou organizací. Jejich zakladatelé ovlivnili i vzdělali několik psychoterapeutických generací. Eklektická pracoviště nejsou nutně orientována na speciální druh onemocnění, najdeme mezi nimi zařízení zaměřená na neurotickou klientelu a osobnostní poruchy i další potíže léčené v jednom programu (např. PL Kroměříž, PL Šternberk, klinika Eset Praha), stejně tak jako program pro psychózy poskytovaný klinikou Eset Praha, DS Ondřejov Praha, PL Praha Bohnice, PL Opava aj., u nichž se provádí psychoterapie pro potíže ve vztazích, psychoedukace a nácvik sociálních dovedností, kognitivní deficity, selhávání v sociálních rolích či sociálních dovednostech, a to individuálně, skupinově i s rodinou. Dále jsou to programy pro poruchy příjmu potravy, např. PK Praha, sexuální deviace PL Praha Bohnice, PL Havlíčkův Brod a PL Horní Bečkovice, pro mladé matky Ústav lékařské psychologie Brno.

Existuje několik zařízení, která se vymezují podle **příslušnosti k určitému směru**. Prvním svého druhu byla dnes již zaniklá skupinově psychodynamicky orientovaná Lobeč, založená Knoblochem. Psychoterapeutický program Lobeč i Palaty vycházel z psychodynamického zaměření a ostatní aktivity byly spíše komplementární.

Jednoznačně definované **psychoanalytické či psychodynamické** pracoviště stacionárního typu nebo samostatně oddělené nemocnice u nás nemáme, i když v nich psychoanalytické uvažování a psychodynamická praxe převládá. Takovým zařízením je např. Psychoterapeutické centrum Břehov a Horní Palata. Je zde kombinována individuální psychodynamická nebo psychoanalytická terapie s psychodynamickou skupinou a/nebo skupinovou analýzou. Na obou pracovištích se využívá arteterapie, pohybová terapie a relaxační postupy – a to pro různé druhy pacientů, trpících zejména neurotickými a osobnostními poruchami.

Převážně **kognitivně behaviorální pracoviště** představuje nynější Psychiatrické centrum v PL Bohnice, kde se KBT využívá v celém průběhu léčby a následné péče. KBT zde směřuje ke zvládnání projevů stresu, úzkostí a deprese. Program je doplněn prvky z asertivity, arteterapie a pohybové terapie. Další léčebný program je určen pacientům s onemocněním schizofrenního okruhu, akutních a přechodných psychotických poruch a schizoafektivní poruchy.

**2.5 Psychoterapie a psychosomatika** (Faleide, Lilleba, Faleide, 2010). Psychosomatických pracovišť, která se takto vymezují, je okolo dvaceti. Tato zařízení kombinují různé druhy psychoterapie ve spolupráci s lékaři jiných odborností, nebo provádějí nepsychoterapeutické léčebně rehabilitační výkony v kombinaci s individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapií, fyzioterapií, masáží, pohybovou a taneční psychoterapií. Využívají se i alternativní metody jako akupunktura, akupresura, homeopatie atp. Patří mezi ně Středisko komplexní terapie

psychosomatických poruch v Liberci, Psychosomatická klinika Praha, Oddělení léčebné rehabilitace a léčby bolesti Praha 9, Centrum komplexní péče Dobřichovice, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika Eset Praha, psychosomatické odd. PL Štenberk. Je třeba jmenovat Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky v Praze, který učí mediky lékařské psychologii a psychoterapii v každodenní medicínské praxi. Jen málo pracovišť se zaměřuje na soustavné provádění a sledování souběhu farmakoterapie a psychoterapie a jiných léčebně rehabilitačních metod. Systematické studie se objevují ojediněle (Psychiatrické centrum Praha, PL Kroměříž, PO Liberec, ESET Praha).

**2.6 Dětská a dorostová psychoterapie** (Langmeier, Balcar a Špitz, 2010). S prováděním psychoterapie dětí se setkáme v psychiatrických i psychologických ambulancích, v krizových centrech a denních sanatoriích i lůžkových odděleních nemocnic a léčeben. Komplexní psychoterapeutické programy pro děti a dospívající se provádějí v Dětské PL Opařany a Velká Bíteš, v DPO Praha Motol, v PK Brno Bohunice, na dětských odděleních v PL Praha Bohnice a v PL Kroměříž a jistě i jinde. V některých případech je úloha psychoterapie v léčbě hlavní (neurózy a reaktivní poruchy), jindy má úlohu pomocnou a doplňuje se s jinými léčebnými a podpůrnými postupy (těžké vývojové poruchy, závažná onemocnění jako je schizofrenie, onkologická onemocnění, dlouhodobá somatická onemocnění). I když se dětská a adolescentní psychoterapie od psychoterapie dospělých liší, základní principy jsou stejné. V psychoterapii dětí a mládeže je třeba respektovat vývojovou úroveň dětského a dorostového klienta, proto se v mladších věkových skupinách psychoterapie podobá hře, výtvarné nebo pohybové činnosti. Více než u dospělých pacientů se u dětí pracuje s celými rodinami, významný je podíl systemické a psychodynamické psychoterapie v práci s rodinou. Dětská a dorostová psychoterapie je

většinou integrativně-eklektická s převahou té či oné školy či směru. Patrný je vliv kontinentálních i britských analytických autorů (zejména Freudová, Kleinová, Bowlby, Winnicot, Meadová, Spitz, Fonagy, na klienta orientovaná psychoterapie Rogerse, u nás Matějček, jeho žáci a další).

**2.7 Indikace pro psychoterapii** jsou standardně podloženy psychologickou a/nebo psychiatrickou diagnostikou. Do psychoterapie jsou zváni lidé prakticky se všemi psychopatologickými diagnózami, i když je zde individuální výběr. Během normalizace se psychoterapie obtížně prosazovala u psychotických pacientů. Indikováni jsou prakticky všichni pacienti spadající do kategorie duševních poruch a poruch chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revidovaném vydání.

1) Organické poruchy (F00–F09) psychoterapii vyžadují nikoli jako metodu 1. volby, ale spíše jako podpůrnou či adjuvantní metodu.

2) Psychoterapie je hojně využívána u poruch nálad a chování vyvolaných psychoaktivními látkami (F10–F19).

3) U schizofrenie a schizofrenních poruch s bludy (F20–F29) – dnes již je běžné, že psychoterapie se dostává i psychotickým pacientům, což ještě před dvaceti roky nebylo standardní. (Psychoterapií psychóz se již v 70. letech minulého století zabývaly Strossová, Kocábová a Syříštová.)

4) U poruch afektivních (F30–F39), včetně nemocí označovaných dříve jako endogenní deprese a

5) u osobnostních poruch (F60–F69), dříve označovaných jako anomální psychický vývoj a psychopatie, či v psychoanalytické literatuře uváděných jako charakterové neurózy (Dušek, Janík, 1974; Fenichel, 1945; Mysliveček, 1956) bývá psychoterapie předsána.

6) U diagnóz mentální retardace (F70–F79) je psychoterapie indikována v závislosti na stupni nebo formě opoždění.

7) U poruch psychického vývoje (F80–F89) je psychoterapie kombinovaná se

speciální pedagogikou, logoterapií a farmakoterapií, potřebná je součinnost rodiny, včetně její případné terapie.

8) Obdobná praxe se specifickými postupy platí pro poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F90–F98).

9) U nespecifických poruch je indikována dle potřeby pacientů a uvážení odborníků. Psychoterapie bývá souběžná s jinými léčebnými metodami, z nichž nejvýznamnější je farmakoterapie. Pozn.: v cizině je běžné, že spolu nebo bez pastorační péče je psychoterapie poskytována umírajícím (Tavel, 2009).

**2.8 Vzdělávání** poskytují psychoterapeutické instituty školící v mezinárodně uznávaných směrech a školách schválených ČPS LS JEP v souladu s EAP (Evropská asociace psychoterapie), jíž je ČPS členem. ČPS LS JEP pak prostřednictvím své Akreditační komise schvaluje pro zdravotnictví psychoterapeutické výcvikové programy psychoterapeutických institutů nebo jiných vzdělávacích institucí. Dříve funkční specializaci, nyní certifikovaný kurz psychoterapie může obdržet klinický psycholog, psychiatr a lékař specialista v klinickém oboru poté, co projde vzděláním v akreditovaném psychoterapeutickém programu a složí příslušnou komisní zkoušku. Určitým metodologickým i odborným problémem tohoto atestu je, že finální část přípravy důsledně nerespektuje odlišnosti směrů, škol, přístupů, ani odbornou a osobní identitu jednotlivců. Je však prováděna přátelsky. Vzdělání v psychoterapii ve zdravotnictví je do značné míry srovnatelné s evropskými standardy<sup>1</sup>.

### 3. PŘÍKLAD KLINICKÉ PSYCHOTERAPIE, KAZUISTIKA

Kazuistika sem byla zařazena proto, že ilustruje souběh příznaků duševní poruchy,

kteřé se vyvíjely postupně a přecházely z jedné do druhé diagnostické kategorie. Jejich výskyt je propojen se somatickými projevy a potížemi a je patrné, jak s potížemi bylo psychoterapeuticky ve prospěch oné ženy nakládáno.

38letá vysokoškolačka se do naší péče dostala po půlroční hospitalizaci v psychiatrické léčebně, kde byla léčena pro depresi. Současně také trpěla nechutenstvím a gastritidou, která byla konzultována s gastroenterologem. Před hospitalizací se dramaticky rozešla se svým manželem. Po rozvodu a odchodu se pláčtivě rozlady, sociální izolace a ztráta životní orientace rozrostly v depresi. Nutkavě bilancovala svoje manželství, posléze celý život. S bilancováním rostly výčitky svědomí, neláska k sobě samé, zanedbávala hygienu i péči o zevnějšek. V léčbě byla vedena jako těžší deprese, ve které dominovala ztráta životního elánu a zájmu o sociální okolí, nechutenství, opomíjení kontaktů s blízkými lidmi, únava, ospalost a skleslost se u ní střídala s noční nespavostí.

V PL dostávala Dogmatil a Remeron, které byly později vystřídány Seroxatem a Espritemem. Bolesti žaludku vedly k diagnostikování gastritidy a byl konstatován preulcerózní stav. Střídavé bolesti v podbříšku byly spojeny s podrážděním a nevýrazným zánětem vaječníků a vejcovodů, bylo vyloučeno urologické onemocnění, apendicitida a endometrióza (srov. Dítě, Seifert et al. 2003). V léčbě byl stav konziliárně sledován gynekologem. Během pobytu se somatické obtíže zmírnily nebo vymizely, též těžší depresivní ladění ustoupilo, i když v mírnější podobě přetrvávalo. Postupně, ale bez radosti, se zapojila do života na oddělení, posléze byla propuštěna. V tomto stavu k nám byla doporučena do následné péče.

Klinický obraz, zjištěný během pobytu v PL, byl na našem pracovišti potvrzen. Později jsme na základě dalších anamnestických údajů a zjištění v následném psychoterapeutickém procesu dodali diagnózu F68, osobnostní porucha zpracování tělesných symptomů z psychických důvodů. Mladá

<sup>1</sup> (viz [www.europsyche.org/contents/13489/european-certificate-for-psychotherapy-ecp](http://www.europsyche.org/contents/13489/european-certificate-for-psychotherapy-ecp), nebo [www.europsyche.org](http://www.europsyche.org)).

žena nastoupila tříměsíční psychoterapeutický pobyt v denním stacionáři (dále DS). Klíčovým byl vztah k manželovi. Paní inženýrka ho nesmírně milovala. Byl to muž, který odpovídal nejen jejím snům, ale zjišťovala, že jí imponuje v mnoha oblastech, na které dříve ani nepomyslela. Byl zábavný, vynalézavý a měl rád společnost, byť žili na odlehleém venkově. Postupně zjišťovala, že se nejen dobře zaučuje ve zcela novém prostředí, ale společnost zvířat a venkovní práce jí přinášely dříve nepoznanou radost. S manželem mohla mluvit o čemkoli, byl výborným diskutérem a široce vzdělaným společníkem. Milostný život jí přinášel nová potěšení, k nimž se připojila blaženost z toho, jak se rozvíjelo a naplňovalo její ženství. Idylická doba však měla být dočasná. První vážný šrám způsobilo manželovo prudké odmítnutí jejího přímého dotazu, kdy by mohli mít rodinu. Udivilo a hluboce jí otřásl, jak hrubě a radikálně návrh zavrhl. Poté z domova na nějakou dobu odešel, po návratu byl chladný a zdrženlivý. Navzájem se odcizili. Zjišťovala též, že holduje alkoholu, zanedbává povinnosti a s postupem času na ni přenášel čím dál tím více prací na usedlosti. Zjistila, že má další vztah, který ani netajil, onu ženu za její přítomnosti zval do domu. Soužití se stalo natolik nesnesitelné, že po hádkách a ponižujících konfliktech došlo k rozvodu a odchodu mladé paní z domova.

Hovory v DS se točily okolo manželství. Posléze přijala, že to, co se stalo, není její vina, a rovněž sice s bolestí, ale také s úlevou připustila, že její láska k manželovi byla upřímná, oddaná a opravdová, a tím i důvěřivá a bezelstná. Pochopila, že proměnu ex-manželova chování nezavinila ona, pouze se ukázalo to, co manžel nikdy před tím neřekl, že s ní nemá zájem mít děti. Nahlédla jeho rozdílné životní postoje, s úlevou připustila, že ne vlastní hloupostí, ale z nedostatku času i příležitostí nemohla některé rysy jeho povahy uvídnout. Její stav se opět zlepšil. Znovu se začala zajímat o milovanou literaturu, obnovila některá stará přátelství a navázala

nová. Přesto však nežila radostně, z jejího dřívějšího elánu, čínorodosti a zaujatosti pro život mnoho nezbylo. Měla za to, že se musí smířit s faktem, že život je vlastně krutý, ideje jsou čirou naivitou a láska že se v dnešní době stala přežitkem a pozůstatkem falešné měšťácké ideologie. Pokračovala v užívání mírných dávek psychofarmak (Seroxat).

Po několika měsících se její vzhled, držení těla i chování začaly měnit k horšímu. Tvář měla nezdravě odulou, také i jinde v podkoží se objevily edémy, ztratila dřívější jemnost i pohybovou eleganci. Přibrála na váze, pohybovala se toporně, jako robot. Přidaly se bolesti hlavy, svalstva, útroh. „*Jako by byla vycpaná*“, prohlásil v určité etapě léčby někdo z psychoterapeutické dvojice. Tento postřeh i ostatní dojmy, které jsme z ní měli, vyústily ve sdělení: „*Jako byste byla v celém svém těle naplněná čímisi cizím, nějakou masou, ano, jakýmsi vetřelcem.*“ Po tomto prohlášení pacientka ztuhla, začala lapat po dechu, vypadala, že zkolabuje. Pokoušela se něco říci, ale bylo vidět, že její myslí proudí tolik myšlenek, že je nebyla s to zachytit do slov. Pak zaplavená potem vyběhla na toaletu. Až vše asi po hodině skončilo, vrátila se bílá, zemdlená, ale již přítomná. „*Všechno ze mne na tom „hajzlu“ vyšlo ven, bylo to snad horší než porod,*“ řekla. Celá skupina jí poskytla podporu a zájem. Očista v mírnější formě probíhala i doma. Pak přišla na další skupinové setkání, a to v mnohem lepší fyzické kondici i náladě. Za další dva či tři týdny jsme ji nemohli poznat. Elegantní, v letních šatech, celá zkrásněla. Deprese prakticky vymizely. Na několika skupinách po oné události vyprávěla, co se s ní stalo: „*Když jste mi řekli, že mám v sobě vetřelce, doslova mne to rozstřelilo. Už jsem se nemohla ani ovládnout, ani kontrolovat. Šlo to ze mne horem, dolem, vyšlo ze mne všechno, co mi zaplňovalo svaly, břicho, genitálie, střeva, žaludek, celé útroby. Měla jsem to v hlavě, v mozku, očích, všude. Byla jsem prorostlá svým „bývalým“ a vším, co k němu patřilo, a vůbec jsem o tom nevěděla.*“ Kartarže byla mimořádně účinná. Po určité době

se její léčba ukončila s ujištěním, že se může dle potřeby do terapie vrátit.

Po dvou letech toho využila. Hubená a s nezdravou pleť, vertebrogenními, zažívacími i menšími gynekologickými potížemi a ztrátou na váze vypověděla nejen o tom, jak báječně se jí dařilo po minulých psychoterapiích, ale také o zmařeném přátelství s kamarádkou. Příliš se podrobila jejím nárokům, začala pochybovat o svých názorech, mínění o sobě samé bylo otřeseno. Trpěla neklidem, úzkostmi, ztrátou nálady i zájmu o jí drahé činnosti. Protože měla zkušenosti s psychoterapií a uměla z ní těžit, pomohlo jí několik skupinových setkání k obratu. Přestala se nejen bát setkání s kamarádkou, ale změnila i své chování k ní. Začala být asertivní a díky obnově vědomí vlastní hodnoty a sebeúctě i sebevědomá. Opět začala jíst, bolesti v zádech ustoupily, upravil se menstruační cyklus. Chodit na psychoterapii nyní nepotřebuje, jako dočasnou pojistku bere antidepressiva, která podle poslední zprávy postupně vysazuje.

**Komentář. Případový zlomek poukazuje na to, že:**

1. lidský život, existence, je na různých úrovních organizace, tkáňovou úrovní počínaje, prožíváním a vědomím svých hodnot, chováním a jednáními, projevy ve vztazích tělesně (srov. Taschdjian, 1975). Tělesnění lidské existence na mikro- i makromolekulární úrovni se za normálních okolností projevuje ve fyziologických mezích, za nepříznivých životních okolností však dochází k tělesnění patologickému (Boss, 1975; Levenson, 2006).

2. Psychoterapií ovlivňujeme stav člověka nejen na úrovni makro somatické, ale pronikáme i do nižších úrovní lidského tělesného uspořádání a fungování (srov. Skyttner, 2006). Změny v emocích se projevují nejen na zbarvení pokožky, svalovém napětí, galvanickém odporu, fungování orgánů atp., ale lze je zobrazovacími metodami spatřit i na úrovni molekulárních struktur CNS (Denny, Kober, Wager, Ochner et al., 2012). Bez

kulturních kontextů, konkrétních vztahů, životních hodnot, citů, konání a jednání však nemůžeme lidské tělesnosti, jakožto tělesnění našeho pobývání na světě rozumět (Patočka, 1995).

3. Léčba psychoterapií v medicíně je účinná. Podobně jako farmakoterapie a jiné druhy léčby má svá specifika, své limity i rizika.

4. Poukazuje na užitečnost spolupráce mezi různými odbornostmi.

5. V případové studii je patrná součinnost různých odborností. Ta je ve zdravotnictví možná spíše v léčebnách nebo na specializovaných pracovištích. Pokud je psychoterapie prováděna mimo zdravotnictví, pak psychoterapeutickému zařízení nic nebrání v tom, aby si takovou spolupráci sjednalo.

6. Byla vybrána úspěšně probíhající psychoterapeutická léčba psychosomatického pacienta. Lze předvést také léčbu neúspěšnou a na ní ukázat psychoterapeutické chyby i limity její působnosti. Takový případ by však předpokládal zcela jiné zadání. Tato kazuistika má pouze poukázat na možnost její indikace, aplikace i léčebnou situaci v denním stacionáři ve spolupráci s dalšími odborníky.

#### ZÁVĚREM

Prohlížíme-li si pomyslnou mapu psychoterapie v českém zdravotnictví prostřednictvím internetu, shlížíme na pestrý obraz často nesourodých subjektů, programů i personálních skladeb. Pokud nemáme bližší přístup jiných než oficiálních zdrojů, ne vždy se dostaneme k přesným, výstižným a určujícím informacím o pracovištích. Mapa je rovněž nerovnoměrná pokrytím psychoterapeutickou péčí jak regionálně, tak s ohledem na potřebnost a dostupnost lidí. Podobně je tomu i se zastoupením směrů a přístupů, nejbohatěji je zastoupena Praha a velká města. Velké rozdíly lze vidět v regionech. Platí, že čím chudší a sociálně slabší region je, tím méně se mu dostává psychoterapeutické péče. (Koncem 90. let byl na půdě České psychoterapeutické společnosti

vytvořen Drahotou adresář psychoterapeutů, ten však pro spory ve výboru ČPS nebyl ani úplný, ani nebyl novelizován).

Výjimečně se pracoviště zabývají sledováním vlastních léčebných výsledků, a to jak pozitivních, tak negativních. Srovnání účinnosti jednotlivých metod a směrů psychoterapie nebylo u nás dosud důkladně provedeno. Výzkumy mají parciální a úzce zaměřený charakter. Důvodem je nejen malá výzkumná kapacita zdravotníků a potřebné finanční i odborné zázemí. Nevidím zájem MZČR ani zdravotních pojišťoven, které by v opačném případě mohly zjišťovat, zda a jak jsou vynaložené finanční náklady na prevenci, léčbu a rehabilitaci efektivní. Tato praxe je ve vyspělých sousedních zemích běžná. Psychoterapie je dynamicky se vyvíjejícím oborem. Je jen otázkou času, kdy se stane samostatným oborem běžně studovaným v bakalářském i magisterském a doktorském stupni na univerzitách a vysokých školách (Velká Británie, Finsko, Norsko, Rakousko, u nás FSS MU Brno). Postupně se stává samostatnou profesí (viz EAP, Professional Competencies, www.europsyche.org.). Úplné psychoterapeutické vzdělání bude pravděpodobně dosažitelné trojí cestou. Jednak bude nasedat na některou pomáhající profesi, jak je tomu nyní, nebo se člověk stane psychoterapeutem, když vystuduje pomáhající profesi a psychoterapii v navazujícím magisterském programu psychoterapie nebo vystuduje bakalářský a magisterský program oboru psychoterapie. Lze předpokládat, že všechny varianty získané odbornosti budou udržovány a dále rozvíjeny dalším celoživotním vzděláváním.

V textu nebylo reálně probrat všechny okruhy ani problémy, které se psychoterapie ve zdravotnictví týkají. Je jistě možné se při další příležitosti některými zabývat speciálně.

#### LITERATURA

- BOSS, M., 1975. *Grundriss der Medizin und der Psychologie*. Stuttgart: Huber.
- DENNY, B., KOBER, H., WAGER, T. D., OCHNER, K. N. (2012). A meta-analysis of functional neuroimaging studies of self and other judgments reveals a spatial gradient for mentalizing in medial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 24(8), 1742–1752.
- DÍTĚ, P., SEIFERT, B. et al. (2003). Prevence a léčba gastropatie z nesteroidních antireumatik. In: *Aktualizované doporučené postupy pro praktické lékaře*. Praha: Petronius.
- DUŠEK, K., JANÍK, A. (1974). *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum.
- FALEIDE, A. O., LILLEBA, L. B., FALEIDE, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
- FENICHEL, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. New York: Norton.
- GERSHONI, J. (2003). *Psychodrama in the 21st Century: Clinical and Educational Applications*. New York: Springer.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. (1993). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada.
- KRATOCHVÍL, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- KRATOCHVÍL, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- LEVENSON, J. L. (2006). *Essentials of Psychosomatic Medicine*. Richmond: American Psychiatric Press.
- MYSLIVEČEK, Z. (1956). *Speciální psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- NEŠPOR, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- PATOČKA, J. (1995). *Tělo, společenství, jazyk, svět*. Praha: Oikymen.
- RŮŽIČKA, J. (ed.) (2011). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha: Triton.
- RŮŽIČKA, J. (2012a). Making Empathic Deductions, Inward-Understanding. In: *Daseinsanalyse. Jahrbuch für phänomenologische Anthropologie und Psychotherapie*. Wien.

- RŮŽIČKA, J. (2012b). Klinický koučink a psychoterapie. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 19 (1), s. 34–39.
- SATIROVÁ, V. (2003). *Vytváranie kontaktu*. Interný materiál pre CPPS. Bratislava.
- SKYTTNER, L. (2006). *General Systems Theory: Problems, Perspectives, Practice*. 2nd Ed. Singapore: World Scientific.
- SNYDER, C. R., LOPEZ, S. J. (eds.) (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- TASCHDJIAN, E. (ed.) (1975). *Perspectives on General Systems Theory. Scientific-Philosophical Studies*. New York: George Braziller.
- TAVEL, P. (2009). *Psychologické problémy v starobe I*. Pusté Úľany: Schola philosophica.
- VYMĚTAL, J. et al. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- VYMĚTAL, J. et al. (2007). *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- VYMĚTAL, J. (2010). Úvod do psychoterapie. Praha: Grada.
- Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. je psycholog, klinický psycholog, psychoterapeut, rektor PVŠPS a ředitel kliniky Eset. Ve spolupráci i sám založil některé organizace a zařízení, mj. víkendový psychoterapeutický stacionář PO Šadská, víkendový stacionář Linky důvěry PL Kosmonosy, kliniku Eset, AKP ČR, Pražskou psychoterapeutickou fakultu (s J. Skálou), Pražskou vysokou školu psychosociálních studií (s J. Skálou), Pražskou vysokou školu psychosociálních studií (s J. Skálou), spolu s O. Čálkem a spolupracovnicí Českou daseinsanalytickou společnost. Prošel psychoanalytickým výcvikem a byl tréninkovým analytikem, výcvikem SUR, psychedelickým výcvikem, rogeriánským výcvikem, jungiánským výcvikem v aktivní imaginaci, ČIS výcvikem. Publikuje a vyučuje u nás i v zahraničí, je autorem nebo spoluautorem osmi knih, okolo 150 odborných článků a textů. Je členem našich i zahraničních odborných společností.*
- Došlo do redakce 29. 4. 2013, v revidované verzi 26. 6. 2013. K publikaci přijato 28. 6. 2013.*



## MANDALA V ARTETERAPII

### Mandala in art therapy

Zuzana Řezáčová Lukášková

#### ABSTRAKT

Mandala je pravidelný kruhový obrazec, který usnadňuje zklidnění a pomáhá k navázání kontaktu se sebou sama. Do psychoterapie tento přístup přinesl C. G. Jung. Později práci s mandalou integrovala arteterapie, která nabídla i možnost další práce s ní a umožnila rozšíření mandaly jako nástroje sebepoznání po celém světě. Cílem této práce je přinést základní přehled o možnostech použití mandal v psychotherapii a ukázat, jak lze mandalu provázet s dalšími terapeutickými přístupy.

*Klíčová slova:* mandala, arteterapie, psychoterapie

#### ABSTRACT

Mandala is a regular circular shape that facilitates relaxation and helps us to make contact with ourselves. This approach has been brought to psychotherapy by C. G. Jung. Later mandala was adapted by art therapy. This gave us more options for working with mandalas and helped to spread mandalas as a tool for self-discovery all around the world. Our goal is to provide a basic overview of mandala possibilities in psychotherapy and to show how to combine mandala with other therapeutic approaches.

*Key words:* mandala, art therapy, psychotherapy

#### ÚVOD

Jedním z cílů psychoterapie je individuální rozvoj člověka jako osobnosti. Tento rozvoj by měl vést k celistvosti, a tím i ke zdraví v jeho nejširším slova smyslu, tedy ke stavu úplné tělesné, duševní a sociální pohody (jak zdraví definuje na svých webových stránkách světová zdravotnická organizace, WHO). K vytvoření této harmonie na všech

uvedených úrovních využívají někteří psychoterapeuti postupy založené na osobním prožitku, které jsou považovány za jedny z nejefektivnějších způsobů práce na sobě. Jednou z cest, jak prožít silný osobní zážitek, který může změnit náš pohled na svět, může být např. tvorba. Tu může zprostředkovat arteterapie (léčba uměním) nebo artefiletika (osobní rozvoj pomocí umění). Oba přístupy využívají umění jako nástroje k navození prožitku a následné změny. Avšak zatímco arteterapie se zaměřuje na psychické poruchy či obtíže pacienta s cílem léčit, artefiletika je obor uplatňující se ve výchově jako prostředek kultivace emocionální a hodnotové sféry vnitřního světa člověka (Lhotová, 2010). Výtvarné techniky použité v terapii pomáhají k sebepoznání, navozují abreakci, korektivní zkušenost nebo relaxaci. Jednou z technik využitelných pro všechny jmenované cíle je pak práce s mandalou.

Slovo mandala pochází z východu (ze staroindického obřadního jazyka sanskrtu) a znamená kruh nebo oblouk. Mandala se však vyskytuje po celém světě a můžeme říci, že i po celém vesmíru. Jedná se o nadkulturní, a v jistém slova smyslu také o nadčasový, symbol jednoty a rovnováhy. Do našeho slovníku toto slovo přinesl ve druhé polovině minulého století C. G. Jung (1999). Ten se také zasloužil o to, že se mandala dostala do západní psychoterapie a následně do arteterapie. Jung používal mandalu nejprve pro své vlastní léčení a později i pro práci se svými pacienty, o čemž referoval v knize *Mandaly: obrazy z nevědomí* (Jung, 2004). Jung ve své práci kombinoval mandalu, alchymistické symboly, ale také práci s archetypy (pratypy). Podle C. G. Junga lze mandalu považovat za symbolické vyjádření všech cest, které vedou ke středu. Tato cesta v Jungově pojetí znázorňuje individuaci člověka. V mnoha kulturách je tato cesta do

středu symbolem k nalezení boha a k osvícení. V terapeutickém použití může mandala pomoci k rozvoji všímavosti vůči vlastním tělesným prožitkům, k navození uvolnění, ke zlepšení sebehodnocení (vytvořím něco pěkného) nebo k získání vhledu. Mandala se z těchto důvodů v poslední době stala běžně používanou pomůckou zejména v arteterapii, jak dokazuje např. kapitola Arteterapeutické metody v knize *Základy arteterapie* (Šicková-Fabrici, 2002).

#### TECHNIKY PRÁCE S MANDALOU

Práce s mandalou je jednou z rozšířených relaxačních technik. Práce s kruhovým a harmonickým tvarem přináší zklidnění, a to zejména, pokud je dodržen jeden směr malování po celou dobu, bez přeskakování mezi jednotlivými motivy. To činí některým klientům, zvyklým přecházet mezi několika činnostmi najednou, potíže. Klienty s tendencí k přeskakování mezi jednotlivými tvary a vrstvami mandaly nebo s tendencí k náhodnému volení jednotlivých tvarů a barev bez systematického uspořádání (bez symetrie) vedeme k uvědomění si vzorce jejich chování a k prožitku setrvání u jednoho zvoleného postupu. Takováto komentovaná práce přináší sebezpoznaní, může přinést zklidnění a získání energie. Vhodné je také spojení tvorby mandal s technikou tělesného zakotvení – focusing, která je volně kombinovatelná s arteterapií (Rappaport, 2009) a rozvíjí u klientů psychohygienické návyky.

Tvorbu mandaly můžeme využít také jako prostředek k zážitku změny. Většina klientů volí při malování stále stejný směr tvorby. Můžeme zde sledovat metaforu s jejich životem a s tendencí k používání navykých forem chování. Mandala v tomto případě nabízí prostor pro hravé a bezpečné experimentování se změnou, pokud klienta vyzveme k tomu, aby zvolil opačný směr tvorby a sledoval při tom své pocity.

Při práci s mandalou lze využít již hotovou (barevnou) mandalu, předlohu (černobílou) mandal k vymalování nebo volný papír (případně papír s prázdným kruhem).

#### PRÁCE S BAREVNOU MANDALOU

Hotovou mandalu, ať už se jedná o mandalu nakreslenou klientem nebo o mandalu např. z mandalové karty, lze použít jako projekční techniku nebo jako základ pro relaxaci a zklidnění. Pro to lze použít např. instrukci uvedenou v knize *Mandaly světa, Kniha meditací a malování* (Dahlke, 1999), kde autor radí posadit se na klidné a pohodlné místo cca 50 cm před mandalu a zadívat se na ni. Dahlke (1999) dále ve své knize vysvětluje, že se pozorovatel mandaly má při jejím pozorování pohroužit do jejího středu. Tím má do jeho srdce a duše vstoupit klid a mír, aby se mohl přiblížit svému Bohu, sobě samému i tomu, z čeho pochází.

Tato koncentrace bude silnější, pokud bude klient rozjímat se svou vlastní mandalou. Může pak svou relaxaci doplnit o svou vlastní interpretaci kresby pomocí techniky volných asociací. Stačí vypsát barvy a tvary obsažené v mandale podle toho, v jakém procentuálním množství jsou v jeho mandale zastoupené. S asociacemi přiřazenými k jednotlivým položkám na seznamu se pak může změnit pohled na mandalu, případně může dojít k získání vhledu ohledně klientova fungování ve světě (Fincher, 1991).

#### TVOŘENÍ VLASTNÍCH MANDAL

Pro vytváření vlastních mandal lze použít principu automatické kresby, kdy necháme klienta volně tvořit na bílém papíru, případně do bílého kruhu (Machková, 2006). Pro ty, kteří si ze školy odnesli zkušenost s tím, že neumí kreslit a za tuto „neschopnost“ byli trestáni (posměchem, špatnou známkou atd.), však může být tento postup příliš ohrožující. Pokud chceme tvořit mandalu i s těmito klienty jako korektivní zkušenost, je vhodné zvolit tvorbu pod vedením terapeuta. Ten dává klientovi pokyny k tvorbě, ale vlastní provedení (zejména volbu rozměrů) nechává na něm. Pro takovouto vedenou tvorbu můžeme využít např. tvorbu mandaly ze čmáranice, kterou uvádí Šicková-Fabrici (2002), nebo lze využít postup tvoření tibetské či indiánské

mandaly uvedené v knize Velká obrazová encyklopedie předpovídání budoucnosti (Morningstar, 2008). Další možností je tvorba mandaly pomocí plastové šablony, která je k dostání v terapeutickém Centru Mandala o. s. Pro postupné posílení klientova sebevědomí je však vhodné začít s prací s předlohami.

#### PRÁCE S PŘEDLOHOU

Předlohy mandal jsou vhodným prostředkem pro všechny, kteří se vlastní tvorby bojí, nedůvěřují si a jsou nejistí, položíme-li před ně bílý papír. Díky tvorbě mandal pomocí předloh a šablon může klient nabýt důvěru v sebe sama a v to, že je schopen tvořit hezké věci, které jsou přijímané. Při systematické práci s předlohou tak časem u každého vzroste sebevědomí a vznikne touha zkusit vytvořit něco zcela vlastního.

Pro práci s předlohami existuje mnoho způsobů, jak s mandalou pracovat. V knihkupectvích lze najít tematicky zaměřené mandaly, které „stačí“ vymalovat, ale také mandaly, které jsou ve své podstatě sítí čar, ze kterých klient „skládá“ tvary své mandaly. Záleží jen na tom, zda chceme klást větší důraz na používání barev nebo zda chceme zapojit i aktivní práci s tvarem. Obecně je barva považována za ženský aspekt, za synonymum emocí, zatímco tvar je přiřazován mužským kvalitám a myšlenkám. Praxe potvrzuje, že ženám více vyhovuje práce s předlohou, zatímco muži ji vnímají jako omezující a preferují vlastní tvorbu tvarů. Na preferenci práce s předlohou můžeme v terapeutickém prostředí sledovat také témata „hodné holčičky“ (podřídím se již daným tvarům) nebo strach z vlastní tvorby, a tím i ze selhání.

#### MANDALA JAKO DIAGNOSTICKÝ NÁSTROJ

Při práci s mandalou můžeme sledovat klientovy návyky, základní charakterové vlastnosti a to, jak se klient vypořádává ve svém běžném životě se zadanými úkoly. Pokud klientovi pomůžeme po dokončení

práce celý proces tvorby zreflektovat, může pak i on získat vhled na své zautomatizované vzorce chování. Právě tento verbalizovaný zpětný pohled je často tím, co činí z tvorby mandal terapeutický nástroj.

Zpětný pohled na hotový obraz může přinést také nové pohledy na situaci, která je zpracovávána. Zajímavé bývá podívat se na mandalu z odstupu nebo z jiného úhlu, než byla viděna doposud. Poté, co klient získá náhled na své vzorce chování, může sám určit, které návyky chce změnit. Ty může při dalším tvoření vědomě ovlivňovat. Terapeut by při tom měl klienta vést k reflexi prožívané změny a pomoci mu s jejím uchopením. Na vlastní tvorbu práci pak lze navázat další prací s hotovou mandalou. Pokud má klient sérii mandal, lze využít také diagnostického třídění mandal dle Kellogové, které v upravené verzi uvádí Fincher (1991). Případný výklad mandaly by však měl být vždy ponechán plně na klientovi. Terapeutovy interpretace mohou mít neblahé následky a mohou vést i k poškození klienta, neboť terapeut je vnímán z pozice autority a jeho vyjádření o klientovi bývají bez zaváhání přijímána jako platná. V Koreji je však již několik let vyvíjen počítačový program, který na základě statistického modelu interpretuje tvary i barvy použité v mandale (Kim et al., 2009). A jak uvádí jedna americká studie (Elkis-Abuhoff et al., 2009), mandalu lze použít také k neinvazivní diagnostice průběhu závažných onemocnění, jako je rakovina prsu. Elkis-Abuhoff et al. (2009) ve své práci uvádějí, že pokud žena dostala papír s kruhem a 15 pastelek různé barvy, mohl ošetřující personál sledovat tvorbu v závislosti na jejím fyzickém stavu ve vysoké korelaci.

#### INDIKACE A KONTRAINDIKACE

Mandala může být použita jak pro duševně nemocné pacienty, tak pro lidi toužící po sebepoznání a sebe-uvědomění a má díky tomu v psychoterapii široké možnosti využití. Ačkoli práce s mandalou nemá žádné známé kontraindikace a může pomoci

při řadě psychických i psychosomatických potíží, nejedná se o metodu, která by byla vše spásná sama o sobě. Jedná se o podpůrnou a doplňkovou metodu k jakékoli léčbě. Práci s mandalou lze vhodně kombinovat s dalšími přístupy, jako je např. focusing (práce s tělesnými pocity), metoda volných asociací, projekce, imaginace (aktivní snění) nebo některé techniky průzkumu psychotopu (prostředí, ve kterém se klient pohybuje a kterého si všímá, je tedy schopen o něm mluvit nebo ho nakreslit) (Frýba, 2002). Vždy je však nutné vlastní práci přizpůsobit potřebám klienta.

#### PRÁCE S „TERAPEUTICKOU“ PŘEDLOHOU – UKÁZKA Z PRAXE

Kromě běžně dostupných předloh mandal existují také předlohy, které jsou upravené pro využití mandal spolu s psychotherapeutickými technikami. Mandala je v řadě kultur považována za symbol našeho světa, a proto ji lze použít také jako symbol klientova psychotopu. Ten, pokud je na jednom místě v barvách a tvarech, je snadněji uchopitelný pro klienta i pro doprovázejícího terapeuta, neboť oba vidí „stejný obraz“. Můžeme tak nechat klienta nakreslit vztahovou mandalu (gradient vztahů – obr. 1, 1a), na papírový talíř můžeme klienta vést k zachycení denní porce času (čemu se jak věnuje a jak má svoji porci poskládanou? – obr. 2), nebo můžeme provádět reflektování ve spirále času vedoucí od okamžiku „tady a teď“ do minulosti (obr. 3, 3a). Podívejme se, jak takové terapeutické setkání s mandalou může probíhat.

Řada klientů přichází do psychoterapie z důvodu vztahových problémů. Pro tyto klienty je vhodné i opakovaně zařazovat tvorbu mandaly vztahových osob a pomoci jim se tak zorientovat v jejich prožívání směrem k lidem, se kterými se setkávají. Pro tuto práci je využívána upravená technika gradient vztahů (Frýba, 2002), focusing (Gendlin, 2003) a arteterapeutické ztvárnění do speciálně předem připravených mandal.

#### ZÁZNAM Z TERAPEUTICKÉHO SETKÁNÍ

Klientkou je 25letá mladá žena, která řeší vztahové hranice a téma blízkosti s lidmi v jejím okolí. Vůči některým lidem chová podle ní nepřiměřené pocity. Proto navrhuji techniku *mandala vztahových osob*, ve které se můžeme podívat na její vztahy k blízkým osobám (z pohledu jejího prožívání). Nejprve klientku seznamuji s tím, jak bude technika probíhat.

Práce je rozdělena do dvou kroků. Nejprve je vedena instrukce pro uvědomění si toho, kolik lidí má klientka ve svém okolí a jaký k nim má vztah. Vedu instrukci v první osobě: „Nyní si zavřu oči, uvědomím si dotek s podložkou a celou svou sedící postavu. Nechám celé své tělo uvolněné a klidné. Mohu si představit samu sebe na ostrově a počkám, která tvář se mi před mým vnitřním zrakem objeví. Hned, jak se objeví, podívám se do svého těla, jak mi je při pohledu na tuto tvář a kde bych tohoto člověka chtěla mít? Blízko sebe nebo daleko? Podle pocitu umístím člověka do své mandaly, na svůj ostrov. Pak si opět zavřu oči a počkám, kdo se objeví dál. Znovu se zeptám, jak mi je tento člověk blízký, a zanesu ho na svůj ostrov. Zavřu si oči, počkám a pokračuji, dokud se mi vybavují další a další lidé.“ Lidé jsou podle vzdálenosti od klientky rozdělení do kategorie milované, přátelské, neutrální, nesympatické a nepřátelské.

Instrukce pro druhý krok vede klientku k prožitku, jak se mezi jednotlivými skupinami lidí cítí. Tělesný prožitek je převáděn do barev a tvarů speciálně připravené mandaly soustředných kruhů, jejichž plochy jsou upravené tak, aby byly pro všechny skupiny stejně velké. Instrukce pro druhou část práce zní: „Nyní si znovu zavřu oči a představím si, že stojím uprostřed lidí z prvního mezikruží. Jaký je to pocit? Kde v těle ho cítím? Jaký se k němu hodí tvar a barva? Nechám si čas na uvědomění si toho, jak se mezi těmito lidmi cítím, a pocit nechám přejít skrz ruku do barev a tvarů. Pak se přemístím mezi lidi z dalšího mezikruží...“

Po dokončení práce společně reflektujeme mandalu (obr. 4), která leží před námi. Klientka ji popisuje následujícími slovy: „Ve středu jsou milované osoby, které jsou znázorněny bez ostrých hranic, protože k nim nepotřebuju být ostražitá (prolínající se tvary a světlost naznačují uvolněnost), u přátelských osob je více barev, protože těchto osob už je víc a mám s nimi různé barevné zážitky (v této vrstvě je patrná změna, začíná se vyskytovat více barev, které jsou v kontrastu, jsou patrné ostré hranice, které klientka reflektuje jako potřebu chovat se vůči těmto lidem podle určitých pravidel). S neutrálními osobami mám méně intenzivní vztahy, které jsou zachycené v jednotné barvě (začíná převažovat modrá, kterou klientka vnímá jako barvu klidu a mírného odstupu). Nepřátelské a nesympatické osoby se prolínají, není mezi nimi jasný rozdíl, ale množství vybarvené plochy se zmenšuje, stejně jako se zmenšuje jejich počet v mém životě. Celek tvoří květinu, stejně jako lidé kolem mě tvoří celek (psychotop klientčina života).“

Toto prožítí si pocitů k jednotlivým lidem z blízkého okolí a zároveň výtvarné ztvárnění přineslo klientce nový pohled na její vztahy a chování vůči lidem, se kterými se v životě setkává. Pozitivní dopad mělo zejména grafické ztvárnění převažujícího množství pozitivních vztahů, ale také přiznání si a prožití toho, že někteří lidé jsou vnímáni jako nesympatičtí a nepřátelští. Také potřeba udržování hranic, která se v mandale objevila, pomohla k lepšímu pochopení některého „neadekvátního“ chování.

Výhodou tohoto přístupu je bezpečnost, možnost klientovy samostatné práce a dlouhodobý efekt. Nevýhody jsou naopak potřeba aktivního klientova zapojení, v případě tvorby nechť klienta něco vytvářet a předsudky způsobené častou představou toho, že mandala je nástrojem náboženských organizací (či sekt), případně výhradně východních filosofii.

## ZÁVĚR

Práce s mandalou je dnes součástí zdravotnické péče v mnoha zařízeních jako doplňkový program. Je využíván zejména relaxační efekt tvoření a vliv na celkové zklidnění pacientů, jak dokazuje např. studie, která byla provedena ve spojených státech a která dokazuje pozitivní fyziologický efekt (snížení stresu) kreslení mandal u lidí s mentální retardací (Schrade et al., 2011). Jako doplňkový prostředek je mandala využívána také ve školství, kde pomáhá dětem zvyšovat jejich pozornost a usnadňuje návčik koncentrace.

## LITERATURA

- Dahlke, R. (1999). *Mandalas světa, Kniha meditací a malování*. Praha: Pragma.
- Elkis-Abuhoff, D., Gaydos, M., Goldblatt, R., Chen, M., Rose, S. (2009). Mandala drawings as an assessment tool for women with breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 231–238.
- Fincher, S. F. (1991). *Vytváření mandaly – Praktická kniha pro vytváření a výklad léčivých kruhových obrazců*. Praha: Pragma.
- Fryba, M. (2002). *Principy satiterapie, příručka ke kurzu*. Praha: Ateliér Satiterapie.
- Gendlin, E. (2003). *Focusing*. Praha: Portál.
- Jung, C. G. (1999). *Snové symboly individuálního procesu*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2004). *Mandalas: obrazy z nevědomí*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Kim, S., Kang, H. S., Kim, Y. H. (2009). A computer system for art therapy assessment of elements in structured mandala. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 19–28.
- Lhotová, M. (2010). *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta.
- Machková, M. (2006). *Psychografie (automatická kresba), poznatky a výuka*. Dobrá Voda u Českých Budějovic: Nakladatelství JIH.
- Morningstar, S. (2008). *Předpovídání budoucnosti: poznejte a řiďte svůj osud na základě znamení, symbolů a snů (Velká obrazová encyklopedie předpovídání budoucnosti)*. Praha: Svojtka & Co.
- Rappaport, L. (2009). *Focusing-Oriented Art*

*Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.  
Schrade, C., Tronsky, L., Kaiser, D. H. (2011). Physiological effects of mandala making in adults with intellectual disability. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 109–113.  
Šicková-Fabrice, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.

*MVDr. Zuzana Řezáčová Lukášková, Ph.D., 1983, vystudovala Veterinární a farmaceutickou univerzitu v Brně, ale již za studia začala s psychoterapeutickým výcvikem v satiterapii, vedením encounterových*

*skupin a s prací v oblasti osobního rozvoje. Absolvovala dvouletý arteterapeutický výcvik v Hradci Králové. Je zakladatelkou a jednatelkou občanského sdružení Centra Mandala o.s. a členkou arteterapeutické asociace.*

*Pracoviště: Centrum Mandala o.s., Opletalova 6, Brno. Kontakt: mandaly@centrum.cz, 777 957 793.*

*Došlo do redakce 29. 4. 2013, v revidované verzi 17. 6. 2013. K publikaci přijato 28. 6. 2013.*

## Výcvik v jungovské psychoterapii

Česká společnost pro analytickou psychologii – jungovskou psychoterapii (ČSAP) poskytující výcvikové programy v psychoterapii akreditované pro práci ve zdravotnictví oznamuje, že **v září 2014 bude otevřen další čtyřletý kurz výcvikového programu orientovaného na analytickou psychoterapii.**

Semináře budou probíhat paralelně v Brně a Praze.

Další informace o výcviku najdete na stránkách: <http://www.csap-cz.eu>

Podmínkou přijetí do výcviku je **zájem o jungovskou psychologii, vysokoškolské vzdělání** (ukončené nebo před ukončením), základní orientace v oblasti **psychoterapie.**

**Přijímací pohovory proběhnou na jaře 2014.**

Přihlášky a curriculum vitae posílejte e-mailem na adresu **sekretarka.csap@seznam.cz.**

Po potvrzení

přijetí přihlášky zašlete také rukou psaný neformální životopis

na adresu ČSAP – Dykova 26, 636 00 Brno.

Uzávěrka přihlášek je 28. 2. 2014.

## K SOUČASNÉMU POSTAVENÍ PSYCHOTERAPIE VE SVĚTĚ

### The contemporary status of psychotherapy in the world

Zbyněk Vybíral

#### ABSTRAKT

Na příkladu konstituování psychoterapie jako profese, k němuž dochází v několika posledních letech v Kanadě, a také krátce na postavení psychoterapie ve Švédsku ukazuje autor politické a odborné snahy spojené se směřováním k psychoterapii jako profesi na různých místech světa. Věcně přehledovým způsobem navazuje článek mimo jiné na kapitolu Psychoterapie v Evropě, která byla zařazena do knihy Současná psychoterapie (2010). Součástí textu je porovnání se situací v České republice.

*Klíčová slova:* psychoterapie, zákon, profese, poradenství

#### ABSTRACT

Author of the paper illustrates political and professional endeavour connected to heading for psychotherapy as a profession in different parts of the world on the basis of constitution of psychotherapy as a profession – which can be seen in Canada during last years – and shortly also on the position of psychotherapy in Sweden. The paper connects in a factual summarizing way besides others to a chapter Psychotherapy in Europe, which was integrated into publication Contemporary Psychotherapy (2010). The paper also contains comparison with situation in the Czech Republic.

*Key words:* psychotherapy, law, profession, counselling

Již delší dobu a z různých okruhů psychoterapeutické činnosti přicházejí zprávy o tom, že v Kanadě se „něco děje“. Dlouhou dobu je zde progresivní rodinná terapie, velký vliv má komunita terapeutů narativních, po světě se rozšířila kanadská na

emoce zaměřená terapie založená Lesliem Greenbergem. Psychoterapeuti v Kanadě úzce a tradičně spolupracují s výzkumníky v oblasti psychoterapie na univerzitách (McGill University v Montrealu, York University a jinde), univerzity podporují existenci center pro výzkum jak účinností psychoterapie, tak samostatných týmů pro výzkum procesu psychoterapie. Pověstné jsou psychoterapeutické kliniky při univerzitách (York University, University of Victoria). Je podporována online psychoterapie. Progresivní jsou Kanadáné i v jiných oblastech psychologie. V letech 2011 až 2013 působí právě na York University editorský tým pro vznikající světovou Encyklopedii kritické psychologie, jejíž hesla zpřístupňuje nakladatelství Springer na webu již nyní a jejíž vázaná verze (odhadem 1800 stran) má vyjít začátkem roku 2014.

V současnosti se Kanada stala také příkladem toho, jak lze psychoterapii dále profesionalizovat, vymezit a chránit – jako samostatnou profesi. V řadě provincií se rozhodli vydat zákony o psychoterapii, uznat psychoterapii jako nezávislé povolání a prosazovat nebo dokonce uzákonit bližší propojení s poradenstvím.

Podívejme se blíže na situaci v některých kanadských provinciích. Pro představu: obyvatel v největší provincii (Ontariu) žije 13 miliónů, ve druhé největší (Québecu) 8 miliónů – jde tedy o administrativně územní celky srovnatelné s naší republikou. I proto, třebaže nejenom proto, jsme se zaměřili na Kanadu. Jinak řečeno: co se podařilo tam, mohlo by se podařit také u nás.

#### KANADSKÉ PROVINCE: ONTARIO A DALŠÍ

V listopadu 2009 se v kanadské provincii **Ontario** ustavilo Kolegium registrovaných

psychoterapeutů a terapeutů duševního zdraví (*College of Registered Psychotherapists and Registered Mental Health Therapists*).<sup>1</sup> Rada kolegia začala – zatím přechodně – plnit své úkoly v podstatě nedlouho poté, co v Ontariu přijali Zákon o psychoterapii (*Psychotherapy Act, 2007*). Těsná většina rady bude volena ontarijskými psychoterapeuty, část členů rady bude jmenovat vláda. Už z toho je zřejmé, že je v zájmu vlády regulovat psychoterapii. V prvním kroku registrací těch, kdo psychoterapii praktikují se zárukou kompetence a etiky. Na stránkách spravovaných přechodnou radou Kolegia najdeme srozumitelně formulovanou misii i její zdůvodnění. Přechodná doba, během níž mají být formulovány jasné standardy, má končit příští rok (2014). Dění na legislativní scéně Ontaria je jasné: zajistit, aby se praxe registrovaných psychoterapeutů a registrovaných terapeutů duševního zdraví vešla do rámce toho, jak psychoterapii a další (jinou) pomoc lidem v oblasti duševního zdraví chápeme. Stanovy Kolegia mají 38 stran.

Všimněme si znovu jeho názvu. Kromě označení „psychoterapeut“ se zavádí profese „terapeut v oblasti duševního zdraví“.

V Zákoně číslo 171 z června 2007, jehož součástí je také Zákon o psychoterapii („Psychotherapy Act“), je psychoterapie definována jako „lечение za použití psychotherapeutických technik, ke kterému dochází v rámci terapeutického vztahu, a to léčení jedincových vážných poruch myšlení, kognice, nálady, emočního ovládnání, vnímání nebo paměti, které mohou vážně poškodovat jedincovo posuzování, náhled, chování, komunikaci nebo sociální fungování.“ Tímto zákonem, který pozměnil někdejší Zákon o regulovaných zdravotnických profesích z roku 1991, byla psychoterapie **de iure uznána jako nezávislé povolání**.

Ve stejné době došlo k podobnému vývoji v jiné kanadské provincii, a to v **Britské Kolumbii**. Situace zde byla dlouhou dobu téměř absurdní. Až do roku 2009 zde bylo nelegální nazývat se psychoterapeutem, pokud jste neměli doktorát z psychologie. Dokonce ani magisterský titul z poradenské nebo klinické psychologie nestačil. Už vůbec nemluvě o ostrakizaci těch, kdo psychologii nevystudovali, třebaže měli výcviky v psychoterapii. Uzurpování si psychoterapie jen úzkou skupinou výzkumně trénovaných profesionálů s doktorátem vyprovokovalo nakonec změny, v rámci nichž si o legální právo nabízet psychoterapii řekli poradci, z nichž většina nevystudovala psychologii.

I ve dvou, co do počtu obyvatel nejmenších, východních provinciích došlo ke změnám.

V nejmenší kanadské provincii **Ostrov prince Edwarda** se asociace poradců dělící od roku 2006 na dvě komory. Vedle komory školních poradců má komoru pro psychotherapeutické poradenství. Není bez zajímavosti, že používání termínu „psychotherapeutické poradenství“ má tradici i u nás, prosazovali ho např. Karel Kopřiva nebo autor tohoto článku (Kopřiva, 1990; Vybíral, 2000).

V provincii **Nové Skotsko** začal platit v říjnu 2011 Zákon o poradenských terapeutech (*The Counselling Therapists Act*). I tady přijetím zákona vyvrcholila práce, jejímž cílem byla ochrana nazývání se terapeutem (chráněno zákonem je nyní označení „poradenský terapeut“).

#### POROVNÁNÍ SE SITUACÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ (INTERMEZZO)

Cílem tohoto textu je ukázat na příkladu Kanady, že konstituovat a chránit psychoterapii jako samostatné povolání jde. Je možné spojit se a spolupracovat s poradci, budovat společně s nimi samostatné povolání, uzákoňovat, co je potřeba, chránit uzákoněný obor, a přispívat tím k ochraně a orientaci klientů. Jsou u nás vidět podobné trendy?

Snahy reprezentantů české a moravské

<sup>1</sup> Všechny informace o činnosti ontarijského Kolegia se opírají o zdroje z internetových stránek Kolegia – viz <http://www.collegeofpsychotherapists.on.ca> [citováno 15. 6. 2011].



psychoterapie, a to zejména velké části členů výboru České psychologické společnosti ČLS JEP, jsou bohužel konzervativní. Psychoterapie je zde zatím – většinou zmíněného výboru – chápána jako činnost prováděná pouze v rámci dvou původních profesí: klinický psycholog a psychiatr (Koblic, 2012). Výjimečné uznávání některých zasluhujících, starších kolegů jako psychoterapeutů zde má sice tradici (jde o několik renomovaných psychoterapeutů s jiným vystudovaným oborem, např. speciální pedagogikou, andragogikou apod.), bohužel jejich příklad (a „případ“) se nestal systémově řešeným precedentem. Navíc, pokud bychom psychoterapii zužovali jen na vzdělání v klinické psychologii (postgraduální specializační vzdělání zakončené tzv. atestací) a psychiatrii, musela by se řešit situace ne několika, ale několika desítek kolegů uznávaných v odborné komunitě jako psychoterapeuti, kteří sice jsou psychology, ale nejsou klinickými psychology, nebo jsou lékaři = nepsychoiatri.

Jak o tom svědčí i materiál publikovaný v tomto čísle (Miovský, Kalina) nebo aktivity kolegů kolem serveru [www.iscp.cz](http://www.iscp.cz), sílí a už i u nás je lépe zformulována snaha prosadit psychoterapii jako nezávislou profesi.

Vraťme se opět k situaci v Kanadě. A podívejme se na spolupráci psychoterapeutů s poradci.

#### PSYCHOTERAPIE A PORADENSTVÍ: NEJASNÉ HRANICE MEZI PROFESEMI (NEJEN V KANADĚ)

Hlavní organizace kanadských poradců (Canadian Counselling Association) změnila v roce 2009 svůj název – po vzoru britské BACP – na Kanadskou poradenskou a psychoterapeutickou asociaci (Canadian Counselling and Psychotherapy Association; <http://www.ccpa-accp.ca>) a v současnosti sdružuje okolo 3800 profesionálních poradců.

CCPA ve svých materiálech vymezila poradenství takto: poradenství je proces, mající

povahu vztahu, který je založen na etickém využití specifických profesionálních kompetencí tak, aby usnadňoval změnu člověka. Poradenství je zacíleno na pohodu člověka, vztahy, osobnostní růst, kariéru a její rozvoj, duševní zdraví, psychické onemocnění nebo stres. Poradenský proces charakterizuje použití uznávaných kognitivních, afektivních, expresivních, somatických, spirituálních, vývojových, behaviorálních, výukových a systemických principů.<sup>2</sup>

Na jiném místě se CCPA explicitně vyjádřila ke vztahu mezi poradenstvím a psychoterapií. Podle této organizace – podobně jako podle britské BACP – není možné obě profese od sebe odlišit tak, aby s odlišením všichni souhlasili. Tradičně je zde tábor poradců a psychoterapeutů, kteří používají oba termíny zaměnitelně, a naopak je zde tábor těch, kteří mezi nimi rozlišují. Rozlišování mezi poradenstvím a psychoterapií se ovšem, jak představitelé CCPA zdůrazňují, týká více odlišných vzdělání a výcviků poradců a psychoterapeutů a jejich odlišných zájmů a podmínek, ve kterých pracují, než činností samotných. Praxe poradců a psychoterapeutů se překlývá především v soukromých praxích.<sup>3</sup>

Inspirací pro nás může být, že v letech 2008 až 2010 uskutečnili v Kanadě vý-

<sup>2</sup> Protože jde jen o pracovní překlad, uvádím zde originální definici v angličtině: „Counselling is a relational process based upon the ethical use of specific professional competencies to facilitate human change. Counselling addresses wellness, relationships, personal growth, career development, mental health, and psychological illness or distress. The counselling process is characterized by the application of recognized cognitive, affective, expressive, somatic, spiritual, developmental, behavioural, learning, and systemic principles.“

<sup>3</sup> V originále příslušná pasáž ze stránek CCPA zní: “It is not possible to make a generally accepted distinction between counselling and psychotherapy. There are well founded traditions which use the terms interchangeably and others which distinguish between them. If there are differences, then they relate more to the individual psychotherapist’s or counsellor’s training and interests and to the setting in which they work, rather than to any intrinsic difference in the two activities. A psy-

zkum, který zmapoval používání titulů mezi poradci a terapeuty v Kanadě a ve světě. Autoři mj. sumarizovali více než 70 označení. V poradenství se užívá označení a sebedefinování jako: poradce, psychoterapeut, poradenský terapeut, terapeut v oblasti duševního zdraví, kariérní poradce, manželský a rodinný poradce (dále např. označení pro nás nezvyklá: *conseiller/conseillère d'orientation, vocational guidance counsellor, orienteur, orienteur professionnel, psychoeducateur*).

#### QUÉBEC: OCHRANA TITULU ANEB PSYCHOTERAPEUTEM ZA POMLČKOU

Québec, jako první kanadská provincie, vyhlásil v červnu 2009 ochranu (*statutory regulation*) titulu „psychoterapeut“. Titul mohou používat jen psychologové a lékaři. Psychoterapii mohou v Kanadě vykonávat rovněž sociální pracovníci, poradci, zdravotní sestry a „pracovní psychologové“ (*occupational*). Ti ovšem musejí splňovat několik podmínek. Např. mít magisterské vzdělání buď v oblasti duševního zdraví, nebo lidských vztahů (*mental health or human relations*), mají psychoterapeutický výcvik, v průběhu posledních 5 let absolvovali nejméně 90 hodin dalšího vzdělávání a jako psychoterapeuty je schválila rada québecké psychologické asociace (*Ordre des Psychologues du Québec*). V těchto čtyřech profesích se lze tedy také nazývat psychoterapeut, ale titul lze používat pouze jako druhý (tedy

chotherapist working in a hospital is likely to be more concerned with severe psychological disorders than with the wider range of problems about which it is appropriate to consult a counsellor.

In private practice, however, a psychotherapist is more likely to accept clients whose need is less severe. Similarly, in private practice a counsellor's work will overlap with that of a psychotherapist.

Those counsellors, however, who work for voluntary agencies or in educational settings such as schools and colleges usually concentrate more on the 'everyday' problems and difficulties of life than on the more severe psychological disorders. Many are qualified to offer therapeutic work which in any other context would be called psychotherapy.”

např. zdravotní sestra-psychoterapeutka, poradce-psychoterapeut apod.).

Je zřejmé, že psychologové si v psychoterapii tímto přivlastnili určitou formu dohledu nad těmi, kdo vystudovali původně jiné disciplíny. Zároveň, jestliže ani lékař ani psycholog nemusejí před titulem psychoterapeut uvádět své první vzdělání, byla zavedena jasná nadřazenost a zřejmě upřednostňování mezi původními kvalifikacemi. Zpráva by mohla znít: vystudovat psychologii nebo medicínu má pro psychoterapii větší význam, než vystudovat sociální práci nebo magisterský obor „poradenství“.

#### REAKCE PSYCHOLOGŮ

Ti, kdo se konstituováním nové profese cítí ohroženi nejvíce, jsou psychologové. Psychologové tvořili v mnoha zemích mezi psychoterapeuty tradičně většinu (bylo a je jich více než lékařů), proto se bedlivě dívají na to, jak kvalifikováni jsou pro psychoterapii další psychoterapeuti. A někteří s neskryvanou nelibostí sledují, jak se smazávají hranice mezi poradenstvím a psychoterapií. Zvláště, když průzkumy původních vzdělání psychoterapeutů ukazují, že původní profese „psycholog“ už není nejrozšířenější.

Nedávný internetový průzkum v USA, kterého se zúčastnilo 2647 respondentů, ukázal, že nejčastějším výchozím vzděláním psychoterapeuta je vystudovaná sociální práce. Následovali profesionální poradci, pak teprve psychologové, manželští a rodinní terapeuti; na dalších místech drogoví a alkoholoví poradci a pastorační poradci (Cooková, Biyanová a Coyn, 2009).

V březnu 2011 se Martin Drapeau obrátil na členy světové *Society for Psychotherapy Research* (dále jen SPR) s prosbou o pomoc. Drapeau pracuje jako docent v oborech poradenství a psychiatrie na montrealské McGill University, řídí zdejší výzkum v psychoterapii, který má velmi dobrou pověst. V roce 2011 byl viceprezidentem psychologické asociace státu Québec. Kromě toho také editorem, resp. spolueditorem časopisů *Psy-*

chology a *Canadian Psychology*. Jako vrcholný představitel asociace québeckých psychologů chtěl pomoci s definicí, co vlastně tedy je *podstatou* psychoterapie; nejlépe v porovnání s jinými formami pomoci, jako jsou právě poradenství nebo psychiatrická podpůrná péče (*supportive management*), dále např. tzv. podpůrné intervence, psycho-edukační intervence apod. O pomoc s definicí a vymezením požádal velmi zkušený odborník.

Jako první vstoupil do diskuse David Orlinsky. Následující diskusi ovlivnily jeho charakteristiky psychoterapie, poradenství a koučinku. Určité není ztrátou času se nad nimi zamyslet.

Jak je vidět, podle Orlinského se všechny tři formy pomoci překrývají.

#### **V diskusi dále zaznělo:**

1. definovat, co je psychoterapie, znamená definovat také, co není psychoterapie. Potřeba „ohraničit“ psychoterapii je ovšem více potřebou politickou a ekonomickou (potřebují to např. zdravotní pojišťovny), než vědeckou (Stelk – *osobní sdělení*),

2. poradenství a psychoterapie jsou fluidní kategorie (Bedi – *osobní sdělení*),

3. tím, že již v jazyce zdůrazňujeme rozdíly mezi poradenstvím a psychoterapií, vytváříme „teritoria“ s domnělými hranicemi.

### **Psychosociální intervence v psychoterapii, poradenství a koučinku (podle Davida Orlinského)**

Druhy „facilitujících“ psychosociálních intervencí		
Psychoterapie	Poradenství	Koučink
Léčba stresujících poruch	Řešení svízelných problémů	Optimalizace nerealizovaného potenciálu
<i>prostřednictvím</i> úlevy od trápení	<i>prostřednictvím</i> vyřešení dilemat	<i>prostřednictvím</i> rozvoje talentu
a	a	a
korekcí maladaptivních návyků, konfliktů a postojů	zlepšení strategického zvládnání	zlepšení efektivních dovedností
<i>od</i> bolestné („abnormální“)	<i>od</i> frustrující, poškozené („neadekvátní“)	<i>ze stavu</i> neuspokojujícího, omezeného („průměrného“)
dysfunkce se symptomy	adaptace	výkonu
<i>k</i> „adekvátnímu“	<i>ke</i> kompetentní nebo „normální“ adaptaci	<i>ke</i> zvýšené nebo „výjimečné“ efektivitě
fungování bez symptomů		

#### **V praxi to znamená:**

**Psychoterapeuti** typicky používají kombinaci psychoterapie a poradenství, příležitostně s prvky koučinku (např. v závěrečné fázi práce s klienty).

**Poradci** typicky používají kombinaci poradenství s některými prvky psychoterapie a koučinku (záleží na povaze klientova problému a na tom, jaký má poradce výcvik).

**Kouči** typicky používají kombinaci koučinku a poradenství, příležitostně s prvky psychoterapie – ovšem **pouze tehdy, když** má kouč výcvik v psychoterapii a situace, která to vyžaduje, nastane v průběhu práce s klientem.

mi, které ovšem nepotřebujeme a které ani neexistují (Pos – *osobní sdělení*),

4. z vědeckého pohledu je možné ohraničení psychoterapie vidět jen jako „fuzzy“ množinu (Stelk – *osobní sdělení*).

#### EVROPA

Legislativní kroky učiněné v kanadských provinciích v posledních několika letech mají pochopitelně evropské, nám bližší paralely.

V Evropě se o regulaci psychoterapie snaží od roku 1990 Evropská psychoterapeutická asociace (dále EAP). Její rada a výbory prosazují psychoterapii jako samostatnou profesi – více viz: Vybíral, 2010; Miovský, Danelová, 2010. Kromě EAP existuje v Evropě od roku 1991 rovněž Mezinárodní psychoterapeutická federace (s curyšskou tradicí sahající do roku 1934, dále IFP). Ta naopak psychoterapii považuje za činnost, kterou provádějí psychiatři a kliničtí psychologové. Řešení rébusu, kdo je vlastně psychoterapeut, jde v podání IFP ruku v ruce s politikou Evropské federace psychologických asociací (dále EFPA) a Evropské psychiatrické asociace (dále EPA).

V dubnu 2010 zavázal prezident EFPA Robert A. Roe členy pracovní skupiny pro psychoterapii (Standing Committee of Psychotherapy) oficiálním stanoviskem této organizace, že zástupci jednotlivých zemí v této pracovní skupině mají jasně prosazovat restriktivní stanovisko ve věci psychoterapie. Psychoterapii mohou vykonávat jen kliničtí psychologové a psychiatři se specializovaným výcvikem. Další písemné stanovisko rozeslal prezident EFPA v říjnu 2010. Přispěla k němu diskuse, mimo jiné i s autorem tohoto textu, který na protest proti restriktivnímu stanovisku z dubna 2010 z pracovní skupiny odstoupil. V říjnu 2010 R. Roe uznává, že psychoterapii vykonávají i odborníci s jiným vzděláním, ale stále ji považuje jen za jejich činnost; psychoterapie je označována jako „activity“. Z tohoto pohledu psychoterapie samostatným povoláním není. Soukromou psychoterapeutickou praxi

(„independent practice“) mohou otevírat jen kliničtí psychologové a psychiatři.<sup>4</sup>

Použijeme-li paralelu s Kanadou – ontarijskému Kolegiu odpovídá v Evropě politika EAP, zatímco québecké řešení s dominancí a rozhodovací pravomocí psychologické asociace odpovídá více – vyvíjejícímu se – stanovisku EFPA.

V řadě zemí Evropy zůstává nadále otevřenou otázkou, kdo může praktikovat psychoterapii *lege artis* a kdo se v dané zemi může oficiálně označovat jako psychoterapeut (včetně varianty, že to doposud – v řadě zemí – může být kdokoliv). Podotázkou pak je, kdo psychoterapii může nabízet v rámci státního či nestátního zdravotnického zařízení tak, že jeho výkony jsou hrazeny např. zdravotními pojišťovnami.

Např. většina italských psychoterapeutů praktikuje mimo zákonné mantinely. Zákon o profesionální psychologii z roku 1989 (*Legge 18 febbraio 1989 n. 56 – Ordinamento della professione di Psicologo*) psychoterapii vyhradil jen psychologům a lékařům. Ve své době psychologové oslavovali, že byli tímto zákonem postaveni na roveň lékařům. Mezi psychoterapeuty ale dnes na trhu tvoří většinu tisíce psychoterapeutů bez vzdělání v psychologii nebo medicíně.

Zatímco v řadě zemí víceméně panuje shoda a je zavedena kontrola toho, kdo nabízí řádně akreditovaný psychoterapeutický výcvik (ve smyslu, které jsou uznané kompetentními institucemi, a které naopak nikoliv), zůstává otevřené, jaké minimální pregraduální vzdělání by měl mít psychoterapeut, a tedy i účastník specializovaného psychoterapeutického výcviku.

O všech těchto tématech se diskutuje velmi dlouho; v českém prostředí opakovaně např. na stránkách časopisu *Konfrontace*, na který v roce 2007 navázal časopis *Psycho-*

<sup>4</sup> V reakci na odstoupení autora tohoto článku ze stálé pracovní skupiny pro psychoterapii se např. klinický psycholog Petr Moos (2010) postavil proti myšlence psychoterapie jako nezávislé profese. Stojí snad ještě za zmínku, že prezidentu EFPA R. Roeevi jsem napsal mj., že by EFPA a EAP spolu měly dál vést dialog, který byl přerušen.

terapie (diskuse viz např. Čermáková, 2012; Černý, 2012; Moos, 2010; Možný, 2012; Zach, 2012). V Evropě nelze přehlédnout diskuse ve Velké Británii, kde na podporu psychoterapie jako samostatné profese vystupuje řada autorů. Britská rada psychoterapeutů UKCP (United Kingdom Council for Psychotherapy), založená v lednu 1993, například dokládá, že tisíce psychoterapeutů – včetně psychiatrů a klinických psychologů – se sdružuje v organizaci, která sice nemá státem či zákonem oficiálně uznané postavení, ale stala se autoritativním orientačním zdrojem pro veřejnost. Spravuje mj. registr psychoterapeutů.

Situaci v Německu, Norsku, Polsku, Portugalsku, Rakousku, Švýcarsku a Velké Británii jsem na základě dostupných textů a konferenčních vystoupení kolegů krátce shrnul jinde (Vybíral, 2010).

Podívejme se na situaci ve **Švédsku**.

Švédský systém uznávání psychoterapeutů je klasicky založen na udělování licencí.

Ve Švédsku se psychoterapeutem může stát ten, kdo získá základní vzdělání v psychosociální oblasti nebo medicíně (typicky tedy psycholog, psychiatr nebo sociální pracovník; ale např. i zdravotní sestra, pečovatelská aj.) a k němu základní psychoterapeutický výcvik. Chce-li získat psychoterapeutickou licenci od NBHW (angl.: Swedish National Board of Health and Welfare), je třeba, aby se vzdělal v jedné ze sedmi psychoterapeutických orientací. Těmito sedmi uznanými jsou: behaviorální terapie, kognitivní terapie, KBT, psychodynamická individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, rodinná terapie a psychoterapie s dětmi a dospívajícími.<sup>5</sup> Psychoterapeutický výcvik je záležitostí polovičního úvazku

a trvá tři roky. Jeho součástí je požadavek na vlastní terapii, a to v objemu 125 hodin individuální terapie, nebo 280 hodin absolvovaných ve skupině. Spíše výjimečná je dnes orientace jen na behaviorální terapii. Ve skutečnosti velká část psychoterapeutů ve Švédsku pracuje integrativně nebo eklekticky (Larsson, Kaldo, Broberg, 2009). V listopadu roku 2004 registroval NBHW celkem 4585 psychoterapeutů. Švédsko přitom bylo v oblasti psychoterapie dlouho konzervativní. Ještě v polovině 70. let 20. století splyvala představa o psychoterapii s obrazem psychoanalýzy<sup>6</sup> a v dominantně biologické psychiatrii se např. psychoterapie vůbec nepodporovala.

#### ZÁVĚR

V řadě zemí Evropy nelze přehlédnout „vrcholy“ mnohaúhelníku, který ohraničuje prostor, ve kterém se jedná o optimálním ustálení profese. Tyto vrcholy bychom mohli označit jako: legalita, autorita a tradice. Těžko zpochybnitelnou autoritou je „politika“ představitelů oboru, kolegů, kteří stojí v čele vzdělávacích institutů, výcvikových lektorů, autorů učebnic psychoterapie – a to jak ze státních pracovišť (univerzity), tak soukromých. Podobně zásadní – a takřkajíc „směrodatné“ – je legislativní prostředí, nejčastěji zužující přístup k profesi jen pro absolventy s jistým typem kvalifikace. Optimální postavení psychoterapie ve společnosti se pak odehrává na podloží tradice, která nemusí být v každé zemi a kultuře stejná.

Na příkladu kanadských provincií, ale i Švédska je vidět, že pokrok je možný a že ke zlepšení postavení psychoterapie vede řada různých cest.

<sup>5</sup> Autoři článku, z něhož čerpáme, objasňují rozdíl mezi kognitivní terapií a KBT tak, že terapeuti KBT mají základní výcvik buď v behaviorální terapii, nebo v KBT, zatímco kognitivní terapie byla ovlivněna kromě samotné kognitivní terapie podle A. Becka také psychodynamickou terapií, a to Bowlbyho teorií attachmentu. Švédští kognitivní terapeuti jsou tedy vycvičeni buď v KT, nebo původně v PDT (Larsson, Kaldo, Broberg, 2009).

<sup>6</sup> Zájemce o historii zavádění psychoterapeutických výcviků a o počátky vzdělávání v psychoterapii ve Švédsku, ale i v Norsku a Dánsku můžeme odkázat na zdroj: Seeman, K., Lauren, K. (1984).

## LITERATURA:

- Cook, J., Biyanova, T., Coyne J. (2009). Influential psychotherapy figures, authors, and books: An internet survey of over 2,000 psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 42–51.
- Čermáková, V. (2012). Mandát a směřování výboru České psychoterapeutické společnosti. *Psychoterapie*, 6, 222–223.
- Černý, J. (2012). Psychoterapie legální – nelegální. *Psychoterapie*, 6, 217–220.
- Koblic, K. (2012). Mantinely poskytování psychoterapie. *Psychoterapie*, 6, 134–135.
- Kopřiva, K. (1990). Psychoterapeutické poradenství. *Konfrontace*, 1 (1); nestránkováno.
- Larsson, B., Kaldo, V., Broberg, A. (2009). Similarities and differences between practitioners of psychotherapy in Sweden: A comparison of attitudes between psychodynamic, cognitive, cognitive-behavioral, and integrative therapists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 34–66.
- Miovský, M., Danelová, E. (2010). Etické aspekty psychoterapeutické práce. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.) *Současná psychoterapie* (s. 56–66). Praha: Portál.
- Moos, P. (2010). Je psychoterapie samostatným a nezávislým oborem? *Psychoterapie*, 4, 221–223.
- Možný, P. (2012). Osobní stanovisko k diskusi o mantinelech poskytování psychoterapie v ČR. *Psychoterapie*, 6, 215–217.
- Orlinsky, D. (2007). Collaborative Research: How Different Are Coaches and Therapists? Předneseno na International Coaching Federation Conference, Long Beach CA, Nov. 2007.
- Seeman, K., Lauren, K. (1984). Psychotherapy in Sweden: historical background, current status, and future projections. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 97–110.
- Vybíral, Z. (2000). Psychoterapie, psychoterapeutické poradenství a poradenství. *Konfrontace*, 11, 83–86.
- Vybíral, Z. (2010). Psychoterapie v Evropě. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.) *Současná psychoterapie* (s. 67–77). Praha: Portál.
- Zach, P. (2012). Současná situace v české (tudíž i nezdravotnické) psychoterapii a její budoucnost. *Psychoterapie*, 6, 224–225.

*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 29. 4. 2013, v revidované verzi 21. 6. 2013. K publikaci přijato 28. 6. 2013.*

## KONCEPT ČISTÉHO JAZYKA V PSYCHOTERAPII

### Concept of clean language in psychotherapy

Jan Nehyba, Jakub Lanc

#### ABSTRAKT

Článek představuje tzv. „čistý jazyk“ nebo „čistý přístup“ – jeden z postmoderně orientovaných terapeutických přístupů vycházející z myšlenek Davida Grova. Jde o terapeutický přístup vyznačující se způsobem vedení rozhovoru, specifickým v tom, že zajišťuje, aby vědomé obsahy terapeutova myšlení (z velké míry i neuvědomované) zbytečně „neznečišťovaly“ obsah terapeutického rozhovoru – to umožňuje samotnému klientovi ponořit se hlouběji do procesů jeho vlastní mysli a těla (vtělených procesů). Kromě teoretických východisek se příspěvek zaměřuje na praktickou ukázkou toho, jak je možné během rozhovoru „nechat vyvstávat“ metafory, sebereflexe, uvědomění či „aha!“ momenty u klienta. Na závěr text nabízí diskuzi principů čistého přístupu a toho, do jaké míry může pro terapeuty být inspirací.

*Klíčová slova:* čistý jazyk, metafory, vtělená mysl, otázky

#### ABSTRACT

The article introduces so called „clean language“ or „clean approach“ – one of the post-modern oriented therapeutical approaches, building on the ideas of the late David Grove. The way of facilitating the therapeutic session is specific in the „cleansing“ from the therapists conscious and unconscious contents it strives for in the interaction. This allows the client to immerse himself deeper in his own mind-body processes and their organization. After the theoretical background, the article focuses on the practical example of how is possible to „let emerge“ metaphors, self-reflections insights or „aha!“ moments for the client. In the concluding part, the text offers a

discussion of the principles of the clean approach and the ways it can be inspiring for the therapists.

*Keys words:* clean language, metaphors, embodied mind, questions

#### ÚVOD

Pokud bychom chtěli čistý jazyk připodobnit k některému ze soudobých myšlenkových proudů v psychoterapii, tak nejbližší by měl k těm, které vycházejí z předpokladu, že „změna přichází od klienta“ (Zeig, 2010; De Shazer, 1989; Duncan, Miller, Sparks, 2004)<sup>1</sup>, dále pak k „nevědoucímu“ přístupu (Anderson, Goolishian, 1992) a nakonec můžeme spatřovat velmi důležitou podobnost i s takzvaným dialogickým přístupem reprezentovaným například Seikkulou (2006).

Přestože se text nechce zabývat předně srovnáváním výše uvedených konceptů, můžeme uvést alespoň některé dílčí spojitosti. Čistý jazyk se například více zaměřuje na proces než na obsah, respektive terapeut se stará o proces a klient je „expertem“ na obsah, což je podobné například Anderson (2009). Další styčnou plochu můžeme najít v důležitosti „nevědění“ v rámci terapeutického rozhovoru, kterou zdůrazňují oba přístupy (čistý jazyk a kolaborativní terapie). Lawley a Tompkins (2000:46) popisují „stav nevědění“ a Anderson (2009) „pozici nevědění“, aniž by na sebe explicitně odkazovali. Jedním z mnoha rozdílů mezi

<sup>1</sup> Dokladem tohoto postoje může být například následující tvrzení: „V terapii je to vlastně klient, kdo terapii provádí, vy pouze vytvoříte příznivé klima. Prostě jej necháte vynést na povrch věci, které byly potlačeny a z nějakého důvodu zapomenuty“ (Erickson in Zeig, 2010:72).

kolaborativním přístupem a čistým jazykem je, že čistý jazyk přichází s konkrétní metodou (technikou) jak utvářet podobu rozhovoru tak, aby se udržela jeho čistota a nedocházelo k porušení stavu nevědění, což umožňuje „prohloubení“ samotného terapeutického dialogu. Kromě potenciálu, který spočívá v této metodě, je zde ale také potenciální nebezpečí toho, že existence této metody, která je reprezentovaná modelovou sadou jasně definovaných otázek, může svádět k jejich bezmyšlenkovitému, mechanickému používání.

### Z ČEHO ČISTÝ JAZYK VYCHÁZÍ?

Myšlenka čistého jazyka pochází od Novozélandana s evropskými a maorskými kořeny Davida Grova (1950–2008). Po studiích v Austrálii a na Novém Zélandu vystudoval v roce 1983 poradenskou psychologii na univerzitě v Minnesotě. Jeho zaměření byla ericksonovská a strategická terapie. Během tohoto období byl však ovlivněn kromě M. H. Ericksona celou řadou jiných terapeutů, předně C. Rogersem, V. Satirovou a antropologem G. Batesonem. Ve své práci se na začátku podrobněji zabýval řešením stresu, fobií a především pomáhal obětem traumatu. O tom svědčí i to, že roku 1985 uspořádal Mezinárodní sympozium o stresu a úzkostných poruchách (Grove, 2004:1). Svě zkušenosti z tohoto období sepsal jako spoluautor (s Panzerem) v knize *Resolving Traumatic Memories: Metaphors and Symbols in Psychotherapy*, v níž také explicitně pojednává o „čistém jazyce“. Během 90. let se k němu připojilo několik odborníků, kteří sdíleli jeho myšlenky a dále je společně rozvíjeli, a to mnohdy až do podoby vlastních publikací. Především to byli Lawley a Tompkins (2000), kteří svou podobu rozvíjení čistého jazyka nazvali „symbolickým modelováním“, Harland (2012), Sullivan a Rees (2008) nebo Way (2013), kteří se snaží prohlubovat myšlenku čistého jazyka a rozvíjet ji dál v aplikaci na nejruznější oblasti jako je výchova a vzdělávání nebo koučink a podobně.

### CO JE TO ČISTÝ JAZYK?

David Grove si na základě svých zkušeností chtěl udržet vlastní osobní předpoklady od obsahu interakce s klientem tak daleko, jak je to jen možné, aby tak mohl „přímo pracovat jen s vnitřním světem klienta“ (Way, 2013:18). Sám Grove (1989:52) k čistému jazyku píše následující: „Prvním cílem terapeuta je udržet si jazyk čistý a nechat projevit jazyk klienta. Druhým cílem je, aby čistý jazyk terapeuta byl facilitačním jazykem v tom smyslu, že ulehčuje klientovi vstup do změněného stavu, který mu může usnadnit přístup k jeho vnitřní síti zkušeností. Tím, že pokládáme čisté otázky, tvarujeme prostor a směr klientova hledání odpovědí. Pokládaná otázka však neobsahuje žádné hodnocení, konstrukt nebo předpoklad, co by měl klient odpovědět. Otázky nesměřují k získání informací nebo pochopení klientovy perspektivy. My kládeme otázky tak, že klient může porozumět své vnitřní perspektivě v jeho vlastní síti zkušeností. Chceme nechat naše otázky vnořit se do klientovy zkušenosti. Otázky umožňují objevit zvláštní aspekty jeho vnitřní zkušenosti, které před tím nikdy nezažil.“

Čistý jazyk tak ukazuje konkrétní způsob, jak je možné naplnit myšlenku „zvědavosti“ (Cecchin, 1987) ke všemu, co klient přinese do terapie. Tato aplikovaná podoba zvědavosti vede klienta k tomu, aby se vyjádřil a dostal se tak k tématům, která považuje za důležitá. Děje se tak přirozeně, protože čistým jazykem se terapeut co nejvíce snaží respektovat směr, kterým je pozornost klienta zaměřena, a jen ji facilitovat k tomu, „co chce klient“, nebo k „řešení“, příp. obojímu – záleží na kontextu a míře čistoty, se kterou terapeut přistupuje ke klientovi. V tomto smyslu čistý jazyk je jazykem pozornosti. Pro autory článku je jednou z nejdůležitějších skutečností to, že čisté otázky jsou takové otázky, které se drží u obsahu pozornosti klienta. Siegel (2012:9-2) k tomu z neurovědeckého pohledu (nezávisle na čistém jazyku) dodává: „My jsme naší pozorností.“ Postoj čistého



jazyka je tak velmi blízký například tomu, co píše Anderson (2009:123): „Čím více jsou otázky založené na předchozím vědění, ve snaze najít odpovědi, nebo na ověřování terapeutových předpokladů, tím více ztrácí terapeut kontakt se zkušeností klientů, stejně tak jako s vlastními zkušenostmi.“

Slovy neurovědeckého pohledu v psychoterapii se tak klient dostává k tomu, co Cozolino (2010) označuje jako třetí rovinu jazyka, kterou nazývá „jazykem sebe-reflektujícím“. Ten vzniká při stavech otevřenosti a důvěry a je důležitou součástí změny. Proto by samotné užívání čistého jazyka „nikdy“ nemělo narušit vzájemný vztah mezi klientem a terapeutem.

Jednu ze souhrnných definic čistého jazyka nabízí například Harland (2012:16): „Čistý jazyk je praktický, respektující, ne-direktivní, nesuggestivní<sup>2</sup>, nezpochybňující, neinterpretující způsob facilitace, který vede k plnějšmu, volnějšmu životu, abychom existovali tím nejlepším způsobem, jakým můžeme být.“ Neditivní rovina spočívá v tom, že facilitátorova<sup>3</sup> témata nejsou v žádné podobě přítomna v obsahu rozhovoru. Nesuggestivní proto, že facilitátor během rozhovoru nepřichází s doporučeními či nabídkami na radu. Nezpochybňující znamená, že facilitátor nerozporuje, co druhá osoba řekla. A nakonec přívlastek neinterpretující zdůrazňuje skutečnost, že facilitátor nenabízí osobní verzi toho, co si druzí možná myslí, ale soustřeďuje se na to, co opravdu řekli.

#### JAKÁ JSOU VÝCHODISKA ČISTÉHO JAZYKA?

Vedle Davida Grova a terapeutů, u kterých se Grove inspiroval (viz výše), můžeme vystopovat teoretické zázemí čistého jazyka také v teoriích vtělené mysli<sup>4</sup> (*embodied*

*cognition*). Harland (2012), Lawley a Tompkins (2000), Sullivan a Rees (2008) se nejčastěji odvolávají na dva myšlenkové zdroje. Jedním z nich je pojetí kognitivní metafory Lakoffa a Johnsona (2002). Druhým zdrojem, který s teoriemi kognitivní metafory souvisí, představuje tradice vtělené mysli reprezentovaná například Varelou (1993), nověji například Siegelem (2012). V následujících dvou kapitolách se budeme postupně věnovat každé z nich.

#### METAFORA A ČISTÝ JAZYK

David Grove při práci s veterány z vietnamské války zjistil, že své traumatické vzpomínky přirozeně vyprávějí pomocí metafor, aby sami sebe nevystavovali sekundární traumatizaci. „Uvědomil jsem si [Grove], že to byl jiný způsob strukturování jejich zkušenosti“ (Way, 2013:82). Takovýmto způsobem konstruovaná metafora, tzv. „vtělená metafora“ sloužila veteránům jako symbolický způsob zvědomění a přístupu ke specifické síti traumatické zkušenosti. V rámci procesu jejího vyvolání, rozvíjení ve vědomí klienta dochází k pocitové a fyziologické reakci – vtělená metafora je přímo napojená na tělesné procesy (Harland, 2012). Z pohledu psychologických konstruktů můžeme říci, že vtělená metafora je neuvědomovaný, tělesně zakotvený zkušenostní gestalt. Konkrétním příkladem mohou být třeba metafory jako „cítím kámen na hrudi“, kdy při vyslovení těchto slov klient opravdu fyzicky prožívá například pocit určité tíhy. Dále to může být vyjádření „světlo v duši“, spojené například s přímým pocitem, lokalizovaným v oblasti „solar plexus“.

Jiným diskurzem řečeno, jde o typ metafory, který je konsolidován či při terapii často rekonolidován v dlouhodobé paměti obvykle díky určité emoční události (emoční kotvě) a je spojen s nevědomými<sup>5</sup> automa-

<sup>2</sup> Nesuggestivní znamená neovlivňující obsah procesu.

<sup>3</sup> V článku je slovo facilitátor použito ve smyslu terapeuta, který provází klienta čistým procesem.

<sup>4</sup> „Jádrem této koncepce je tvrzení, že percepční a motorické procesy organismů jsou nutnou součástí jejich kognitivních aktivit (Ritchie, 2008, cit. dle Sojka, 2010:11).

<sup>5</sup> Při použití slova nevědomí se vztahujeme k jeho cricksonovskému pojetí (Zeig, 2010).

tismy člověka (srov. Ecker, Ticic, Hulley, 2012). Podle Grova (Grove, cit. dle Way, 2013:67) tak „metafora zprostředkovává spojení mezi jeho vědomými a nevědomými procesy“.

Gibbs (1994) tvrdí, že v běžné anglické komunikaci se objevuje 5,7 metafor za minutu. Otázkou však je: co je toto za metaforu? Gibbsovo pojetí metafor odkazuje ke kognitivní vědě a k pojetí metafor Lakoffa a Johnsona (2002). Ti předpokládají, že „převážná část našeho normálního pojmového systému je strukturována metaforicky; to znamená, že většinu pojmů rozumíme částečně na základě jiných pojmů“ (Lakoff, Johnson, 2002:74). Lawley a Tompkins (2000), Harland (2012), Sullivan a Rees (2008) rozvíjejí tyto myšlenky a poukazují ve shodě s Lakoffem a Johnsonem na skutečnost, že metafora nemusí být jen jazykovou záležitostí, ale může se také týkat neverbálních projevů (zvuků, gest, postoje...) nebo může jít o materiální podobu metafor jako zprostředkovatele určitého symbolu a podobně. Way (2013) méně systematicky upozorňuje na to, že metaforu lze v rozhovoru vidět na určité škále, kde na jedné straně se nacházejí skryté metafor v jazyce, které souvisí spíše se skrytými a nevědomovanými obsahy, jako jsou gesta, metaforická slova v komunikaci (např.: „vidět na určité škále“, „stojí“ atd.), na druhé straně jsou to spíše vědomě užívané metafor (např.: „jako za dob před Galileem“).

Podle Lakoffa a Johnsona (2002) se naše zkušenost strukturuje do určitých celků (gestaltů), které jsou „reprezentovány“ kognitivními metaforami. „Zkušenostní gestaly jsou metaforickými strukturovanými celky“ (Lakoff, Johnson, 2002:98). Z tohoto pohledu tak čistý jazyk při práci s metaforami ve skutečnosti pracuje přímo se zkušeností klienta, která je spojena s jeho nevědomými procesy v těle.

#### VTĚLENÁ MYSL A ČISTÝ JAZYK

V souvislosti s teorií vtělené mysli a čistým jazykem Harland (2012) uvádí odkaz

na Varelovo pojetí (Varela in Blackmore, 2005:221) neurofenomenologie, které tvrdí, že pokud chceme zkoumat naši zkušenost nebo i transformaci zkušenosti (např. klienta), pak nemůžeme opomenout to, že naše „mysl je vtělená“, a proto je tak důležité při tomto zkoumání zkušenosti zohlednit „hledisko první osoby“<sup>6</sup>. Varela o snaze popsání vnitřních fenoménů našeho vědomí za pomoci pouze „metod třetí osoby“ (např. funkčně zobrazovacích metod) říká: „Jsme extrémně naivní. Je to jako za dob před Galileem, kdy si lidé mysleli, že se podívají na oblohu, a to znamená, že dělají astronomii“.

Otázkou je, jak se metodologicky dostat k popisu zkušenosti či transformaci zkušenosti v první osobě? Varela vyzývá k tomu, že potřebujeme zavést novou metodologii první osoby (Ibid). Harland (Harland, 2012:24) právě míní, že čistý jazyk poskytuje takovou možnost dostat se ke zkušenosti v první osobě přímo: „Čistý jazyk Davida Groveho je nerozlučně spjat s první osobou. Subjektivní informace vyvstávají od klienta přímo, za použití modelu dotazování<sup>7</sup>, který účinně neutralizuje nevědomé přesvědčení a záměry tazatele a vyhýbá se narušení a reinterpetacím obvykle umístěným ve způsobu naší komunikace“. Varela se svými kolegy popisuje podivuhodně podobnou snahu o zachycení zkušenosti v první osobě při výzkumu vnitřních fenoménů vědomí: „Nejdůležitější technika, kterou žádáme, aby měli naši tazatelé na paměti (...) je ptát se ne-vedoucími [*non-leading*] otázkami (nemůžete našeptávat odpovědi podle sebe, když tyto otázky pokládáte), tak mohou respondenti získat přímý přístup

<sup>6</sup> Metodologie první osoby spočívá v důrazu na subjektivní prožívání a zkušenost pozorovatele. V metodologii třetí osoby jde o pozorování poznávacího procesu (Burian, 2008).

<sup>7</sup> Nabízí se upozornit na to, že Vermersch pod vlivem spolupráce s Varelou vyvinul vlastní metodu dotazování, kterou nazval „explicitační rozhovor“ (podrobněji Lazarová, 2000). Jednou z fází je zde takzvané „vyjasňování“, které je v některých aspektech velmi podobné čistému jazyku.

k jejich vlastním zkušenostem“ (Depraz, Varela, Vermersch, 2002:36). Je důležité upozornit, že tato podobnost se týká více čistého jazyka jako metodologického nástroje než terapeutického postoje. Nelze totiž opomenout, že při terapeutickém použití je základním předpokladem udržení vzájemného vztahu mezi klientem a terapeutem, tedy jejich vzájemné „interpersonální synchronizace“.

A čím je tedy tvořen tento model dotazování? V rámci určité redukce a jednodušení tento model čistého jazyka reprezentuje několik základních otázek. Opakujeme, že

k celé problematice dodává: „...já ovlivňuji. Je rozdíl mezi ovlivňováním obsahu procesu, což pokud následuji čistá pravidla, nedělám, a ovlivňováním procesu, což uznávám, že dělám.“ Přesto např. Rees (2012) tvrdí, že čistý jazyk má ve skutečnosti jedno „špinavé tajemství“ a tím je to, že čistý jazyk není vlastně čistý, ale je „téměř čistý“. Podle ní totiž terapeut ovlivňuje nejen proces, ale v určité míře vždy i obsah, a to samotným výběrem svých otázek. Anderson (2009) k tomu říká, že tvarujeme odpovědi klientů našimi otázkami. Proto je užitečnější o čistotě a „nečistotě“ jazyka uvažovat jako o kon-



Graf 1: Převzato z Lawley, Tompkins (2004: nestránkováno)

jde o redukci a reprezentaci základních otázek, rozhodně nejde o plný vyčerpávající popis všech možných čistých otázek. Zde je předloženo jedno z nejnovějších dělení (Lawley, Tompkins, 2004):

Tyto otázky jsou konstruovány tak, aby co nejvíce eliminovaly „obsahové předpoklady“ tazatele. To znamená, že by neměly obsahovat terapeutův předpoklad, který by mohl ovlivnit obsah klientova myšlení. Je samozřejmé, že splnit tento požadavek do všech důsledků není reálné, je ale možné se k tomu alespoň přiblížit. Harland (2012:67)

tinuu, spíše než o tom, že existují striktně čisté a „ne-čisté“ otázky. Jeden příklad z mnoha, otázka: „Co za X<sup>8</sup> je toto X?“ zní v originále takto: „What kind of X is that X?“. Kde *kind* je v překladu *druh*, ale nejde o *species*, spíše jde o určitý *typ*.

Při použití slova *typ* nebo *druh* v češtině by však mohl vzniknout jazykový předpoklad, že každé X musí být nutně zařaditelné do nějakého *druhu* nebo *typu*, což ale ne-

<sup>8</sup> „X“ nebo „...“ označuje zvuk, slovo nebo část věty, popřípadě neverbální pohyb.

musí být pravdivé. Z tohoto pohledu je tedy daleko čistější přeložit tuto otázku způsobem uvedeným výše oproti formulaci: „Co za typ X je toto X?“ Přitom je důležité si uvědomit, že i „za“ můžeme vnímat jako určitou metaforu (srov. Lakoff, Johnson, 2002). Takto popsané otázky jsou naprosto vytržené z kontextu, proto pro větší srozumitelnost přeložíme část přepisu rozhovoru vedeného v čistém jazyce tak, jak jej reprezentuje Lawley a Tompkins (2011)<sup>9</sup>. Jednotlivé části pak budou komentovány.

#### JAK VYPADÁ TERAPEUTICKÝ PROCES V ČISTÉM JAZYCE?

Lawley a Tompkins se již od začátku rozhovoru soustředí na to, aby jeho nastavení proběhlo relativně čistě. Proto v první fázi nabízí klientovi možnost sladit svůj vnitřní svět vnímání s vnějším fyzickým světem, v kterém se sezení koná:

F: **Kde byste chtěl být?**

K: [Klient ukáže a posadí se]

F: **Kde byste chtěl, abychom byli?**

K: [Ukazuje na židle]

F: Je úhel v pořádku?

K: [Neverbální úpravy]

F: Je to správná vzdálenost?

K: [Další úpravy]

Je zajímavé, že se facilitátor po základním rozmístění doptává na kvality či rysy prostorového uspořádání, které předpokládá v rámci kontextu. Můžeme tak mluvit o určitě „kontextuální čistotě“. Když se klient usadil, sezení pokračovalo další fází, kterou autoři označují jako „identifikaci požadovaného výstupu“ a kterou zahajují „speciální čistou otázkou“:

F1: **A co byste rád, aby se stalo?**

K: Rád bych se cítil na ... V podstatě jsem rozdělen na dvě části, s nimiž jsem v konfliktu, které způsobují rozpolcení v mém chování z jedné strany na druhou. Jsou to dvě strany, které se liší ve vnímání budoucnosti. Jsou téměř protichůdné.

F2: **A tak byste se rád cítil na ...**, v podstatě jste rozdělen na dvě části, s nimiž jste v konfliktu, a které způsobují rozpolcení ve vašem chování? Dvě strany, které se liší vnímáním budoucnosti. Jsou téměř protichůdné.

K: Ano, protože moje budoucnost je moje budoucnost, ať se stane cokoliv.

F3: Je to vnímání budoucnosti.

K: [Příkryvuje]

F4: **A jak byste chtěl cítit tyto dvě strany?**

K: Chtěl bych jejich promíchání, ne jen jednu, nebo aby byly v rozporu, nebo aby byly v opozici.

V rámci prezentovaného úseku stojí za upozornění opakování slov u promluvy F2, které se při čistém rozhovoru děje velmi často, jde o uznání klientových slov a o napojení. Podle Lawleyho a Tompkins (2000) k napojení slouží mimo jiné spojka „And“ na začátku věty, které lze přeložit jako samotné „A“ (tuto spojku by bylo také možné v některých případech přeložit jako „Hmm“). Při opakování slov jde o doslovné opakování zvuku, nikoliv parafrázování, které by z pohledu autorů nebylo čisté. To samozřejmě vyžaduje velkou pozornost facilitátora<sup>10</sup>. F4 je netypická čistá otázka, která vychází z toho, že klient nedokončil svoji první větu, zároveň směřuje k tomu, co bude cílem sezení. Lawley a Tompkins (2000) uvádí, že většina klientů v první fázi formuluje cíl sezení v rovině problému – tedy podle Úlehly (1999) ze systemického pohledu v rovině „stížnosti“. Pomocí čistých otázek pak klienta často dovedou od problému (přes nápravu) až k požadovaným výsledkům (o tomto procesu se hovoří jako

<sup>9</sup> Ukázky jsou přímým překladem z přepisu Lawley, Tompkins (2011), přičemž F označuje facilitátory (Lawleyho a Tompkins), K je klient. Tučně jsou vyznačené čisté otázky. Jedná se o částečný přepis ze 45minutového sezení s dobrovolníkem v rámci demonstrace čistého jazyka na tréninkovém workshopu v Paříži v říjnu 2010.

<sup>10</sup> V některých případech si facilitátor zaznamenává slova během rozhovoru.

o modelu *PRO: Problem – Remedy – Outcome*, např. Way, 2013):

F10: **A vy byste je chtěl promíchat. A co je to za promíchání?**

K: Blízkost a tanec mezi nimi.

F11: **Hmm**, blízkost a tanec mezi nimi. **A je zde ještě něco ohledně** té blízkosti a tance mezi těmi dvěma?

K: Dívají se na sebe do očí.

F12: Dívají se na sebe do očí. **A co za dívání se je to dívání se, když se dívají na sebe do očí?**

K: Je to kontakt.

F13: Kontakt. **Ještě něco jiného?**

K: Je to kontakt, který mi dovoluje říci, že existuje jeden a druhý. Ne pro mě, ale mezi nimi.

F14: Který existuje mezi nimi. **Ještě něco ohledně toho pohledu, který je kontaktem, jenž existuje mezi nimi?**

K: [zasměje se] V současné době je to trochu hněv. Hledají boj.

F15: V současnosti je to hněv. **A co byste chtěl je ...?**

K: Aby kontakt probíhal bez toho hněvu.

F16: **Takže když se stane, že kontakt bude probíhat bez hněvu, co se stane potom?**

K: Výměna.

Při srovnání otázky *F10* a *F12* můžeme vidět rozdíl ve skladbě čisté otázky, totiž že čistá otázka je někdy neúplná a jindy zase „celá“. Neúplná: „A co je to za X?“ Kompletní: „A co za X1 je ten X1+X2?“ To souvisí s tématem „syntaxe čistého jazyka“ (viz dále). Na celé ukázce je patrné, jak se klient posouvá od problému k nápravě. Náprava: „Aby kontakt probíhal bez tohoto hněvu.“ Tento proces posouvání může trvat delší dobu a klient se postupně propracovává přes různé návrhy „nápravy“ problému. Facilitátor se jej snaží posouvat dál pomocí čistých otázek, např.: „A co se stane potom?“ Až do té doby, kdy je podle klienta cíl stanoven dostatečně (většinou je formulovaný v rovině nějakého „pozitivního“ cíle, ne nápravy). Proto se facilitátor zaměřuje na rozvíjení „metaforické

krajiny cíle“, aby si i klient otestoval, zda je cíl dostatečný (srov. Lawley, Tompkins, 2011).

F17: **Jaká** výměna?

K: Řekl bych, že filozofická výměna. Sdílení zkušeností. Sdílení jejich vlastní vize.

F18: Filozofická výměna. **Ještě něco ohledně této** výměny?

K: Je to výměna mezi spiritualitou a vědou.

F19: Je to výměna mezi spiritualitou a vědou. **A která je na které straně?**

K: Věda [poklepává prstem na pravou stranu hlavy].

F20: Věda je tady [poklepává prstem na pravou stranu své hlavy] a spiritualita? [Klient ukazuje rukou směrem od sebe.] **A když je to filozofická výměna vědy, která vnímá svou budoucnost, a spirituality vnímající svou budoucnost, jež hledá kontakt, který se může na sebe dívat, co se stane pak?**

Na intervenci *F20* je dobře pozorovatelné řetězení jednotlivých informací, které v rozhovoru zazněly tak, aby si klient uvědomil, co vše během procesu řekl. Z pohledu skladby souvětí je tato intervence téměř modelovým příkladem toho, co Lawley a Tompkins (2000) nazývají „plným syntaxem čistého jazyka“. Což znamená idealizovaný způsob toho, jak by se měly slova skládat do vět tak, aby klient mohl přímo svou pozornost zaměřit na své momentální vnímání. Tento syntax čistého jazyka má tři části: **A** [klientova slova], **a když/jakmile** [klientova slova], [čistá otázka]. První část syntaxe má sloužit k napojení se na klientova slova a jeho momentální vnímání. Z pohledu neo-ericksonovské terapie jde o „provázení“ (Battino, South, Auld, 2005). Další část propojuje toto vnímání s čistou otázkou, která „nasměruje“ pozornost klienta. Snaží se jej však nasměrovat tím nejčistším způsobem, a to tak, že zůstává u toho, co klient do rozhovoru přinesl.

Takto předložený syntax čistého jazyka se může jevit jako velmi mechanistický a je otázkou, zda mechanické používání čistých otázek náhodou nenaruší vztah s klientem.

Jak bylo řečeno: „čistota jazyka by neměla narušit vzájemný vztah klienta a terapeuta“. Přitom je důležité si uvědomit, že je to terapeut, kdo může nebo nemusí být technicistní, ne otázky. Dále také to, že právě dodržování syntaxu a podobnost otázek vytváří specifický rytmus, který, pokud se zadaří, je velmi podobný rytmu „básně v dialogu“, tedy rytmu něčeho, co na sebe přirozeně navazuje a plyne. Nakonec je dobré si uvědomit, že při pohledu z vnějšku, například při čtení tohoto textu, nelze zprostředkovat samotnou sebezkušenost čistého procesu a máme čas přemýšlet o podobě otázek. Při dobře vedeném čistém rozhovoru se však klient zabývá odpovědí na otázku a ne tím, jestli je tato otázka „divná“ nebo není. Pokud tomu tak je, je to často z toho důvodu, že terapeut není dostatečně naladěný a všímavý ve vztahu ke klientovi a sobě.

K: Samozřejmě. [Pauza. Směje se. Poposedne si]. Je to těžké, protože jsem pořád trochu dojatý... ale světlo je tady [udělá gesto před sebou]. Mohl bych si to vzít, ale je namáhavé se ho dotknout... Nemůžu si ho vzít.

F51: Nemůžete si ho vzít a je namáhavé se ho dotknout. **Takže co je to za dotyk, když je namáhavé se toho dotknout?**

K: [Klientovo tělo se pohybuje dopředu a dozadu.] Když se k tomu přiblížím, tak se to ode mě vzdaluje. Když se vrátím [klient se zakloní na křesle], tak se to přiblíží. Nepříjemné [směje se].

F52: Přiblíží se to, když se vrátíte. **Takže co se stane, když se vrátíte do křesla? A Vy se toho můžete jen lehce dotknout, co se pak stane?**

K: Přestanu se snažit chytit to a čekám, až to přijde.

F53: **Hmm, čekáte, až to přijde, a kam to přijde?**

K: Přijde to blíž ke mně.

F54: **A čekáte, až to přijde a přijde to blíž k Vám, a co se pak stane?**

K: Je to ve mně.

F55: Je to ve Vás.

K: Prosvětlí mě to.

F56: Je to ve Vás a prosvětlí Vás to. **A když to přijde a je to ve Vás a prosvětlí Vás to a nechcete to chytit a čekáte, co se pak stane?**

K: Cítím se více celý. Celý nebo jeden.

F57: **A kde se cítíte více celý nebo jeden?**

K: [Klient se dotkne na hrudi.]

F58: **Kde přesně?** [Facilitátor na sobě zrcadlí dotyk na hrudi.]

K: [Ukazuje na konkrétní místo.] Na hrudní kosti.

Posledními otázkami z úryvku (F57 a F58) facilitátor propojuje pocit s konkrétním místem, v tomto případě tělem klienta, což poukazuje na to, co o čistém jazyku říká Grove: „čistý jazyk je jazyk, který zůstává ve zkušenosti a v těle klienta“ (in Tompkins, Lawley, 1996, nestránkováno). Jednak tím, že respektuje to, kam klient zaměřuje svoji pozornost, ale také explicitním propojením zkušenosti s tělem. F57 pomáhá ukotvit metaforu změny přímo v těle klienta. Čistý proces transformuje zkušenosti klienta skrze metaforu, změna se neděje jen v jazyce, ale děje se na úrovni změny zkušenosti, protože čistý jazyk dokáže evokovat vtělené metafory, které se týkají životní situace klienta. Tento úryvek poukazoval na rodící se náznaky změny, které posléze po několika dalších čistých otázkách skončily u metafory „energetické koule“, v které se spojila rozpolcená podoba chování ze začátku sezení.

Po předvedení ukázky rozhovoru může být jasnější i Harlandova věta, že „čistý jazyk není na klienta orientovaný přístup, ale na klientovu informaci orientovaný přístup“ (Harland, 2012: 128).

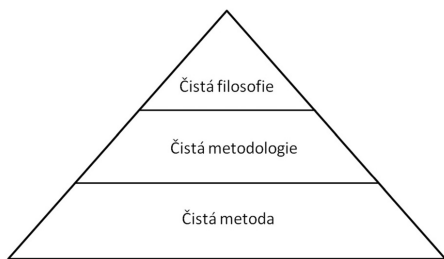
Přitom čistý rozhovory v sobě skrývá daleko více, než je z přepisu patrné. Kromě toho, že rychlost rozhovoru je daleko pomalejší a více rytmická než běžná konverzace, se podle Lawleyho a Tompkins (2000) klient dostává do takzvaného psychoaktivního stavu, který je velmi podobný stavu tranzu při konverzační hypnóze. Což znamená „zvýšený stav sebe-absorpce indikovaného zaměřenou, fixovanou pozorností“ (Lawley,

Tompkins, 2000:81). Je důležité si uvědomit, že navození tohoto stavu vyžaduje soustavnější práci s čistými otázkami, ne jen položení jedné nebo dvou otázek v rámci rozhovoru.

#### DISKUZE

Na základě předchozí teoretické a praktické části příspěvku se může zdát, že čistý jazyk je jen o facilitování „samomluvy“. Je však důležité si uvědomit, že jde o specifický druh spolupráce mezi terapeutem a klientem. Konkrétně jde o spolupráci na procesu terapie s vědomím toho, že obsah tohoto procesu je ponechán z co největší části na klientovi.

Stejně tak se může zdát, že čistý jazyk je jen mechanické opakování otázek, což je velmi častý pohled těch, kteří čistý jazyk začínají praktikovat. Je však důležité upozornit na to, že o čistém jazyce lze uvažovat na několika úrovních. Lawley (2013) ukazuje, že jde o tři základní úrovně. První nazývá „čistou metodou“, kterou tvoří čisté otázky, další úroveň je takzvaná „čistá metodologie“ jakožto soubor čistých metod (např. metodologie s názvem „čistý prostor“ atd.), až po poslední úroveň, kterou je „čistá filozofie“ označující abstraktní množinu pojmů a zásad, jimiž se facilitátoři v čistém procesu řídí. Své pojetí sumarizuje do následujícího grafu:



Graf 2: Převzato z Lawley (2013, nestránkováno)

Přijetí čisté filozofie znamená, že se čistý jazyk projevuje nejen ve slovech terapeuta, ale i v jeho myšlení a jednání (např. v neverbálních projevech), čehož může být

dosaženo až po delším praktikování čistého přístupu, z toho pak tedy vyplývá, že „stav nevědění“ je otázkou postupného učení. Čistá filozofie tak ve výsledku klade před terapeuta požadavek, aby byl „čistý v myšlení, slovech a skutcích“. V případě takto pojaté filozofie se čistý jazyk aplikuje na samotného terapeuta, tuto aplikaci pak lze z našeho pohledu nazvat „sebe-čistým procesem“. Celkově je možné říci, že aplikování čistého jazyka tkví v postoji terapeuta, přičemž přístup klade velmi silný důraz na stav nevědění a vychází z předpokladu, že změna přichází z co největší míry od klienta při zachování péče o vztah mezi klientem a terapeutem.

Můžeme souhlasit nebo nesouhlasit s pojetím, které čistý jazyk předkládá, rozhodně ale stojí za zamyšlení, nakolik může být inspirativní pro vlastní praxi. Kritickou výtkou směrem k čistému jazyku je například to, že doposud neexistují žádné sumarizující klinicky ověřené výzkumy účinnosti tohoto přístupu a spíše se jedná o jednotlivé sondy v podobě kazuistik. Dále je otázkou, zda role terapeuta v čistém procesu je ve vztahu k podnícení změny dostačující. Zda zbytečně neomezuje potenciál ke změně tím, že se striktně drží jen facilitace procesu a nepřináší do terapeutické konverzace jakýkoliv obsah? Gergen (1994) například upozorňuje na důležitost vzájemného „doplňování“ obsahu při utváření významu v konverzaci více osob a v rámci některých dalších psychoterapeutických škol jsou interpretace, návrhy nebo rady běžnou součástí teorie i praxe. Z našeho pohledu může k odpovědi vést hlubší pochopení různých úrovní čistého jazyka a zejména čisté filozofie, a to z toho důvodu, že dává vzniknout novým distinkcím, potenciálně ukazujícím na možné cesty, jak užitečně kombinovat čistý jazyk s „ne-čistým“ terapeutickým jazykem. Takovéto pojetí kombinování jazyka navrhuje označit jako „komplementární jazyk/proces“<sup>11</sup>. Pojetí komplementarity vol-

<sup>11</sup> Toto pojetí spíše předkládáme jako diskuzní podnět, který přesahuje rámec textu.

ně odkazuje k neurovědeckému konceptu Kelsa a Engstrøma (2006). Z tohoto pohledu můžeme vnímat, že je důležité, že se terapeutický jazyk pohybuje na kontinuu od čistého jazyka na jedné straně k druhé straně, kterou je „ne-čistý“ jazyk, jehož efekt ale mnohdy paradoxně vynikne právě díky uplatňování čistoty v jazyce – podobně jako kapka černé barvy na bílém plátně. Jazyk se pak v této perspektivě pohybuje od čistých otázek, přes méně „čisté“ truismy<sup>12</sup>, příběhy (Battino, South, Auld, 2005), dále různé typologie méně „čistých“ otázek, hypotéz nebo interpretací, až k více „ne-čistým“ přímým radám a „kontroverzním“ provokacím (Farely, 1981). V rámci terapeutického procesu mají tyto intervence nesporně své místo, ale položení důrazu na „čistotu“ (alespoň v určité fázi výcviku či terapie) považujeme za velmi důležité, neboť učí terapeuta bdělosti a citlivosti nejen k jeho, ale i klientově jazyku. Řečeno slovy Stravinského: „Moje [terapeutova] svoboda bude mnohem větší a smysluplnější, když omezím své pole jednání“ (in Tompkins, Lawley, 2012:1).<sup>13</sup>

## LITERATURA

- Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In McNamee, S., Gergen, K. (Eds.). *Social Construction and the Therapeutic Process*. Newbury Park, CA: Sage.
- Battino, R., South T. L., Auld J. (2005). *Ericksonian Approaches: A Comprehensive Manual*. Carmarthen: Crown House Publishing.
- Blackmore, S. (2005). *Conversations on Consciousness*. Oxford: Oxford University Press.
- Burian, J. (2008). Myšlení modelů. In Kvasnička, V., Kelemen, J., Gál, Eds. *Modely mysle*. Bratislava: Európa.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405–413.
- Cozolino, L. J. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- De Shazer, S. (1989). *Klíče k řešení v krátké terapii*. Trenčín: Galanta
- Depraz, N., Varela, F. J., Vermersch, P. (2002). *On becoming aware: a pragmatics of experiencing*. Amsterdam: John Benjamins.
- Duncan, B. L., Miller, D., Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ecker, E., Ticic, R., Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. New York: Routledge.
- Farrelly, F. (1981). *Provocative Therapy*. Capitola: Meta Publications.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Gibbs, R. W. (1994). *The Poetics of Mind: Figurative Thought, Language, and Understanding*. New York: Cambridge University Press.
- Grove, D. (2004). *A Profile of David J. Grove M. S.* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z: <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/articles/2771/David-Grove-a-profile-2004-Page-1.html>.
- Grove, D. J., Panzer B. I. (1989). *Resolving Traumatic Memories: Metaphors and Symbols in Psychotherapy*. New York: Irvington.
- Harland, P. (2012). *Trust me, I'm the patient*. London: Wayfinder Press.
- Kelso, J. A. S., Engstrøm, D. A. (2006). *The Complementary Nature*. Colorado: Bradford Books.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Lawley, J. (2006). *When Where Matters: How psychoactive space is created and utilised* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/articles/29/0/When-Where-Matters-How-psychoactive-space-is-created-and-utilised/Page0.html>.
- Lawley, J. (2013). *What Constitutes Clean Language?* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/blogs/86/What-Constitutes-Clean-Language.html>.

<sup>12</sup> Tvrzení, které je pro klienta v danou chvíli pravdivé a souhlasí s ním: „Právě jste si přečetl/a tuto větu“.

<sup>13</sup> Autoři by tímto článkem rádi vytvořili prostor pro diskuzi nad čistým jazykem, ať už v časopise Psychotherapie, nebo například na stránkách: <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/categories/Worldwide/Czech/>.



- Lawley, J., Tompkins, P. (2000). *Metaphors in Mind: Transformation through Symbolic modelling*. London: The Developing Company Press.
- Lawley, J., Tompkins, P. (2004). *Clean Language Revisited: The evolution of a model* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/Clean-Language-Revisited.html>.
- Lawley, J., Tompkins, P. (2011). *When Science and Spirituality have a Beer a full Symbolic Modelling session in English and French* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/articles/306/1/When-science-and-spirituality-have-a-beer--a-video/Page1.html>.
- Lazarová, B. (2000). Explicitační rozhovor – užitečná technika profesionálního rozvoje učitele. *Pedagogika*, Praha: PedF UK, 50(2), 163–172.
- Rees, J. (2012). *The Dirty Secret of Clean Language*. [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.xraylistening.com/blog/2012/11/16/the-dirty-secret-of-clean-language/>.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.
- Siegel, D. J. (2012). *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology*. New York: W. W. Norton & Company.
- Sojka, P. (2010). Persuazivní efekt konceptuální metafory. *Diplomová práce*. Brno: Fakulta sociálních studií.
- Sullivan, W., Rees, J. (2008). *Clean Language: Revealing Metaphors and Opening Minds*. Wales: Crown House Publishing.
- Tompkins, P., Lawley, J. (1996). *And ... What Kind of a Man is David Grove?* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/articles/37/0/And-what-kind-of-a-man-is-David-Grove/Page0.html>.
- Tompkins, P., Lawley, J. (1997). *Less is More ... The Art of Clean Language* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/articles/109/1/Less-Is-More-The-Art-of-Clean-Language/Page1.html>.
- Tompkins, P., Lawley, J. (2012). *Clean Practice Exercises* [online]. [14. 4. 2013]. Dostupný z <http://www.cleanlanguage.co.uk/articles/pages/Practice-Exercises.html>.
- Úlehla, I. (1999). *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Varela, F. J. Thompson, E., Rosch, E. (1993). *The embodied mind: cognitive science and human experience*. Cambridge: MIT Press.
- Way, M. (2013). *Clean Approaches for Coaches: How to Create the Conditions for Change Using Clean Language and Symbolic Modelling*. Hampshire: Clean Publishing.
- Zeig, J. (2010). *Výukový seminář s Miltonem H. Ericksonem: netradiční hypnoterapie*. Brno: Emitos.

*Bc. et Mgr. Jan Nehyba je absolventem magisterského oboru Sociální pedagogiky a poradenství a bakalářského oboru Filozofie. Je interním studentem doktorského studia Pedagogiky na Ústavu pedagogických věd Masarykovy univerzity. Absolvoval sebezkušnostní výcvik ve skupinové psychoterapii SUR (KOV IV). Dále je účastníkem výcviku zaměřeného na komunikační psychoterapii s důrazem na odkaz M. H. Ericksona. Je odborným pracovníkem Akademického centra osobnostního rozvoje na Ústavu pedagogických věd na Masarykově univerzitě.*

*Kontakt: jan.nehyba@post.cz*

*Bc. et Bc. Jakub Lanc je absolventem bakalářského studia na FIT VUT a bakalářského studia psychologie/sociologie na FSS MU. V rámci magisterského studia psychologie na FSS dokončuje diplomovou práci na téma čistého jazyka (CL). Absolvoval rok výcviku zaměřeného na komunikační psychoterapii s důrazem na odkaz M. H. Ericksona a dále několik intenzivních kurzů ericksonovsky orientovaných přístupů k terapii ve světě. Na svých cestách se osobně setkal a prováděl rozhovory s hlavními představiteli CL ve Velké Británii. V současnosti se zabývá také možnostmi využití terapeutických principů v rámci neformálního vzdělávání.*

*Kontakt: jakub.lanc@gmail.com*

*Došlo do redakce 9. 5. 2013, v dopracované verzi 13. 5. 2013, v revidované verzi 14. 6. 2013. K publikaci přijato 28. 6. 2013.*

## TRAUMA A NADĚJE PŘI JEHO LÉČENÍ

Trauma and the hope during his healing

Jan Šikl

*Základem textu je přednáška pro konferenci pořádanou k udělení ceny Prix Irene, Rafael institutem a Izraelským institutem skupinové analýzy na téma **TRAUMA – SEN – VĚDOMÍ**, konanou v Praze 30. 11.–2. 12. 2012.*

Nebude to zrovna klasická přednáška, spíše krátké úvahy či meditace k tomu, co mě k účasti na konferenci přivolalo. Byla to klíčová slova konference: Trauma, Sen, Vědomí, Hojení, Identita. Přidal jsem si nevědomí. Nejsou to zrovna malé pojmy, ale slova, která mě roky provázejí, a s každým mám svůj příběh. Říkal jsem si, na jaké jiné už bych měl přijmout účast, když ne na téhle?

Základním tématem textu je trauma, ostatní pojmy mi slouží, abych se tématu přiblížil.

*(Práce s traumatem a traumatizovanými skupinami je i cílem pořádající organizace – Rafael institutu.)*

Navštívil jsem letos na jaře traumatizovanou zemi. Genocida, kterou prošla Kambodža v 80. letech, patří k nejstrašnějším v dějinách lidstva. Za čtyři roky Pol Potovy vlády byla vyvražděna čtvrtina obyvatelstva, a to ne agresorem zvenčí, ale ideologickým pokusem o vnitřní transformaci země.

Co ti lidé s takovým traumatem udělali? Jak s ním žijí? Vždyť se s ním nepovedlo udělat nic z toho, co my, Evropané, považujeme za nutné k uzdravě. Žádná otevřená reflexe, potrestání viníků, uznání viny, odpuštění, nic z toho. Žádné rozpoznání příčin, opatření aby..., nic takového. Jedou dál společně autem, vrazi a oběti, znásilňující a znásilnění a každý sedí dál na svém sedadle a mlčí, protože prostě musí dojet, nejde vystoupit. Bojí se, že by se zase utopili v krvi.

Z našeho pohledu je taková cesta bez procesu smíření a uzdravy zhola nemožná, či peklem. Podle našich představ musí takové auto explodovat napětím a konfliktem, ale oni jedou dál.

Pozoruji své úvahy a jistě také projekce a vidím, jak v zemi hledám stopy historického traumatu. A jak je pro mě obtížné, až nemožné historické trauma odmyslet. Proč je tak těžké nepředpokládat jeho význam, nepoužít jej k interpretaci přítomnosti, kterou pozoruji? Proč s takovou silou předpokládám vliv traumatu?

Naše psychologie do značné míry stojí na teorii traumatu. Na přesvědčení o vlivu a ovlivnění minulostí. Přítomnost je vytvářena minulostí, trauma je uzlovým bodem historie.

Jak vypadá trauma a následná práce subjektu s ním? Vytěsnění, popření, štěpení, disociování, izolace afektu. Vliv této diskontinuity na jiné oblasti já. Vznik komplexového prožívání, a tedy vyhlášení „výjimečného stavu“, vnitřního ghetta a speciálních opatření v okolí traumatu.

A tak vznikají krycí vzpomínky, ukryvájící idealizace, racionalizace, obranná přesvědčení a bludné koncepty. Propady do deprese (původně geologický pojem), do těla krajiny – vznik psychosomatizace. Kde pak tělo nese paměť. Kde symptom má paměť místo vědomí a symbolizuje místo zranění. Vliv toho všeho.

Jak disociované části odvádějí vodu, jak obtížné je být sám sebou, v těle, celosti, jednotě. Jak nelze cítit, mluvit, dotýkat se, milovat se. Sebe, druhého i s druhým.

Přes trauma je ale dobře viditelná také povaha toho, co pomáhá a uzdravuje. Jak vypadá země léčení, jaké jsou charakteristiky takového místa. Na základních podmínkách se psychoterapeutické školy ještě celkem

shodnou. Stálost, spolehlivost místa, podpora, výživa, přijetí, hranice, nezahanbování. Hledání slov ve vztahu je pak obnovováním kontinuity, obnovováním paměti. Trauma potřebuje slova, musí se znovu obléknout do „lidského“, do příběhu. Jinak nemůže dojmout a vzbudit lítost, přivolat blízkost. Jinak ani my sami nemůžeme uvěřit, že jsme přijati. Musíme nejdříve zranění ukázat lidem, aby nás poznali, abychom pak uvěřili, že nebudeme zavrženi. Musí k němu lidé a přes zkušenost s jejich přijímající reakcí můžeme postupně přijmout tuto zavrženou oblast i my. Zkušenost s druhým člověkem zde, stejně jako v raném dětství, předbílá vývoj osobnosti. Skrze to, jak jsme vidění, se vytváříme, či můžeme vytvářet a uzdravovat. Ukazuje se zde pro člověka tak charakteristická potřeba a význam vztažnosti, jak jsme „determinovaní vztažností“, jako by zde platila slova o tom, že si můžeme navzájem odpouštět hříchy, tedy uzdravovat se, skrze léčivý potenciál mezilidského vztahu. Zde lze vystoupit ze zasetí minulosti, logiky viny a odplaty a skrze vztah můžeme zažít puštění – od tohoto zajetí. Samozřejmě nelze změnit traumatickou skutečnost v minulosti, lze však usilovat o změnu jejího smyslu v přítomnosti.

Okolo traumatu se sbíhá energie jako kolem studny. Příběhy osobní i skupiny, třeba i národa. Trauma má dvojí potencialitu. Vytváří izolaci, zavržení, disociaci, štěpení. Naši vnitřní nevědomou opozici, vnitřní disent a „gulag“. Má ale i opačnou schopnost. Vytvářet identitu, stát se středem nové identity. Pacient se přišel zbavit traumatu, ale nemůže se jej vzdát, drží se jej, trvá si na něm. I psychotherapeutická skupina často vytvoří svoji identitu kolem traumatu. Jako by byla spojována společnou, nehledě na to že krajně bolestivou zkušeností, kterou členové nemohou odložit.

Při pozorování dynamiky skupiny často vidíme, jak se trauma stává i součástí „mýtu skupiny“. Trauma má schopnost vytvářet a vázat mýtus. Je „identitotvorné a mýtotvor-

né“. Má tendenci stát se součástí kánonu. Ze zavrženého kamenem úhelným. Ranou s významem rituálního poranění. Hříchem, který má naději se stát šťastnou vinou. Bolesť rány, která se může stát posvěcujícím zdrojem – pokud použijí jungiánské metody amplifikace, tedy rozšíření osobně nevědomého materiálu o kolektivně nevědomý, uschovaný v mýtech dané kultury.

Jak vzít traumatu jeho ničivou sílu „zásahu zvenku“, jak jej zavzít zpět do svobodného úsilí o kultivaci vlastní krajiny duše? Jak vřadit trauma do širšího rámce a řádu? Čím je zhodnotit a vzít mu jeho ničivou sílu a dát mu jinou, tvořivou? Myslím, že existuje kolektivně nevědomý potenciál v bolesti a traumatu, který je umožňuje vrátit do pozitivního rámce.

Co to je za vnitřní proces, kde se zranění dostane do středu nové identity jednotlivce či skupiny? Trauma nese schopnost se z vytěšňovaného obsahu stát středem, sebe-definicí a znamením. Dotekem označujícím k jedinečnosti – požehnáním. Trauma se týká celé osoby, ji cele zavrhuje a ničí, ale i v pozitivním slova smyslu ji celou označuje. Označuje nejen ke zranění, ale také k nové, jistě ne snadné, celistvosti. Zde se snad nabízí pozitivní potenciál traumatu, trauma jako individuační pobídka. Výzva k jedinečné reakci subjektu na jedinečnou vnější realitu, dialogickou k člověku.

Umí tímto procesem dobře provést naše psychotherapie?

Chtěl bych zde zmínit rituál tee-pee Nativ American Church, kterého jsem se účastnil. Je to léčivý sociální rituál, který se odehrává v tee-pee (tradičním obydlí indiánů) před shromážděnou obcí/rodinou/kmenem. Rituál je spojený se změněným stavem vědomí, oslavou žívlů, především ohně a vody. Trvá celou noc a stojí na vyznání před ostatními a samozřejmě na rytmu a zpěvu. S úsvitem přichází do stanu žena a přináší do rituálu tzv. „ranní vodu“. Představují si, že znázorňuje změnu, svítání a naději. Vedoucí rituálu, když nás viděl, jak se stále držíme svých pocitů, výčitek a viny a jak je nemůžeme pustit, na nás křikl „chceš si jej

vzít sebou do nového dne?“ „Vezmi si jej tedy, nebo jej spal v ohni!“

Odtud tedy úvaha: umí naše léčení (psychotherapie) dobře tento povel? Umí zahodit, spálit, vzdát se, očistit, odevzdat plamenům-proměně bolest a trauma? Jaké to vyžaduje podmínky, abychom jej mohli pustit a od-pustit? Abychom jej nedrželi a trauma zpětně nás, v nevědomém sevření a závislosti?

Zde vidím význam rituálu, který dovoluje vložit trauma do širšího nadosobního rámce. Symbol jej – jako dobrý objekt – přijme, váže a vkládá do nadosobní roviny. Tím léčí subjekt a vyvazuje jej z vlivu traumatu. Přitom prožitou bolest uchovává jako důležitou komponentu proměny.

Tady je myslím vidět jistá podobnost, jak člověk se snem a traumatem zachází. A to právě s tendencí k dvojí krajnosti. Buď je poníží, znehodnotí a zbagatelizuje (u snu na bezvýznamný, či jen fyziologický proces mozku, u traumatu popře a vytěsňuje), nebo se do něj oblékne a postaví na něm identitu, povýší jej, zabsolutní na fatální význam, zjevení či slovo boží. Sen a trauma ukazují, že jsou možnými zdroji transcendence, mostem ke kolektivně nevědomé dimenzi člověka, jsou to takové „přenašeče“ z H. Pottera.

Hluboce, s jakou trauma zasahuje člověka, musí odpovídat i šíře a hloubka léčení. Je-li takto zasažen traumatem celý člověk, je pravděpodobně v traumatu přítomný i podobně celostný potenciál k léčení. Léčení traumatu nese i otázku pohledu na člověka a paradigmatu, jak na něj hledíme. Pokud vnímáme, že člověk „stojí a padá“ s dimenzí individuální psychologie a konceptem osobního nevědomí, jistě se nemůžeme obracet s nadějí k jiným zdrojům. Pokud vnímáme, že osobní nevědomí se dotýká, či leží na kolektivně nevědomé dimenzi psyché, budeme vnímat možnosti údravy i celost léčby jinak. Dalo by se zde tedy s nadsázkou ptát: „A jaké jsou Vaše osobní postoje ke kolektivnímu nevědomí?“

Kde se jej dotýkáme, kde s ním děláme všichni přirozenou zkušenost? Zde mám ur-

čitou naději spojenou se snem. Není jeho povaha a potenciál, že je trochu jako duch? Nezobrazíš jej a nevyložíš jej, úplně. A pokud, pak se mylíš, že je to celý on. Stane se Tvým a přijdeš o něj.

Tedy o snu, jako o jistém kontrapunktu k Descartovu „Myslím, tedy jsem“. O snu nejen jako o cestě k osobnímu nevědomí, nejen freudovské poznání, co sen vypráví o mně, co vnitřní cenzor pustil do snu z osobních zakázaných přání, či jak vyrovnává komplementárně bdělé potlačení traumatu. Tedy za naše, jistě tak cenné, osobní sebepoznání. Ale kam?

K noci. A tu bych rád pozdravil, i s její tmou, či temným světem. Tu bych rád přivítal, jako „matku prostředí“, ze které přichází sen. Protože odkud odjinud může přicházet světloňoš než ze tmy? Ze tmy, ve které jsme naloženi jako okurky v láku, omývání základním stavem – nevědomím. Máte pravdu, zní to jako stará řeč o naději, která znovu a znovu vyráží z velmi různých rostlin do různých květů.

Je-li sen „prací duše“ – snad lépe aktivitou a výrazem, pak je naděje, že vypráví o dvou-domosti duše. Tedy nejen cogito-ego, ale i ze světa mimo něj. Duše je v já, ale nejen. Její základní „doma“ je snad mimo naše pozemské, vtělené já. A odtud možná naděje o transcendentním zdroji, o návratu k němu a do něj. Sen jako čas, kdy jsme „základněji“ s duší. Nějak „základněji“ celí a původní i za to „myslím, tedy jsem“.

Objevují se v tom, jak o věci uvažujeme, nějaké nové možné zdroje údravy, jiné zdroje naděje?

Zde bych se přimlouval především za postoj oproti vědění „kde je pravda“. Za kulturu „jak se ptáme“ oproti odpovědi „jak to je“. Asi tedy budeme muset nově hledat a uznat, že nemáme a nevíme. Jinak není proč, co a odkud hledat. Totalitním je zde přesvědčení, že mám, že mám dost, že si vystačím a držím. Frommovo (2001) „haben“. Opakem je pak pozice otevřenosti a vydanosti, vědomí neúplnosti, narušenosti a hříchu. Ta slova současná psychologie

moc nemiluje a ani nemá (neumí mít) za zdroje naděje.

Jistě vnímáme, jak rozdílné krajiny se otevírají v těchto slovech. Krajiny stavů lidského nitra, lidských postojů a nakonec i postojů náboženských. Ano, vidím zdroje naděje tímto směrem, za naše ego. Otevření se naději mimo nás, mimo a za biologické, materialistické, kauzální a deterministické bytí. Psychologicky vidím naději v nevědomí. Mám naději, že je zdrojem, nekonečným zdrojem dobrých obrazů. Neuzdraví nás interpretace, ale něco základnějšího a úplnějšího. Fyzicky prožitý a přijatý obraz, který je dostatečně z „vně“ a zároveň dostatečně z hloubi duše, nevědomí. Naděje, že v nevědomí je duše doma, jako v původu a zdroji, že má jiné doma než naše pozemské tělo.

Chceme-li hledat nové zdroje naděje, musíme se vydat na nová místa. Je milým paradoxem, že jsou zároveň velmi stará. Musíme riskovat, že budeme trochu za blázny.

I v psychologii se nosí jistá verze „odluky státu a církve“. Privátní náboženské přesvědčení se odděluje od „vědecké objektivní formy“. Nemyslím, že je to možné, pokud se ptáme po naději. Ta otázka překračuje tuto pomyslnou „korektní“ hranici. Naděje je ze své povahy jednou nohou „mimo chodník“. Mimo místo, mimo tento svět – transcendentní. A nevědomí je možný transcendentní zdroj. Tedy, kde kolektivní nevědomí „sestupuje shůry, z neosobního k osobnímu“. „Zná se k člověku“. „Našlo v něm zalíbení“. Je místem jeho obnovy. Ptá-li se někdo po naději, již přeci překročil hranici objektivní vědy. Naděje je vždy osobní. Prudce osobní a jedinečná. Copak si lze představit neosobní naději? Ve své neosobní poloze je jen ideologií. Tedy možná totalitní nadějí.

Jestli jsem se rozhodl takto uvažovat, nezbyvá, než dokončit úvahu o osobní naději při léčbě traumatu. V čem ji vidím?

Mám naději v reparativní schopnost lidské

psychiky a jeho nenarušitelné bytostné Já, které uchovává svoji schopnost žít a milovat. V léčivost vztahu, dialogu a řeči. V reparativní schopnost specifických situací ve vztahu, které psychoterapie rozpoznala a pojmenovala, třeba přenosového vztahu. Tedy schopnosti a tendenci osobní minulosti se znovu díť. Vracet a vtělovat do nových situací a vztahů. Naději, že tato tendence často sloužící neurotickému opakování může být i zdrojem uvědomění a růstu osobní svobody. Že zde se otevírá naděje, že ani traumatická minulost člověku nevládne definitivně, že má i sama tendenci se „neuroticky“ tlačit znovu do přítomnosti, aby mohla být zažita znovu, osvobodivě jinak.

Mám naději, že nevědomí v sobě nese osobní charakter, že nás svým způsobem „myslí“. Tam dotýká se osobní a nadosobní. Věřím, že v člověku je touha překročit Já ve smyslu ego, že v určité fázi touží překročit toto své panství a vtáhnout se k jinému zdroji i cíli. Nevěřím, že bolesti a žaly zde končí, ale že získávají jiný rozměr a význam. Osobní bolest se dostává do jiných souřadnic. Stává se součástí růstu a prohloubení.

A rizika těchto mých nadějí? Jako vždycky, že to přeci není a nemůže být celá pravda. Neudělat modlu pro změnu z nevědomí nemusí být nutně jen dobré, ale i všemožně jiné. Nemusí být jen zdrojem dobrých obrazů, ale i jiných. „Rozlišování duchů“ bylo vždy těžké (a úkol člověka) a je i dnes. Znovu tedy jen tenká chůze krajinou a hledání půdy pod nohama.

#### LITERATURA:

*Fromm, E. (2001). Mít či být? Praha: Aurora.*

*PhDr. Jan Šikl, Ph.D., psychoterapeut, psychoanalytik, supervizor ČIS. Pracuje v soukromé praxi v Praze.*

*Text prošel diskusí v redakční radě.*

## NÁVRH PRO DISKUSI O VĚCNÉM ZÁMĚRU ZÁKONA O PSYCHOTERAPII

PRACOVNÍ DOKUMENT  
PRO BĚŽÍCÍ DISKUSI:  
VERZE Č. 5

### Zpracovali:

Michal Miovský  
Kamil Kalina

(9. dubna 2013)

### Konzultovali:

Jan Roubal  
Jiří Libra

Dále prezentovaný návrh pro diskusi vychází z několika premis, které jsou naprosto zásadní. Podle autorů návrhu je nutné je vyjasnit přednostně, před další diskusí o konkrétním návrhu věcného záměru. Domníváme se, že výchozí premisy nejsou sdíleny všemi aktéry diskuse. Jejich ujasnění a jasné definice jsou hlavním předpokladem dosažení případného konsenzu v pohledu na věcný záměr zákona o psychoterapii v České republice. Tento dokument proto prozatím neobsahuje konkrétní návrh řešení, ale je souhrnem základních stanovisek, na kterých by návrh modelu zákona mohl být postaven.

### SOUHRN HLAVNÍCH PREMIS /STANOVISEK VZTAŽENÝCH K VĚCNÉMU ZÁMĚRU ZÁKONA O PSYCHOTERAPII V ČESKÉ REPUBLICĚ

Regulace psychoterapie by měla být legislativně realizována na úrovni **samostatného zákona** a měla by v logice dalších bodů přesahovat rámec jednotlivých resortů a upozadit resortismus v pohledu na ni a její vykonávání.

Psychoterapie by měla být definována jako **samostatná profese**, přestože dosažení různých (dále navržených) stupňů kvalifikace může být realizováno různými cestami/scénáři, a klíčový v tomto ohledu je požadavek na kvalitu, jasně definovaná kritéria, kontrolu a evidenci.

Profese psychoterapeuta by neměla být

vázána resortně (z hlediska např. výkonu pouze v určitých typech provozoven či programů) a musí být z povahy věci formulována z nadresortní perspektivy a **musí být profesí regulovanou**.

Zákon o psychoterapii musí vycházet z širší než zdravotní perspektivy, jak vyplývá z povahy základní definice užívané např. APA: „Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable“ (Norcross, 1990, s. 218–220). Zákon o psychoterapii **musí vytvářet prostor nejen pro nezdravotnickou perspektivu**, tj. výkon psychoterapie také nezdravotnickými pracovníky (např. psychologové-nezdravotníci, sociální pracovníci, speciální pedagogové atd.), pokud tito pracovníci skutečně splní vše potřebné z hlediska vzdělání, pro určitý stupeň kvalifikace. Musí též vytvářet **novou perspektivu pro zdravotnické profese**, které dnes ve zdravotnictví provádět psychoterapii nemohou (lékaři-ne/psychiatři, zdravotní sestry, adiktologové atd.), přestože někteří takoví pracovníci splňují veškeré kvalifikační předpoklady v psychoterapii, tj. mají komplexní uznávaný výcvikový program. Zásadní položkou ujednání pak musí být, že z jedné strany musí existovat stupně kvalifikace v psychoterapii pro nezdravotníky a pro zdravotnické profese, které v současnosti nemají přístup ke specializaci v systematické psychoterapii ve zdravotnictví (tj. nemají atestaci z psychiatrie či klinické psychologie). Tito pracovníci však musí respektovat, že některé vyšší stupně psychoterapeutické kvalifikace jim bez předchozí zdravotnické přípravy a kva-

lifikace nemohou být umožněny. Musí také přijmout jasně definovaný požadavek (kritéria) na minimální znalosti, dovednosti a profesní kompetence orientované na zvládnutí základních zdravotnických témat přímo spojených s výkonem profese psychoterapeuta.

Zákon o psychoterapii musí zdůraznit, že psychoterapie není cokoli, má-li být psychoterapií vycházející z evidence-based přístupu a respektovat základní odborné požadavky akceptovatelné z odborného pohledu. **Považujeme za nepřijatelné v tomto smyslu tedy integrovat cokoli, co dnes neumíme kontrolovaně trénovat, vzdělávat se v tom, jasně definovat, vědecky zkoumat a podrobně kritickému pohledu/posouzení.** Vše takové v zákoně nemá mít místo.

Referenčním rámcem pro stanovení **minimální hranice požadavků** a pro definování základního/výchozího stupně vzdělání/kvalifikace by měl být Evropský certifikát pro psychoterapii, ačkoli považujeme za naprosto legitimní pro Českou republiku otevřít diskusi, jdoucí k parametrům nad rámec tohoto certifikátu. Např. pokud je v ČR sdíleno kritérium počtu hodin ve výcvikových programech na hodnotě cca 400–500 hodin (je samozřejmě nutné jasně specifikovat strukturu a obsah těchto hodin), pak nemá smysl toto kritérium snižovat, ale naopak zachovat ho a sjednotit se v postoji, že právě tato hodnota bude hodnotou v ČR minimální. Stejně tak je možné diskutovat i další parametry a dosáhnout shody v definici „**závazného výcvikového/kvalifikačního minima**“. Toto „minimum“ by mělo být pro účel věcného záměru zákona chápáno jako shoda v minimální (rozuměj „nepodkročitelné“) hranici definující nejnížší možnou úroveň kvalifikace psychoterapeuta. Dále má být definován/stanoven seznam kritérií (úplný výčet) kvalifikace. Tyto návrhy nemají umožnit příliš extenzivní výklad. Naopak mají dát záruky naplnění Premis/požadavků formulovaných v předchozích bodech d) a e).

Pokud bude psychoterapie zákonem definována v souladu s body d) a e) tohoto dokumentu a dojde k více extenzivnímu výkladu pojmu léčba, resp. jeho doplnění o pojmy jako poradenství atd., je nutné respektovat fakt, že ve vzdělávání psychoterapeuta musí být obsaženy prvky reflektující interdisciplinární povahu této nové profese. **Jednotlivé stupně kvalifikace psychoterapeuta musí proto mít hned na začátku pregnančně definovány tzv. learning outcomes** (případně využít koncept tzv. „core competencies“ EAP v poslední verzi)<sup>1</sup>. Znamená to, že v duchu současného vývoje popisu výstupu z učení odchrávajícího se na univerzitách musí být jasně a pregnančně pro každý stupeň kvalifikace definovány znalosti, dovednosti a profesní kompetence. Ty musí být možné prověřovat a ověřovat průhledným systémem kontroly.

Zákon by měl definovat základní stupně kvalifikace profese psychoterapeuta a podzákonnou normou (vyhláškou) by měly být ošetřeny výstupy z učení ve smyslu formulace předchozích bodů f) a g). **Zákon by měl v tomto smyslu (způsob získávání a udržení kvalifikace) definovat scénáře, jimiž je možné jednotlivých úrovní stupňů kvalifikace psychoterapeuta dosáhnout.** Samozřejmě kromě toho **musí zákon definovat mechanismy a nástroje regulace výkonu povolání, definovat kompetence institucí – Národní akreditační organizace, výcvikové instituty atd.** Scénáře dosažení kvalifikace by měly být pluralitní a respektovat fakt, že splnit kvalifikační požadavky pro jednotlivé stupně je možné více cestami a důraz musí být kladen na obsah a kritéria, nikoli na formální institucionální afiliaci.

Zákon by měl stanovit procedurálně přesný a bezesporný systém kontroly kvality. Vzhledem k současné míře diverzity, rozporů a nejednotnosti by bylo nejlepším řešením **zřídit institut nezávislé referenční**

<sup>1</sup> [http://www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Revised\\_Core\\_Competencies\\_Feb\\_2013.pdf](http://www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Revised_Core_Competencies_Feb_2013.pdf)

**zkoušky.** Ten by měl být plnoprávným a plnohodnotným ekvivalentem současné specializační zkoušky pro systematickou psychoterapii ve zdravotnictví a nad rámec toho by měl zohledňovat nad/resortnost psycho-terapeutické profese. Znamenalo by to, že splnění kvalifikace pro daný kvalifikační stupeň by bylo posouzeno orgánem, který by byl zmocněn např. odbornou společností (nabízí se varianta Psychoterapeutická společnost ČLS – a není to jediná varianta řešení) a zkoušky by prováděla nezávislá komise dle předem stanoveného procedu-

rálního postupu. Komise by byla zavázána dodržovat předem přesně stanovená a veřejně známá kritéria a požadavky. Zásadní je ovšem i ustanovení přechodného období a jeho vydefinování.

Zákon by měl řešit téma **existence a postavení etické komise a její pravomoci.** Klíčové je v tomto smyslu stanovení jejího vztahu směrem k dotčeným odborným a profesním organizacím a sdružením, dále stanovení jejího vztahu směrem k samotným psycho-terapeutům, frekventantům výcviků a vůbec k procesu přípravy na profesi psychoterapeuta.

*Text prošel diskusí v redakční radě.*



Slovenská psychoterapeutická spoločnosť  
Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP  
Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS  
Slovenská komora psychologov

Vás pozývajú na

## **XXIX. ČESKO-SLOVENSKÚ PSYCHOTERAPEUTICKÚ KONFERENCIU**

Hlavná téma konferencie:  
**STRATY A NÁLEZY V PSYCHOTERAPII**

Termín podujatia:

**6. – 9. november 2013**

Miesto:

**KURSALÓN, Trenčianske Teplice**

[www.psychoterapia-sk.sk](http://www.psychoterapia-sk.sk)



## KONFERENCE O VÝZKUMU GESTALT TERAPIE V CAPE COD, USA

Jan Roubal

Pod názvem „The Challenge of Establishing a Research Tradition for Gestalt Therapy“ se v sídle Gestalt International Study Center v Cape Cod konala výjimečná konference. Svolavatelé konference, Phil Brownell a Joe Melnick, reagovali na rostoucí potřebu výzkumného prošetřování a ověřování gestalt terapeutického přístupu. Ještě před pár lety se, podle jejich slov, na podobné konferenci objevilo jen sedm, ve směs spřátelených kolegů. Nyní se sešlo přes čtyřicet účastníků nejen z USA, ale také z různých zemí Evropy, z Mexika, Chile nebo Ruska.

Výzkum byl bohužel v rámci gestalt přístupu dlouhodobě nedoceňovaný. Jedním z důvodů je možná anarchistická tradice a také původní pozice na okraji hlavního, dobře etablovaného proudu psychotherapeutických směrů. Gestalt terapie se sice oproti své původní podobě významně proměnila směrem k systematicky teoreticky zpracovanému přístupu s velkým množstvím klinických aplikací, zůstala však relativně uzavřená do sebe a oproti jiným směrům málo prezentovala svoji výzkumně ověřenou specifickou užitečnost. Snad v tom hraje roli i mentalita gestalt terapeutů, kteří sice nepostrádají pro výzkum potřebnou tvořivost a zvědavost, často jim ale chybí systematická důslednost a ukotvenost v akademickém světě.

Účastníky konference přivítala Sonia March Nevis, která spolu s jedním z hlavních přednášejících, Anselem Woldtem, patří ke generaci průkopníků gestalt terapie. Konferenci měl původně zahájit přednáškou



Leslie Greenberg, jeden z předních světových výzkumníků psychoterapie, který ve svém přístupu (Na emoce zaměřená terapie, EFT) z velké části staví na svém původním, domovském přístupu – gestalt terapii. Kvůli tragické události v rodině však Greenberg musel na poslední chvíli svoji účast odvolat. Začátek konference byl také poznamenán bombovým útokem na maraton v Bostonu, kvůli kterému účastníci přijížděli s různě velkým zpožděním.

Ze širokého spektra příspěvků vybírám několik, na kterých jsem byl osobně přítomen. Al Wong (USA) v metodologicky skvěle připraveném příspěvku nabídl možnost, jak lze využít kvantitativní výzkumné nástroje bližší filozofii gestalt přístupu a pomocí výzkumu efektivitu jednotlivých případů (metoda používaná hojně v EFT) plnohodnotně nahradit studie s kontrolní skupinou. Linda Finlay (UK) představila svůj vztahový přístup k fenomenologickému výzkumu, který již popsala v několika svých knihách. Výzkum je v jejím pojetí dialogickým setkáváním. Na příkladu výzkumu traumatu po potratu ukázala, že osobní zapojení výzkumníka jak do sběru dat, tak do

jejich zpracování přináší obohacení a prohloubení fenomenologického pozorování. Pablo H. Salinas (Chile) upozornil na způsob, jakým s kolegy konstruují nástroj na měření účinků gestalt terapie. Todd Burley (USA) představil svoji procesovou teorii deprese a test, který na jejím základě vytvořil. Já sám jsem prezentoval svůj výzkum toho, jak psychoterapeuti zvládají vlastní prožitek při práci s depresivními pacienty, používaje metodu zakotvené teorie. Další příspěvky se věnovaly množství jiných výzkumně zpracovaných témat, např. vztahu mezi matkou a dcerou v terapii,

účinnosti gestalt terapie u dětí, uplatnění gestalt přístupu v organizacích, využití metafor pro měření interpersonálních mocenských aspektů v terapii či obecněji průsečíkům filozofických východisek výzkumu psychoterapie a gestalt terapie.

Zdá se, že původní záměr konference se naplnil a výzkumná tradice se v gestalt terapeutickém přístupu opravdu vzrůstá. Významné je celosvětové propojení výzkumníků, konkrétní plány na další setkávání, rozvíjení společných výzkumných projektů a také zapojení do širší komunity výzkumníků psychoterapie.

## ČO SI DÁ VERONIKA NA DVERE? – SPRÁVA Z KONFERENCIE O BUDÚCNOSTI PSYCHOTERAPIE

**Edita Bezdičková, Michaela Kumhalová, Adam Vodička, studenti oboru Psychoterapeutických štúdií, Fakulta sociálnych štúdií Masarykovej univerzity**

Dňa 26. 4. 2013 sa značná časť odbornej psychoterapeutickej verejnosti zišla v Pražských Emauzách pri príležitosti diskutovania ďalšieho smerovania Psychoterapie v Čechách. Už niekoľko týždňov pred konaním konferencie bolo registráciou obsadených všetkých 200 miest. Je dôležité podotknúť, že sa nejednalo o udalosť ojedinelú. Naopak, jedná sa o dlhšie trvajúcu rozpravu na tému kto, kde a akým spôsobom je oprávnený poskytovať psychoterapiu, kto bude oprávnený (sa) v nej vzdelávať a kto bude túto službu garantovať. Aj z toho dôvodu bolo pre nás dôležité sa spomínanej udalosti zúčastniť. Sme študentmi posledného ročníka psychológie a psychoterapeutických štúdií a taktiež sme účastníkmi výcvikovej časti vzdelávania. Máme za sebou pracovné skúsenosti, ale pred sebou množstvo otázok ohľadne toho, do akej miery budeme vnímaní ako kvalifikovaní a do akej miery nám bude umožnené pracovať v prostredí, ktoré sme si vybrali a do ktorého investujeme náš čas, zdroje a nadšenie.

V texte sa pokúsime najskôr konferenciu umiestniť do širšieho kontextu diania na poli v pomáhajúcich profesiách. Potom v skratke zhrnieme priebeh stretnutia, myšlienky, nápady a najmä otázky, ktoré zazneli. A keďže žiadny záznam či popis situácie nemôže byť ani nestranný, ani úplný, chceli by sme poslednú časť správy venovať akejsi situovanej reflexii. V tejto dáme priestor viac než hlasom účastníkov našim úvahám, myšlienkam a otázkam.

V rámci kontextu konferencie je ťažké povedať, kde presne sa celý príbeh začína. V článku Jakuba Černého (2012) o konferencii *Psychoterapie Legální – Nelegální* zaznela niekoľkokrát otázka, prečo sa dôležité témy o legislatívnej úprave a charaktere psychoterapie otvárajú práve teraz? Túto istú otázku sme si v rozhovoroch kládli aj my. Potreba uchopiť a ohraničiť psychoterapiu je prítomná už dlho. Koniec koncov aj sami účastníci a rečníci konferencie hovorili o tom, že spomínané témy

boli nastolené 20 rokov dozadu<sup>1</sup>. Prečo však práve teraz nastáva moment, kedy sa potreba jasne stanovovať hranice stáva natoľko páľčivou? Ako píše aj Čermáková (2012: 222) vo svojom príspevku z psychoterapie, za jedno z vysvetlení je možné považovať „veľké existenciálne zneistenie“, ktoré jej kamarátka, ona a ďalší terapeuti poskytujúci svoje služby zažívali v súvislosti s krokom ústeckého živnostenského úradu a následnou reakciou Českej psychoterapeutickej spoločnosti (ďalej ČPS). Táto udalosť bola nie len vyhodnotená ako dôležitá, ale poukázala tiež na prítomný rozkol vo významovej štruktúre definujúcej psychoterapiu v Česku. Viedla ku organizácii stretnutia *Výkon psychoterapeutickej praxe – legální, nelegální*, v rámci ktorého sa otvorila diskusia o tom, kto a za akých podmienok je oprávnený legálne poskytovať psychoterapeutické služby.

Zástupca ČPS Karel Koblic (2012) obhajoval odlišiteľnosť psychoterapie v zdravotníctve tak, aby nebola zameniteľná so službami poskytovanými mimo jeho kontext. Takáto definícia nebola v rámci stretnutia prijatá. Naopak v súlade s reakciou Petra Možného (2012: 215) sme mali možnosť vidieť „zásadný spor medzi dvomi koncepciami psychoterapie“. Tento spor odráža jednak existenciu niekoľkých možných uchopeńí toho, čo znamená poskytovať psychoterapiu. Druhák však okrem konfliktu typu „my a oni“; legální a nelegální (psychoterapeutov v zdravotníctve a všetkých ostatných) ustanovil aj širšiu krízu identity psychoterapie ako odboru vôbec. Vystali tak potreby nie len jasného vymedzenia toho, za akých podmienok môže byť psychoterapia poskytovaná a ohraničenie toho, kto ju môže poskytovať, ale aj hlbšia vnútorná potreba definovať obsah psychoterapie ako takej. Zároveň tiež bola nastolená otázka o potrebnosti organizácie reprezentujúcej

psychoterapiu ako profesiu a toho, komu bude takáto inštitúcia slúžiť a čo bude jej náplňou.

V neposlednej rade je ešte k otázke, prečo teraz potreba doplniť, že v Českej republike aktuálne dochádza k reforme psychiatrickej starostlivosti. V rámci nej prebieha aj diskusia<sup>2</sup> o rozšírení možností psychosociálnej rehabilitácie a snahe okrem primárne lôžkovej a ambulantnej liečby poskytovať klientom tiež komunitné a sociálne služby. Aj keď sa v plánovanej zmene počíta primárne so zdravotníckym personálom, je zaujímavé premýšľať, aké typy kvalifikácií bude potreba pre úspešné a kvalitné poskytovanie služieb klientom. Zároveň je dôležité uvažovať o týchto zmenách aj v kontexte diskusie o psychoterapii a jej mieste v zdravotníctve a mimo neho.

Teraz už však k samotnej konferencii. V tejto časti chceme načrtnúť, ako celá konferencia vyzerala, ako prebiehala diskusia a aké otázky vlastne vystali? Celkom na úvod predstavili zástupcovia Iniciatívy pre slobodnú českú psychoterapiu (ďalej ISCP) svoj zámer a príbeh vzniku. Uviedli tiež svoje hlavné ciele, ktoré sú najmä snaha o zlegalizovanie psychoterapie a vytvorenie podmienok odlišiteľnosti vzdelaných psychoterapeutov. V rámci konferencie prebehli dva bloky. Tie pozostávali zo štyroch tematických oblastí – vzdelávania, etiky a následne diskusie o terapeutickej spoločnosti a legislatívnych otázkach. Každá tematická oblasť bola uvedená krátkou prezentáciou, ktorá slúžila k nastoleniu problematiky pre následnú diskusiu.

Programovú časť stretnutia otvoril Milan Stiburek svojím príspevkom o vzdelávaní v psychoterapii. To rámcovoal potrebou formovania zoznamu kvalifikovaných psychoterapeutov, o vytvorenie ktorého sa ISCP

<sup>1</sup> Viď napr. článok V. Strnada (1999).

<sup>2</sup> Pre viac informácií viď Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR (2012).

pokúša. Pri návrhu vzdelávacích kvalifikačných podmienok sa inšpiroval pravidlami Európskej Asociácie pre Psychoterapiu (ďalej EAP). Tie pomerne jasne definujú počty hodín teoretického pregraduálneho a postgraduálneho štúdia, ako aj povinnú sebakúsenosť, prax a supervíziu<sup>3</sup>. Stibúrek sám však zároveň poukázal na nejasnosť a neistotu v otázke jednotlivých podmienok, napríklad keď hovoril o podmienke sebakúsenosti. Tá je v každom terapeutickom prístupe vnímaná a chápaná trochu ináč a je tiež ako taká vyžadovaná v širokej škále poddôb a miere intenzity. Je preto veľmi zložité nastaviť podmienky paušálne, napriec psycho-terapeutickými prístupmi.

Z publika zneli otázky, ako dôjde k selekcii inštitútov, ktoré k príprave terapeutov budú oprávnené – či bude nutné ich chod prispôbiť určitému stanovenému rámcu, alebo budú hodnotené na základe kompetencií svojich absolventov, alebo ešte celkom iným spôsobom. V diskusii však vôbec nezaznela otázka po tom, ako nie len definovať podmienky, ale následne zabezpečiť, aby tieto bolo umožnené prakticky naplniť, a to aj ľuďom v rôznych fázach procesu kvalifikovania sa.

Po tomto bloku nasledovala rozprava o téme etiky v psychoterapii. Uviedol ju Jan Roubal s tým, že sa nejedná o „zdržiavane“, ale o vyslovenie možných vodítkov k definícii odboru. Poukázal na paradoxnú situáciu, ktorá je akýmsi spôsobom symptomatická pre súčasnú psychoterapiu v ČR. Existuje prax súhlasenia s etickým kódexom, ktorý však, podľa Roubalových slov, vlastne neexistuje. Je to možno trochu podobné ako poskytovanie a inzerovanie terapeutických služieb, ktorým „prekračujeme legislatívny rámec“. Ponúka sa potom otázka, ktorá ostatne zaznela aj z publika – ako nám v tom vlastne je?

Nasledoval príspevok Hany Junové. Tá si kládla otázku, čo bude vlastne zložitejšie: definícia psychoterapie, alebo jej legálne zakotvenie? Vo svojom vstupe zdôraznila mimo iné potrebu osvetu v oblasti etického rámca psychoterapie ako disciplíny. Za dôležitú považuje existenciu etickej komisie, ktorá by okrem arbitra mala slúžiť najmä ako inštitúcia zaisťujúca transparentnosť ako dovnútra, tak aj navonok disciplíny; či už pre otázky terapeutov, alebo širšie informovanie verejnosti. Olga Marlinová pripojila dôležitosť integrácie a nerozdeľovania etickej dimenzie od samotného vzdelávania v psychoterapii.

Jiří Šípek potom svojím príspevkom celú diskusiu ešte rozšíril, keď sa pýtal nie len po etickej komisii, ale po charaktere etiky vôbec. Hovoril o tom, že „etikou bude to, na čom sa sami dohodneme, že to budeme alebo nebudeme robiť“. To vyvolalo súhlasnú reakciu od docenta Kalinu, ktorý pripomenul koncept etickej uvedomelosti, a Romany Syrovátkovej zo spoločnosti Tanter, ktorá zdôrazňovala najmä vnútornú potrebu definovať si veci a nastolila tak zásadnú otázku – ako to urobiť, aby sa nás etika týkala? Téma osobnej etickej praxe zaznelo aj v príspevku Ester Danelovej, ktorá podotkla, že za súčasného stavu je najmä na osobnom rozhodnutí terapeutov vykonávať prax „priplnom rešpekte k našim klientom“. Ostáva však zodpovedať, kam až siahajú hranice psychoterapie a zodpovednosť terapeutov? Aká je etika v terapeutickvej verejnosti a jej spoločenská angažovanosť?

Po prestávke Pavel Zach najskôr otvoril tému inštitúcie, ktorá by mala zastrešovať psychoterapiu, a následne sa Alena Hájková spoločne so Zdenkom Mackom venovali možnostiam jej legislatívneho uchopenia. Diskusiu by bolo možné definovať otázkou – „Čo si má dať Veronika na dvere?“. Táto otázka ostala počas celej konferencie nezodpovedaná. O jej páľčivosti však svedčí stanovisko zástupcu ČPS Koblíca. V jeho mienke jasné pravidlá už existujú, nevyhovujú však

<sup>3</sup> Vid' Európsky certifikát pro psychoterapii (2012)

vzdelávateľnom a absolventom. Čo je však podľa neho dôležitejšie, vyhovujú pacientom. Ako však následne kontrovala Dana Holubová, pacientom daný stav nevyhovuje, pretože zdravotníckych odborníkov je málo<sup>4</sup>. Keďže sa však nejednalo o súdenie aktivít či stanovísk ČPS, vstúpil Zdeněk Macek do diskusie s dôležitým ocenením jej predstaviteľov, ktorí podstupujú „úmernú a nezaplatenú drinu“, a je otázne, kto je ochotný takúto mieru úsilia investovať do zmeny aktuálneho stavu. Ten je podľa Pavla Zacha charakteristický aj krízou legitimity. Na jednej strane totiž sputuje vhodnosť ČPS ako národnej akreditačnej organizácie pre EAP, z dôvodu jej naviazania na zdravotníctvo. Tým totiž ČPS prestáva byť nezávislou. Je však ale dôležité spomenúť aj poznámku Vlastimila Chvály o tom, že vzťah ČPS s českou lekárskou komorou je aktuálne dôležitým k zastrešeniu psychoterapie v súčasnom právnom systéme ČR.

Ten, ani podľa právničky Aleny Hájkovej, ani podľa docenta Kalinu, nie je vôbec jasný. Súčasný stav legislatívneho uchopenia psychoterapie je problematický, rezortný a nesystémový. Pani Hájková vo svojom príspevku načrtla tri hlavné možnosti, ku ktorým, po konzultáciách so zástupcami ISCP, došla: je nimi vytvorenie psychoterapeutickej živnosti, vytvorenie rezortných predpisov upravujúcich výkon profesie, alebo vygenerovanie celého zákona o psychoterapii. Práve posledná možnosť sa teraz javí ako najprínosnejšia, avšak taktiež najnákladnejšia a najzdĺhavejšia. Pani Hájková považuje za primárne spracovanie obsahu psychoterapie ako disciplíny a až potom je možné pokúšať sa o legislatívne ukotvenie. Docent Kalina v tomto zmysle preniesol svoj príspevok o *Návrhu zákona*<sup>5</sup>, ktorý je

možné vnímať ako prvý krok k tvorbe daného ustanovenia. V súlade s komentárom Jana Roubala je rovnako dôležité, že sa nejedná o žiadosť väčšej voľnosti nárokov na terapeutickú prípravu, ale o vytvorenie reálnej perspektívy k povolaniu, do ktorého ľudia prichádzajú rôznymi cestami.

Z priebehu konferencie vyplynulo niekoľko možností ďalšieho vývoja. Boli však ponúknuté formou vopred daných volieb. Buď dôjde ku zmene stávajúcej organizácie ČPS, alebo ku vytvoreniu novej, nadrezortnej organizácie, ktorá sa bude snažiť o získanie štatútu národnej akreditačnej organizácie EAP a bude pracovať na legislatívnom zakotvení psychoterapie čoby „slobodnej a nezávislej profesie.“ V kontexte týchto dvoch vyhranených pozícií sme ako autori správy premýšľali nad tým, čo tieto možnosti znamenajú. Uvedomili sme si jednak tlak potreby rýchlej reakcie a vnímali sme stretnutie ako volanie o pomoc. V hlavách sa nám vynárali myšlienky o psychoterapii ako profesii, ktorá umožňuje ľuďom úspešne prechádzať kritickými situáciami v ich životoch. Premýšľali sme preto nad tým, ako sme my psychoterapeuti sami schopní vyrovnáť sa s kritickou situáciou vo vlastnom odbore. Ako je možné pozastaviť sa a ustúpiť z vyhranených a vopred uzavretých pozícií do prostredia vecných diskusií a spoločných záujmov? Ako je možné nepodľahnúť existenciálnemu a záujmovému tlaku a prerozprávať celé stretnutie ako príbeh zmeny a motivácie k dialógu?

V záverečnej časti článku by sme preto chceli ponúknuť niekoľko myšlienok. Spoločné zámery a styčnú pôdu v definícii a legislatívnom uchopovaní psychoterapie je možné nachádzať v oblasti etiky a vzdelávania a v snahe poskytovať kvalitné služby našim klientom. Domnievame sa, že je možné uvažovať o minimálne troch otázkach. Čo sú kvalitné služby a kto všetko by sa mal podieľať na ich definícii? Kde všade je psychoterapia využiteľná a potrebná? A ako

<sup>4</sup> Tých je podľa aktuálneho zoznamu ČPS 81, tzn. jeden na 123456 občanov, pri počte 10 000 000 (Adresár psychoterapeutů, 2012).

<sup>5</sup> Návrh pro diskusi o věcném záměru zákona o psychoterapii (2012).

zabezpečiť etickosť praxe nielen navonok, ale aj dovnútra odboru?

Psychoterapia neexistuje vo vákuu. Nachádza a definuje sa v spoločenskom priestore štruktúrovanom rôznymi potrebami a záujmovými skupinami. Je preto dôležité pozrieť sa na to, koho hlasy na konferencii zaznievali. Najčastejšie išlo o hlasy členov novej iniciatívy, zástupcov výcvikových inštitútov a členov ČPS. Rovnako dôležité je aj pýtať sa, ktoré hlasy chýbali a koho všetkého vlastne do takejto dôležitej diskusie chceme prizvať. V diskusii absentovalo akékoľvek zastúpenie poisťovní a hlasov rôznych štátnych a neštátnych organizácií. Najviac však chýbali hlasy klientov. V rámci konferencie išlo najmä o to, aby sme sa ako odborná verejnosť stretli a povedali si, čo nás momentálne ťaží. V ďalšom pokračovaní našich snáh je však otázne, či chceme prizvať ľudí, ktorí naše služby využívajú. To v širšom rámci znamená nie len otvoriť diskusiu vnútro odborovú, ale aj celospoločenskú. Pýtame sa teda, čo chceme, aby verejnosť vedela o psychoterapii? Čo potrebujeme umožniť našim klientom a ako chceme zaručiť ich prístup k definovaniu vlastných potrieb?

S tým potom samozrejme súvisí aj ďalšia otázka situovania psychoterapie v spoločnosti. Aká je rola psychoterapie a kde všade je možné a potrebné ju poskytovať. Tým, že sa diskusia držala najmä na úrovni zdravotníctva verzus (viazaná) živnosť, absentovala v našich rozhovoroch pestrosť veľkej šírky možností a oblastí, v ktorých je psychoterapia už využívaná, alebo by mohla byť užitočnou. Otvára sa tak ďalšie spektrum inšpirácií a zdrojov v pohľade na služby, ktoré už teraz fungujú, sú využívané a je potrebné ich uchopiť a zahrnúť do legislatívneho rámca.

Posledný bod mieri dovnútra psychoterapie ako odboru. Týka sa prístupu ku terapeu-

tickému vzdelaniu a následnej praxi. Ako motivovaní študenti psychoterapeutických štúdií, ale aj iných odborov sme v situácii veľkej neistoty. Investujeme totiž veľa energie a zdrojov do profesionálnych príprav a pracujeme v zariadeniach, v ktorých máme záujem poskytovať terapeutické služby. Zároveň sme frekventantmi terapeutických výcvikov. Nie je nám však jasné, či nám aj s naším vzdelaním, skúsenosťami a nasadením bude umožnené profesiu psychoterapie v budúcnosti vykonávať. Je pre nás zvláštne byť v tejto situácii bez hlasu a naslúchať diskusii, ktorá rozhoduje o našej kompetencii, a to najmä vo svetle toho, že by sme to mohli byť práve my, kto sa bude podieľať na vytváraní budúcnosti psychoterapie.

#### LITERATÚRA

- Adresář psychoterapeutů (2012). Staženo dne 24. 6. 2013, ze [http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com\\_sobi2&Itemid=42](http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_sobi2&Itemid=42).
- Čermáková, V. (2012). Mandát a směřování výboru České psychoterapeutické společnosti, *Psychoterapie*, 3–4: 222–223.
- Černý, J. (2012). Psychoterapie legální – nelegální. *Psychoterapie*, 3–4: 217–220.
- Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR. (2012). Staženo dne 24. 6. 2013, ze <http://www.psychportal.cz/deklarace>.
- Evropský certifikát pro psychoterapii. (2012). Staženo dne 24. 6. 2013, ze <http://isep.cz/dokumenty/9-evropsky-certifikat-pro-psychoterapii-ecp>.
- Koblic, K. (2012). Výkon psychoterapie legální a nelegální, *Psychoterapie*, 3–4: 220–221.
- Možný, P. (2012). Osobní stanovisko k diskusi o mantinelech poskytování psychoterapie v ČR, *Psychoterapie*, 3–4: 215–217.
- Návrh pro diskusi o věcném záměru zákona o psychoterapii. (2012). Staženo dne 24. 6. 2013, ze <http://isep.cz/dokumenty/71-navrh-pro-diskusi-o-vecnem-zameru-zakona-o-psychoterapii>.
- Strnad, V. (1999). Komu „patří“ psychoterapie, *Psychologie dnes*, 5 (5): 26–27.

## OHLÉDNUTÍ ZA 4. MEZINÁRODNÍM PSYCHOTERAPEUTICKÝM SYMPOZIEM 23.–25. 5. 2013

**Emília Ferencová, Jarmila Janáčková, Tomáš Repka, Barbora Romanovská, Tereza Škubalová**

Tomáš Repka (TR): Přes 220 účastníků, aula Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, hektolitry kávy, neutichající debaty, plný večerní Kabaret u Špačků, úsměvy ve tvářích účastníků, nadšení studenti.

Emília Ferencová (EF): Do poslednej fázy prípravy sympózia sa zapojili študenti katedry psychológie, rozdelení do niekoľkých tímov. Okrem materiálo-technického a personálneho zabezpečenia čelili aj takým výzvam ako pečenie domáceho pečiva.

Jarmila Janáčková (JJ): Nejprve bylo důležité vše ráno nanosit a přichystat v místě konání. Okolo deváté hodiny začali přicházet první účastníci sympózia. Děvčata na registraci tedy měla plné ruce práce. Organizace však byla velmi dobrá a aula se rychle zaplňovala.

Tereza Škubalová (TŠ): Jen s mírným zpožděním vystoupili organizující zástupci katedry psychologie profesor Vybíral a doktor Roubal a kromě oficiálního přivítání připravili přítomné na vzácné zahraniční hosty Jaakka Seikkulu, Petera Robera a Margheritu Lobb.

Barbora Romanovská (BR): Byla jsem příjemně překvapena profesionálním zázemím, které připravili studenti FSS. Velmi jsem ocenila simultánní překlad z angličtiny do češtiny pomocí sluchátek, který byl na dobré úrovni.

TŠ: Sympozium otevřel finský psychoterapeut, psychiatr a výzkumník Jaakko Seikkula. Hovořil o svém způsobu práce založeném na „otevřeném dialogu“. Nejvíce mi utkvěly tři myšlenky. Za prvé, že žít znamená účastnit se dialogu celým svým tělem a skutky. Odkazoval se tak k současnému „obratu k tělesnosti“ (corporeal turn). Za druhé, nejhorší je pro člověka nedostatek odpovědi ve smyslu reakce. Za třetí, pokud vše selhává, dialog je vždy možný např. na úrovni tělesných reakcí na reakce druhého člověka.

BR: Zaujala mne Jaakova myšlenka, že se se svými kolegy vzdali myšlenky setkávat se s pacienty jako profesionálové. V praxi to znamená, že o klientech nemluví mezi sebou bez nich samotných. To přineslo změnu v uvažování a ve vnímání sebe sama jako rodinných terapeutů. Klienti na oplátku nabyli možnosti aktivně se podílet na postupu léčby.



Margherita Lobb a Zbyněk Vybíral



Jaakko Seikkula a David Skorunka

EF: Zaujala ma práca Petra Robera s vnútorným váhaním a napätím, ktorú ilustroval na príklade rodiny so závislým dieťaťom. Namiesto odstraňovania napätia ponúka každému z účastníkov priestor, v ktorom sa môže k napätiu vyjadriť. Pripomenulo mi to koncept práce s nespolpracujúcim klientom a klientom v odpore, kedy klient spolu s terapeutom hľadajú výhody a nevýhody ako spolupráce, tak i nespolupráce.

BR: Peter Rober svoji prednášku prokládal dokumentem o J. Derridovi, ve ktorém tento francouzský filosof mluvil o lásce a vztahu ke své ženě. Když je reportérkou tázán, co je to láska, nechce odpovédět. Mlčí, váhá... a nakonec řekne, láska je příliš velká hodnota, aby se o ní dalo „jen tak“ mluvit. Peter nám společně s Jacquesem nabídl nový pohled, jakým se můžeme dívat na klientovo mlčení. Znamená to pro něj, že narazili na něco velmi cenného a důležitého, co je třeba opatrovat a o čem nelze jednoduše hovořit.

Odpolední panelová diskuze se líbila především studentům, neboť jednotliví zástupci hovořili o svých psychotherapeutických počátcích. Ke konci tohoto prostoru přišla řeč na současnou situaci kolem využití psychotherapie i mimo klinickou medicínu, která rozproudila bouřlivou diskuzi. Je škoda, že se tomuto tématu nevěnoval větší prostor.



Jan Roubal, Pavel Zach a Aleš Fürst v panelové diskuzi o současné situaci psychotherapie v ČR

TR: Ve vzduchu viselo volání po nové psychotherapeutické společnosti, která by například zabránila diskriminaci dvouoborových studentů či uzákonila psychotherapii jako svébytné povolání nezávislé na zdravotnictví. Od diskutujících ve mně zarezovala silná slova, že „to není něco, co by se vytvořilo tady a teď. Je to dlouhá cesta i pro celou jednu generaci, ale pokud se s tím nezačne nyní, ideální psychotherapeutická společnost nikdy nevznikne“.

BR: Večerní neformální setkání se konalo v příjemném prostředí Kabaretu Špaček, kde měli účastníci symposia možnost pohovořit s většinou přednášejících osobně. Lidé zde přicházeli, aby poseděli nad dobrým jídlem a pitím a měli příležitost rozvíjet společné myšlenky. V každém rohu místnosti, u každého stolu se vedly vzrušené přátelské debaty na sklonku dne.

TR: Druhý den symposia se po ranních přednáškách uskutečnila pro mě asi nejvíce přínosná diskuze ve skupinách, kdy se lidé podle zájmu rozmístili do pěti facilitovaných skupin různě po patře a volně diskutovali.

JJ: Účastnila jsem se kreativního workshopu Petera Robera. Zaujal mě především začátek, kde nám P. R. pustil krátký film o významném fotografovi Henri Cartier Bressonovi. Po zhlédnutí vyzval P. R. účastníky, aby přišli se svými myšlenkami, v čem jsou si fotografování a psychotherapie podobné. Toto srovnání bylo velmi zajímavé a často se zde objevovaly výrazné paralely. Oceňuji, že P. R. byl schopen flexibilně reagovat na to, co se v rámci workshopu dělo. Byl otevřen všem otázkám, které přicházely od účastníků. Ukázal také krátce, jak sám pracuje s rodinou.

TR: Já byl na workshopu Martina Járy. Byť to na mě spíše působilo jako přednáška o Lize otevřených mužů, odnesl jsem si myšlenku, že seskupení nadšených lidí může alespoň trochu měnit společnost k lepšímu a dostal jsem chuť hned něco začít podnikat.



BR: Po skončení odpoledního programu lidé postávali v aule a stále byli zapředeni do rozhovorů s kolegy, studenty nebo samotnými lektory. A jelikož chvíli předtím dorazil ještě teplý a inkoustem vonící překlad knihy Jaakka Seikkuly Otevřené dialogy, o jehož přeložení se zasloužily členky skupiny Narativ – Kateřina Novotná a Jitka Balášová, mnoho lidí si nechalo do knihy vepsat věnování od přítomného autora. Samo sebou, že kniha byla řádně pokřtěna přímo na místě!

TŠ: Na konci sympozia jsem vnímala, že pro mě mělo dvě hlavní roviny. První rovinu představoval *dialog jako téma i praxe* (Seikkula, Rober, Skorunka, průběh sympozia s časem pro reflexi ve skupinách, některé workshopy). Druhou rovinou bylo *quo vadis české psychoterapie*. Rozbíraly se vztahy s/k/v ČPS, vznášely se otázky po tom, kam a jak jsme se to dostali, kam se budeme ubírat a s kým. Až ve skupinové reflexi se mi tyto dvě roviny protkly a mě zaujala psychoanalytická metafora ČPS jako matky, která mi umožnila nahlédnout, jak lidsky křehký je pocit náležitosti, a to i k instituci.

JJ: Napadlo mě, že mohla být využita přítomnost tří zahraničních přednášejících, kteří mohli hovořit o vývoji zákonného ukot-

vení psychoterapie v jejich zemích. Myslím si, že tyto jejich reflexe by pro nás mohly být inspirací nebo naopak i varováním, jak se disciplína psychoterapie může vyvíjet.

BR: Na sobotní dopoledne byl připraven workshop skupiny Narativ, který se věnoval post-sympoziálnímu reflektování uplynulých dvou dní. Zúčastnilo se ho zhruba 20 zájemců, kteří ještě na fakultu dorazili. Byly zde představeny tři způsoby reflektování – klasický *reflektující tým* T. Andersena, *reflektující as-if tým* H. Andersona a *essay in two hands* M. Blair. Účastníci se poté rozdělili do tří skupin podle toho, který způsob reflektování si chtěli vyzkoušet. Jednotlivé skupiny facilitovali současně dva členové Narativu. Dva typy reflektujícího týmu poté pracovaly v aule, kde pozorovaly jednu konverzaci a poté se, už odděleně, pustily do reflektujícího procesu. *Essay in two hands* se psala v předsálí. Na konci workshopu se všichni účastníci opět sešli a společně sdíleli dojmy z jednotlivých způsobů reflektování.

TR: Závěrem chceme poděkovat všem kolegům, kteří se na sympoziu podíleli, stejně tak Janě Koutné Kostínkové a Jakubovi Černému za organizaci sympozia. Nebýt týmové práce, tak takové symposium nikdy nevznikne.

## KLASICKÁ PŘÍRUČKA K ZÁKLADŮM TA

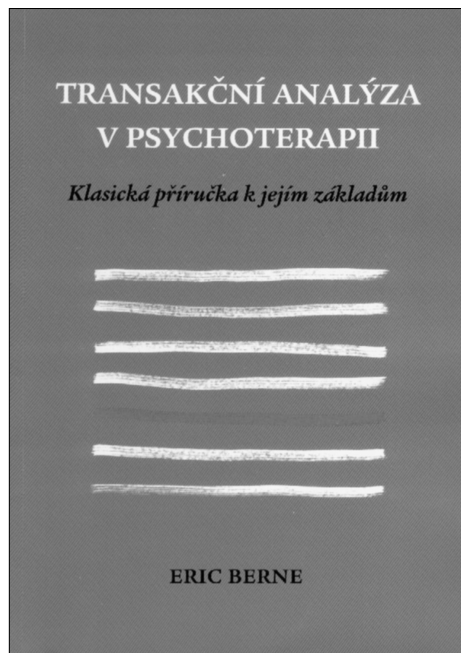
Eric Berne (2012): *Transakční analýza v psychoterapii*

Katarína Jablonská

Viac než päťdesiat rokov po vydaní originálu tejto príručky Ericom Bernem môže československý čitateľ držať v rukách jej prvý český preklad. Sám Berne knihu napísal so zámerom uceleného popisu a vysvetlenia jeho psychotherapeutického prístupu štruktúralne-transakčnej analýzy (TA), s dôvodom, že prístup sa stal tak populárny, že Berne už sám nestíhal prednášať a reagovať na množstvo dotazov.

Erica Berneho môže český čitateľ poznať z jeho popularizujúcich publikácií ako napríklad tituly *Co řeknete až pozdravíte* či *Jak si lidé hrají*. Práve ten posledný titul, prvýkrát preložený už roku 1970, podľa autorových slov nadväzuje práve na túto recenzovanú publikáciu a rozširuje ju. Je preto vítaným osviežením, že odteraz má čitateľ možnosť prečítať si knihy v správnom poradí, i keď sa ponúka myšlienka, že dlhá doba, ktorá uplynula od vydania originálu až k vydaniu českého prekladu, možno čosi vypovedá o popularite toho prístupu v českom odbornom prostredí. V kontraste s českými prekladmi Berneho populárnych kníh by si čitateľ v tomto prípade mal byť vedomý, že drží v rukách odborný text, ktorý predpokladá orientáciu v psychologickom obore a terminológii transakčnej analýzy. Text neslúži k pobaveniu čitateľa. Berneho štýl je i v jeho odbornosti pomerne jasný a zrozumiteľný, kniha sa číta dobre a plynuje. I náročnejšie teoretické koncepty sú vysvetlené šikovne a podfarbené početnými kazuistikami z Berneho praxe, čo knihe vdychuje živosť.

Ak Berne popisuje v knihe prirodzenú potrebu človeka po štruktúre, dôsledná štruktúra knihy ju len potvrdzuje. Príručka je rozdelená do štyroch častí s jednotlivými podkapitolami, ktorých je celkom dvadsať, a na samostatný dodatok. Každá z kapitol je ukončená Berneho poznámkami, týkajúcimi



sa napríklad dovysvetlenia pôvodu pojmov, ich prepojenia s teoretickými konceptmi či spresnenia prípadových štúdií. Berne si potrpí na presné zavedenie terminológie, pozorne ju vysvetľuje a zároveň zakotvuje v odkazoch na autorov, ktorými sa nechal inšpirovať, prípadne ktorí daný termín vysvetľujú inak či podrobnejšie. I v tomto zmysle posúva TA do roviny súvislosti s psychiatrickými, biologickými a klinickými konceptmi, čo jej dodáva na presvedčivosti a poskytuje odpoveď na možnú dilemu: Čo ak je TA populárna len preto, že je zábavná? Proti tomuto názoru svedčí i desiatka kapitola, kde Berne zaujímavou ukazuje možnosti klasifikácií jednotlivých hier, či už klinickým spôsobom ako napríklad obsedantné či paranooidné, ale taktiež z hľadiska libidózných zón na orálne, análne atď.

Prvá časť príručky s titulom *Psychiatrie individua a strukturální analýza* a časť druhá s titulom *Sociální psychiatrie a transakční analýza* sú zamerané širšie teoreticky – zasadujú transakčnú analýzu do terapeutického a psychoanalytického kontextu, vysvetľujú jej originálnu terminológiu, približujú psychiatriu individua a špecifickú štruktúru osobnosti z pohľadu transakčnej analýzy (delenie osobnosti na Dieťa, Dospelého a Rodiča) a venujú sa samotnej analýze osobnosti, vzťahov a jednotlivých transakcií. Autor tu približuje obecný postup metódy začínajúc úrovňou štruktúrnej analýzy, slúžiacej k segregácii a analýze egostavov, po ktorej nasleduje analýza jednotlivých transakcií. Vysvetľuje špeciálny slovník transakčnej analýzy, založený na šiestich ťažiskových pojmoch: extero psyché, neopsyché a archeopsyché ako psychické *orgány*, ktoré sa prejavujú ako odpovedajúce stavy ega Rodič, Dospelý a Dieťa. Dynamika medzi jednotlivými štruktúrami je popísaná prostredníctvom katexie – prúdu psychickej energie, ktorá sa rôzne prelieva medzi Rodičom, Dospelým a Dieťaťom a ktorá, zjednodušene, určuje aktuálny prevládajúci egostav. Z manifestácií týchto egostavov vychádzajú určité manévry, takzvané *zábavy a hry*. Komplexnejšie operácie založené na životnom pláne sa potom nazývajú *scenáre*, ktoré náležia do oblasti prenosových fenoménov, čo znamená, že sa jedná o akési re-aranžmá detských reakcií. Posledná kapitola prvej časti uzatvára prvú časť pomerne podrobným popisom diagnostických vodítok pre štruktúrnu analýzu egostavov.

Osviečením TA je jej pozitívne zameranie, nesústreď sa primárne na odstránenie deštruktívnych egostavov, ale na posilnenie tých konštruktívnych (neodstraňuje primárne schizofrénnu dieťa, ale nabíja a dekontaminuje dospelého). Z hľadiska pacientov sa však ponúka otázka, nakoľko TA vlastne akosi odosobňuje od svojho ja. Človek sa môže prestať vnímať ako kontinuálna komplexná osoba, ale vníma sa rozložené na tri

časti, akoby to ani nebol on, čo jedná, ale jeho roztopašné Dieťa alebo prísny Rodič či rozumný Dospelý. Podporuje teda akúsi schizofréniu myslenia (i otázkami štýlu: Kto z vás – rozumej Rodič, Dospelý alebo Dieťa – práve hovorí?). Ako si s tým poradiť v dobe, kedy je kríza identity populárnym pojmom, môže byť predmetom na zamyšlenie.

Tretia časť – *Psychoterapie*, je zameraná na samotný proces terapie transakčnou analýzou, jej postupom a špecifikám a taktiež hraniciam transakčnej analýzy. Rieši terapie funkčných psychóz a neuróz a približuje postup a proces skupinovej terapie, ktorá je podľa Berneho slov na analýzu transakcií najvhodnejšia. Berne sa podrobne venuje skupinovej psychoanalýze od jej cieľov, metód, možností založenia skupiny, výberu pacientov, špecifik počiatkových fáz až k tréningu sociálnej kontroly.

Veľmi zaujímavá je štvrtá časť s názvom *Hranice transakční analýzy*, ktorú odpre-vádza upozornenie nepúšťať sa do nej, kým čitateľ nezvládol predchádzajúci obsah. Berne sa tu púšťa do akési štruktúrnej analýzy štruktúrnej analýzy (respektíve *pokročilejšej štruktúrnej analýzy*). Stručne vysvetlené, venuje sa napríklad možnostiam podrobnej analýzy štruktúr Rodiča, Dieťaťa a Dospelého v zmysle: Rodič sa skladá z častí matky a otca, ale zároveň sa skladá z Rodiča, Dieťaťa a Dospelého matky a Rodiča, Dieťaťa a Dospelého otca. Takto môžeme pokračovať analýzou Rodiča Rodiča naprieč generáciami donekonečna až k prapredkovi. Myslím, že práve priznanie generačnej zátaže na psychiku jedinca je zaujímavou rovinou TA, čomu sa z môjho pohľadu v súčasnej dobe v terapeutických prístupoch v českom prostredí venuje málo či takmer žiadna pozornosť.

Veľmi prínosnou sa mi javí posledná kapitola v tejto časti, ktorá sa zameriava na rozličné praktické otázky spojené s TA. Či už je to forma a spôsob výcviku, rady pre terapeutov začiatočníkov, presahy TA do iných oblastí, výsledky a efektívnosť TA,

ale i novoobjavené skutočnosti odhaľujúce nedostatky a potrebu reformulácie a vývoja teórie. Nekorektnou je však časť pripomínajúca výskum účinnosti TA. Berne sa tu dopúšťa mnohých metodologických chýb, z ktorých za najdôležitejšiu považujem opomenutie reflexie mimoterapeutických faktorov, ktoré vplývajú na uzdravenie pacienta, čím sa všetok úspech pripisuje TA.

Posledná časť knihy, dodatok, je už výhradne prakticky zameraná, popisujúce podrobne jednu konkrétnu prípadovú analýzu zo záznamov psychoterapeuta s jeho dovysvetlením a terapeutickými zásahmi v kontexte transakčnej a štruktúrálnej analýzy. Na konci knihy môžeme na pár stránkach nájsť praktický výkladový slovníček základných pojmov TA. Súčasťou úvodu knihy je aj predhovor k prvému českému vydaniu od profesora Vladimíra Smékala, jedného z popularizátorov tohto prístupu v Čechách, v ktorom zdôrazňuje potrebu uvedomiť si Berneho psychoanalytický pôvod a zakotvenie TA v psychoanalýze, ale i jej priblíženie sa integratívne prístupu prepájajúce psychodynamický, humanistický a kognitívne-behaviorálny prístup a prekonanie mnohých psychoanalytických konceptov, ktoré sú neprijateľné pre mnohých kolegov i klientov. Vyzdvihuje taktiež metaforický jazyk TA, ktorý je pre pochopenie psycho- a sociogenézy výborne zrozumiteľný a vzhľadom na komunikačnú zameranosť TA, v dobe morálnej a ekonomickej krízy, pre zameranie na ústretové a eticky zamerané rozhodnutia efektívny.

Aj napriek Berneho spisovateľskej zručnosti a starostlivej štruktúre knihy obsahuje príručka niekoľko nejasností. Berne nevysvetľuje „dynamiku za dynamikou“ (kde sa berie katexia, čo spôsobí stav vyradenia dospelého z prevádzky?) a nevyvracia možný predpoklad, že Dospelý je ten ideálny, „zdravý“ egostav a je potreba eliminovať Dieťa a Rodiča. Ocenila by som časť venujúcu sa úvahám o vhodnej rovnováhe medzi egostavmi a ako ju dosiahnuť. Za dôležité

považujem taktiež hlbšie sa venovať problematike reflexie egostavu, v ktorom sa nachádza terapeut. V knihe je o tom písané pomerne málo, podľa môjho názoru nepriemerane málo na to, ako veľký je kladený dôraz na deštruktívnosť skrížených interakcií v sociálnom styku či náročnosť diagnostiky v rámci TA (záleží na terapeutových skúsenostiach, nie na vodítkach a štúdiu). Berne sa tejto téme stručne venuje v šiestej kapitole, kde popisuje dôležitosť rozhodnutia, ktorému egostavu náleží konkrétny symptóm, pričom pri tomto rozhodovaní hrá úlohu egostav, v ktorom sa nachádza samotný terapeut. Kniha sa teda konečne, ale nedostatočne dostáva k pohľadu na komplementaritu egostavov medzi pacientom a terapeutom, pričom každý z egostavov terapeuta je rôzne citlivý a pracuje rôznymi mechanizmami pri diagnostike.

Berne si vo svojej knihe kladie ambiciózne cieľ vydefinovať transakčnú analýzu (TA) ako obecnjšiu teóriu než je psychoanalýza, ktorú vníma ako metodologicky špecializovanú oblasť štruktúrálnej analýzy. Už samotný tento cieľ, ale i pestrosť a hĺbka úrovni TA popísané v príručke je na jednej strane proti názorom, ktoré sa môžu objaviť, a to, že TA je príliš jednoduchá a povrchná, na strane druhej ale človeka núti zamyslieť sa nad tým, či sa TA nesnaží byť teóriou tak trochu o všetkom – akosi univerzálnou mriežkou na ľudské životy a svet. Svedkom tomu buď aj početné pokusy o presahy a aplikáciu TA do rôznych oblastí mimo psychoterapiu (komunikácia, personalistika, vzdelávanie, korporátna sféra, politika). Mätúca môže byť v tomto prípade jej zdanlivá ľahká osvojiteľnosť – Berne sám odporúča 10 týždňov na osvojenie si konceptov TA a rok supervízie. Je však potreba mať na pamäti, že TA je určená pre už psychodynamicky vycvičených psychoterapeutov.

Niet divu, že sa TA teší v určitých oblastiach, geograficky i odborne, popularite. TA je hravá, a to svojou analýzou *hier* doslovné, zrozumiteľná (podľa Berneho už pre IQ 60–80), nadčasová, a tým všetkým

moderná (i svojimi pojmovým aparátom ako win-win stratégie atp.). To ju predurčuje k popularite v aplikovaných oblastiach, ale zanedbateľné by nemalo byť ani jej využitie v oblasti psychoterapie ako plnohodnotného

a originálneho prístupu. Berneho príručka je tomu určite dobrým zdrojom.

*Autorka recenze studuje psychologii na FSS MU.*

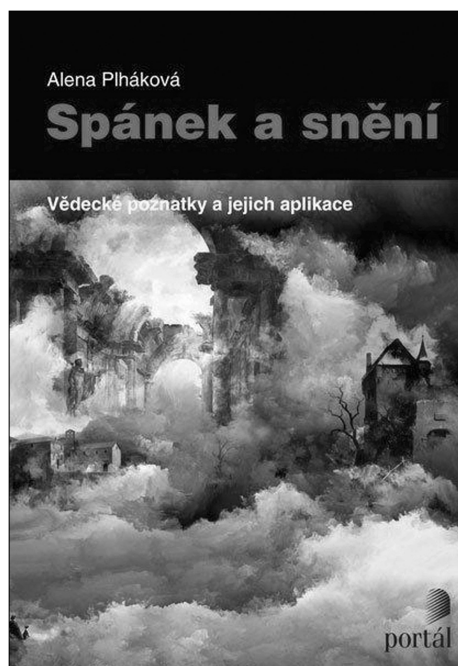
## SPÁNEK A SNĚNÍ

**Plháková Alena, 2013: Spánek a snění (Vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití). Praha: Portál.**

**Jan Vymětal**

Sen, snění a spánek jsou velkými tématy psychologie. Lidé o ně projevovali zájem od samého začátku dějin a chtěli jim porozumět. Ve starověku přikládali spánku různé významy, někdy i mimořádné, vzpomeňme Herakleitova výroku, že „bdící se dotýká spícího, spící se dotýká mrtvého“. Sen býval chápán často jako poselství bohů, později u Židů Jahveho a u křesťanů Boha, jeho výklad směřoval k věštbě a k předpovědi. Křesťanská církev připouštěla v návaznosti na Bibli, že existují sny seslané Bohem (somnia a Deo misse). Teprve závěrem předminulého a zejména v minulém století vznikají četné teorie snů filozofického a psychologického kontextu, kde se setkáváme s předjímáním dnešní podoby psychologie snů a snění. Je tomu zejména u hlubinné psychologie. Vzpomeňme Freudova předpokladu, že sny poskytují „královskou cestu k nevědomí“, jež je místem lidské neuvědomované motivace.

V současné době je snu a jeho využití pro psychoterapii věnována pozornost téměř ve všech důležitých psychoterapeutických směrech, neboť sny jsou výrazně emocionální, prožívané v přítomnosti a jsou výtvorem snícího člověka. Napomáhají tak lidskému jedinci k pravdivějšímu porozumění sobě, což je jedním z cílů psychoterapie. Vedle zmíněné intence se zhruba od poloviny minulého století (s rozvojem přírodovědných exaktních metod) setkáváme se scientním zkoumáním spánku, snu a snění. Ke slovu postupně při-



cházejí neurovědy, které skýtají zcela jiný pohled na tuto problematiku, pohled, jenž lze chápat jako doplnění, komplement tradičního introspektivního a interpretativního přístupu. Pro úplnost dodejme, že jsou také kognitivní a neurologické teorie snění a řečeno s autorkou recenzované publikace, dle jejich zastánců sny nemají „žádný psychologický význam.“

Autorka monografie Spánek a snění prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. pracuje na Katedře psychologie FF Univerzity Palackého

v Olomouci, kde vyučuje obecnou psychologii, dějiny psychologie a úvod do psychoanalytických teorií. Dlouhodobě se také zabývá problematikou snů. Výsledkem jejího zájmu a úsilí je i tato odborná a současně čtivá kniha, v níž zúročuje svoji didaktickou zkušenost a rozvinuté teoretické myšlení.

Publikace je rozčleněna do devíti hlavních kapitol, závěrem celé práce pak nalezneme dvě přílohy (Dotazník k určení ranních a večerních typů v lidských cirkadiálních rytmech a Dotazník hranic osobnosti), dále následuje bohatý seznam použité literatury, obsahující zejména novější tituly v angličtině, z našich pramenů jsou relativně více zastoupeni neurologové – Soňa Nevšimalová a Karel Šonka (asi i díky jejich aktivitám ve spánkové laboratoři Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze). Zcela na konci je zařazen jmenný a věcný rejstřík.

Pro přiblížení knihy uvedu názvy jednotlivých kapitol s upozorněním na jejich obsah.

**1. Spánek a bdění.** V první kapitole autorka pojednává o biologických a cirkadiálních rytmech a bazálním cyklu odpočinek-aktivity. (Pozn. recenzenta: Cirkadiální rytmus je vrozená tendence k pravidelným výkyvům fyziologické, behaviorální a psychické aktivity během 24 hodin). V kapitole je také blíže pojednáno o regulaci cirkadiálních rytmů a o individuálních rozdílech v těchto rytmech.

**2. Průběh spánku.** Text nás seznamuje s elektroencefalografií i s jinými metodami zkoumání spánku, jako jsou polysomnografie a aktigrafie. Pozornost je věnována stavům bdění a spánku, mozkové regulaci stadií spánku, usínání, vlastního spánku a probuzení atd.

**3. Spánkové normy.** Třetí kapitola se zabývá krátkodobými a dlouhodobými spáči, polyfázickým spánkem, spánkovými normami u osob různého věku, spánku mužů, spánku žen atd.

**4. Spánková deprivace.** Tématem kapitoly je úplná spánková deprivace a její vliv na kognitivní výkonnost, citové prožívání apod. Dozvíme se zde o důsledku probouzení v různých stádiích spánku (REM, NREM)

a o působení chronické spánkové deprivace (např. na kvalitu partnerských vztahů).

**5. Funkce spánku.** Seznámení jsme s teorií obnovy, evoluční teorií, funkcí REM spánku a s významem spánku pro učení a zapamatování. Pozornost čtenářek a čtenářů jistě upoutají psychologické výzkumy paměti a výzkumy synaptické plasticity.

**6. Poruchy spánku.** V šesté kapitole přichází ke slovu zvláště neurologie. Jsou zde klasifikovány poruchy spánku, zejména je pojednáno o neorganických a organických poruchách spánku. Dozvíme se o metodách jejich diagnostiky (anamnestický rozhovor, laboratorní metody, sebeposuzovací metody) a o možnostech jejich léčby psychologickými prostředky (kognitivně-behaviorální postupy, relaxační, hypnotické metody léčby nespavosti).

**7. Výzkum snění.** V této části knihy, která je nejrozsáhlejší, autorka vymezuje a charakterizuje sen dle fenomenologických snových zážitků. Zvláštní pozornost věnuje vybavování snů, obsahové analýze snů (např. dle Hallova a Van de Castleova systému), zabývá se souvislostmi mezi bděním a sněním, dále lucidními sny i denním sněním (včetně tvořivosti).

**8. Sny z hlediska různých psychoterapeutických směrů.** V předposlední kapitole jsme seznámeni s psychoanalytickou teorií snění (S. Freud, W. Bion ad.), s teoriemi psychodynamické psychologie (A. Adler, O. Rank, C. G. Jung, E. Fromm), s daseinsanalytickým a tvarovým pojetím. Kapitola končí stručným pojednáním o terapeutické práci se sny.

**9. Kognitivní a neurologické teorie snění.** Závěrečná kapitola čtenářkám a čtenářům skýtá poučení o kognitivních teoriích snění (C. S. Hall, D. Foulkes, počítačová teorie Ch. Evense), o neurologických teoriích týkajících se tématu (model aktivace-syntéza, Solmsova kortikální teorie snění) a syntetické teorie R. Cartwrighta a W. Domhoffa.

Hlavní přínos recenzované monografie vidím v tom, že systematicky, přehledně a vysoce kvalifikovaně čtenářky a čtenáře se-

znamuje s danou problematikou z empirického, výzkumného (i experimentálního) hlediska. To je těžištěm a východiskem knihy. Současně poskytuje poučení i o využití práce se sny v psychoterapeutické praxi dle jednotlivých vlivných směrů a přístupů. Osobně mne nejvíce zaujala kapitola zabývající se výzkumem snění, tedy snů v užším, psychologickém významu. Je pravděpodobné, že kniha se dočká dalšího vydání. V tom případě by stálo za zvážení její obohacení o stať zaměřenou na srovnání snů (a snění) s působením halucinogenů, které byly mj. úspěšně užívány při léčbě některých duševních a psychosomatických poruch zdraví.

Monografii by bylo také vhodné doplnit stať o možnostech aplikace zobrazovacích metod při výzkumu spánku a snění.

Publikaci prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. dedikovala své vnučce Evičce. Ta je útlého věku, avšak časem dítě jistě potěší, že pro ni babička napsala knihu, a ještě později dozajista ocení i její odborné kvality.

Podle mého názoru se jedná o práci potřebnou a velmi kvalitní, jež významně obohacuje naši psychologickou a psychoterapeutickou literaturu. Lze ji proto naší odborné veřejnosti bez výhrad doporučit – a autorce i nakladatelství Portál poblahopřát ke zdařilému dílu!



# THERAPY BOOKSHOP

špecializované psychoterapeutické kníhkupectvo

[www.therapybookshop.eu](http://www.therapybookshop.eu)

Výber kníh je prispôsobený požiadavkám a nárokom na vzdelanie frekventantov terapeutických výcvikov na Slovensku a v Čechách. Skúseným terapeutom/tkam ponúka zahraničné publikácie z rôznych psychoterapeutických prístupov zamerané na špecifické témy a problémy klientov. Výber dopĺňajú publikácie zamerané na prácu so sebou a supervíziu.

- bohatý výber titulov v angličtine, slovenčine a češtine (v nemčine - pripravujeme)
- kľúčové publikácie jednotlivých psychoterapeutických smerov
- novinky a tiež pripravované publikácie

**Zľavy na vybrané tituly až do výšky 15%**

**Zľava 3%** na každý nákup pre členov/členky Knižného klubu THERAPY BOOKSHOP

**Zľava 6%** na každý nákup pre frekventantov/ty výcvikov v partnerských inštitútoch

**Nenašli ste knihu ktorú hľadáte? Napíšte nám!**

[info@therapybookshop.eu](mailto:info@therapybookshop.eu)

 **THERAPY BOOKSHOP**