

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 7. ročník, 2013, číslo 3–4

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 čtvrtletně.

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

Mgr. Júlia Halamová, Ph.D. – Soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava

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 Lečbých, 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. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

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 – Institut rodinné terapie, Praha

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

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

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

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

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

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Jiří Libra – Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN, Praha

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

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

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

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

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

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

Prof. PhDr. Alena Plhánková, CSc. – Katedra psychologie, 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 Bezdíčková, Mgr. Tereza Škubalová, PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) romhyt@gmail.com,

tel. 549 497 970

Adresa redakce:

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

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

psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 3-4/2013 byla 20. 11. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 18. 11. 2013. Vychází v prosinci 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

Zbyněk Vybíral: V (pro)pasti teorií - - - **161**

TEORIE / THEORY

A. Plháčková: Vztahová psychoanalýza (Relational psychoanalysis) - - - **163**

D. Skorunka: Kdy(ž) se dialog nedaří (When dialogue does not flourish) - - - **172**

Z. Kucharová: V súznení hlasov: (re)konštrukcia self v terapeutickom tvorivom písaní (In harmony of voices: (re)construction of self in therapeutic creative writing) - - - **187**

L. Bartůšková, P. Glogar: Spiritualita v psychoterapeutické praxi? (The spirituality in the therapeutic practice?) - - - **194**

M. Lavičková, M. Kolařík: Odpuštění v kontextu psychoterapie (Forgiveness in the Context of Psychotherapy) - - - **199**

VÝZKUM / RESEARCH

J. Krajčová, T. Řiháček: Kdy a jak může sebeodhalení terapeuta pomoci (When and how can a therapist's self-disclosure be helpful?) - - - **209**

PRAXE / PRACTICE

M. Meluzínová: Kazuistika „Jany“ v modelu STST (Case report „JANA“ in the model STST) - - - **220**

DISKUSE / DISCUSSION

J. Procházka: Vzdělávání manželských a rodinných poradců - - - **231**

J. Chmelová: Stanovisko Asociace manželských a rodinných poradců ČR, o.s. k poskytování psychoterapie v oblasti zdravotnictví a v jiných oblastech - - - **232**

J. Kostínková: Zpráva z Bernu - - - **233**

KONFERENCE / CONFERENCE

V. Probstová: Psychoanalytický kongres - - - **235**

J. Roubal: Conference Evropské asociace pro gestalt terapii - - - **237**

K. Jablonská: Žít zmysluplný život: Deň existenciálnej analýzy a logoterapie - - - **238**

RECENZE / REVIEWS

Thomas Köhler: Medizin für Psychologen und Psychotherapeuten (J. Vymětal) - - - **241**

Miroslav Huptych: Noční linka důvěry (Zbyněk Vybíral) - - - **243**

Marek Kolařík: Interakční psychologický výcvik pro praxi (Jana Doubravová) - - - **246**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

I EDITORIAL

V (PRO)PASTI TEORIÍ

UVĚDOMIL JSEM SI, JAK PSYCHOTERAPEUTICKÉ koncepty nelze neinovovat. Když se vyhnu dvěma záporům za sebou: jak je stále potřeba psychoterapeutické porozumění inovovat, měnit, propracovávat. A rozšiřovat. Otevírat nové perspektivy, dívat se na „věci“ nově. Přemýšlet o porozumění tak, jak jsme si to neuměli představit (srov. článek o odpuštění). A také jsem si uvědomil, jak do redakce stále chodí především články teoretické – s ambicí teoretizovat, propracovávat koncepty, ano: inovovat. Je to paradoxní. Mnoho terapeutů různých škol dnes přece shodně, byť jinými slovy, zdůrazňuje riziko pojmenované např. jako předpojatost (*bias*), nebo „před-porozumění“. V tom se shodují psychoanalytik s gestalt terapeutem s narativním terapeutem. Rozuměj: je třeba dát zprvu stranou před-porozumění nemoci, potíží, typům pacientů, druhům zvládnání, historiím pacientů (např. nevidět vše jen pod vlivem teorií rané citové vazby) atd. V řadě psychoterapeutických škol byla rozpoznána svádavá cesta teoretizování. Teorie svádějí (...abychom se jim věnovali...), ale také svádějí z cesty ke klientovi, odvádějí od něho. Je to paradoxní.

Ale není to nic nového. Jen jsou slyšet častěji varování před teoriemi – a zároveň nové teorie! Psychoterapeut si musí hlídat, aby se mu člověk „nevytratil...“ za konceptem choroby“, jak poznamenává ve svém článku David Skorunka. *Přesto jsme mnohému teoretizování dali znovu prostor i v tomto dvojčísle. Věříme, že články něco sdělí, mnohým inspirují, rozšíří přemýšlení. Terapeut v praxi posléze svou práci musí zaměřit (anebo „měl by“)... na porozumění člověku, ne na teorii o něm.*

Ostatně, v některých článcích ani nejde o novou teorii. V příspěvku **Kdy(ž) se dialog nedaří** načrtl David Skorunka skicu o nedialogičnosti v současné medicíně. A to na

pozadí širší reflexe toho, že dialogičnost nevidí ani jinde – např. v tom, jak členové komunity (v psychoterapii, v medicíně) komunikují navzájem. Těžko prosazovat dialog tam, kde je protekcionářky zvýhodněn ten, kdo se konformizoval „se systémem“ a ostrakizován oponent systému. Lékařům, ale i ambiciózním psychoterapeutům jde nezřídka o něco jiného než o práci s pacientem. Skorunkou popsaná zkušenost zapíná varovné světlo (pokud jsme ho kdy vypnuli): „Během své klinické praxe jsem ještě neslyšel v ordinaci stížnosti pacientů na to, že publikace lékařů, které navštěvují, mají malý citační ohlas. Ale slyšel jsem opakovaně příběhy o tom, že nemocný nebyl přiměřeně (pokud vůbec) informován o všem důležitém ve vztahu k léčebným možnostem, o životosprávě, rehabilitaci, nemluvě o absenci uklidnění, povzbuzení a empatickém přístupu.“ Jak dlouho tato zkušenost jednoho rodinného, narativního, systematického, otevřeného, psychosomaticky uvažujícího terapeuta bude platit?

Přemýšlel jsem o otevírání myšlenkových perspektiv v příspěvku **Odpuštění v kontextu psychoterapie**. Text je zaměřen na práci s tím, kdo se stal obětí, ne na terapeutickou práci s viníkem nebo iniciátorem násilí. Nemůže být ale obětí v určitém smyslu znovu viktimizována i dobře míněnou psychoterapií? Kolik jen práce musí vykonat! *V některých „modelech práce“ je vedena k tomu, aby se vzdala potřeby pomsty, zřekla se zahořklosti, hněvu. Aby prošla cyklem konfliktu a dostala se do cyklu zotavení. Pak (odměnou?) může se dostat „milost“.* *I takové slovo je použito v textu. Jde o příspěvek věnovaný terapii smířením. Je dobré si o těchto postupech přemýšlet.*

Příspěvku **Kdy a jak může sebeodhalení terapeuta pomoci?** není třeba dělat reklamu: evergreenová atraktivita tématu je přítomna v názvu; čtenář by tedy nemusel

minout rubriku „Výzkum“ s tím, že se ho netýká. Kvalitativní výzkum, solidně prezentovaný, je založen na uvádění citací z rozhovorů, na výročích pěti párů terapeutů a klientů. V diskusní části dospívají autoři k tomu, že sebeodhalení terapeutovo spíše doporučují; odmítnutí odhalit se (= otevřít se) před klientem může mít někdy negativní dopad. Jistě, nezbytná podmínka: terapeut myslí na zisk klientův z takovéto „techniky“.

Co všechno psychoterapeuti neudělají pro klienta! „Terapeut byl v soše v pozici mladší dcery, klečící, s hlavou skloněnou k zemi,“ čteme v následující kazuistické ukázce o „satirovské transformační systemické“ práci s Janou, ženou středního věku. Další text, který mohu doporučit. (O klečení se mimochodem píše rovněž v příspěvku o odpouštění. Právě takové momenty mám rád: když se „věci“ propojují...)

Takže: vyberte si koneckonců sami; my věříme, že máte z čeho. Doufáme, že jsme s časopisem neuvízli v žádné „sošnosti“, ani v pasti teorií. A že se s tvrdošíjně „dělaným“ tištěným časopisem zatím nenacházíme ani v „propasti dějin“ (když současnost patří e-knihám a online periodikům).

Douška „editorská“ (nikoliv „editorialová“):

Od příštího ročníku budeme vycházet regulérně třikrát do roka (jako od roku 2007 dosud) a poslední číslo označovat jako číslo třetí. Opouštíme charakteristiku „čtvrtletník“ a přiznáváme: „vychází třikrát ročně“. Čtenáře chceme ubezpečit, že o nic nepříjde, dávka psychoterapeutického čtení se nezmenší. Počet stran v ročníku zůstane zachován. Jen s objemem (počtem stran) jednotlivých čísel budeme nakládat volněji. Podle toho, jak se budou scházet kvalitní příspěvky a někdy i podle témat. Časopis také nabízí více na svých internetových stránkách!

Příští ročník (započítáme-li předchůdce tohoto časopisu, který vycházel pod názvem *Konfrontace*) bude vycházet již pětadvacátý rok. Čtvrtstoletí jednoho časopisu se nám zdá dobrá doba na to, abychom pokračovali. Těšíme se na shledání spolu s vámi.

Zbyněk Vybíral,
zakladatel a šéfredaktor *Konfrontací*, první šéfredaktor *Psychoterapie*, nyní senior-editor

V Brně 2. prosince 2013

VZTAHOVÁ PSYCHOANALÝZA

Relational psychoanalysis

Alena Plháčková

ABSTRAKT:

Cílem sdělení je představit vztahovou psychoanalýzu, která vznikla počátkem 80. let minulého století v USA pod vlivem feminismu, hnutí za práva gayů a leseb či postmoderní kritiky psychoanalytického diskurzu. Autorka se zabývá hlavními rysy tohoto přístupu, včetně dialektického způsobu myšlení, přezkoumávání významu v kontextu terapeutické situace a zdůrazňování otevřenosti, empatie a vzájemnosti mezi pacientem a analytikem. Podrobně jsou popsány klíčové pojmy vztahové psychoanalýzy, k nimž patří přenos a protipřenos, sebeodhalení analytika, intersubjektivita, analytický třetí, disociace a odehrávání.

Klíčová slova: dialektika, význam, intersubjektivita, vzájemnost, sebeodhalení

ABSTRACT:

The paper is aimed at presenting the relational psychoanalysis which developed under the influence of feminism, gay and lesbian rights movements, or postmodern critique of psychoanalytic discourse in the U.S. A. in early 1980s. The author deals with the main features of this approach, including dialectical way of thinking, exploration of meaning in the context of the therapeutic situation, and emphasis on the openness, empathy, and mutuality between patient and analyst. The key concepts of the relational psychoanalysis like transference and countertransference, self-disclosure of the analyst, intersubjectivity, analytic third, dissociation, and enactment are described in detail.

Keywords: dialectic, meaning, intersubjectivity, mutuality, self-disclosure

ÚVOD

Vztahová psychoanalýza je relativně nový terapeutický směr, který vznikl počátkem 80. let v USA v atmosféře teoretického pluralismu poté, co klasická psychologie já, založená Heinzem Hartmannem, ztratila své dominantní postavení. Jedná se o první velkou psychoanalytickou školu, která se pokusila vstřebat postmoderní stanoviska, zdůrazňující historickou, kulturní, hodnotovou a jazykovou podmíněnost toho, co je pokládáno za reálné a pravdivé. Vztahová psychoanalýza se zrodila v době sílícího feminismu a hnutí za zrovnoprávnění gayů a leseb, které zpochybnily poněkud konzervativní názory tradiční psychoanalýzy na maskulinitu, feminitu či homosexualitu. Svou roli sehrálo i to, že v 80. letech prestiž psychoanalýzy v USA značně poklesla. Měla-li přežít a obstát v konkurenci nových psychoterapeutických směrů, musela se více otevřít aktuálním společenským vlivům (Aron, Lechich, 2012).

VZNIK VZTAHOVÉ PSYCHOANALÝZY

Vznik vztahové tradice je výsledkem úsilí řady autorů, mezi kterými vyniká **Stephen A. Mitchell** (1946–2000), inspirativní učitel, tréninkový analytik, supervizor a publicista. Mitchell absolvoval psychoanalytický výcvik ve „William Alanson White Institute“ se sídlem v New Yorku, který se stal nejdůležitějším centrem vztahové psychoanalýzy. V roce 1991 zde založil časopis *Psychoanalytic Dialogues*. Mitchell byl velmi přátelský, mezi svými kolegy mimořádně oblíbený. Se svou manželkou Margaret Blackovou, spoluautorkou knihy *Freud a po Freudovi* (1999), měl dvě dcery. Jeho předčasná smrt byla všeobecně vnímána jako nenahraditelná ztráta (Berman, 2001).

Ke vzniku vztahové psychoanalýzy přispěl také Mitchellův přítel a spolupracovník **Jay R. Greenberg**, který rovněž absolvoval psychoanalytický výcvik v Alansonově institutu. V roce 1983 vydali Greenberg a Mitchell publikaci *Object relations in psychoanalytic theory*, v níž se zabývají nejen studiem Kleinové, Winnicotta, Fairbairna, Kohuta a dalších teoretiků objektních vztahů, ale také **interpersonální psychoanalýzou**, jejíž význam byl v psychoanalytických institucích až do 80. let marginalizován. V knize je podrobně prezentována zejména teorie amerického psychiatra Harryho S. Sullivana (Greenberg, Mitchell, 1983).

Vztahová psychoanalýza vznikla na základě snahy Greenberga a Mitchella propojit interpersonální psychoanalýzu s pudovými a strukturálními modely tak, aby vznikl nový, pružnější a otevřenější psychoanalytický diskurz. Její představitelé propracovali některé novější i starší pojmy, které v daném kontextu získávají širší významy. Patří k nim vztahová matrice, přenos a protipřenos, sebeodhalení analytika, intersubjektivita, analytický třetí, disociace a odehrávání (Aron, Lechich, 2012).

VZTAHOVÁ MATRICE

Mitchell (1988) navrhl koncept **vztahové matrice** (*relational matrix*), zahrnující póly self, objektu a vzorců transakcí, které mezi nimi probíhají. Podle jeho názoru jsou psychoanalytické školy obvykle zaměřeny pouze na jednu dimenzi vztahové matrice. Například Winnicotta a Kohuta lze zařadit do skupiny teoretiků, kteří přispěli ke zkoumání a porozumění **pólu self**. Winnicott (1998) zdůrazňuje význam podpory self ze strany objektu (*holding*) pro zdárný vývoj, Kohut (1991) zase důležitost pozitivního zrcadlení (*mirroring*) blízkými lidmi.

Mitchell (1988) dále uvádí, že k pochopení **pólu objektu** nejvíc přispěli teoretici, zdůrazňující touhu či úmysl self navazovat vztahy s blízkými lidmi (objekty). Patří k nim Kleinová a Fairbairn, kteří popsali různé způsoby identifikace a vazeb jedince

s ostatními. Teoretici jako Sullivan a Bowlby zase vycházeli z předpokladu vrozené vztahovosti dítěte, která ho od narození usměrňuje k vyhledávání blízkosti a komunikace s pečující osobou. Soustředili se tedy na vzájemné **transakce** mezi subjektem a objektem.¹ Podle Mitchella (1988) se výše uvedené teoretické přístupy nevyklučují, ale spíše doplňují a společně mapují složitou síť vztahů mezi vnějším a vnitřním.

PŘENOS A PROTIPŘENOS

Tradiční psychoanalytická definice **přenosu** jako přemístění dřívějších způsobů vztahování se pacienta k druhým lidem na nový objekt – analytika, který funguje jako čisté projekční plátno, implikuje, že pacientova zkušenost s jeho terapeutem je značně zkreslená. Úkolem analytika je posoudit, které komponenty vztahu pacienta k jeho osobě jsou „reálné“ a které podléhají distorzi způsobené přenosem. „Reálná“ složka tohoto vztahu zahrnuje především vnímání terapeuta jako důvěryhodné a kompetentní osoby, s níž je pacient ochoten uzavřít léčebné spojenectví, nezbytné pro jeho uzdravení. Vznik přenosu má usnadňovat dodržování pravidel neutrality, anonymity a abstinence. Předpokládá se, že také terapeut může do svého pacienta promítat své dřívější zkušenosti s blízkými lidmi, tj. rozvíjí se u něj **protipřenos**, kterému však díky svému výcviku rozumí a má ho pod kontrolou (Aron, Lechich, 2012; Hoffman, 2004).

Představitelé vztahové analýzy zdůrazňují, že přenos i protipřenos je konstruován a vytvářen oběma účastníky terapeutického procesu, tj. pacientem i terapeutem. Irwin Hoffman (2004, s. 95) uvádí, že analytická situace není nikdy asociální či monopersonální, ale vždy se skládá ze dvou lidí, kteří se společně zúčastní intimní interpersonální

¹ Mitchell (1988) předpokládá u čtenářů znalost nejnvýznamnějších psychoanalytických teorií, které se svou koncepcí vztahové matrice snaží propojit. Nepokládá tudíž za nutné uvádět za každým jménem odkaz na literaturu.

interakce: „*patří [se], aby analytik pracoval s jistou mírou skepse vůči tomu, co o sobě v konkrétním okamžiku ví, a aby vnímal pacienta jako člověka potenciálně bystře interpretujícího jeho vlastní (analytikovy) vnitřní motivy, které jsou předmětem jeho (analytikova) odporu*“.

Hoffman (2004) nicméně existenci přenosu a protipřenosu nepopírá. Podle jeho názoru je zřejmé, že pacient do setkání s analytikem přináší bezpočet vnitřních struktur či schémat, k nimž patří vrozené dispozice, objektní vztahy, konflikty, vzorce výběrové pozornosti a vnímavosti. Tyto struktury však vycházejí na povrch a jsou zabarveny zkušeností v kontextu interakce s analytikem, který do ní přináší své vlastní vnitřní struktury. Hoffman (2004) upozorňuje na to, že akceptuje-li analytik možnost své zaslepenosti vůči vlastním protipřenosovým reakcím, může to značně otrástit jeho sebedůvěrou při poskytování adekvátních interpretací pacientova přenosu, kterých by se však neměl vzdát. Analytik i pacient by měli společnými silami čelit alianci protipřenosu a protipřenosu. Jedině tak se může v terapii stát něco, co je pro pacienta nové a co podpoří jeho schopnost rozvíjet pružnější způsoby vztahování se k druhým lidem.

Greenberg (2004) se zamýšlí nad tím, zda by se měl terapeut vzdát své neutrality, která je sice nedosažitelná, ale snaha o její dodržování mu může pomoci k zaujetí optimálního postoje. Doporučuje proto nově definovat neutralitu jako cíl veškerého chování analytika, jehož sledování pacientovi umožňuje vnímat ho současně jako starý i jako nový objekt. Má-li být přenos pro pacienta užitečný, musí věřit tomu, že ho terapeut prožívá jinak než původní objekty. Analytik by měl při provokacích a testovacích akcích pacienta zachovat profesionální odstup a klid. Dodržování pravidla anonymity Greenberg (2004, s. 194) naproti tomu nepokládá za nezbytné, neboť existuje mnoho pacientů, pro které se analytický odstup příliš podobá „sebeobraněmu postoji, kterým se jejich

rodiče chránili proti erotickým, soupeřivým, vyzývavým či hostilným pohnutkám svých dětí“. Sebeodhalení analytika pak může být cestou k obnovení neutrální pracovní atmosféry.

SEBEODHALENÍ ANALYTIKA

Sebeodhalení (*self-disclosure*) analytika je důležitým tématem vztahové psychoanalýzy, jejíž představitel se v této oblasti hlásí k odkazu Sándora Ferencziho (1873–1933), který pokládal upřímnou a opravdovou sympatii analytika k pacientovi za významný léčebný faktor (Ferenczi, 2012).

Akceptování nevyhnutelné osobní angažovanosti terapeuta v analytickém procesu (včetně vzniku protipřenosu) otevírá otázku, nakolik je vhodné o ní pacienta informovat. Představitel vztahové analýzy se vcelku shodují v tom, že terapeut může pacientovi sdělovat své prožitky, pokud se úzce vážou k procesu terapie. Uvádění detailů z jeho osobního života je nadále pokládáno za zbytečné nebo nevhodné (Aron, 2004; Tricoli, Minolli, 2002).

Během terapeutických setkání má každý analytik řadu pocitů, fantazií, asociací, nápadů, krátkých zasnění, výpadků pozornosti či tělesných pocitů, které jsou ve vztahové psychoanalýze pokládány za produkt jeho intenzivní interakce s pacientem. Tyto prožitky poskytují analytikovi bezprostřední, přímé, citově zbarvené vcítění do pacienta, přesahující běžnou verbální komunikaci. Jejich sdělování je zřejmě nejživější a nejvíce autentický způsob, jakým může analytik vyjádřit pacientovi své empatické porozumění. V optimálním případě vede k prohloubení terapeutického procesu, k oboustrannému úsilí odhalit skryté pohnutky a pocity, aniž by se přitom na straně pacienta mobilizovaly obranné mechanismy. Může také sloužit jako model zvládnání intenzivních afektů a obtížných interakcí (Ginot, 1997).

Lewis Aron (2004) uvádí, že pacienti chtějí poznat a prozkoumat analytika pod jejich profesionální maskou a přiblížit se k nim velmi podobným způsobem, jakým se děti

chtějí spojit s vnitřním světem svých rodičů a proniknout do něj. Vhodné sebeodhalení analytika podle něj snižuje odpor pacientů k rozpoznání dění v důvěrném interpersonálním vztahu a podporuje jejich schopnost přesně ho reflektovat. Aron (2004) nicméně zdůrazňuje, že záměrné či nadbytečné odkrývání analytickových prožitků může být zdrojem četných komplikací. Pokud terapeut svou subjektivitu pacientovi příliš vnucuje, může ho připravit o možnost postupně hledat, odkrývat a nacházet analytika jsou oddělený subjekt. Terapeut by měl mít na paměti, že centrem pozornosti v léčebném procesu je pacient. Časté interpretace analytika, týkající se jeho vztahu s pacientem, mohou být právem prožívány jako příliš intruzivní, vyvěrající z jeho narcistických potřeb.

Neplánované, spontánní sebeodhalení terapeuta je obecně pokládáno za vhodnější než jeho předem připravená, promyšlená výpověď o vlastních pocitech, která má zpravidla nějaký neočekávaný efekt. V některých pacientech může terapeutova výpověď o vlastních prožitcích evokovat úzkosti, související s problematikou vymezení generačních hranic, moci, vzájemnosti a zneužívání. Rozhodně není žádoucí, aby pacientova vnitřní zkušenost byla během léčby odsunuta na okraj zájmu a do popředí se dostala analytikova subjektivita (Ginot, 1997).

Podle mého názoru může být analytikovo přílišné sebeodhalení obtížné zejména pro pacienty, kterým se rodiče v dětství svěřovali se svými intimními problémy a sami jim přitom nenaslouchali, ani se o ně příliš nezajímali. Za těchto okolností se vztah mezi analytikem a pacientem může stát opakováním dřívější patogenní situace. Analytikovo sdělování pocitů by zřejmě nemělo směřovat k prohloubení intimity v terapeutickém vztahu, ale především k podpoře schopnosti pacienta reflektovat a zvládat komplikované mezilidské vztahy a s nimi související afekty.

V souvislosti se sebeodhalením se disku-

tuje ožehavé téma uspokojování potřeb analytika, které bývá rozdělováno na legitimní a nelegitimní. K legitimní gratifikaci přirozeně patří odborná seberealizace terapeuta, uspokojení z dobře vykonané práce, radost z pacientova zlepšení či vyléčení atp. Objevují se i názory, že mnozí analytici vykonávají svou profesi proto, že vztahy s pacienty určitým způsobem přispívají k udržování nebo zlepšování jejich duševního zdraví. Je otázka, zda lze tuto formu gratifikace pokládat za legitimní, či nelegitimní (podrobněji viz Marodová, 2012).

INTERSUBJEKTIVITA

Americká psychoanalytička a feministka **Jessica Benjaminová** (2004) upozornila na to, že tradiční psychoanalytické pojetí objektu (především matky), který subjekt (dítě) hypoteticky používá k uspokojování svých potřeb, vztahuje se k němu, zvnitřňuje ho, přijímá či zavrhuje, je značně problematické. Benjaminová (2004) je přesvědčena, že lpění psychoanalytiků na odcizeném pojmu objekt není pouze důsledkem zvyku či lingvistické neobratnosti, ale jedná se o značné teoretické zjednodušení, které může mít vážné důsledky pro terapeutickou praxi. Podle jejího názoru existuje velký rozdíl mezi zkušeností s druhou osobou coby subjektivně vnímaným objektem a jejím zakoušením coby svébytného vnějšího subjektu. Zkoumání intersubjektivního rozměru analytického setkání by tudíž mělo směřovat ke změně teorie a praxe, tak aby „tam, kde byly objekty, musely být subjekty“ (Benjaminová, 2004, s. 237).

Benjaminová (2004) se při své kritice tradičního intrapsychického pojetí objektu opírá především o *Fenomenologii ducha* německého filozofa Georga Wilhelma Friedricha Hegela (1770–1831), konkrétně o jeho úvahy o samostatnosti a nesamostatnosti „sebevědomí“ a o „panství a rabství.“ Podle Hegela (1960) se touha každého „sebevědomí“ (subjektu) po absolutní nezávislosti dostává do rozporu s jeho potřebou být druhým „sebevědomím“ (subjektem) roz-

poznán a uznán. Toto rozpoznání a uznání má totiž pro subjekt skutečnou hodnotu pouze tehdy, pochází-li od „sebevědomí“, které sám uznává. V mocensky asymetrických vztazích, kde je jeden pánem a druhý rabem, je jeden subjekt (pán) pouze části uznávanou, zatímco druhý subjekt (otrok) pouze části uznávající. Tím sice povoluje ve vztahu napětí, ale získaná rovnováha skrývá nevyřešený rozpor. Pán je závislý na uznání rabem. Tato závislost pána na rozpoznání a uznání někoho, koho sám neuznává, ohrožuje jeho sebevědomí, což zpravidla kompenzuje ujišťováním sebe sama o své nezávislosti a soběstačnosti (Hegel, 1960; Barša, 2002).

Benjaminová (2004) na základě Hegelových úvah kritizuje vývojovou teorii Margarety Mahlerové a jejích spolupracovníků (viz Mahlerová, Pine, Bergmanová, 2006), která je podle ní zaměřena pouze na snahu dítěte separovat se od matky a ustanovit se jako nezávislý subjekt. Z hlediska této teorie se zdá, jakoby dítě na své cestě k individuaci nemuselo uznat jako nezávislý subjekt také matku. Podle Benjaminové (2004) přitom mezi matkou a dítětem probíhá dramatický proces vzájemného rozpoznávání, prosazení vlastní vůle a připoutání, který vrcholí v období, označovaném Mahlerovou a jejími spolupracovníky jako *znovupřiblížení*. Benjaminová (2004, s. 244) ho popisuje těmito slovy: „*Dítě nyní ví, že oddělené bytosti mohou prožívat něco jiného, že samo je zároveň závislé i nezávislé. V tomto smyslu je sblížení krizí rozpoznání druhého, konkrétně konfrontací s matčinou nezávislostí. Není náhoda, že odchod matky se tu stává hlavním tématem, protože před dítě stává nejen separaci, ale i cíle matky, které jsou na dítěti nezávislé. Z podobných důvodů může matka v tomto okamžiku prožívat konflikt; požadavky dítěte ji nyní ohrožují, nejsou to jednoduše potřeby, ale vyjádření jeho nezávislé (tyranizující) vůle. Dítě se odlišuje od její duševní fantazie, není už jejím objektem*“.

Podle Benjaminové (2004) by matka měla stanovit batoleti jasné hranice a zároveň

uznat jeho vůli, trvat na své nezávislosti a zároveň respektovat nezávislost dítěte, tedy vyvažovat prosazení a rozpoznání i uznání druhého. Pokud se jí to nepodaří, přetrvává omnipotence přiřazená buď matce, nebo dítěti. Vývoj vzájemného rozpoznání a uznání přitom nijak zvlášť nepokročil.

Benjaminová (1988, cit. dle Barša, 2002) uvádí, že chlapci v naší kultuře poměrně často získávají svou nezávislost na matce, tedy svou vlastní subjektivitu tak, že jí tuto subjektivitu upírají. Individuace u nich probíhá prostřednictvím vyloučení druhého a jeho postavení proti sobě jako vnějšího objektu. Kulturním protějškem této osobní zkušenosti je moderní idea nezávislého jedince se specificky mužskými atributy. Status subjektu je tedy přisouzen muži a status objektu ženě. Dosažená jednota je ovšem postavena na hierarchické mocenské komplementaritě, nikoliv na intersubjektivitě – muž v ní hraje pána, žena otroka. Doplňkem mužského sebepotvrzení a odmítnutí uznat druhého je ženské uznání druhého a sebepořetí. Idealizovanou variantou tohoto modelu je ideál obětavé matky, která nahrazuje starost o svou seberealizaci starostí o dítě. Doplňkem mužského sklonu k sadismu (potvrzení sebe prostřednictvím destrukce druhého) je ženský sklon k masochismu, tj. uznání druhého prostřednictvím popření sebe sama, které někdy směřuje k sebezničení.

ANALYTICKÝ TŘETÍ

Vztahoví psychoanalytici často spojují intersubjektivitu s úvahami o třetí dimenzi vztahu mezi pacientem a analytikem, která bývá označována jako *analytický třetí, triangulární prostor* nebo *intersubjektivní třetí*. Existence této dimenze se projevuje rozmanitými přenosovými a protipřenosovými reakcemi terapeuta i pacienta, vzájemnými projektivními identifikacemi a citovými pouty, z nichž mnohá nejsou vědomá, ale přispívají k jedinečné atmosféře jejich setkávání. Jedná se o hypotetickou psychologickou oblast, vznikající během léčby, která umožňuje hlubší porozumění

i změnu. Většina autorů, zabývajících se analytickým třetím, navazuje na Winnicottův koncept *potenciálního prostoru*, který se vynořuje mezi separujícím se batoletem a jeho matkou (Winnicott, 1971).

K propracování konceptu analytického třetího zásadně přispěl americký psychoanalytik **Thomas H. Ogden** (2004a), který je na jedné straně zastáncem klasického přístupu v klinické technice, na straně druhé nabízí poměrně radikální intersubjektivní vizi analytické situace. V oblasti techniky doporučuje zdrženlivost, mlčení a soukromí jak u analyzanda, tak u analytika. Psychoanalytickou pohovku pokládá za nepostradatelný zdroj stavů mysli, nutných pro analytickou zkušenost. Zdůrazňuje rozdílnou roli pacienta a terapeuta a vyhýbá se explicitnímu odhalení protipřenosu. Tuto zdrženlivou, formální strukturu analytické situace pokládá za zdroj hlubokého nevědomého spojení mezi myslí analytika a analyzanda.

Podle Ogdena (2004b) sestává analytická situace ze tří subjektů ve vzájemném nevědomém rozhovoru: pacienta a analytika jako samostatných subjektů a nevědomého intersubjektivního **analytického třetího**, který neustále vzniká v emočním silovém poli, utvářejícím se jejich vzájemným působením. Největší umění analýzy pak spočívá ve schopnosti terapeuta věnovat pozornost nevědomému subjektivnímu spojení s pacientem, které se projevuje především jeho soukromými *zasněními* (*reveries*): „Do konceptu ‚reverie‘ zahrnuji veškeré zákruty analytikovy psychosomatiky, včetně těch nejvšednějších, nejnevětřavějších myšlenek a pocitů, přemítání a denního snění, tělesných vjemů atd., které obvykle působí naprosto odtržené od toho, co pacient právě říká a dělá. Tyto projevy nejsou pouze tvůrcem analytikovy psychosomatiky, ale vznikají jako produkt spojení či prolínání nevědomí pacienta a analytika. [...] analytikovy ‚reveries‘ poskytují formu nepřímého přístupu k nevědomému životu analytického vztahu“ (Ogden, 2004b, s. 8).

Ogden (2004b) předpokládá, že úkolem analytika jako samostatného subjektu je

postupně si uvědomit a verbálně vyjádřit prožitky analytického třetího. Může také sdělovat své úvahy o tom, co se děje na nevědomé úrovni mezi ním a pacientem. Analytik se tak pokouší zapojit pacienta do procesu *vzájemného rozpoznávání* (*mutual recognition*), což je vědomá dimenze analytického třetího. Liší se od *podrobujícího třetího* (*subjugating third*), který je důsledkem vzájemné závislosti a citového připoutání analyzanda a analytika. Pokud v terapii (zpravidla přechodně) převládne působnost podrobujícího třetího, pak analytická dvojice nedokáže přemýšlet o tom, co se v jejím vztahu na nevědomé úrovni děje. Psychoterapie by měla směřovat ke zvědomění vztahových procesů oboustranné projektivní identifikace a závislosti, tedy k rozpoznání podrobující dimenze analytického třetího.

Úvahy představitelů vztahové psychoanalýzy o existenci třetí dimenze dyadického vztahu připomínají základní tezi gestalt psychologie, podle níž je celek něco jiného než suma jeho částí. Celostní fenomény byly dobře popsány v rámci psychoanalytické skupinové psychoterapie, kde se k jejich označení používají rozmanité pojmy, např. *skupinová mentalita*, *matrice* či *dynamika*, *obecné skupinové napětí*, *neviditelná skupina* nebo *fokální skupinový konflikt* (podrobněji viz Kellerman, 1998). Stoupenci vztahového pojetí – především Thomas Ogden – postřehli, že obdobná celostní dimenze vzniká i v dyadickém vztahu analytika a analyzanda.

ODEHRÁVÁNÍ A DISOCIACE

Pojem **odehrávání** (*enactment*) ve vztahové psychoanalýze postupně nahradil starší koncept **agování** (*acting out*), zatížený poněkud pejorativními významovými konotacemi. Agování se od odehrávání hypoteticky liší tím, že se jedná o individuální, nevztahové vybití nevědomých impulzů v chování (opíjení se, přejídání, sebepoškozování, jednorázové sexuální excesy apod.). K odehrávání disociovaných psychických obsahů

naproti tomu dochází vždy v kontextu mezilidských vztahů. Mitchell (1988) definuje odehrávání jako dyadický interakční proces, jako společný výtvar pacienta a analytika, který se v procesu terapie nevyhnutelně silně angažuje.

Po Mitchellově předčasné smrti propracoval pojem odehrávání zejména americký psychoanalytik **Donnel B. Stern**, známý svou teorií *nezformulované zkušenosti* (*unformulated experience*), což je podle něj duševní činnost, charakterizovaná nedostatkem jasnosti a diferenciací (Stern, 2004a). Nezformulovaná zkušenost hypoteticky ovlivňuje vztah mezi analyzandem a analytikem zejména v prvních fázích léčby: „*Dokud není pozornost zaměřena [na přenos] a dokud nezačnou verbální deskripce, existuje pro pacienta i pro analytika pouze tichá (tacit), neurčitá a nezformulovaná zkušenost jejich vzájemného vztahu*“ (Stern, 1987, s. 485).

V oblasti psychopatologie Stern připisuje rozhodující význam mechanismu **disociace**, který popsal Freudův předchůdce Pierre Janet (1859–1947) v souvislosti se zapomínáním traumatických zážitků (Janet, 1934). Stern ve svém pojetí disociace navazuje především na Sullivana (1953),² který předpokládá, že pokud psychická zkušenost nevyvolá pozitivní nebo negativní odezvu významných osob, nestane se součástí systému já. Existuje pouze v disociaci, takže se nemůže dále rozvíjet ani měnit. Také podle Sterna (2004a, s. 122) přetrvávají zkušenosti, které nebyly potvrzeny nebo zrcadleny rodiči, v latentní, disociované, nezformulované podobě: „*Člověk si kolem těchto mezer ve zkušenosti musí vybudovat celý systém – jejich náhlé uvědomění by bylo devastující, vedlo by k nerovnováze*

a zbořilo by celý systém obran proti úzkosti. Stejně tak se musí v důsledku opakování systému Já opakovat i disociace. Na začátku života může být disociace ve vývoji struktury zkušenosti jen ‚prázdným prostorem‘, avšak postupem času a s rozrůstajícím se systémem Já není disociace jen ‚místem, kde něco není‘, ale je prvkem Já, který je pro následnou integritu stejně důležitý jako například bílý prostor ve zřetelné struktuře malby“.

Stern (2004b) předpokládá, že disociované aspekty vnitřní zkušenosti bývají často nevědomě odehrávány ve vztahu mezi analytikem a analyzandem. Oba účastníci psychoterapie na sebe vyvíjejí různé více či méně formy nátlaku v nevědomé snaze přimět druhého k tomu, aby určitým způsobem jednal nebo prožíval.³ Pocity evokované při odehrávání jsou většinou spíše nepříjemné, navíc obtížně pojmenovatelné. Stern (2004b, s. 213) shrnul svou představu o vzájemném vztahu disociace a odehrávání v těchto bodech:

- Odehrávaná zkušenost, stejně jako disociované stavy, nemůže být symbolizována, takže neexistuje v žádné jiné explicitní podobě než v odehrávání jako takovém. Odehrávaná zkušenost je nezformulovaná zkušenost.
- Nesymbolizované disociované stavy brání tomu, aby si jedinec uvědomil konfliktní vztahy dostatečně bezpečným způsobem, tj. přijal je za své a byl ochoten o nich vyjednávat.
- Odehrávání je interpersonalizací disociace: konflikt, který nelze prožít uvnitř jedině myslí, lze zakoušet mezi dvěma psychikami. Disociované stavy pacienta explicitně prožívá analytik, a naopak, disociované stavy analytika explicitně prožívá pacient. Každý z nich tedy jenom zčásti rozumí tomu, co se mezi nimi děje.
- Odehrávání není vyjádřením vnitřního

² Kromě Sullivana se problematikou nezpracované vnitřní zkušenosti zabývalo několik představitelů britské psychoanalýzy. Patří k nim Wilfred Bion (*beta elementy*), Ronald Fairbairn (*špatné vnitřní objekty*) nebo Peter Fonagy (*nementalizovaná zkušenost*) (viz Fonagy, Target, 2005).

³ Některé typické způsoby odehrávání v mezilidských vztazích výstižně (často zábavně) popsal představitel **transakční analýzy**, vytvořeně Erikem Bernem (2011).

konfliktu, ale spíše projevem jeho nepřítomnosti. Vnější konflikt mezi dvěma lidmi, vtaženými do odehrávání, přitom může být velmi intenzivní.

Odehrávání končí, jakmile vznikne vnitřní konflikt. Dochází k tomu tehdy, když některý účastník terapie dokáže pojmenovat, „zformulovat“ disociované stavy, z nichž jeden patří analytikovi a druhý analyzandovi.

Z výše uvedeného plyne, že změna v psychoanalytickém léčení není vyhrazena pouze pacientovi. Ve skutečnosti k ní nemůže dojít bez obohacení myšlení a zkušenosti analytika i pacienta (Stern, 2004b).

PŘÍNOS VZTAHOVÉ PSYCHOANALÝZY

Vztahová psychoanalýza nahradila tradiční epistemologická východiska, založená na analytikově autoritě a přesvědčení o jeho objektivitě, noetickým i sémantickým relativismem. Upozornila na konstrukci významů v rámci dialogické interakce mezi pacientem a analytikem, jejich vzájemného vyjednávání a dyadické kreativity. Došlo k posunu od vztahu subjekt-objekt (analytik-pacient) ke vztahu mezi dvěma subjekty, tedy k intersubjektivitě. Nový směr také otevřel prostor pro srovnávání různých psychoanalytických škol. Zpochybnil ortodoxní pojetí terapeutického rámce, přispěl k přehodnocení klasických zásad neutrality, abstinence a anonymity terapeuta, zdůraznil možnost využití jeho protipřenosu a sebeodhalení. Výrazně také pozměnil pohled na setkání terapeuta a pacienta i na psychoanalytickou techniku. Vztahová psychoanalýza podporuje přirozený, lidský a opravdový přístup analytika k pacientovi víc než chladný intelektuální odstup. Z hlediska tohoto směru by měl být analytik interaktivní a uvědomovat si, že pacientovy projevy těsně souvisí s jeho vlastními postoji, citlivostí i chováním. Zdůrazňuje se celostní, holistický charakter psychoanalytického procesu (Mills, 2005).

Vztahová psychoanalýza se rozvíjela ze-

jména v poslední dekádě minulého století. Předčasnou smrtí Stevena Mitchella nicméně ztratila svého nejvýznamnějšího představitele, který neustále přinášel podněty k jejímu dalšímu rozvoji, takže její vývoj poněkud ztratil svou počáteční dynamičnost. Relaxní myšlení je také poměrně komplikované. Pro řadu lidí může být obtížné mít neustále na paměti složité souvislosti a jejich vzájemnou souhru. Lze předpokládat, že většina analytiků se postupně vrátila k pěstování „normální psychoanalýzy“, která však po vztahovém obratu zřejmě nemůže být úplně stejná jako dřív.

LITERATURA:

- Aron, L. (2004). Pacientova zkušenost s analytickou subjektivitou. In Mitchell, S. A., Aron, L. (Eds.). *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice (2. díl). Příspěvky z let 1991–1994* (s. 15–45). Praha: Triton.
- Aron, L., Lechich, M. L. (2012). Relational psychoanalysis. In Gabbard, G., Litowitz, B., Williams, P. (Eds.). *Textbook of psychoanalysis (s. 211–224)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barša, P. (2002). *Panství člověka a touha ženy. Feminismus mezi psychoanalýzou a poststrukturalismem*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Benjaminová, J. (2004). Rozpoznávání a destrukce: Nástin intersubjektivit. In Mitchell, S. A., Aron, L. (Eds.). *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice (1. díl). Příspěvky z let 1981–1990* (s. 233–267). Praha: Triton.
- Berman, E. (2001). *Obituary: Stephen A. Mitchell (1946–2000)*. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(6), 1267–1272.
- Berne, E. (2011). *Jak si lidé hrají*. Praha: Portál.
- Ferenczi, S. (2012). Zmatení jazyků mezi dospělými a dítětem – Řeč něhy a vášně. *Revue psychoanalytické psychoterapie*, 14(1), 7–13.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývojové psychologie*. Praha: Portál.
- Ginot, E. (1997). *The analyst's use of self, self-disclosure, and enhanced integration*. *Psychoanalytic Psychology*, 14(3), 365–381.
- Greenberg, J. R. (2004). Teoretické modely a neutralita analytika. In Mitchell, S. A., Aron, L.,

- (Eds.)- *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice* (s. 177–201). Praha: Triton.
- Greenberg, J. R., Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Hegel, G. W. F. (1960). *Fenomenologie ducha*. Praha: Nakladatelství Československé Akademie věd.
- Hoffman, Z. I. (2004). Pacient interpretuje analytickou zkušenost. In Mitchell, S. A., Aron, L. (Eds.). *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice* (s. 71–112). Praha: Triton.
- Janet, P. (1934). *Psychologické léčení*. Praha: Lékařské knihkupectví a nakladatelství Mladé generace lékařů.
- Kellerman, P. F. (1998). Zvládání interpersonálních konfliktů ve skupinové psychoterapii: Integrativní přístup. *Konfrontace*, 9(3), 13–22.
- Kohut, H. (1991). *Obnova Self*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Mahlerová, M. S., Pine, F., Bergmanová, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
- Marodová, K. J. (2012). Legitimní gratifikace potřeb analytika. *Revue psychoanalytické psychoterapie*, 14(1), 27–37.
- Mills, J. (2005). A critique of relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 155–188.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A., Blacková, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi. Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Ogden, T. H. (2004a). Analytický třetí: Práce s intersubjektivními klinickými fakty. In Mitchell, S. A., Aron, L. (Eds.). *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice* (2. díl). *Příspěvky z let 1991–1994* (s. 266–303). Praha: Triton.
- Ogden, T. H. (2004b). *Toto umění psychoanalýzy. Snění nesněných snů a přerušovaných výkřiků. Revue psychoanalytické psychoterapie*, 6(2), 4–18.
- Stern, D. B. (1987). Unformulated experience and transference. *Contemporary Psychoanalysis*, 23(3), 484–490.
- Stern, D. B. (2004a). Nezformulovaná zkušenost: od známého chaosu k tvůrčímu zmatku. In Mitchell, S. A., Aron, L. (Eds.). *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice* (1. díl). *Příspěvky z let 1981–1990* (s. 116–149). Praha: Triton.
- Stern, D. B. (2004b). The eye sees itself: Dissociation, enactment, and the achievement of conflict. *Contemporary Psychoanalysis* 40(2), 197–237.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.
- Tricoli, M. L., Minolli, M. (2002). The analyst's participation in the process. *International Forum of Psychoanalysis*, 11(4), 279–285.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1998). *Lidská přirozenost*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. vyučuje od roku 1995 na Katedře psychologie FF UP v Olomouci obecnou psychologii, dějiny psychologie a úvod do psychoanalytických teorií. Kontakt: alena.plhakova@upol.cz.*
- Došlo do redakce 16. 7. 2013, v revidovaném znění 16. 10. 2013. K publikaci přijato 16. 10. 2013.*

KDY(Ž) SE DIALOG NEDAŘÍ

When dialogue does not flourish

David Skorunka

ABSTRAKT:

Článek je věnován teorii sociálního konstrukcionismu a dialogickým přístupům, které formovaly autorovo působení v psychiatrické a psychotherapeutické praxi. Autor vyzdvihuje myšlenky sociálních konstrukcionistů a principy dialogického pojetí, které v počátku a průběhu vlastní profesní dráhy považoval za přitažlivé a inspirující. Zmíněny jsou obtíže v jejich naplňování na psychiatrických a psychotherapeutických pracovištích. Pozornost je věnována individuálním, institucionálním a společenským faktorům, které mohou rozvíjení dialogického přístupu nejen v psychotherapii ztěžovat.

Klíčová slova: sociální konstrukcionismus, dialogický přístup, psychiatrie, psychotherapie, rodinná terapie

ABSTRACT:

The article is a personal reflection of clinical experience that was influenced by theory of social construction and dialogical approaches in psychotherapy and family therapy. The author highlights those ideas of the theory of social construction and dialogical approach which he found attractive and inspiring in the beginning and during his professional career. The challenges one can encounter when applying those ideas in psychotherapy and psychiatry institutions are discussed. Attention is paid to individual, institutional, and social factors that may impede the application of dialogical principles not only in psychotherapy practice.

Keywords: theory of social construction, dialogical approach, psychiatry, psychotherapy, family therapy

ÚVOD

Příspěvek je věnován dvěma inspiračním zdrojům v současné psychotherapii a rodinné

terapii – teorii sociálního konstrukcionismu a dialogickému přístupu. Teorie sociálního konstrukcionismu ovlivňuje vývoj poznání ve společenských vědách a vědách o člověku přibližně od přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století, i když myšlenky tohoto druhu lze vysledovat v dávnější minulosti např. ve filozofii. V rámci širokého proudu tzv. postmoderního myšlení měli reprezentanti této teorie podíl na vzniku různých forem psychotherapeutické praxe jako je narativní terapie, využití reflektujícího týmu v rodinné terapii a rozvoje tzv. spolupracujících (*collaborative*) přístupů v psychotherapii, rodinné terapii, sociální práci a vzdělávání. Prvky sociálního konstrukcionismu lze nalézt i v dialogickém pojetí psychotherapie. Dialogické přístupy jsou v první dekádě 21. století skloňované v podobné intenzitě jako v předcházejícím období narativní formy terapie. Principy dialogismu a dialogického přístupu jsou diskutovány v sociální psychologii, aplikují se v psychotherapii a rodinné terapii a v některých zemích (např. v Norsku, Finsku) se staly základem týmové spolupráce v komunitních pracovištích a institucích zaměřených na péči o duševní zdraví.

V rámci osobní reflexe bude uvedeno, jak zmíněné perspektivy a myšlenky ovlivnily počátek a průběh autorovy psychiatricko-psychotherapeutické praxe a působení zejména v oblasti duševního zdraví. Důraz bude kladen na to, v čem tyto perspektivy byly a jsou pro autora atraktivní zvláště v porovnání s naturalistickými předpoklady současné biomedicíny včetně psychiatrie a tzv. standardními formami klinické praxe v lékařství, a zejména v psychiatrii. Pozornost bude věnována různým úskalím, na která lze narazit při snaze o naplnění myšlenek sociálního konstrukcionismu a dialogického přístupu ve zdravotnických a psychotherapeutických

institucích. Diskutovány budou podmínky pro rozvíjení dialogičnosti jako možného vrozeného potenciálu člověka, včetně podmínek, které mohou rozvoj takového potenciálu podporovat nebo brzdit v průběhu individuálního vývoje. Zmíněny budou faktory, které mohou naplnění dialogického přístupu v praxi ztěžovat v individuální, ale také institucionální a společenské rovině. V závěru textu dojde i na pokus o předpověď, zdali myšlenky sociálního konstrukcionismu a dialogické pojetí budou ovlivňovat vývoj v psychoterapii a rodinné terapii i v blízké budoucnosti.

PŘÍBĚHY, ANALOGIE A METAFORY V PROCESU POZNÁVÁNÍ

Seznámení s texty reprezentantů sociálního konstrukcionismu a dialogického pojetí a později i s některými z myslitelů osobně předcházely první klinické zkušenosti na psychiatrickém pracovišti v rámci před-atestační přípravy. Někteří ze čtenářů už tento příběh možná znají, jeho význam i emoční náboj jsou pro autora stále živé. Je povětivě přiznat, že první roky autorova seznamování s psychiatrickými postupy charakterizovala problematická identifikace s tehdejší podobou psychiatrie jako oboru, včetně expertního pojetí role lékaře, jež v případě psychiatrické specializace navíc v některých případech zahrnuje značnou míru sociální kontroly. V 90. letech minulého století, kdy jsem započal specializační průpravu v psychiatrii, tento obor byl (a stále je) charakteristický svým převažujícím biologickým pojetím duševního zdraví a nemoce a rozmachem psychofarmakologie jako hlavní léčebné intervence. Jednu ze zásadních formativních zkušeností té doby pro mě představoval kontrast mezi důrazem na důkladné psychiatrické vyšetření, jehož součástí je explorace nejrůznějších oblastí života pacienta, a následná selekce (obrazně řečeno nucený výsek) některých informací, které v rámci psychiatrických předpokladů (tzv. před-porozumění) korespondují

s kategorizací duševních poruch v rámci konsensuálně vytvořených klasifikačních systémů (ICD-10; DSM-V). Důraz kladený v psychiatrii na diferenciální diagnostiku mezi deskriptivně, a-teoreticky pojatými variantami tzv. psychopatologie, kategorizovanými ve zmíněných klasifikačních systémech, již tehdy pro mě postrádal přiměřený respekt k subjektivním prožitkům/potížím a jejich významu v kontextu života jedince, včetně reálných životních, často traumatizujících, událostí. Během diskusí v rámci vizit a seminářů jsem mívával opakovaně dojem, že životní příběhy pacientů na oddělení jsou pro mnohé z mých tehdejších kolegů nevýznamné v porovnání se stanovením přesné diagnózy duševní poruchy dle seznamu nosologických kategorií. V té době jsem nevěděl nic o narativní psychologii, ani o sociálním konstrukcionismu a dialogických přístupech. Kolegů, sdílejících rozpaky a pochybnosti o stávající podobě psychiatrie a v ní zaběhnutých postupech, nebylo v mém okolí mnoho a pocit názorového osamocení komplikoval rozvoj zdravého sebevědomí a jistoty, nutných to základních kamenů pro náročnou povahu práce s lidmi s různými projevy duševního trápení. Tyto subjektivní zkušenosti pochopitelně neopravňují k nemístným generalizacím o celé české psychiatrii, na jiných pracovištích mohla být atmosféra diametrálně odlišná. Ale význam této první zkušenosti byl zásadní, i když od té doby se okruh podobně smýšlejících kolegů rozšířil a častěji se objevují prvky pluralitního pojetí péče o duševní zdraví.

Částečnou úlevu přinesla setkání s lidmi, kteří věc nahlíželi podobně, a samozřejmě také seznámení s myšlenkovými proudy, které vyjasnily mnohé z otázek a pochybností, objevujících se zpočátku bez hlubšího porozumění. Zatímco některé z inspirativních myšlenkových proudů nabízely spíše teoretické ukotvení a privilegium meta-pozice v pohledu na proces poznávání a organizace podnětů a informací (sociální konstrukcionismus), jiné měly zásadní vliv na proměnu chápání vlastního působení v kli-

nické praxi (systemická perspektiva, narativní terapie, dialogické přístupy). Co když teoretické koncepty nevznikají naším objevováním světa tam venku, ale spíše nám pomáhají organizovat naše chápání světa určitým způsobem? Jsou zdánlivě samozřejmé předpoklady o člověku, zdraví, o světě, o vztazích, o směřování společnosti jednou provždy definitivními danostmi, nebo jsou spíše výsledkem vzájemného vyjednávání, střetu idejí, produktem socializačních praktik a vývoje různých komunit se specifickým pojmoslovím? Na základě jakých kritérií charakterizujeme různé duševní potíže a podle čeho určujeme, kdy jde o patologii a kdy o stav přiměřený životním okolnostem a vývojovým faktorům? Jsou tzv. duševní poruchy ohraničené, jednoznačně identifikovatelné fenomény (tak, jako přírodní druhy) nebo spíše stavy či dokonce varianty sebe-prezentace jedinečného lidského organismu v určitém životním kontextu? Můžeme se během procesu poznávání, objevování a intervence zcela zbavit vlastních předsudků, předpojatostí a před-porozumění a dosáhnout tak „čisté“ objektivity? To jsou jen některé z mnoha otázek, které obtěžovaly mysl začínajícího psychiatra. Jaké uklidnění přineslo zjištění, že podobné otázky si kladli zkušení psychoterapeuti i akademické autority, například Harlene Anderson (1996) či Kenneth Gergen (1999) a jiní. Práce těchto a dalších autorů, zahrnující důkladnou analýzu procesu poznávání, významu jazyka, vlivu sociálních a kulturních faktorů na upřednostnění některých konstruktů apod. přinesly důležitou intelektuální útechu začínajícímu psychiatrovi, který se postupně smiřoval s nálepkou heretika. Kromě toho, osobní svědectví a konkrétní příklady těchto autorů, doplňující teoretické úvahy, korespondovaly s vlastním pozorováním absurdit a nešvarů ve vědecké a medicínské komunitě, o nichž je z různých pozic referováno jinde (Liessman, 2008; Skorunka, 2007).

Podobně „otřásající“ vliv mělo i setkání s narativní terapií Michaela Whitea a Davida

Epstona (White, Epston, 1990; White, 2007) a s jazykovědci Georgem Lakoffem a Markem Johnsonem (2002), v jejichž zásadních dílech jsou patrné jak postmoderní vlivy, tak prvky teorie sociálního konstrukcionismu. White s Epstonem (1990, s. 5) v návaznosti na jiné myslitele píše: *„Užití určité analogie v procesu poznávání a popisování světa významně tento proces ovlivňuje; jakým způsobem se vyptáváme na události, skutečnosti, které tím konstruujeme a také „skutečně“ důsledky, které další účastníci tohoto procesu zažívají.“* Taková formulace nevyhnutelně vyvolá u pochybujícího psychiatra další otázky. Jak analogie poruchy ovlivňuje interakci s lidmi s projevy duševního onemocnění a terapeutický postup včetně způsobů dotazování, jehož jediným cílem v psychiatrii je přiřadit některé části sdělení pacienta ke kritériím jedné či více nosologických kategorií? Jaké důsledky tyto faktory mohou mít na další budoucnost člověka – pacienta, včetně chápání potíží, sebepojetí, prognózy a životní perspektivy? Nejen klinická zkušenost (Skorunka, 2011a), ale i systematická zkoumání (Foster, 2007) ukazují, jak „jazykové uchopení“ neboli konceptualizace zkušenosti duševního trápení ovlivňuje sebe-porozumění, sebe-pojetí a zvládací strategie člověka s diagnózou duševní nemoci. A jak tyto procesy formuje zkušenost s profesionály, působícími v oblasti péče o duševní zdraví. Přitom již o mnoho starší práce lingvistů Lakoffa a Johnsona (2002) jsou v této věci inspirativní a varovně zároveň. Tito autoři na mnoha příkladech běžného užívání jazyka popsali, jak metafory prostupují náš každodenní jazyk a jak nám pomáhají (více či méně vědomě) různé aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat. Snad všudypřítomnou je podle Lakoffa s Johnsonem (2002) v našem jazyce metafora války/boje/zápasu. Slouží jako konceptualizace různých životních fenoménů (vztahy, komunikace, práce, aktivity-sport) a inspirace pro chování, které jsou s touto metaforou v souladu. Bojujeme za pravdu

a o svou milou, bojujeme proti alkoholismu, infekčním chorobám a korupci, zápasíme s projevy úzkosti, v debatě porážíme názorové oponenty, útočíme na slabé místo toho, kdo nám ublížil, kapitulujeme před neomaleností politické reprezentace. Nechceme vzdát boj se zákeřnou depresí, ani ustoupit tomu, kdo zneužívá svých pravomocí.

Práce lingvistů, psychologů a terapeutů ovlivněných sociálním konstrukcionismem jsou užitečné pro chápání současné medicíny, včetně zdravotnickými institucemi udržované a přitom problematické (sociálně konstruované) představy o dualitě mysli a těla. V souvislosti se sociálním konstrukcionismem o tom již bylo referováno jinde (Skorunka, 2009), ale krátké připomenutí je v tomto textu na místě. Již zmiňovaní Lakoff s Johnsonem (2002) své pojednání o metaforách v jazyce shrnuli následovně: a) používané metafory některé aspekty skutečnosti zvýrazňují a jiné naopak zakrývají; b) daná metafora může (a nemusí) být jediným způsobem, jak právě určité aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat; c) metafora se může stát určujícím průvodcem pro naši činnost a chování; d) je-li činnost určená konkrétní metaforou, bude tato činnost s metaforou v souladu, a to bude posilovat schopnost metafory činit skutečnost koherentní. Důsledky pro klinickou praxi jsou zřejmé, a ne vždy povzbuzující. Nazveme-li trápení člověka např. depresí či úzkostnou poruchou, vysíláme tím konkrétní poselství o tom, že trpí chorobou, kterou je třeba léčit. V kontextu dominujícího diskurzu edukačních kampaní, uvolněné preskripcie antidepressiv v přetížených ordinacích nejen praktických lékařů a nevyrovnané dostupnosti psycho-terapeutických programů v psychiatrických institucích to obvykle znamená farmakologickou léčbu. Ta je v porovnání s psychoterapeutickým přístupem, a zejména v porovnání se systematickou psychoterapií časově i lidsky mnohem méně náročná a také je často finančně lépe ohodnocena. Užití metafory poruchy/nemoci, spolu s dalšími

okolnostmi institucionálními, sociálními a ideologickými, vede k tomu, že medikace je veřejností (laickou, odbornou, reprezentanty farmaceutického průmyslu) považována často za jedinou legitimní intervenci. Ani dnes není vzácný takový názor, že deprese je onemocněním mozku, což vede k tomu, že psychosociálním souvislostem není vždy věnována dostatečná pozornost. Ano, existují práce potvrzující účinnost některých psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese (např. kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie G. Klermana a M. Weissman; systemická párová terapie, rodinná terapie založená na teorii citové vazby). Ale zkusme zjistit, jak jsou tyto psychoterapeutické přístupy, na rozdíl od farmakologické léčby, zastoupeny v našich psychiatrických institucích.

Tím se dostáváme k poslednímu zdůvodnění atraktivity sociálně konstrukcionistických myšlenek pro autora tohoto sdělení. Někteří reprezentanti sociálního konstrukcionismu opakovaně kritizují určité jevy, které jsou součástí dlouhodobého trendu tzv. medicinizace/medikalizace lidského života. Jde o to, že biomedicínský pohled je stále častěji aplikován na různé problémy lidského života. Důvodem je nesporný pokrok biomedicíny, který přinesl nové diagnostické a terapeutické intervence s možností léčit dříve fatální onemocnění. Využití biomedicínských postupů se stalo lákavým i pro řešení problémů, které nemusí mít, a často ani nemají, jen „biologickou“ podstatu. Sociální problémy a další aspekty lidského života se stávají doménou medicíny a medicínských postupů řešení. Typickými oblastmi, v nichž se „daří“ medicinizaci, jsou například reprodukční medicína, období klimakteria, lidská sexualita, estetická/plastická chirurgie, některé nosologicky obtížně vymežitelné projevy duševního trápení a tzv. somatoformní potíže a samozřejmě problematika tzv. společensky nežádoucích jevů (např. patologické hráčství, závislosti, poruchy chování). I v těchto oblastech může medicína nabízet částečně prospěšné po-

stupy. K pochopení, prevenci a případné komplexní intervenci je ale nutné vzít v potaz všechny podstatné souvislosti, nejen ty biologické. Britský sociolog a filozof Ivan Illich (2012) byl jeden z prvních, kdo kritizoval dopad jednostranné biomedicínské perspektivy na naše chápání zdraví, nemoci a očekávání týkajících se léčby. Kriticky nahlížel i byrokratickou přebujelost medicínsko-politických opatření, vycházejících z iluzorních předpokladů, že odpověď na utrpení leží jen v doméně biotechnologických postupů. Kritici trendu medicinizace připomínají, že aplikace biomedicíny ve stále více oblastech lidského života má formu mocenského vlivu a sociální kontroly, která je o to zrádnější, že není navenek zřejmá a jeví se na první pohled chvályhodně (Kovářek, 2005). Diskutabilní je i narůstající vliv farmaceutického průmyslu, který se aktivně podílí na tvorbě poznání a poznatků v medicíně, neboť je jedním z významných „sponzorů“ výzkumu, jedním z hlavních „motorů“ distribuce poznání v odborné komunitě. Farmaceutický průmysl určuje zaměření výzkumu, ovlivňuje veřejné postoje a dostupnost poznatků (obvykle jednostranně podaných) o různých zdravotních problémech a onemocněních (Moncrieff, 2009; Rapley, Moncrieff, Dillon, 2011).

Zmíněné jevy mají negativní dopady zejména v oblasti duševního zdraví, kde doposud neexistuje tak jednoznačná shoda o etiopatogenezi tzv. duševních poruch jako v somatické medicíně. Názorně to ukazují polemické debaty o systémech klasifikace tzv. duševních poruch. Ve Spojených státech nedávno publikované páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V, 2013) představuje diskutabilní formu konceptualizace, jež spoluurčuje chování psychiatrů a dalších pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví, dalších zúčastněných stran v systému poskytování zdravotní péče a samozřejmě i tzv. laické veřejnosti. Kritické hlasy v této věci nejsou pouhou módní záležitostí, to by ostatně v různých podobách neprovázely

vývoj klasifikačních systémů duševních poruch v posledních více jak třiceti letech. Polemické diskuse o klasifikačních systémech (aktuálně DSM-V) se týkají různých, často velmi zásadních, témat – například a) validity nosologických kategorií; b) podstaty tzv. psychopatologie; c) opomíjení kontextu projevů tzv. psychopatologie; d) vlivu tzv. nálepkování na sebe-pojetí jedince; e) aktivní role zástupců farmaceutického průmyslu při vytváření nosologických kategorií (Moncrieff, 2003; Moynihan, Heath, Henry, 2002; Read, Dillon, 2013). Navzdory velkému očekávání a mnohaletému úsilí odborníků není přijetí DSM-V ani v psychiatrické komunitě zdaleka tak jednoznačné, jak se může zdát podle rutinního užívání předcházejících vydání manuálu v akademické a klinické psychiatrii (Frances, 2013; Malhi, 2013; Strakowski, Frances, 2013).

Klasifikace duševních nemocí – tato forma před-porozumění – má zásadní vliv na organizaci péče o duševní zdraví, na rozvoj institucí v této oblasti, nabídku terapeutických programů a pochopitelně i na financování. Ztělesňuje dominující biologickou perspektivu v psychiatrii, jejímž důsledkem i průvodním jevem je nárůst nosologických kategorií. Jak uvádějí opakovaně kritici, inflace psychiatrických diagnóz zahrnuje stále více oblastí lidského života a posiluje i přetrvávající stigma fenoménu duševní nemoci (Haslam, Ernst, 2002; Read, Dillon, 2013). Psychologizace a psychiatrizace různých problémů a projevů distresu přispívá k ignorování vztahových, sociálních a politických okolností. Ty pak nebývají v centru pozornosti politické reprezentace, odborných společností a bohužel už ani široké veřejnosti, již se negativní dopady dotýkají nejvíce (Rapley, Moncrieff, Dillon, 2011; Read, Dillon, 2013). Výstižně dopad psychiatrizace a psychologizace popisují představitelé současné kritické psychiatrie Rapley, Moncrieff a Dillon (2011, s. 4–5): „*Tento trend na jedné straně umožňuje odborníkům v této oblasti částečně zmírňovat utrpení lidí, s nimiž se každý den setkávají, a zá-*

rovenž zmírnit obtěžující pocity bezmoci, vyplývající z toho, že mohou v podstatě v mnoha případech pomoci jen omezeně. Zároveň ale dochází k tomu, že člověk se v zorném poli odborníků vytrácí za konceptem choroby, a sociální faktory, které mohou k duševnímu trápení přispívat, zůstávají nepovšimnuty... (V souvislosti s modelem traumatu) je třeba připomínat, že traumatizující faktory, ovlivňující duševní zdraví mohou mít nejen dobře známé extrémní podoby, ale i běžné a komplexní, dlouhodobé interpersonální situace, v nichž dominantními prožitky jedince jsou stud, ponížení, bezmoc, ztráta, narušení sebeúcty a frustrace v citových vazbách, které jsou úzce propojeny se základními lidskými potřebami a manifestují se v jedinečných lidských příbězích.”

V rámci vlastního psychiatricko-psychotherapeutického působení již několik let vnímám význam reálných životních zkušeností, které ovlivňují subjektivní pohodu lidí docházejících do ambulance a přispívají k rozvoji příznaků, jež lze kategorizovat dle stávající klasifikace duševních poruch. Faktory jako existenční nejistota, dlouhá situace, ztráta zaměstnání, šikana na pracovišti, nedůstojné či značně náročné podmínky na pracovišti a samozřejmě problematické vztahové situace nelze, podle mého osobního názoru, oddělit od prezentovaných problémů jako jsou poruchy spánku, anxiosně depresivní poruchy a různé formy somatizace. I když mohu při sebezpytu „objevit“ další významné proměnné, považuji sociálně konstrukcionistickou inspiraci za jeden z významných vlivů, který formoval a stále ovlivňuje můj postoj a vnímavost v těchto záležitostech.

NĚCO O DIALOGU

V běžné řeči je dialog obvykle synonymem pro rozhovor, konverzaci, komunikaci mezi dvěma a více jedinci. Během dialogu dochází k výměně informací, racionálních argumentů, názorů, úhlů pohledu, poznatků apod. V posledních dvou dekadách taková

podoba dialogu neprobíhá jen mezi lidskými bytostmi, ale stále častěji mezi člověkem a elektronickým zařízením. V takovém případě je dialog také formou proudění dat, simulací zážitku, interaktivním rozhraním mezi biologickým a elektronickým systémem, prolínáním virtuální a fyzické reality. Chceme-li navázat na předchozí oddíl o sociálním konstrukcionismu, s výše uvedenými definicemi dialogu si nevystačíme. Musíme připomenout myšlenky ruského jazykovědce a literárního teoretika Michaila Bachtina. Bachtin (1981) chápe dialog jako určitou kvalitu společného jednání, vzájemné koordinace a vyladování, jež je nezbytnou podmínkou pro vytvoření myšlenek, prožitků a významů v interpersonálním prostoru. V těchto podmínkách se rodí porozumění, zahrnující vyjednávání o sdílených či rozdílných významech, které přisuzujeme chování a různým fenoménům, odehrávajících se v našich životech. Probíhá-li interakce v dialogické kvalitě, lze hovořit o vzájemném spoluvytváření sdílené reality, dočasném sdílení zkušenosti a světa jako takového. V takové interakci podle Bachtina nejsou významy neměnnou, základní kvalitou námi užívaných slov a pojmů, i když slova nevyhnutelně obsahují stopy našeho jazykového a kulturního dědictví. Bachtinův pojem polyfonie neboli mnohohlasost není jen termínem užívaným při analýze literárních textů. Koexistence různých perspektiv, prožitků a interpretací, často konfliktních a vztahujících se přitom k jedné události, je dobře známa reprezentantům individuálních psychoterapeutických směrů, i těm, kdo pracují s rodinami. V rodinné terapii je tato koexistence různých prožitků, významů a interpretací typickým fenoménem, objevujícím se od prvních minut prvního sezení. Bývá často zdrojem silných emocí, jež zabarvují průběh společných konverzací. To představuje specifické nároky na terapeuta, ale i na členy rodiny účastníci se terapie. Není tedy překvapením, že dílo Michaila Bachtina a dialogické pojetí se stalo inspirací pro některé současné rodinné terapeutky

a iniciátory transformace péče o duševní zdraví (Rober, 2005; Seikkula, Arnkill, 2006). Inspirace dialogickým pojetím se objevuje i v humanistické psychoterapii, například v existenciálních přístupech (Cooper, McLeod, 2011; van Deurzen, 2001). Stejně tak Bachtinovo pojetí dialogu přijímají se zájmem někteří sociální psychologové a reprezentanti sociálního konstrukcionismu. Sdělení: „*Neklademe otázky přírodě a ona nám neodpovídá. Klademe otázky sami sobě a pak organizujeme naše pozorování takovým způsobem, abychom dostali odpověď.*“ (Bachtin (1981 in Gergen, 1999, s. 21) předznamenává sociálně konstrukcionistické myšlení. Pojmy užívané sociálními konstrukcionisty (McNamee, Gergen, 1999) jako je vztahová zodpovědnost (*relational responsibility*), společné zkoumání/bádání (*co-operative inquiry*, Heron, 1996), sdílená zkušenost a spoluutvářené porozumění (*co-constructed understanding*) navazují na Bachtinovo pojetí dialogu. Marková (2007) vidí Bachtinovu přínos v tom, že jako jeden z prvních upozornil na nekonečné množství různých interpretací jazyka a myšlení v mnohovrstevnatém světě bez hranic. Mnohohlasost (*polyphony*) poznání je v tomto duchu formou střetu idejí a významů, jež jsou v neustálém pohybu. Pro psychoterapii a rodinnou terapii se jeví jako zásadní Bachtinovo tvrzení, že každý jedinec žije ve světě slov druhých, což podle Markové (2007, s. 121) přesně vystihuje pojetí dialogičnosti: „*Lidé vytvářejí svět prostřednictvím druhých a existence každého „já“ je orientována na jazyk a svět druhých. Vstupujeme do života tak, že se učíme slova druhých, mnohostranný svět druhých se stává součástí našeho vědomí a všechny aspekty kultury naplňují náš vlastní život a zaměřují nás na druhé. Naopak smrt a neexistence jsou stavem, kdy nejsme slyšení, rozpoznání a pamatováni. Být znamená komunikovat a komunikovat znamená být pro druhého a skrze druhého být sebou.* Jistě není nutné toto vyjádření považovat za redukci lidského bytí na pouhou jazykovou, kognitivní

rovinu. Počátek a průběh lidského života je determinován tělesností, ale vztahový aspekt je zcela zásadní proměnnou. Stejně tak připomínka nezbytného „rozpoznání“ druhým člověkem a naplnění svého „jáství“ skrze vztah s druhými. Lze dokonce říci, že mnozí lidé vyhledávající psychoterapii potřebují specifický (specificky bezpečný) prostor a podmínky k takovému naplnění, neboť v „běžných“ vztazích se jim to z různých důvodů nedaří. Ještě připomeňme, že Marková (2007) rozlišuje dialogismus jako epistemologii (teorii poznání) humanitních a sociálních věd a dialogičnost. Dialogičnost považuje za esenciální charakteristiku lidské kognice a komunikace, jejíž podstatou je schopnost uvažovat, tvořit a komunikovat o sociálních zkušenostech ve smyslu druhého, jiného (Marková, 2007). Také se domnívá, že dialogičnost lze považovat za součást vrozené výbavy lidské bytosti, stejně jako je určitá predispozice pro tzv. intersubjektivitu a jiné biologické univerzálie. Budeme-li souhlasit s tím, že dialogičnost lze považovat za součást vrozené výbavy lidské bytosti, nevyhne se otázce, zdali jsme takto „vybaveni“ ve stejné míře a jaké faktory rozvinutí tohoto potenciálu podporují či naopak brzdí. Tyto otázky si zaslouží pozornost nejen z teoretického hlediska, ale i s ohledem na přetrvávající společenské jevy, které navzdory úrovni lidského poznání mají v reálném životě ke skutečnému dialogu daleko. Psychoterapeutickou čtenářskou obec ale budou možná nejvíce zajímat ty faktory, které se týkají klinické praxe. V ní se běžně setkáváme se situacemi, kdy se nemusí rozvíjení dialogické spolupráce z různých důvodů dařit.

KDY SE DIALOG NEDAŘÍ; INDIVIDUÁLNÍ FAKTORY

Překážky rozvíjení dialogu v Bachtinovském smyslu, včetně dialogického pojetí psychoterapie a rodinné terapie, lze z didaktických důvodů rozdělit na překážky povahy individuální, institucionální a společensko-kulturní. Ze systemického hlediska nejsou

mezi individuálními, institucionálními a společensko-kulturními faktory ostré hranice, můžeme spíše hovořit o vzájemném prolínání a ovlivňování nebo o různé úrovni organizace dynamicky se vyvíjejících biologických a sociálních systémů. Ale pro zjednodušení takového rozdělení překážek dialogu na tomto místě využijeme.

Začneme-li individuálními faktory, nemůžeme se opět vyhnout osobní reflexi s jistou dávkou sebekritiky. „*Dialog je v kontrastu s monologickým „ne, ale...“ konverzačním postojem. A také s formou komunikace „diskutování a přidávání argumentů“, kdy netrpělivě čekáme, až druhá osoba skončí, abychom mohli co nejrychleji reagovat se svým před-připraveným konverzačním granátem...*“ (Moore, 2005, in Cooper, McLeod, 2011, s. 81). Prostá záliba v intelektuálních diskusích, jejíž součástí je v některých případech demonstrace znalostí, poznatků, názorů a zkušeností, může rozvíjení dialogu snadno brzdit. Děje se tak zvláště v těch případech, kdy pro zaujetí vlastními myšlenkovými pochody a preferovanými koncepty „neslyšíme“ hlas toho druhého. Jinak řečeno, vlastní monologické uvažování, sloužící k přípravě dalších argumentů ve prospěch našeho pohledu na věc, omezuje prostor, ve kterém by se mohla vynořit perspektiva a zkušenost našeho konverzačního partnera. Individuální potřeba sebevyjádření nebo záliba v intelektuálních diskusích nemusí být sama o sobě na škodu, jsme-li si vědomi, co v daný okamžik probíhá, a jsme-li schopni si průběžně uvědomovat nejen přínos, ale také limity takové aktivity. Problematickou se taková aktivita stává v případech, kdy jedinou motivací je dosažení intelektuální převahy a jediným cílem prosazení svého pohledu na věc bez ohledu na další osoby, jichž se projednávána záležitost týká. Někteří rodinní terapeuti již v nedávné minulosti kriticky nahlíželi tyto tendence projevující se zejména v počátcích rozvoje rodinné terapie (Hoffman, 1992; Andersen, 1992). Jak vzpomíná Asen (2004, s. 280): „*Kdysi dávno, velcí pionýři rodinné*

terapie jezdili pravidelně po světových turné, předváděli zázraky s pomocí i bez pomoci tzv. zázračné otázky. Za sebou nechávaly zástupy přesvědčených následovníků, kteří se posléze, obvykle neúspěšně, pokoušeli napodobit demonstrované ryzí intervence. Věřící i nevěřící se poté dohadovali o svých vlastních případech a v průběhu času jsme byli svědky zrodu rozdílných škol, myšlenkových systémů a variant praxe. Jejich zástupci spolu často soupeřili, místo aby si uvědomili, že se navzájem doplňují.“ Až v posledních dvou dekadách se komunita rodinných terapeutů začala více zajímat o to, jak proces rodinné terapie prožívají členové rodiny a co považují z působení terapeuta za přínosné a co nikoli. K dialogické vyváženosti rozdílných perspektiv přispěl svým dílem i důkladný výzkum procesu rodinné terapie a zkoumání fenoménu terapeutické aliance (Friedlander, Escudero, Heatherington, 2006; Skorunka, 2010a).

Diskuse o individuálních faktorech, jež ovlivňují rozvíjení dialogu, se dotýká i tématu dialogičnosti jako vrozeného potenciálu člověka. Chápeme-li totiž dialogičnost spolu s Markovou (2007) jako schopnost uvažovat a komunikovat o (nejen) sociálních zkušenostech ve smyslu druhého, jiného člověka, pak těžko můžeme popřít, že se v úrovni rozvinutí této schopnosti lišíme. Nejen v psychoterapii je běžné, že s některými lidmi se nám daří snadněji otevřeně komunikovat, sdílet své prožitky, vyjasňovat si vzájemná (ne)porozumění. Někdy je snadné si představit situaci člověka, s nímž v terapeutické místnosti pracujeme, a vcítit se do jeho životního dilematu a/nebo trápení. Stejně tak někdy vzájemnou spolupráci všichni snadno otevřeně reflektují, zatímco v jiných případech se nám to nedaří ani po opakovaných pokusech a po delší terapeutické spolupráci. Při práci s rodinou jsou rozdíly patrné obvykle již při prvním sezení; někteří členové rodiny jsou připraveni otevřeně diskutovat o emočním klimatu ve vlastní rodině, včetně specifických sociálních zkušeností se svými blízkými, zatímco jiní členové rodiny bývají značně zdrženlivější, někdy takto zaměřený rozhovor přímo či

nepřímo odmítají. A samozřejmě někteří pozvaní členové na společné setkání nikdy nedorazí, přestože by to mohlo být žádoucí a potenciálně prospěšné. Schopnost uvažovat a komunikovat o emočně-sociálních zkušenostech ve smyslu druhého člověka není samozřejmostí. Její rozvinutí úzce souvisí a prolíná se s fenomény, jež jsou popisovány různou terminologií a v rámci různých konceptů psychoterapeutů a teoretiků různého zaměření. Jmenovitě jde o pojmy a koncepty jako mentalizace, reflektující funkce, empatie a narativní schopnosti (Baerger, McAdams, 1999; Dallos, Vetere, 2009; Fonagy et al. 1991; Skorunka, 2012). I když každý z těchto pojmů a konceptů vychází z různých oblastí poznání a vzájemně se od sebe liší, v některých bodech se prolínají. Těmi je například schopnost vcítění, sebe-reflexe, schopnost komunikovat o tom, jak spolu komunikujeme (meta-komunikace).

Současné poznatky z afektivních a kognitivních neurověd v této věci korespondují s výzkumy v oblasti současné teorie citové vazby. Zmíněné dovednosti, které lze považovat za předstupeň a/nebo součást dialogického potenciálu člověka, se zřejmě rodí a utvářejí ve specifických citových vazbách zejména v počátečních fázích vývoje (Crittenden, 2008; Siegel, 2012). V psychiatrických a psychoterapeutických ordinacích se často setkáváme právě s těmi lidmi, jejichž životní osudy a zejména kvalita citových vazeb v raných fázích vývoje vytvoření dialogického potenciálu zkomplikovaly. Tím nemá být konstatován osudový determinismus bez vlivu dalších faktorů a možnosti rozvoje narativních a dialogických schopností. Jde o to, že v klinické praxi je mnohdy stejně tak důležitá schopnost vnímat optimisticky možnosti, jako je potřeba realisticky přijmout limity. Samotné nadšení a přesvědčení o výjimečnosti dialogických přístupů v psychoterapii a rodinné terapii někdy nestačí. Snaha o otevřený dialog může v některých momentech představovat ohrožení pro lidi, kteří v blízkém vztahu nezažili pocit bezpečí a přijetí, kteří si z různých

důvodů plně neuvědomují nebo nedokáží sdílet své emoční prožitky a/nebo kteří pro vznik a rozvoj dialogického potenciálu potřebují dlouhodobě consistentní a specifické zkušenosti v rámci terapeutického vztahu.

Důležitou schopností, již můžeme považovat za předpoklad dialogické komunikace, je schopnost integrovat prožitky, významy a události vlastního života v koherentní narativní strukturu, jejíž součástí jsou ale také prožitky a perspektivy druhých osob, „hráčích“ významnou roli v našem životním příběhu (Dallos, 2006; Skorunka, 2010b). Mluvíme samozřejmě o určitém ideálu, jehož absolutní naplnění je limitováno různou formou a mírou tzv. afektivně-kognitivních distorzí, jež „zabarvují“ naše interpretace „vnitřního“ a „vnějšího světa“, včetně rozvíjení vztahů s druhými. Zdá se, že tyto tzv. afektivně-kognitivní distorze nejsou náhodně se objevující formou psychopatologie, ale spíše výsledkem souhry mnoha faktorů, včetně vlivu skutečných životních událostí a emočně nabitých zkušeností a forem adaptace na ně (Crittenden, Landini, 2011; Siegel, 2012). Lze předpokládat, že právě uvedené děje a s nimi související dovednosti jsou základem dialogičnosti jako komunikačního potenciálu, zahrnujícího schopnost vnímat situaci „očima“ druhého člověka. Výstižný je v této věci anglický obrat „*putting oneself in the other person's shoes*“, který užívají například Dallos a Vetere (2009) v diskusi o základních stavebních kamenech bezpečné atmosféry terapeutické spolupráce s rodinou, v níž je možné sdílet emoční prožitky a různé perspektivy, výklady a významy, vztažené k událostem v rodině a chování jednotlivých členů rodiny.

KDY SE DIALOG NEDAŘÍ; INSTITUCIONÁLNÍ A SPOLEČENSKÉ FAKTORY

V předchozí úvaze jsme se zamýšleli nad tím, jak může být schopnost rozvíjet dialogickou komunikaci ovlivněna osobní historií, vývojem životního příběhu a v něm ukotvenými zkušenostmi. Nyní se budeme

věnovat tomu, jak je to s institucionálními a společenskými faktory. Institucionální faktory zde budeme chápat jako fungování, organizaci a interpersonální klima v instituci, které je zpravidla určováno jejím zaměřením, posláním, případně určitou ideologií apod. Institucionální faktory odrážejí společensko-kulturní situaci a zároveň se vzájemně ovlivňují s faktory individuálními. Jako příklad uvedme zdravotnickou instituci. Například fakultní nemocnice je součástí jak systému zdravotní péče, tak institucí akademicko-pedagogickou, v níž probíhá výuka a výzkum. Léčba, výuka a výzkum představují tři hlavní aktivity v dané instituci probíhající. Jsou to zároveň tři těžiště, mezi nimiž může docházet k napětí a konfliktům, jež mohou zcela zastítní původní poslání nemocnice jako takové – poskytovat léčbu a péči nemocným. Ekonomické zájmy, stále silnější tlak na publikační činnost lékařů a na byrokratické úkony středního zdravotnického personálu (v rámci monologického pojetí medicíny a provozu takové instituce) jsou jedny z důvodů přetížení personálu, což má neblahý dopad na zvládnání komunikačních nároků terapeutické spolupráce v klinické medicíně. Během své klinické praxe jsem ještě neslyšel v ordinaci stížnosti pacientů na to, že publikace lékařů, které navštěvují, mají malý citační ohlas. Ale slyšel jsem opakovaně příběhy o tom, že nemocný nebyl přiměřeně (pokud vůbec) informován o všem důležitém ve vztahu k léčebným možnostem, o životosprávě, rehabilitaci, nemluvě o absenci uklidnění, povzbuzení a empatického přístupu. Dialogické pojetí spolupráce v medicíně, nejen v psychoterapii, se jednoduše řečeno nedá realizovat v atmosféře časové tísně, nedostatku personálu, přehnaném důrazu na administrativu a „vědeckou“ činnost. Časová tíseň, spojená s nedostatkem personálu, je v medicíně zhoubnou kombinací, zvláště pro všudypřítomnou nejistotu a nevyzpytatelnost živého organismu v nemoci, navíc v interakci s lékařskými intervencemi. Tato kombinace přispívá k tomu, že interakce

lékaře s pacientem je často vedena v monologickém duchu, kdy převažuje biomedicínská perspektiva a pacient se stává objektem diagnosticko-léčebné intervence a/nebo vědeckého zkoumání. Nejde o náhodu, kládou-li důraz na týmovou, interdisciplinární spolupráci ti příznivci dialogických přístupů, kteří mají zkušenost s doprovázením lidí se závažným duševním onemocněním a ve složité životní situaci (Seikkula, Arnkill, 2006), nebo kolegové, kteří pracují s lidmi s tzv. psychosomatickými potížemi (Chvála, Trapková, 2004; Chvála et al., 2012). V týmu se břemeno nejistoty a emočních nároků, spojených s lékařskou a psychoterapeutickou profesí, snáší lépe. Na druhou stranu, týmová spolupráce přímo vyžaduje schopnost dialogické komunikace nebo alespoň ochotu k ní. V týmu již nejsme v bezpečí vlastního (monologického) pohledu na věc, ale žádá se po nás, abychom „unesli“ přítomnost jiných úhlů pohledu, aniž bychom se vzdali svého názoru a zkušenosti.

Napětí rozdílných pohledů a zkušeností se někteří snaží tlumit hledáním společného jazyka nebo postojem „*not-knowing approach*“ (Anderson, Goolishian, 1992). Ale copak se lze zcela oprostít od zkušeností, od poznatků, od „životem vtisknutého“ a vskutku jedinečného postoje? Je snadné napsat, že v rámci týmové spolupráce je nutné usilovat o vyvážený přístup ve smyslu zachování profesionální identity a integrity (příslušnost k určitému směru a perspektivě) a zároveň otevřeného hledí k perspektivám jiným. Ale co v klinické praxi, kdy je potřeba se rozhodovat v určitých limitujících podmínkách a zúčastněné strany (např. kolegové na pracovišti nebo členové rodiny) mají diametrálně odlišné úhly pohledu a trvají si na svém? Je možné se vždy vyhnout situaci, kdy se nedaří dosáhnout oboustranně uspokojivého kompromisu a jedna či více stran se musí přizpůsobit, ustoupit ze svých požadavků, potřeb a představ, kdy je jeden z pohledů na další postup prosazen na úkor jiných? V této souvislosti je výstižný komentář autorů výzkumu terapeutické

aliance v rodinné terapii: není vždy možné, aby měli z rodinné terapie všichni členové rodiny stejný prospěch (Friedlander, Escudero, Heatherington, 2006).

Vrátíme-li se ještě k institucionálním faktorům, jež znesnadňují dialog a dialogickou spolupráci, pak musíme zmínit klinickou mentalitu a výrazně hierarchickou organizaci. Klinickou mentalitou rozumíme afektivně-kognitivní nastavení lékaře, které se utváří v průběhu studia medicíny a před-atestační přípravy a následně je posilováno a korigováno v průběhu klinické praxe ve zdravotnické instituci. Typickou součástí klinické mentality je snaha intervenovat, úsilí o změnu a zlepšení ve smyslu zmírnění projevů nemoci a prodloužení života. To může představovat problém v těch případech, kdy změna ve smyslu zlepšení není možná nebo lze očekávat změnu minimální v porovnání s představou lékaře nebo pacienta. Jde o situace, kdy není tolik zapotřebí léčba (*cure*), ale spíše péče (*care*), například období stáří nebo specifika paliativní medicíny. Snaha o změnu, motivovaná naladěním lékaře v rámci tzv. klinické mentality, se může dostat do konfliktu s prožíváním nemocného. Chod instituce, ovlivňující chování lékaře v této věci, může zcela kolidovat s potřebami nemocných, jejich tempem a způsobem jejich adaptace na situaci nemoci, léčby a souvisejících důsledků. Klinická mentalita vychází z monologického biomedicínského diskurzu, v němž se obtížně prosazují jiné perspektivy (např. psychologické a sociální), ale také perspektiva a prožitky nemocného. Problematickou může být jednostranná orientace na patologii, deficit, dysfunkci, tedy na to, co není v pořádku (např. s jedincem či rodinou). Tento rys klinické mentality mi nejen v počátcích mé profesní dráhy komplikoval působení v roli rodinného terapeuta – lékaře. Jednostranné zaměření na to, o jaké formy vztahové disharmonie a dysfunkce v rodině jde v tom tradičním diagnostickém duchu, podle mého názoru, ztěžuje naplnění dialogického pojetí a spolupracujícího přístupu.

Výrazně hierarchická organizace ve zdra-

votnické (i akademické) instituci je neméně zálučná. Je-li atmosféra spolupráce na pracovišti nastavena tak, že hlas jedné odbornosti nebo několika vybraných jedinců je nadřazen těm druhým, pak nelze o dialogu hovořit. Je-li část personálu vedením protěžována, protože lidově řečeno „píská tu správnou notu“, pak nemůžeme hovořit o spravedlivých a transparentních podmínkách, včetně rovnoprávných možností rozvoje a participace pro všechny. Nejde o to devalvovat význam hierarchie, ani ji radikálně v institucích rušit. Ale jde o její míru a o to, aby i v rámci hierarchického uspořádání mohl zaznít jakýkoli hlas, týkající se dění v dané instituci, a aby interpersonální klima na pracovišti nebylo poznamenáno neférovými způsoby. Zkušenosti vlastní i zprostředkované hovoří jasně. Pro rozvíjení dialogu je nezbytné, aby byli účastníci takového počínání ochotni vystoupit z institucí posilované role (např. lékaře, experta, profesora apod.) a dokázali se autenticky, otevřeně projevit beze strachu, že někdo jiný takového osobního přístupu zneužije. V atmosféře hypertrofované rivality a soupeření o tituly, granty, kongresovou turistiku a další „privilegia“, dnes spojené s původně „pomáhajícími“ profesemi, je pochopitelně proměna v dialogickou formu spolupráce nesmírně náročným a někdy i těžko představitelným procesem. Je s podivem, že zmíněné nešvary jsou ve zdravotnických a jiných institucích běžné, navzdory tomu, že existují přesvědčivé důkazy o jejich negativním vlivu nejen na spolupráci s klienty/pacienty, ale i na pohodu a zdraví personálu (Maslach, 2007).

Tím se dostáváme k rovině společenských faktorů, které jsou bezpochyby živnou půdou neboli širším kontextem pro výše uvedené problematické jevy. Je-li celospolečenská atmosféra na hony vzdálená dialogickým interakcím, těžko čekat v institucích něco jiného. Společnost rozdělená na „my a oni“ je charakteristická tím, že názorový oponent je za každou cenu onálepkován, dehonestován, a tím „exkomunikován“ mimo

společenský a odborný diskurz, a tak zcela zbaven vlivu na debatu a její výsledek. Tento způsob interakce, kdy jeden monolog válkuje druhý, aby tomu po nějaké době bylo zcela naopak a širší společenský konsensus vzal přítom za své, vede po čase k úpadku, deziluzi a rezignaci na jakoukoli systematickou angažovanost, nepočítáme-li občasné extrémní a extremistické jevy. Tento trend, bohužel typický pro českou společnost posledních let, se negativně projevuje nejvýrazněji v těch oblastech, v nichž je potřebná zejména kontinuita, dlouhodobější vize a oproštění od ideologického (nikoli ideového) matení smyslů. Jde o oblasti jako vzdělávání, zdravotnictví, sociální politika, a samozřejmě spolupráce v tématech, jež přesahují hranice národních států. Namítne-li někdo, že podobné úvahy nepatří do textu věnovanému sociálnímu konstrukcionismu a dialogickému pojetí v psychoterapii a rodinné terapii, pak musíme připomenout význam širšího kontextu, který právě tyto myšlenkové proudy zohledňuje. Dialogičnost jako fenomén je v naprostém protikladu k různým utlačujícím formám společenského zřízení, které jsou obvykle označovány jako totalitní a které v žádném případě nejsou odložené na smetišti dějin ani v dobách, kdy je slovo demokracie skloňováno ve všech pádech.

Snahy o rovnocenný dialog nejsou vítány všemi a všude ani dnes. Jak píše již citovaná Marková (2007, s. 134), „*Všudy přítomnost dialogičnosti v běžném jazyce a myšlení se ukázala velkou mrzutostí pro mnohé, kteří se jí snažili v zájmu objektivity, vědy, ideologie či morálky vymýtit... Již velmi dlouhou dobu je snaha očistit jazyk od jeho předpojatosti, nejasností, dvojnáčnosti a polysémických rysů poměrně signifikantní pro vědeckou, ideologickou, profesionální (a byrokratickou) komunikaci.*“ Příklady pro tyto snahy najdeme snadno jak v medicínské, tak psychoterapeutické komunitě. V medicíně je to aktuálně dominující geneticko-biologický trend ve spojení se snahou o prosazení unifikované metodologie výzku-

mu v rámci tzv. *evidence-based medicine*. Jednostrannost tohoto trendu je dlouhodobě kritizována a zároveň existují systematické snahy o rozšíření zorného pole lékařů ve prospěch tzv. bio-psycho-sociálního pojetí a psychosomatické medicíny. I v psychiatrii nalezneme tendence k prosazení uvažování, praxe a výzkumu v rámci jediné, vše vysvětlující perspektivy a metodologie (tzv. *empirically supported treatments; outcome research* apod.). Zde, stejně jako v psychoterapeutické komunitě, jsou zejména v zahraničí slyšet hlasy těch, kteří upozorňují na úskalí jednostranného, monologického pojetí, včetně výchozích naturalistických předpokladů (Read, Dillon, 2013; Slife, 2004) a těch, kdo prosazují pluralitní pojetí (Cooper, McLeod, 2011). I u nás čas od času proběhne diskuse na toto téma, v níž se objevují radikální úhly pohledu (Barbarič, 2011) a různé reakce na ně (Holub, 2011; Skorunka, 2011b; Vybíral, 2011).

ZÁVĚR

Co přinese zítřek pro psychoterapeuty a rodinné terapeuty? Budou v nadcházejících letech teorie sociálního konstrukcionismu a dialogické pojetí ovlivňovat teoretický vývoj, praxi a výzkum v psychoterapii? Věštění z křišťálové koule je nevděčná disciplína, přesto si dovolueme nastínit několik možných variant. Sociální konstrukcionismus zřejmě i nadále bude představovat formu cenné meta-pozice, z níž nahlédíme vývoj nejen psychoterapeutického poznání. Vědomí jazykových a socio-kulturních souvislostí s sebou nese menší riziko dominance jedné perspektivy a monologických forem práce s lidmi v tzv. pomáhajících profesích. S tím roste šance na pluralitní pojetí psychoterapeutického výzkumu, teorie a praxe, aniž by to znamenalo nižší status psychoterapie v porovnání s disciplínami přírodních věd. I z této oblasti navíc přicházejí v poslední době důležité poznatky, které mnohé z psychoterapeutických předpokladů potvrzují a status psychoterapie mohou posílit. Je samozřejmě otázkou, zdali nebude spíše

pokračovat již tak silný trend biologizace a medicinizace lidského života, k němuž technologický vývoj stále více svádí. Nedávným příkladem takového pokusu je projekt kompletního zmapování činnosti lidského mozku (*BRAIN Initiative*), ambicemi tvůrců podobný projektu mapování lidského genomu a s ním souvisejících etických dilemat.

Bez ohledu na více či méně přesné předpovědi je jasné jedno. Teorie sociálního konstrukcionismu a dialogické přístupy proměnily naše chápání psychotherapeutického procesu jak v individuálních přístupech, tak v rodinné terapii. Přestože pro někoho mohou být principy dialogického pojetí a sociálně konstrukcionistické myšlení příliš teoretizující a obtížně aplikovatelné v praxi, vliv těchto myšlenkových „proudů“ je patrný v dobře zavedených a inspirativních formách terapeutické praxe i sociální práce, např. ve využití reflektujícího týmu (Friedman, 1995), v přístupu otevřeného dialogu (Seikkula, Arnkill, 2006) a interdisciplinárních formách využití rodinné terapie v medicíně (Marlowe et al., 2012). V polemických diskusích o přínosu i problematických aspektech těchto přístupů a myšlenkových směrů by se nemělo ztratit vědomí základní esence psychotherapeutické spolupráce, která je například v dialogickém pojetí, podle mého názoru, zřetelně vyjádřená. Touto esencí je lidské setkání, sdílení životního příběhu, včetně různých forem trápení a utrpení s těmi, kdo nejsou k osudu druhých lhostejní. Psychotherapii v tomto pohledu můžeme považovat za kulturně ukotvenou formu sociální opory, která v tom lepším případě umožňuje člověku různé formy utrpení sdílet, mírnit, a v některých případech i přijmout. Lze namítnout, že k pochopení, jakož i k ocenění těchto základních aspektů psychotherapeutické spolupráce nám nestačí teoretické koncepty, ani důmyslné výzkumné projekty. Pak bude lépe dát slovo někomu z umělecké scény, neboť psychotherapie je, jak známo, uměním i vědou zároveň. Nechme na závěr promluvit

Kurta Vonneguta, amerického spisovatele s německými kořeny, a doufejme, že krátký úryvek z jeho pozdní tvorby bude srozumitelným nastíněním možné podstaty psychotherapie a dialogického pojetí. „Až přijdete do mých let, pokud někdy přijdete do mých let, přistihnete se, jak se ptáte svých vlastních dětí, které jsou už sami ve středním věku: O co vlastně v životě jde? Položil jsem svou velkou otázku o životě svému synovi, pediatrovi. Dr. Vonnegut řekl svému věčnému otci toto: Tati, jsme tu, abychom si navzájem pomohli tohleto přečkat, ať už je to, co je to.“ (Vonnegut, 2006, s. 74).

LITERATURA:

- Andersen, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In McNamee, S., Gergen, K. J. (Eds.). *Therapy as Social Construction*. London: Sage, s. 54–68.
- Anderson, H. (1996). *Conversation, Language and Possibilities; A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A „not-knowing“ approach to therapy. In McNamee, S., Gergen, K. J. (Eds.). *Therapy as Social Construction*. London: Sage, s. 25–39.
- Asen, E. (2004). Collaborating in promiscuous swamp; the systemic practitioner as a context chameleon? *Journal of Family Therapy* 26 (3), s. 280–285.
- Bachtin, M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays by M.M.Bachtin*. Austin: University of Texas Press.
- Barbář, J. (2011). Selektivní kritika knihy Současná psychotherapie aneb kritika kvantitativního výzkumu na konkrétních příkladech. *Psychosom* 3 (4), s. 192–216.
- Baerger, D. R., McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9 (1), s. 69–96.
- Cooper, M., McLeod, J. (2011). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Crittenden, P. (2008). *Raising Parents; Attachment, Parenting and Child Safety*. Cullompton: Wilan.
- Crittenden, P., Landini, A. (2011). *Assessment of Adult Attachment; A Dynamic Maturational*

- Model to Discourse Analysis*. New York: Norton.
- Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy: Integrating Systemic, Narrative, and Attachment Approaches*. Maidenhead: Open University Press.
- Dallos, R., Vetere, A. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Hove: Routledge.
- DSM-V (2013). <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>; vyhledáno 7.9.2013.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Morgan, G. S., Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states; The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal* 12 (3), s. 201–218.
- Foster, J. L. (2007). *Journeys through mental illness: Clients experiences and understandings of mental distress*. Basingstoke: Palgrave.
- Frances, A. (2013). Use DSM-V cautiously, if at all. *Medscape News Psychiatry*, <http://www.medscape.com/viewarticle/804378>; vyhledáno 20. 8. 2013.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy*. Washington: APA.
- Friedman, S. (Ed.). (1995). *The Reflecting Team in Action*. New York: The Guilford Press.
- Gergen, J. K. (1999). *An Invitation to Social Construction*. London: Sage.
- Haslam, N., Ernst, D. (2002). Essentialist beliefs about mental disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology* 21, s. 682–711.
- Heron, J. (1996). *Co-operative Inquiry: Research into the Human Condition*. London: Sage.
- Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. In McNamee, S., Gergen, K. J. (Eds.). *Therapy as Social Construction*. London: Sage, s. 7–24.
- Holub, D. (2011). Reakce na J.B. *Psychosom* 3 (3–4), s. 219–221.
- Chvála, V., Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Chvála, V., Trapková, L., Skorunka, D. (2012). Social Uterus; A Developmental Concept for Family Therapy in Psychosomatic Disorders. *Contemporary Family Therapy* 34, s. 293–312.
- Illich, I. (2012). *Limity medicíny; Nemesi medicíny-zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.
- Komárek, S. (2005). *Spasení těla; Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá Fronta.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme*. Brno: Host.
- Liessman, K. P. (2008). *Teorie nevzdělanosti; omyly společnosti vědění*. Praha: Academia.
- Malhi, G. (2013). DSM-V; Ordering disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47 (1), s. 7–9.
- Marková, I. (2007). *Dialogičnost a sociální reprezentace; Dynamika mysli*. Praha: Academia.
- Marlowe, D., Hodgson, J., Lamson, A., White, M., Irons, T. (2012). Medical Family Therapy in a Primary Care Setting: A Framework for Integration. *Contemporary Family Therapy* 34, s. 244–258.
- Maslach, Ch. (2007). Burnout in Health Professionals. In Ayers, S. et al. (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine, 2nd Edition*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 427–430.
- McNamee, S., Gergen, J. K. (Eds.). (1999). *The Relational Responsibility*. London: Sage.
- Moncrieff, J. (2003). *Is Psychiatry for Sale? An Examination of the Influence of the Pharmaceutical Industry an Academic and Practical Psychiatry*. London: Institute of Psychiatry Maudsley.
- Moncrieff, J. (2009). *The Myth of Chemical Cure; A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. London: Palgrave Macmillan.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal* 324, s. 886–91.
- Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (2011). *De-medicalizing Misery; Psychiatry, Psychology, and Human Condition*. London: Palgrave Macmillan.
- Read, J., Dillon, J. (Eds.). (2013). *Models of Madness*. Hove: Routledge.
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons; a perspective inspired by Bachtin, Voloshinov, and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy* 31 (4), s. 385–397.
- Seikkula, J., Arnkill, E. T. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac.
- Siegel, D. (2012). *The Developing Mind*. New York: The Guilford Press.
- Skorunka, D. (2007). Ze světa praxe do světa výzkumu (a zpět). *Psychoterapie* 1 (1), s. 12–19.
- Skorunka, D. (2009). Sociální konstrukcionismus

- a psychoterapie, *Psychoterapie* 3(3–4), s. 192–200.
- Skorunka, D. (2010a). Ródná terapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 235–269.
- Skorunka, D. (2010b). Narativita a psychoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J., (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 561–583.
- Skorunka, D. (2011a). Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují. In Mareš, J., Vachková, E. (Eds.). *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, s. 53–74.
- Skorunka, D. (2011b). Selektivní komentář k selektivní kritice Juraje Barbariče. *Psychosom* 3 (4), s. 217–220.
- Skorunka, D. (2012). Narativní perspektiva v medicíně. *Praktický lékař* 92 (7), s. 383–389.
- Slife, D. B. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 5th Edition. New York: Wiley, s. 44–83.
- Strakowski, S. M., Frances, A. J. (2013). What is Wrong with DSM-V? *Medscape Psychiatry*, dostupné na <http://www.medscape.com/viewarticle/763886>; vyhledáno 20.7. 2013
- Van Deurzen, E. (2001). *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage.
- Vonnegut, K. (2006). *Muž bez vlastí*. Praha: Jota.
- Vybíral, Z. (2011). Reakce na text J. Barbariče. *Psychosom* 3 (4), s. 222–224.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: Norton.
- Autor je psychiatr a psychoterapeut s preferencí systemické a narativní perspektivy. Působí na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové a na Fakultě sociálních studií Masarykovy Univerzity v Brně. Klinické praxi se věnuje v Rychnově nad Kněžnou.*
- Došlo do redakce 12. 9. 2013, v revidovaném znění 7. 10. 2013. K publikaci přijato 10. 10. 2013.*

V SÚZNEŇÍ HLASOV: (RE)KONŠTRUKCIA SELF V TERAPEUTICKOM TVORIVOM PÍSANÍ

In harmony of voices: (re)construction of self in therapeutic creative writing

Zuzana Kucharová

ABSTRAKT:

Článok sa venuje psychologickým a psychoterapeutickým aspektom (re)konštrukcie self v terapeutickom tvorivom písaní: všeobecne i so zreteľom na autorov so skúsenosťou s duševným ochorením. V článku sú opísané postmoderné modely choroby, podľa ktorých sa od pacienta (klienta) neočakáva už len uzdravenie, ale schopnosť pripísať svojmu utrpeniu význam a schopnosť sebareflexie toho, kým je a kým sa pod vplyvom (či napriek) ochoreniu stáva. Najprv je prediskutovaný naratívny žáner známy pod názvom autopatografia, v ktorom negatívne (fyzické, psychické a sociálne) dopady choroby vedú k vytváraniu príbehov o vlastných skúsenostiach, ktoré sú pre self prostriedkami existencie. Ďalej článok pojednáva o charakteristikách procesu tvorivého písania a jeho prispievania ku rozvoju sebapoznania, sebaakceptácie a sebarealizácie. V ďalšej časti sú opísané rozdielne spôsoby vyjadrenia a formovania self v autopatografiách psychiatrických pacientov. Nakoniec sa článok zaoberá sociálnym významom naratívneho a terapeutického tvorivého písania: predpokladá sa, že čítanie (počúvanie) príbehu ochorenia sa môže stať prostriedkom učenia napodobňovaním a morálnym imperatívom (tzv. etikou hlasu) načúvať bolestivým príbehom druhých, prejavíť empatiu ku ich autorom a sebareflektovať rôzne aspekty čitateľovho vlastného príbehu.

Kľúčové slová: terapeutické tvorivé písanie, autopatografia, naratívna terapia, identita

ABSTRACT:

The article focuses on psychological and psychotherapeutic aspects of (re)construction of self in therapeutic creative writing: both generally and especially among authors with mental illnesses. In particular, postmodern models of illness in which the patient (client) is not expected only to recover but to attribute the meaning to suffering and to self-reflect who he is and who he is becoming because of (or in spite of) illness are described. Firstly, genre of narrative known as autopathography will be discussed in which negative (physical, mental and social) effects of illness lead to creating stories about author's own experiences and how these stories become means for self. Secondly, characteristics of creative writing process and its contribution to enhance of self-knowledge, self-acceptance and self-realisation are addressed. Then, the article focuses on the different ways of self-expression and self-construction in autopathographies by psychiatric clients (patients). Finally, the attention is paid to social meaning of narrative and therapeutic creative writing: it is suggested that the story of illness becomes the mean of learning through identification and the moral imperative (also called ethics of voice) to listen to the painful stories of others, to be able to express empathy and to self-reflect about the painful aspects of listener's own life.

Key words: therapeutic creative writing, autopathography, narrative therapy, identity

„Spôsob, akým subjekt akceptuje alebo odmieta svoju chorobu, spôsob, akým ju interpretuje a akým ozna-

čuje jej najabsurdnejšie formy, predstavuje jednu zo zásadných dilem choroby.“ (FOUCAULT, 1987, s. 46-47)

„Skôr či neskôr sa každý stáva zraneným rozprávačom.

V postmodernej dobe je táto identita našou nádejou a zodpovednosťou, našou pohromou a dôstojnosťou.“ (FRANK, 1995, s. XIII)

„Písanie je len vedľajším produktom, hlavné je tvorenie osobnosti.“ TOLSTOJ

Kým v minulosti bola rola chorého predovšetkým pasívna (s cieľom uzdraviť sa), s narastajúcim počtom chronicky chorých (ku ktorým patria aj pacienti v remisii, abstinenti či postihnutí) musí pacient zaujať aktívnejšiu úlohu: pripísať svojej chorobe význam. Navyše, ako píše naratívny sociológ Frank (1995, s. 158), táto situácia vyžaduje „neustálu seba reflexiu toho, v akého človeka choroba formuje, znamenajúcu požiadavku znovu-vytvárať príbeh svojho ja.“

Je nedostačujúce považovať subjektívne prežívanie choroby vyjadrené vo forme básne či príbehu len za prostriedok k určaniu diagnózy a liečebného či terapeutického postupu. Z pohľadu pacienta/klienta ide predovšetkým o hľadanie významu zlomových udalostí a získanie kontroly nad často zarážajúcim a neosobným kontextom diagnózy a liečby. Postupne zisťuje, že diagnostický príbeh nepostačuje na zachytenie všetkých jeho skúseností a niekedy vedie dokonca ku ich potláčaniu – strácaniu vnútorného hlasu. Závažné ochorenie pre neho znamená stratu cieľa a mapy, ktorá ho v minulosti viedla životom. Rozprávanie príbehu je potom vytváraním novej mapy na novej ceste a vymedzenie sa spod unifikujúceho dominantného príbehu (medicíny) (Frank, 1995). Frank to zhrňa nasledovne (1995, s. 7): „choroba v postmodernej dobe je skúsenosťou, reflexiou tela, self a cieľa, ku ktorému mapa života vedie.“

Situácia nie je odlišná ani u osôb s du-

ševným ochorením. Postmoderné prístupy zdôrazňujú, že duševné choroby sú diskurzívnymi projektami: „reflexívnymi procesmi sebadefinovania a vytvárania identity; self-dialógom medzi vnútorným prežívaním a pozorovateľným správaním. V tomto procese tvorenia príbehu choroby a seba samých sa jej duševne chorí snažia porozumieť, vytvoriť si ku nej vzťah, či sa voči nej vymedziť“ (Fee, 2000, s. 75–76). Tento článok sa pokúša zodpovedať otázku, aké sú špecifiká tohto procesu (nachádzania zmyslu a formovania self) v autobiografických textoch (básnických i prozaických) autorov so skúsenosťou s duševným ochorením.

AUTOPATOGRAFIA

Autopatografia je pojem označujúci autobiografiu ochorenia alebo postihnutia: príbeh (re)konštrukcie ja a života počas choroby a po chorobe (Couser, 1997). Van den Berg (podľa Crossley, 2000) zdôrazňuje, že ochorenie vyžaduje zastavenie sa, počas ktorého pacient môže cítiť pochybnosti o integrite svojho tela (a mysle, pozn. aut.), svojej sociálnej role a takisto ohrozenie viery v budúcnosť.

Takto chorobou i sociálnymi reakciami ohrozené self si vyžaduje „opravu“ a rozprávanie autobiografických príbehov je jedným z jej privilegovaných prostriedkov (Becker 1997; Kleinman, 1988). Príbehy sú pre self prostriedkom bytia. Podľa Schafera (1992) sa tieto self-príbehy stávajú znovu-potvrdením vzťahu k druhým i k sebe samému: vedomiu, že príbeh je hodný, aby bol zdieľaný a vypočutý. Autopatografia ďalej slúži k potvrdeniu toho, kým rozprávač stále je a kým sa napriek ochoreniu stáva (Frank, 1995).

Prostriedkom medzi vytváraným príbehom a self je pamäť (Schank, 1990). Pamäť dáva jednotlivým skúsenostiam novosť, konkrétnosť a emocionálny náboj. Príbehy ustanovujú rekonfiguráciu pamäte; sú procesom pamäte v akcii a rovnako úložným priestorom spomienok (Frank, 2010). Podľa Brunera (1990, s. 90) sú tieto procesy sebareflexívnou činnosťou, „schopnosťou obrátiť sa na minulosť

a v jej svetle zmeniť prítomnosť, alebo zmeniť minulosť v svetle prítomnosti.“

Ďalej majú spomienky seba-reprezentatívnu funkciu: tvoria a udržiavajú koherentnú identitu v čase. Obzvlášť dôležitú úlohu v naratívnej identite majú seba-definujúce spomienky.

Za prínosné ďalej považujem pozrieť sa na autopatografie v kontexte jednej z teórií vysvetľujúcej paradigmu expresívneho písania (pozitívne účinky písania o traumatických zážitkoch na psychické a fyzické zdravie)¹. Podľa jej zástancov Daiutea a Buteaua (2002) je písanie seba-regulačným procesom, v ktorom autori zobrazujú samých seba ako hrdinov bojujúcich s ťažkosťami. Postupne tak vytvárajú efektívne self, ktoré je základom sebareflexie a self-efficacy. Rozvoj sebaregulácie môže ďalej prispievať ku zlepšeniu seba-kontroly (Pennebaker, 2009). Autori textov rovnako pociťujú lepšiu kontrolu nad traumatickými skúsenosťami, strepmi a výzvami, čo pomáha zlepšovať ich well-being (Frattaroli, 2006).

V súhrne teda možno súhlasiť s Pennebakerom (2009, s. 283), podľa ktorého tkvie podstata písania o bolestivých zážitkoch v tom, že predstavuje „jeden z mála momentov, keď je ľuďom povolené vidieť, kam došli a kam smerujú bez toho, aby museli nikomu vyhovieť. Dokážu si určiť priority, nájsť zmysel svojej minulosti a budúcnosti a zamyslieť sa nad tým, kým v tejto životnej fáze sú.“

PROCES PÍSANIA A SELF

Medzi najdôležitejšie funkcie písania patrí komunikácia s druhými a sebavyjadrenie. Ako upozorňuje teoretička tvorivého písania Buley-Meissnerová (podľa Royster, 2006, s. 23): „každý akt písania môže byť považovaný za akt seba-reprezentácie... to, kým sme, sa neustále mení a komplikuje. Naše porozumenie toho, kým sme, nie je nikdy úplné.“ Možno teda tvrdiť, že v písaní sa vytvára a obnovuje (roz)poznateľné a autonómne self.

Prostredníctvom písania sú naše skúsenosti filtrované cez jazyk a je do nich vnášaná koherencia a kontinuita. Bruner (2002) to nazýva verbalizovanými udalosťami a za jednu z ich foriem považuje self. Ďalej písanie umožňuje získať pre self určitý odstup od skúseností, preskúmať ich, čo následne vedie k rozvoju sebaopoznania a sebaakceptácie.

Blanch (2008) pokladá za primárnu funkciu písania získanie kontroly nad inak nezaraditeľnými epizódami príbehu identit. Ako ďalej uvádza (Blanch, 2008, str. 225) v súvislosti s autopatografiami: „tým, ako sa pacient pokúša pripomenúť (si) zásadné okamžiky svojho ochorenia, už nie je viac odkázaný na oficiálne záznamy inštitúcie alebo obozretné spomínanie svojich ustátených príbuzných.“

Na vzťah medzi self a tvorivým činom písomného vyjadrenia poukazuje aj pedagogika tvorivého písania. Podľa českého literárneho teoretika Dvořáka (2001) tvorivé písanie smeruje k hľadaniu autorovho individuálneho štýlu, ktorý demonštruje možnosti a úskalia každej osobnosti a napomáha tak k hľadaniu identity. Ako ďalej dodáva slovenská pedagogička Eliášová (2011), tvorivé písanie je prostriedok stimulujúci osobnostný rast a vedie ku prehĺbeniu pocitu sebarealizácie a samostatnosti a má vplyv aj na formovanie kladných ľudských potencialít.

SPÔSOBY VYJADRENIA A KONŠTRUKCIE SELF (NE)OVPLYVNENÉHO PSYCHOPATOLÓGIU

Vyššie spomenuté charakteristiky autopatografií a procesu písania sú relevantné aj pre texty autorov so skúsenosťou s duševným ochorením. Dalo by sa povedať, že podstata duševnej choroby sa priamo dotýka osobnosti a jástva, keďže postihuje afektívne a kognitívne procesy s dôsledkami pre správanie a medziľudské vzťahy, ako aj sebaopoznanie a sebaúctu. Takisto pociťuje duševne chorý potrebu organizovať a chápať udalosti svojho života vo forme príbehu (Skorunka, 2011).

¹ Pre bližšie informácie vid' meta-analýzu Smytha (1998) a Frattaroli (2006).

Jedným z východísk postmoderného chápania duševných chorôb je poukazovanie na ich dynamický charakter. Za výstižnú považujem definíciu Karpa (1996, s. 75), ktorý pokladá duševnú chorobu za „prebiehajúci proces konštrukcie, dekonštrukcie a rekonštrukcie identity tvárou tvár opakovaným problémom.“

Autobiografické zaznamenávanie tohto procesu je rôznorodé a mnohovrstevné, čo môžeme pripísať ako psychickým ochoreniam samotným (stupňu ich závažnosti a miere ich vplyvu na jednotlivé psychické funkcie), tak aj vzťahu psychopatologických symptómov k self.

Možným kritériom ich delenia je vzťah chorého ku psychickému ochoreniu a významy, ktoré mu pripisuje. Pre praktické využitie považujem za užitočné a výstižné delenie Raddenovej (2008), ktorá rozlišuje dva druhy prístupu autora k jednotlivým príznakom duševného ochorenia:

1. vyčlenenie symptómov z ja, čo vedie ku ich objektifikácii a odcudzeniu (stávajú sa nereálnymi alebo dokonca subjektívne neexistujúcimi) alebo umiestneniu skúseností výhradne do psychiatrického kontextu (symptómy sú vnímané výlučne ako dôsledky neurologickej poruchy). Na jednej strane môže tento prístup viesť ku vzdaniu sa zodpovednosti za príznaky choroby (pacient sa stáva jej obeťou). Na druhej strane môže mať oddelenie symptómov od ja terapeutickú hodnotu (napr. koncept externalizácie v naratívnej psychoterapii): psychické ochorenie, hoci spôsobuje mimoriadne utrpenie, nezastiera jadro identity²;

2. začlenenie symptómov do ja: integrácia symptómov, ktoré sú prijímané, a dokonca cenené ako zmysluplné aspekty skúsenosti a identity. Choroba je vnímaná ako rozšírenie ja – nášho normálneho prežívania a správania. Aj tento prístup má svoje terapeutické využitie (napr. v ACT terapii³). Na druhej strane môže viesť ku stigmatizácii a invalidizácii a podceňovaniu

potenciálu pacientov/klientov ku zmene, keďže identita je redukovaná na chorobu a potom „neostane nikto, kto by pracoval na uzdravení“ (Deegan, 2001, s. 5–6)⁴.

Keď sa pozrieme na autopatografie autorov s duševným ochorením z naratívneho hľadiska, tak pozorujeme, že napriek významným dôkazom o úspešnosti liečby duševných chorôb len menšina príbehov tých, ktorí s nimi majú skúsenosť, má optimistický záver (typický pre komédie). Naopak, ako upozorňuje Dyerová (2008), prevažujú v nich skôr znaky literárneho žánru romancy, ku ktorým patrí epizodická a cyklická povaha prekážok (priebehu choroby) a kde napriek premenám v čase nie je prítomné jasné smerovanie k dobrému koncu (úplnému vyliečeniu). Ďalej v nich nájdeme prvky chaotickej naratívy: nekonečného hľadania zmyslu (chronického ochorenia) či naratívny hľadania, v ktorej je bodom zvratu dlhého putovania vnútorné prijatie negatívnych dôsledkov (ochorenia), pred tým vnímaných skôr nepriateľsky, a ich zakomponovanie do životného príbehu protagonistu. Nakoniec majú blízko aj ku žánru tragikomédie, ktorá akceptuje realitu ľudského utrpenia a nevyhnutnosť skúšok v procese morálneho vývoja, čo umožňuje nový začiatok, hoci s vedomím, že nič už nebude ako pred tým.

³ ACT (acceptance and commitment therapy) je odnožou kognitívno-behaviorálnej terapie a využíva stratégie akceptácie, všímavosti, záväzku a behaviorálnych zmien. ACT popiera dichotómiu zdravý/chorý a zdôrazňuje, že psychické procesy môžu mať deštruktívny charakter, a tak spôsobovať utrpenie. Úspešne je využívaná pri liečbe depresii, OCD, chronickej bolesti, úzkosti, PSTP, anorexie a závislosti (Harris, 2006).

⁴ Tento prístup často nachádzame v naratívach depresie, pretože, ako upozorňuje Raddenová (2008), afektívne stavy sú integrálnejšími časťami identity než kognitívne (ľahšie si vytvárame odstup od určitého presvedčenia – napr. jeho spochybnením – než od nálady, ktorá tvorí rámec pre celú našu skúsenosť) a tiež nezasahuje, do takej miery ako iné psychické ochorenia, do uvažovania, vnímania a komunikácie (smutná nálada je väčšinou prijateľnejšia a menej ohrozujúca než napr. halucinácie).

² Ako príklad tohto typu autopatografií Raddeová uvádza napr. dielo Jamisonovej (1995).

V súhrne je teda otázne, na koľko sú kultúrne očakávania západnej spoločnosti o individuálnom heroizme primerané skúsenostiam ľudí žijúcimi s duševným ochorením. Vyvrcholením a rozuzlením ich príbehov často nie je vonkajšia zmena, ale vnútorná transformácia a rekonštrukcia identity (za účasti procesov sebahodnotenia, re-definovania, reinterpretácie minulých ja a pokusu o vytvorenie budúceho ja), ktorá si po absolvovaní cesty uvedomuje svoje limity a integruje negatívne skúsenosti, ako uvádza Dycerová (2008). Takisto Skorunka (2011), v kontexte naratívnej psychoterapie, pokladá za kľúčové znovu nadobudnutie autorstva svojho životného príbehu, kontinuity a zmysluplnosti.

NÁJSTĚ SVOJHO POSLUCHÁČA

Obsahová analýza 206 autopatografických textov, ktorú vykonal doktor Aronson (2000), zistila, že motívy k ich písaniu sú ako individuálne, tak aj sociálne. Pre autorov je písanie dôležitým prostriedkom komunikácie s druhými: prajú si, aby ostatní porozumeli, aké to je byť chorým; chcú pomôcť ostatným pacientom či vzdelávať a kritizovať ošetrujúci personál.

Autopatografia sa stáva formuláciou a potvrdením self rovnako pre jej autora, tak aj pre poslucháčov a čitateľov. Podľa Franka (1995) zaznamenanie subjektívneho prežívania choroby zverejňuje súkromné skúsenosti: individuálny hlas sa stáva verejným a je konkurenciou pre silné hlasy medicíny a psychoterapie. Ďalej pisateľ dáva skúsenosť s ochorením do súvislostí príbehu celého života i do sociálneho kontextu. Rovnaký názor zdieľa aj anglický sociológ Lawler (2008, s. 13, 16), keď tvrdí, že „naratívna identita nás umiestňuje do komplexu siete vzťahov a nevyhnutne spochybňuje predstavu atomizovaného jedinca (...). Príbeh je dokončený (ak vôbec niekedy je!) len v interakcii medzi rozprávačom a poslucháčmi.“

Príbehy iných sa navyše stávajú prostriedkami učenia napodobňovaním: cez identifikáciu s druhými a ich skúsenosťami sa učíme sebareflexii a pod ich vplyvom

vytvárame vlastnú naratívnu identitu. Špecifické postavenie podľa Lawlera (2008) zaujímajú práve príbehy utrpenia, ktoré sú mocným médiom formovania individuálnej i kolektívnej identity.

Frank (1995) navyše zdôrazňuje morálny imperatív kladený na autora i poslucháčov. Svedectvá o ochorení vyjadrujú etiku hlasu, čiže právo vyjadriť svoju vlastnú pravdu svojimi vlastnými slovami. Tento apel vyžaduje nie rozmyšľať o príbehoch druhých, ale rozmyšľať spolu s nimi: „pripojiť sa ku nim, dovoliť svojim myšlienkam, aby prebrali logiku príbehu, jeho kauzalitu, temporalitu a paradoxy. Cieľom je empatia s týmito príbehmi a ich autormi: nie ako internalizácia ich skúseností, ale rezonancia s druhými a citlivosť ku nuansám.“ (Frank, 2010, s. 149)

V súhrne sa vonkajšie či vnútorné zranenie stáva prostriedkom vzájomného zdieľania a inšpirácie. Ako to vyjadril Remen (1993, bez udania strany): „moje zranenie mi umožňuje najstĚ teba s tvojim zranením, o ktorom si sa domnieval, že ho nemáš.“

ZÁVER

Príbehy self a ochorenia sú teda na jednej strane významnými diagnostickými a terapeutickými prostriedkami, ale zároveň od nás vyžadujú schopnosť vstúpiť do otvoreného dialógu s textom a jeho pisateľom. Terapeut sa tak stáva poslucháčom a čitateľom, ktorý má možnosť uviesť príbehy do iných (terapeutických) kontextov či pomôcť pri tvorení alternatívnych príbehov. No rovnako môže byť pod ich vplyvom do iných kontextov a príbehov privádzaná jeho terapeutická práca a jeho vlastná identita.⁵

⁵ Záujemcom o konkrétne príklady práce s terapeutickým tvorivým písaním odporúčam nasledovné publikácie:

Bolton G., Howlett S., Lago C., Wright J. (Eds.) (2004). *Writing Cures: An Introductory Handbook of Writing in Counselling and Psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.

Hunt, S., Sampson, F. (Eds.) (1998). *The Self on the Page: Theory and Practice of Creative Writing in Personal Development*. London: Jessica Kingsley Publishers.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- Aronson, J. K. (2000). Patient's Perspectives: Autopathography: the Patient's Tale. *British Medical Journal*, 321, 1599–1602.
- Becker, G. (1997). *Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World*. Berkeley: University of California Press.
- Blanch, S. (2008). Writing Self/Delusion: Subjectivity and Scriptotherapy in Emily Holmes Coleman's. In Clark, H. (Ed.). *Depression and Narrative: Telling the Dark*. Albany: SUNY Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bruner, J. (2002). *Making Stories: Law, Literature, Life*. Harvard: Harvard University Press.
- Couser, G. T. (1997). *Recovering Bodies: Illness, Disability, and Life Writing*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Crossley, M. L. (2000). *Introducing Narrative Psychology: Self, Trauma and the Construction of Meaning*. Buckingham: Open University Press.
- Daiute, C., Buteau, E. (2002). Writing For Their Lives: Children's Narratives as Support For Physical and Psychological Well-Being. In Lepore, S. J., Smyth, J. M. (Eds.). *The Writing Cure*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Deegan, P. E. (2001). Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health: A Journal of Psychosocial Practice & Research*, 17, 5–21.
- Dvořák, J. (2001). *Psaní jako sebevyjádření*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Dyer, B. (2008). Winter Tales: Comedy and Romance Story-Types in Narratives of Depression. In Clark, H. (Ed.). *Depression and Narrative: Telling the Dark*. Albany: SUNY Press.
- Eliášová, V. (2011). *Tvorivé písanie a možnosti jeho využitia v edukačnom procese*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- Fee, D. (Ed.) (2000). *Pathology and the Postmodern: Mental Illness as Discourse and Experience*. London: Thousand Oaks.
- Foucault, M. (1987). *Mental Illness and Psychology*. Berkeley: University of California Press.
- Frank, A. W. (1995). *The Wounded Story-Teller: Body, Illness and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (2010). *Letting Stories Breathe: a Socio-narratology*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental Disclosure and its Moderators: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823–865.
- Harris, R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2–8.
- Jamison, K. R. (1995). *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Vintage Books.
- Karp, D. A. (1996). *Speaking of Sadness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Lawler, S. (2008). *Identity: Sociological Perspectives*. Cambridge: Polity.
- Pennebaker, J. W. (2009). The Healing Power of Expressive Writing. In Kaufman, S. B., Kaufman, J. C. (Eds.), *The Psychology of Creative Writing*. New York: Cambridge University Press.
- Radden, J. (2008). My symptoms, Myself: Reading Mental Illness Memoirs for Identity Assumption. In Clark, H. (Ed.) *Depression and Narrative: Telling the Dark*. Albany: SUNY Press.
- Remen, R. N. (1993). *On Healing*. Bolinas, Calif.: The Institute for the Study of Health and Illness.
- Royster, B. J. (2006). *The Construction of Self in the Contemporary Creative Writing Workshop: A Personal Journey* (dizertačná práca). Graduate College of Bowling Green State University. Stiahnuté z: http://etd.ohiolink.edu/view.cgi?acc_num=bgsu1143553443
- Schafer, R. (1992). *Retelling a Life: Narration and Dialogue in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Schank, R. C. (1990). *Tell Me a Story: A New Look at Real and Artificial Memory*. New York: Scribners.
- Skorunka, D. (2011). Duševní nemoc: subjektivní perspektivy a faktory, které je formují. In Mareš, J., Vachková, E. (Eds.), *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD.
- Smyth, J. M. (1998). Written Emotional Expression: Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174–184.

Mgr. Zuzana Kucharová je internou doktorandkou na Katedre psychologie Fakulty sociálnych štúdií Masarykovej Univerzity v Brne. V rámci dizertačného výskumu sa venuje psychologickým aspektom tvorivého (terapeutického) písania a pôsobí ako vedú-

ca dielne terapeutického tvorivého písania v Lige za duševné zdravie.

Kontakt: kucharova@mail.muni.cz

Došlo do redakcie 20. 6. 2013, v revidovanom znení 25. 7. 2013. K publikácii prijato 2. 8. 2013.

SPiritualita v psychoterapeutické praxi?

The spirituality in the therapeutic practice?

Ludmila Bartůšková, Petr Glogar

ABSTRAKT

Rostoucí zájem o spiritualitu přináší při praktické práci s klienty řadu otázek; již samo vymezení pojmu spiritualita je totiž předmětem mnoha polemik. Spiritualita je samostatný, svébytný rozměr člověka (podobně jako bio-psycho-sociální). Získáním psychoterapeutického vzdělání se terapeut nestává odborníkem na spiritualitu, ale měl by umět s tímto tématem zacházet jak u klienta, tak u sebe.

Klíčová slova: spiritualita, psychoterapie, bio-psycho-socio-spirituální dimenze člověka

ABSTRACT:

The growing interest in spirituality raises many questions concerning the work with clients. Even the definition of the concept of spirituality is a matter of discussions. Spirituality is an autonomous, specific dimension of human being (as well as the bio-psycho-social dimensions are). The therapist does not become an expert in spirituality merely in virtue of his psychotherapeutic schooling; nevertheless he should be able to treat this point in the case of his client and also in his own life.

Keywords: spirituality, psychotherapy, bio-psycho-socio-spiritual dimensions of human being

1. PSYCHOTERAPIE, SPiritualita a nábožensky založená pomoc

V posledních desetiletích je možné pozorovat stále rostoucí zájem o spiritualitu v psychologii i ve zdravotnictví (Mezeenbroek a kol., 2012). Světová zdravotnická organizace, Americká psychiatrická asoci-

ace a další profesní zdravotnické organizace běžně operují s pojmy jako je spiritualita, religiozita, osobní přesvědčení, spirituální péče; v rámci celostního přístupu k člověku se hovoří o bio-psycho-socio-spirituální jednotě člověka, pořadají se odborné konference na téma spiritualita – mimo oblast teologie a náboženství (Kalvínská, 2008).

V této souvislosti se však vynořuje celá řada otázek. Jaký je vlastně vztah psychoterapie a spirituality? Má spirituální rozměr člověka ve zdravotní péči poskytované lege artis vůbec své místo? Je etické ho včleňovat do rámce psychoterapie, která je definována jako „lčba, profylaxe a rehabilitace poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy... a probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem“ (Vymětal, 2004, s. 20)? Není zde riziko vnucování spirituální dimenze života tomu, kdo je jiného názoru? Má terapeut zjevně prezentovat svoji spiritualitu? Poskytuje nábožensky založený, věřící či spiritualitu zohledňující terapeut klientům kvalitnější a lepší pomoc? Všem lidem? Nebo jen příslušníkům stejného náboženství, stejné spirituality? A naopak: pokud je u člověka spirituální a náboženská dimenze opomíjena, nemá to negativní důsledky pro léčbu a pro člověka (Längle, 2007)?

Podle Längleho (2007, s. 39) je „psychoterapie vědeckým a empiricky prověřeným postupem, který nabízí lidem s psychickými, psychosomatickými a sociálními problémy nebo utrpením pomoc psychologickými prostředky... rozvíjet spiritualitu tedy není jejím úkolem ani cílem“. Pro praxi je důležité i odlišení nábožensky založené pomoci (tzv. „pastorační péče“). Tento způsob práce se od psychoterapie odlišuje svými

prostředky a cíli; je proto důležité „vymezit hranici psychoterapie vůči pastorační péči a náboženství i vůči působení různých sekt a ideologií“ (Längle, 2007, s. 39).

Základní rozdíl mezi psychoterapeutickou a nábožensky založenou pomocí je možno vidět v zaměření pozornosti a v hledání zdrojů pomoci. Psychoterapie napomáhá „jedinci vyrovnat se se svízeli života a nalézt sebe sama na základě pravdivějšího sebepoznání“ (Vymětal, 2010, s. 11) a „může být úspěšná jen v té míře, v níž pacient dokáže přispět svými zdroji“ (Längle, 2007, s. 39–40), v psychoterapii na rozdíl od nábožensky (a spirituálně) založené pomoci „nejde o transcenci... nemůže dát spásu, nýbrž pouze přispět k uzdravení“ (Längle, 2007, s. 39).

Preece (2009) též doporučuje rozlišovat psychoterapii a spirituálně založenou pomoc; každá pomoc má své indikace a své vlastní metody. Varuje před „falešným“ vykročením: „Únik do duchovna se může tvářit jako vykročení, ale bohužel jím není. Je docela dobře možné vstoupit na duchovní stezku, která je silně ovládaná vyhýbáním.“ (Preece, 2009, s. 79) Nesprávně chápaná spiritualita může pak člověka „vést k faktickému odříznutí se od emočních problémů, jejich potlačení a dokonce prohlubování“ (tamtéž, s. 24).

I přes možné problémy s diagnostikou a naplňováním spirituálních potřeb pacientů je zohledňování jejich spirituality nedílnou součástí celostního přístupu k nim. Výzkumy ukázaly, že pacienti chtějí být akceptováni a léčeni jako celistvé osoby, které mají svoji fyzickou, emoční, sociální a spirituální dimenzi (Mohr, 2006). Je zřejmé, že v současné době je již neudržitelné samotné stanovení diagnózy bez porozumění a akceptace životní historie pacienta, jeho subjektivního pojetí nemoci a reakce na ni, stejně jako bez zahrnutí sociálních a rodinných vztahů, které s nemocí taktéž souvisejí. Při nemoci, zvláště při setkání se s vlastní smrtelností, vyvstává více než kdykoliv jindy otázka smyslu života, vynořují se existenciální a spi-

rituální otázky, jejichž řešení má pak přímý vliv na akceptaci i na průběh léčby (Koenig, 2004).

Dobrá zdravotnická (a psychoterapeutická) péče tedy vyžaduje, aby zdravotníci znali své pacienty a jejich hodnoty, které pokládají za důležité ve svém životě. K tomu je však nezbytné, aby také znali sami sebe a své hodnoty (Mohr, 2006). Reflexe vlastního pojetí spirituality a přístupu k ní je důležitá k tomu, aby terapeut nevnucoval pacientovi své pojetí světa a své hodnoty (Cartwright, 2010).

Jinak může vlastní nereflektovaná spiritualita nekontrolovatelně vstupovat do psychoterapeutického procesu (Říčan, 2007). Dle Vojtíška a kol. (2012) se může nereflektovaná terapeutova spiritualita v extrémních případech projevit dvěma negativními způsoby – buď vyhýbáním se, tabuizací tématu spirituality v psychoterapii, nebo tzv. „stereotypizací“, kdy mohou být klienti „podezíráni z dogmatismu, neschopnosti autonomních soudů, vyhýbavého postoje k životním obtížím apod.“ (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012, s. 56). Tato tzv. „stereotypizace“, ať již možný pozůstatek totalitní protináboženské/antispirituální a materialistické propagandy u nás nebo freudovská asociace náboženství s hysterií a neurózou – která však v určitých případech mohla mít své opodstatnění (Bonelli, Koenig, 2013) – či jistý ostych při práci se spirituálními tématy, se daří postupně překonávat. Důkazem tohoto posunu ve vnímání spirituality a náboženství v diagnostickém a terapeutickém procesu může být i klasifikace DSM, kdy projevy spirituality u klienta přestaly být patologizovány a jsou vnímány jako důležitá součást osobnosti a dané kultury (Allmon, 2013).

2. POJEM SPIRITUALITA

2.1. NÁBOŽENSKÁ SPIRITUALITA

Nezbytnou součástí diskuse nad tématem spirituality ve zdravotnictví je vymezení pojmu „spiritualita“. V 19. století tento pojem označoval opak materialismu, byl charakterizován jako touha přesáhnout jedno-

tvárný každodenní život, proniknout do hlubin lidské duše a božských a nadpřirozených sil. V této souvislosti začala být spiritualita považována za „vyšší stránku náboženství, za osobní zkušenost s Bohem nezasazenou sociálními a organizovanými formami, tradicemi a institucemi, které dle Popp-Baiera (2009) představovaly „nižší stránku“ náboženství. Slovník spirituality (Fiores, Goffi, 1999, s. 163) definuje pojem spiritualita jako „uvědomělý vztah, jaký měl během času konečný duch člověka s transcendentem“. Podle Strážence (2001, s. 119) považují autoři zabývající se touto tematikou „spiritualitu za způsob existence a zkušenosti, ke kterým dochází prostřednictvím uvědomění si transcendentní dimenze osobnosti. Spiritualita byla považována za jádro zralé religiozity a duch (hebrejsky „ruah“, řecky „pneuma“ a latinsky „spiritus“) za místo komunikace s božstvem“.

K. H. Reich (in Strážence, 2001) rozlišuje náboženství, náboženskou spiritualitu a přirozenou spiritualitu. Spiritualitou rozumí sdílení radosti, smutku a hluboké sepětí mezi lidmi, lidmi a přírodou, mezi lidmi a vyšším Bytím. Rozdíl mezi náboženskou a přirozenou spiritualitou spočívá pouze v rozdílném chápání pojmu „transcendence“. Zatímco s náboženstvím, a tedy i s náboženskou spiritualitou, souvisí „velká transcendence“ (tedy Bůh, v křesťanské tradici třetí božská osoba Duch svatý), v běžném životě si mnoho lidí vystačí s „prostřední transcendencí“, kterou může být cokoli (např. příroda, vesmír, národ apod.). Všechny typy spirituality mají dle Reicha (dle Strážence, 2001) společnou podřízenost svého „Já“ tomu, co jeden každý považuje za transcendentní. Každý člověk si tak vybírá takový druh spirituality, který nejlépe odpovídá jeho přesvědčení a naplňuje nejlépe jeho potřeby (Strážence, 2001).

V podobném duchu rozlišuje Štampach (2012) náboženskou spiritualitu, interspiritualitu a tzv. nenáboženskou spiritualitu. Náboženskou spiritualitou míní „osobní prožívání vztahu k transcendentní skutečnosti“

(Štampach, 2012, s. 3). Pro interspiritualitu je charakteristické „uvolňování vazeb mezi instituční příslušností a stylem duchovního života... Jedná se o přesvědčení, že spiritualita spojuje, že lidé hlásící se k různým věroukám a příslušející k různým organizačním mohou spiritualitu sdílet“ (Štampach, 2012, s. 4–5). U tzv. „nenáboženské spirituality“ nepanuje mezi odborníky shoda, zda ji vlastně lze nazvat spiritualitou. Vzniká zde otázka, „jaká zkušenost, jaké postoje, jaké vnitřní a vnější jednání nejsou pouze filosofické, pouze terapeutické, nýbrž i spirituální“ (Štampach, 2012, s. 5). Podle Štampacha (2012, s. 7) je „spiritualita nezávisle na náboženství péčí o ducha. Je to péče člověka o sebe a jiné lidi mající za cíl, aby se člověk vracel z odcizení k sobě. Je to péče o to, abychom byli více sebou a více lidmi“. V obdobném duchu hovoří např. Belzen (2009). Slabý a Slabý (2000, s. 60) nenáboženskou spiritualitu popisují jako „potřebu tvořit, prožívat krásu, poznávat a uskutečňovat dobro“.

Dle Preece (2009, s. 24) „je přirozené vstoupit na duchovní stezku, jestliže hledáme smysl a hlubší porozumění zásadním životním otázkám. Tato potřeba je jako instinkt, který musí být uspokojen. Hledání něčeho nadosobního či božského nám může poskytnout pocit důvěry, optimismu a bezpečí jako základ našeho života“.

3. ZKUŠENOSTI SE SPIRITUALITOU V PRAXI 3.1. KOMPETENCE TERAPEUTA

Podle našeho názoru (při bio-psycho-socio-spirituálním přístupu k člověku) je spirituální oblast samostatnou, svébytnou oblastí, stejně jako je např. oblast somatická. Podobně jako se psychosomaticky orientovaný terapeut nestává získáním psychoterapeutické (psychosomatické) kvalifikace odborníkem na somatickou oblast (nestane se z něj např. špičkový chirurg), ale do svého myšlení, do své práce somatickou oblast může zahrnovat a zahrnuje, také psychoterapeutické vzdělání samo o sobě nečiní

z nikoho odborníka na spirituální oblast klienta (zejména na náboženskou spiritualitu a interspiritualitu). Terapeut však spirituální oblast (stejně jako oblast somatickou, sociální...) považuje za nedílnou součást pacientova života a jeho životního příběhu. Terapeut tedy není odborníkem a nepřebírá zodpovědnost za spirituální růst a spirituální cestu klienta, ale vytváří bezpečný prostor, kde lze hovořit i o otázkách, které se možná právě teď – díky různým problémům – otevřely. Při terapeutické práci se spiritualitou klienta tedy nejde o nějakou specifickou terapeutovu dovednost či vzdělání při zacházení se spiritualitou, jako je např. používání specifických nástrojů a postupů, ale v principu jde o terapeutem rozvíjenou a reflektovanou schopnost akceptace klienta v co největší šíři.

3.2. VSTUPNÍ DIAGNOSTIKA PACIENTOVÝCH POTŘEB

Při práci se spirituálním rozměrem je velmi důležitá vstupní diagnostika pacientových potřeb, která se děje zejména empatickým nasloucháním a naladěním se na pacientův současný stav i jeho způsob myšlení a prožívání. Jako nezbytný předpoklad k tomuto se jeví respekt k pacientovým hodnotám, popř. k jím chápanému posvátnu a k používání slovníku i terminologie, které jsou pacientovi vlastní.

3.3. TERAPEUTOVA NEUTRALITA

Otázkou zůstává explicitní prezentace terapeutovy spirituality, ať již slovně, či uspořádáním, výzdobou terapeutického prostoru apod. Podle našeho názoru by měl být terapeut, stejně jako v jiných oblastech psychoterapie, i v této oblasti „neutrální“, neměl by prezentovat aktivně své pohledy na spiritualitu, neměl by dávat klientovi hotová (vlastní) řešení a doporučení, ale v atmosféře úcty, respektu, porozumění a přijetí vytvářet možnost, aby klient – pokud bude chtít – tato témata sám do terapie vnášel.

3.4. SPIRITUALITA TERAPEUTA VÍTÁNA

Jsou však i speciální situace, kdy lidé přicházejí za terapeutem právě kvůli jeho spiritualitě, o níž vědí dopředu, např. terapeut je kněz-psycholog; terapie probíhá v církevním prostředí apod. Vyhledání terapeuta kvůli jeho spiritualitě může mít různé důvody: klienti např. očekávají předporozumění, použití stejného slovníku, sdílení stejných hodnot, chtějí se vyhnout event. výsměchu. Avšak i v tomto případě je třeba zachovat princip neutrality, neindoktrinovat klienta, nedávat mu hotové návody a rady, ale být průvodcem člověka na jeho vlastní životní cestě ke zralému lidství. Jen tak totiž zůstane terapeut terapeutem, nebude se, byť nereflektovaně, vydávat za „šamana“ či jinou náboženskou autoritu, která ví, zná, radí a rozhoduje o „životě a smrti“ člověka.

4. ZÁVĚR

Psychoterapeutická práce se spiritualitou člověka se podle našeho názoru neodlišuje od práce s ostatními oblastmi člověka. Stejně však jako např. při práci se sexualitou, s tématy vážných nemocí a smrti je třeba, aby terapeut měl sám v sobě toto téma reflektované, věděl o svých možnostech a limitech, aby i toto téma přinášel do supervize, aby uměl toto téma u klienta „zachytit“ a neostýchal se s tímto tématem pracovat. Jen tak je možné se vyhnout dvěma extrémům při práci se spiritualitou pacienta – jednak tabuizaci, ale i nadměrné, „bezhraniční“ pozornosti, kdy se terapeut považuje za odborníka i na spirituální oblast a svoji spirituální zkušenost v dobré víře neprofesionálně infiltruje do psychoterapie formou různých spirituálních technik, praktik a přístupů. Zde však hrozí setření hranice mezi psychoterapií jako uznávanou, „vědeckou“ léčebnou metodou a „alternativní“ medicínou, zejména porušením pravidla neutrality terapeuta a někdy bohužel i manipulací klientem. Je nutno totiž brát v potaz známý fakt, že čím je člověku hůře, tím je sugestibilnější vůči autoritě nabízející mu pomoc (Vymětal, 2003).

LITERATURA:

- Allmon, A. (2013). Religion and the DSM: From Pathology to Possibilities. *Journal of Religion and Health* 52, s. 538–549.
- Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie* 53(4), s. 396–407.
- Bonelli, R. M., Koenig, H. G. (2013). Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal of Religion and Health* 52, s. 657–573.
- Cartwright, B. Y. (2010). Understanding Health Beliefs about Illness: a Culturally Responsive Approach. *Journal of Rehabilitation* 76(2), s. 40–45.
- Fiore, S., Goffi, T. (1999). *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Kalvínská, E. (2008). Spirituální péče ve zdravotnictví. *Praktický lékař* 88 (9), s. 522 – 524.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal* 97 (12), s. 1194 - 1200.
- Längle, A. (2007). Spirituality v psychoterapii? In Längle, S., Sulz, M. (Ed.). *Žít svůj vlastní život. Úvod do existenciální analýzy*. Praha: Portál, s. 37–51.
- Mezenbroek E. J., Garssen, B., Berg, M., Dierendonck, D., Visser, A., Schaufeli, W. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health* 51(2), s. 336–354.
- Mohr, W. K. (2006). Spiritual issues in psychiatric care. *Perspectives in Psychiatric Care* 42(3), s. 174–183.
- Popp-Baier, U. (2009). Náboženská či existenciální hlediska: spiritualita jako „most přes rozbourěné vody“. *Československá psychologie* 53(2), s. 193–201.
- Preece, R. (2009). *Moudrost nedokonalosti. Proces individuace v životě buddhisty*. Praha: DharmaGaia.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Slabý, A., Slabý, J. (2000). 2. spirituální aspekty zdraví a nemoci. *Trendy v medicíně* 2(1), s. 89–94.
- Stríženec, M. (2001). Psychologické aspekty spirituality. *Československá psychologie*, 45 (2), s. 118–126.
- Štampach, I. O. (2012). Nahradiła spiritualita náboženství? Staženo 17. 11. 2012 z <http://www.sekty.cz/www/stranky/studie/Spiritualita.pdf>
- Vojtíšek, Z., Dušek, P., Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.

MUDr. Mgr. Ludmila Bartůšková pracuje v DPS Ondřejov jako rodinný terapeut a psychiatr pro děti a dospělé. Absolvovala výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v SKT Liberec u MUDr. V. Chvály a PhDr. L. Trapkové. Má funkční specializaci v systemické psychoterapii a osvědčení o psychosomatickém vzdělání. Vyučuje na I. LF a KTF UK. Zabývá se teoreticky a prakticky spirituálním rozměrem nemoci. Kontakt: bartuskova.ludmila@seznam.cz

ThLic. Mgr. Petr Glogar, teolog a rodinný terapeut, teologii vystudoval na KTF UK, licenciát získal na Lateránské univerzitě v Římě. V roce 2004–2008 absolvoval výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v SKT Liberec. Ve své přednáškové činnosti a praxi se zabývá vzájemným prolínáním psychického a spirituálního rozměru člověka. Kontakt: petr.glogarocd@gmail.com

Článek byl vytvořen v rámci programu PŘVOUK.

Došlo do redakce 17. 6. 2013, v revidovaném znění 25. 7. 2013. K publikaci přijato 2. 8. 2013.

ODPUŠTĚNÍ V KONTEXTU PSYCHOTERAPIE

Forgiveness in the context of psychotherapy

M. Lavičková, M. Kolařík

ABSTRAKT:

Článek se věnuje tématu v české odborné literatuře spíše opomíjenému – odpuštění v psychoterapii. Nejprve je naše pozornost zaměřena na teoretické koncepty odpuštění, jeho strukturu, mediátory (tedy prvky, které mohou odpuštění usnadnit) a bariéry, které mu naopak mohou stát v cestě. V další části se článek soustředí na různé přístupy k odpuštění. Zjednodušeně je lze shrnout jako veskrze pozitivní postoj k odpuštění, celkově averzivní přístup k němu a postoj závisející na určitých podmínkách, stojící někde ve středu mezi těmito dvěma póly. Největší část článku je věnována různým možnostem využití odpuštění v psychoterapeutické praxi a jednotlivým modelům práce s ním. Jedná se o výsledky výzkumů i praktických zkušeností mnohých, především zahraničních psychoterapeutů. Tato část je rozčleněna dle jednotlivých pojetí odpuštění, způsobu jeho užití a dle klientů, u kterých se využívá (např. rodina, jedinec, oběť spolu s viníkem...).

Klíčová slova: odpuštění, psychoterapie, modely odpuštění, způsoby práce s odpuštěním v psychoterapeutické praxi

ABSTRACT:

The aim of this article is to present a topic that is quite neglected in Czech professional literature. We deal with employing forgiveness in psychotherapy. First, we focus on specific theoretical concepts of forgiveness, its structure, mediators – that is the constituents that can facilitate forgiveness, and barriers that can, on the contrary, stand in its way. Further, we introduce different approaches to forgiveness that can be generally divided into three groups – entirely positive attitude, purely aversive attitude,

and an attitude which stands in the middle of the aforesaid poles and depends on certain conditions. The core of this article is a presentation of different possibilities that show how forgiveness can be employed in psychotherapeutic practice, and a presentation of specific models that show us how to work with it. These are the results of many researches and experience of many foreign psychotherapists. The main chapter is divided according to specific approaches to the comprehension of forgiveness, different ways of using it, and according to various clients that are involved (e.g. family, an individual, a victim together with the offender etc.).

Key words: forgiveness, psychotherapy, models of work with forgiveness, the ways of working with forgiveness in psychotherapy

1. CO JE A NENÍ ODPUŠTĚNÍ

Jedním ze současných problémů psychologie odpuštění je definice pojmu „odpuštění“. Ačkoliv můžeme říct, že existuje určitá shoda v tom, co odpuštění není, podstatně těžší je nalézt shodu v tom, co odpuštění je. Baumeister, Exline a Sommer (1998) uvádějí, že rozkol mezi jednotlivými koncepty odpuštění způsobují odpovědi na některé otázky – např.: Znamená odpuštění, že se pachatel nemá již dál cítit vinen? Že už se oběť kvůli danému přestupku nikdy víc nerozhněvá? Nebo už viník nepotřebuje potrestání?

Ze současných definic odpuštění uvádíme alespoň některé:

„Odpuštění je zvláštní případ milosrdenství směřující k zraňující osobě. (...) Odpuštění je více než jednoduché akceptování nebo tolerování nespravedlnosti.

(...) Opuštění je více než skončení našeho hněvu k zraňujícímu. (...) Opuštění je dar druhým, nejen sobě“ (Enright, Freedman, Rique, 1998, s. 47–48).

„Opuštění je transformace citů, kognitivního hodnocení a motivace k útočníkovi. Oběť zná cenu zranění, které jí bylo způsobeno, a uvědomuje si viníkovu zodpovědnost, ale dobrovolně volí smazat dluh, vzdává se touhy po odplatě, potrestání nebo odškodnění. Důležité je, že oběť vymaňuje sebe sama z negativních emocí přímo vztažených k onomu přestupku“ (Denham et al., 2005, s. 129).

„Opuštění je vztahový proces, pomocí kterého si jeden nebo oba partneři uvědomí zraňující chování; zraněný poskytne nezasloužený milosrdný skutek tomu, koho vnímá jako viníka; jeden nebo oba partneři zažijí zkušenost přeměny negativních duševních stavů na pozitivní a je znovu ujednán smysl (význam) vztahu s možností smíření“ (Waldron, Kelley, 2008, s. 19).

V psychoterapeutické praxi je rovněž užitečné definovat to, co opuštění není. Nežádka se totiž můžeme potkat s klientem, který zahrnuje do opuštění některý z následujících pojmů, který se může stát příčinou rozhodnutí neodpustit: ignorování, omluvu, zapomenutí, popření, tolerování (Křivohlavý, 2004), smíření (Křivohlavý, 2004; Freedman, 1998; Enright, Freedman, Rique, 1998), legální pardonování – tj. právní prominutí dluhu (Enright, Freedman, Rique, 1998) atd.

2. STRUKTURA A FORMY ODPUŠTĚNÍ

Na opuštění lze podle Baumeistera, Exlineho a Sommera (1998) pohlížet ze dvou různých hledisek, a tedy rozlišit jeho dvě různé dimenze: opuštění jako mocný prosociální fenomén – dimenze vztahová; a opuštění jako intrapsychický jev – dimenze vnitřní. Podstatou opuštění na interpersonální úrovni je to, že nabízí možnost uzdravení mezilidského vztahu, který byl poškozen proviněním jedné osoby vůči dru-

hé. Z druhého pohledu se opuštění „objevuje“ v myslí a citění oběti.

Tyto dvě dimenze jsou na sobě nezávislé. Baumeister, Exline a Sommer (1998) rozlišují opuštění *absolutní*, kdy oběť již necítí negativní emoce vůči pachateli a také to vyjádří. Dále *tiché opuštění*, kdy oběť přestane cítit nenávist nebo zlost vůči pachateli, ale neřekne to a viník se tedy dál cítí provinile. Třetím typem opuštění je *prázdné*. Oběť sice navenek vyjádří opuštění, ale uvnitř to cítí jinak a stále v ní zůstávají negativní emoce. Poslední možností je *neopuštění*. U něj chybí jak interpersonální projev, tak intrapsychický stav opuštění, a je tedy absolutní zášť.

3. BARIÉRY A MEDIÁTORY ODPUŠTĚNÍ

Existují faktory, které dělají opuštění těžším nebo ho naopak usnadňují. Bariérami opuštění mohou být dle Worthingtona (1998) nárok na náhradu a výhody, prevence před opakováním, pokračující utrpení (např. nevratná ztráta), hrdost a pomsta a principiální odmítání. Lachmanová (2001) poukazuje na následující možné překážky: samospravedlnost (tj. právo oběti poukázat na špatnost viníka), smysl pro spravedlnost (typické pro lidi blízké oběti), viník o opuštění nestojí, ignorování, odsunutí přestupku, viník ubližuje zcela cíleně, pohled na viníka pouze v kontextu přestupku, přestupek je nepatrná maličkost, která ubližuje svou neúnavností.

Na druhé straně existují i mediátory, které mohou na cestě k opuštění pomoci. Gobbodo-Madikizela (2002) uvádí následující podmínky a situace, které usnadňují a napomáhají oběti, aby odpustila: lítost viníka, v centru pozornosti je oběť a ne pachatel nebo jeho čin, oběť se dozví konkrétní průběh a motivy křivdy nebo zločinu, pachatel si uvědomí svoji zodpovědnost, omluva, „znovupolidštění“ pachatele – oběť jej opět vnímá jako člověka a ne jako zlo, a pokus pachatele o navázání vztahu s obětí.

4. PŘÍSTUPY K ODPUŠTĚNÍ V PSYCHOTERAPII

V psychoterapii se můžeme setkat v zásadě se třemi základními přístupy k odpuštění – prvním je velmi pozitivní přístup, který připisuje odpuštění zásadní roli, druhým je celkově kladný postoj, který ovšem nepřikládá odpuštění tak velkou váhu, a nakonec kritický postoj, který zdůrazňuje možné negativní dopady odpuštění.

4.1. TERAPIE ODPUŠTĚNÍM

Terapii odpuštěním nazýváme takovou terapii, v níž je odpuštění pro vyřešení problému, napravení vztahu nebo uzdravení klienta klíčové. Do této kategorie spadájí strukturované direktivní terapie, např. Di-Blasiova 13kroková párová terapie odpuštěním založená na rozhodnutí (DiBlasio, 1998), 16kroková direktivní rodinná intervence Madanesové (1991, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007) nebo Enrightův preskriptivní model (Enright, The Human Development Study Group, 1991, 1996). Terapeutovo přesvědčení o odpuštění je nezbytnou součástí terapie (Enright, Fitzgibbons, 2000; Legaree, Turner, Lollis, 2007). Terapeut klienta k odpuštění povzbuzuje. Součástí této terapie je rovněž vzdělávání týkající se odpuštění (Ferch, 1998; Butler, Dahlin, Fife, 2002).

Existují dvě základní skupiny terapeutů považující odpuštění za takto důležité. Početnější skupinou jsou křesťanští psychoterapeuti. Z nejčastěji citovaných jsou to např. Worthington, DiBlasio, McCullough, Enright. Tito terapeuti vyznávají hodnoty jako je soucit, pokora nebo milosrdenství (Benson, 1992; in McCullough, Worthington, 1994, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Pingleton, 1989, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007). Druhou skupinu tvoří psychoterapeuti, kteří zdůrazňují pozitivní dopad odpuštění na psychický stav odpouštějícího – např. snížení úzkosti, zlosti nebo deprese a naopak zvýšení důvěry a naděje (in Al-Mabuk et al, 1995, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Heble, Enright, 1993, cit. dle

Legaree, Turner, Lollis, 2007; Freedman, Enright, 1996; Coyle, Enright, 1997).

4.2. TERAPIE UZNÁVAJÍCÍ POTENCIONÁLNÍ VLIV ODPUŠTĚNÍ

Takovými terapiemi nazýváme přístupy, kdy je odpuštění sice považováno za dobré a uzdravující, ale ne vždy, pro každého a za všech okolností. Odpuštění tedy není jedinou možnou cestou k uzdravení. Kontext, klient a jeho hodnotový systém jsou klíčovými prediktory toho, zda by odpuštění vedlo k uzdravení nebo ne (in Rotter, 2001, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Jenkins, Hall, Joy, 2002, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; West, 2001; Diguseppe, Tafrate, 2001).

4.3. KRITICKÝ POSTOJ TERAPEUTŮ K ODPUŠTĚNÍ

Někteří terapeuti se k odpuštění staví skepticky nebo až kriticky. Dle těchto autorů může být odpuštění pro oběť nebezpečné, a proto ho vždy nepřijímají jako uzdravující. Důsledkem odpuštění totiž může být to, že je pachatel osvobozen od odpovědnosti za přestupek, který spáchal (in Bass, Davis, 1994, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Jenkins, Hall, Joy, 2002, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007). Další argument proti odpuštění uvádí Kennedy (2000). Ten tvrdí, že odpuštění poškozuje oběť, protože na ni přenáší vinu tím, že je pozornost soustředěna na požadavek, aby odpustila, zatímco viník je opomíjen a nic se po něm nepožaduje. Mnoho autorů stavicích se proti odpuštění tvrdí, že odpuštění zabraňuje osvobozujícímu vyjádření a uvolnění zablokovaných emocí, např. hněvu (in Bass, Davis, 1994, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Forward, 1989, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Herman, 1992, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007). Jediným dobrým a důležitým odpuštěním je odpuštění sobě samému (in Bass, Davis, 1994, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Engel, 1989, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Forward,

1989, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007; in Verco, 2002, cit. dle Legaree, Turner, Lollis, 2007). Tito terapeuti vyznávají hodnoty jako spravedlnost, rovnost či spravedlivá odplata (Legaree, Turner, Lollis, 2007).

Naproti tomu Volf (2000) ve své teorii uvádí myšlenku, že usmíření je to, co podmiňuje spravedlnost, nikoliv naopak. Protože jen usmíření je v nově obnoveném vztahu schopno probudit touhu po opravdové rovnosti a spravedlnosti a je také schopno změnit lidské srdce.

5. MODEL Y PRÁCE S ODPUŠTĚNÍM V PSYCHOTERAPII

V této části článku uvádíme různé způsoby práce s odpuštěním v psychoterapii. Domníváme se, že není možné vyjmenovávat všechny konkrétní oblasti, kde jsou tyto postupy využitelné (například v případech nevěry, rozvodu či porozvodových situací, při setkáních viníka s obětí různých trestných činů, v případě syndromu zavrženého rodiče, sexuálního zneužívání v dětství, postabortivního syndromu apod.). Proto způsoby práce s odpuštěním uvádíme formou výčtu – jejich konkrétní využití, například při práci s klienty, je již plně v kompetenci každého čtenáře.

5.1. KŘESŤANSKÉ POJETÍ

Křesťanské učení o odpuštění pochopitelně vychází z učení Ježíše Krista, tedy z Nového zákona. Autoři vycházející z tohoto pojetí považují za důležité úsilí o empatii ze strany ublíženého a snahu o pochopení motivace viníka. Níže uvádíme Pyramidový model odpuštění, který na křesťanských základech stojí.

Pyramidový model odpuštění *E. L. Worthingtona*

Autor se ve svém intervenčním modelu snaží nespolehat na určité osobnostní rysy klientů, nýbrž vytvořit tak mocné vnější podmínky (postupy v terapii), aby na ně pozitivně zareagovalo co nejvíce lidí. Worthington (1998) považuje neodpuštění za na-

podmiňovanou reakci strachu a do procesu, který se nápadně podobá desensibilizaci, zahrnul následujících pět kroků: 1. *připomenutí zranění*, které obnáší vzpomínání na přestupek tak objektivně, jak jen je to možné. Dále 2. *vcítění se do viníka*, 3. *altruistický dar odpuštění* – blíže k odpuštění se má klient, který stále nechce odpustit, přiblížit skrze stav skromnosti (pokory). 4. *Veřejný závazek odpustit*, který má zraněnému pomoci vytrvat ve svém rozhodnutí. 5. *Vytrvání v odpuštění*.

Autor vytvořil manuál pro vedoucí i účastníky malých psychoedukačních skupin, jejichž cílem je naučit se více odpouštět nebo v případě párů například lépe zvládat konflikty (Worthington, Jennings, DiBlasio, 2010). Tento manuál je volně přístupný na www.people.vcu.edu/~eworth.

5.2. ODPUŠTĚNÍ V RODINNÉ A PÁROVÉ TERAPII

Práce s odpuštěním v párové a rodinné terapii je do jisté míry specifickou oblastí, protože tu více než kde jinde máme možnost pracovat nejen s obětí, ale i s viníkem či dalšími členy rodiny.

Hillův model odpuštění jako procesu objevení

Podle Hilla (2001) je odpuštění interní proces dvojího objevení – nejprve objevení toho, že i mně bylo odpuštěno a posléze objevení, že i „já“ jsem odpustil. Mezi těmito dvěma zkušenostmi je silné spojení. Při práci s odpuštěním je nutné brát v úvahu široký kontext klientova života, např. gender, rasu, spiritualitu, rodinu, vztahové zkušenosti atd. Prostředkem terapie je korektivní vztahová zkušenost spočívající v empatickém zrcadlení a přijetí klienta, které podporuje schopnost klienta objevit odpuštění – přijaté i dané (Hill, 2001; Hill, 2010).

Odpuštění je proces, který začíná autentickou prací s emocemi jako hněv, zármutek, ztráta důvěry apod. Klíčovým bodem psychoterapie je empatická sdílená zkušenost, sdílený příběh jak ublíženého, tak toho, kdo

ublížil. Důležitá je také tolerance ambivalence blízkých lidí, tzn. toho, že někdy dělají chyby, které zraňují (Hill, 2001; Hill, 2010).

Hill, Husty a Moore (2011) dávají odpuštění do souvislosti s diferenciací self, jako ho vymezuje Bowen (1978, cit. dle in Hill, Husty, Moore, 2011), tedy jako schopnost být spojen s ostatními bez excesivní emoční reaktivity vůči jejich chování a schopnost rozlišovat myšlení od emocí. Vyšší míra diferenciacie umožňuje lepší přijetí sebe i druhých, včetně lidské zranitelnosti a chyb, což je rovněž podstatou odpuštění.

Autoři využívají Colemanova (1998, cit. dle Hill, Husty, Moore, 2011) modelu odpuštění, který sestává ze čtyř fází – přiznání si zranění a ztráty (kterou zahrnuje každé ublížení), konfrontace s viníkem, pátrání po smyslu (příčině) a nakonec samotného odpuštění – obnovení důvěry ve vztah. V terapii má pak být vytvořeno natolik bezpečné prostředí, aby v něm mohla proběhnout korektivní diferenciovaná empatická zkušenost, která je stěžejní podmínkou pro uzdravení vztahu a odpuštění (Hill, 2001, 2010; Hill, Husty, Moore, 2011).

Model Madanesové

Také Madanesová (1991, cit. dle Walton, 2005) pracuje s rodinou a do svého 16krokového modelu integrovala i lítost a omluvu viníka stejně jako „spoluviníků“, tj. ostatních členů rodiny, kteří mohli zranění zabránit nebo alespoň oběti více pomoci. Celá rodina společně popíše (rozebere) do detailu provinění. Viník se oběti na kolenu omluví a následně se omluví i zbytek rodiny. Společně pak vytvoří plán nápravy a toho, jak chránit oběť do budoucna. Úkolem rodiny je také promyslet začlenění viníka zpět do rodiny. Délka a složitost terapie se odvíjí od schopnosti viníka upřímně se omluvit a být empatický vůči oběti.

Odpuštění v rodinném modelu V. Satirové

Dalším přístupem v rámci rodinné terapie, který využívá odpuštění jako léčebného

procesu, je model Virginie Satirové. Důsledkem bolestivé události je emocionální rozhořčení, které často vede k negativním emocím jako je zlost, pocit ztráty, ponížení, touha po pomstě, urážka atd. Ačkoliv nejsme zodpovědní za zlé věci, které se nám v životě udály, jsme zodpovědní za to, jak se z nich zotavíme (Banmen, 2010). Satirová (1988, cit. dle Banmen, 2010) říká, že neodpuštění dovoluje zaseknout se v minulosti místo toho, aby člověk žil současností. V jejím modelu je úkolem oběti vyrovnat se s minulostí tím, že se postaví způsobené bolesti tváří v tvář. A právě odpuštění, jakožto konečný terapeutický stav, osvobozuje klienty od negativních vlivů minulosti a klienti jej zažívají jako pocit míru a harmonie. Odpuštění je nezávislé na postoji viníka a je věcí mentálního zdraví klienta, nikoli věcí morální (in Satirová, 1988, cit. dle Banmen, 2010).

Behaviorální analýza v párové terapii

Jednotlivé školy behaviorální terapie přispěly k tématu odpuštění v párové terapii mnohými technikami. Jsou jimi například empatické sdílení a jednotný odstup (přeměna problému v „to“), (Jacobson a Christenson, 1996), změna kontextu podnětu, vytvoření alternativních asociací pro dané chování (Cordova et al., 2006), zaměření se na neodpuštění (in McDowel, 1982, cit. dle Cordova et al., 2006) či behaviorální aktivace, která podporuje žádoucí aktivity a snižuje depresi (in Hopko et al, 2003, cit. dle Cordova et al., 2006). Mezi metody tradiční behaviorální terapeutické školy patří trénování sebekontroly (in Fuch, Rehm, 1977, cit. dle Cordova et al., 2006), technika tvrdého/mírného pohledu (Potter-Efron, Potter-Efron, 1991, cit. dle Cordova et al., 2006), zaměření se na komunikaci a trénování řešení problému (Cordova et al., 2006).

Model párového konfliktu a opětovného zotavení

Tento model se zaměřuje na uchopení zkušenosti páru s konflikty tak, aby byla

prohloubena intimita páru a podpořeny základní faktory sloužící k vyrovnání se s následky konfliktu. V páru tak může dojít ke smíření. Model se skládá ze dvou recipročních cyklů: *cyklu konfliktu*, který spočívá v zacyklení reakce na zranění (po zranění se objeví bolest, která v ublíženém partnerovi vyvolá obranný mechanismus, který následně zpětně ovlivní reakci druhého partnera). Cesta z tohoto kruhu ven vede skrze vztahovou milost – tzn. skrze jakýkoliv projev laskavosti nebo soucitu bez očekávání zpětné kompenzace. Tím je možné zastavit další defenzivní reakci partnera. Díky tomu se pár dostane do *cyklu zotavení*, jehož dalším krokem je podpora spravedlnosti. Tedy převzetí odpovědnosti obou v páru za řešení jejich situace, přiznání oboustranného zraňování a snaha o oboustrannou spravedlnost. Nakonec přichází odpuštění, které prohlubuje a obohacuje vztah, umožňuje konečné zotavení a vrací pár zpět na začátek cyklu zotavení – k milosti (Beckenbach, Patrick, Sells, 2010).

Komunikační model odpuštění

Nový preskriptivní model odpuštění pro užití v terapii vytvořili Waldron a Kelley (2008), kteří na odpuštění nahlížejí jako na mezilidský proces zahrnující množství komunikačních úkolů.

Těmi jsou konfrontace s přečinem a zvládnutí emocí jako je strach nebo zlost (včetně umění těmito emocím naslouchat a vyjadřovat je). Silné negativní emoce musí být vyjádřeny, zvědoměny, akceptovány a zbařeny intenzivně. Další úkol je angažování se ve vytváření smyslu – přestupek je čin, který vytváří ve vztahu nejistotu a narušuje hodnotový rámec. V komunikaci je pak úkolem tuto nejistotu týkající se přestupku zvládnout a dát mu nějaký smysl. Úkolem je rovněž usilování o odpuštění – v této fázi je důležité především jednání viníka. Efektivní strategie používané k získání odpuštění jsou např. explicitní uznání chyby, neverbální ujištění o lítosti nebo nějaká kompenzace (dárek). Důležité je, aby oběť uznala

odpuštění jako možnost řešení konfliktu a projevila empatii k viníkovi. Komunikačním úkolem je samozřejmě také samotné poskytnutí odpuštění, které zraněný partner vyjádří. Jsou objasněny důvody, proč bylo viníkovi odpuštěno, viník akceptuje odpuštění, zraněný je osvobozen od negativních pocitů a zaměří se na vztah místo na sebe. Dalším úkolem je vyjednávání o hodnotách a pravidlech – ustanovení nového vztahového rámce. Během tohoto procesu si oba účastníci znovu ujasní závazky k sobě navzájem, dohodnou se na nových hodnotách a pravidlech chování. Pak nastává přechodné období. Před tím, než vztah nabude bývalé stability, jsou hodnocena nová pravidla a je znovu obnovována důvěra. Jestliže tento proces i přes odpuštění selže (např. kvůli recidivě nebo hlubokým morálním rozdílům mezi oběma stranami), je stávající vztah upraven nebo ukončen.

DiBlasiova direktivní párová a rodinná terapie

Kognitivně-behaviorální model odpuštění vytvořil DiBlasio (1998, 2000). Ve svém modelu pracuje s odpuštěním založeným na rozhodnutí, které znamená kognitivní vzdání se potřeby pomsty a negativních emocí jako je hořkost nebo odpor. Odpuštění je tedy akt vůle, volba.

DiBlasiova direktivní párová terapie zahrnuje 13 kroků rozdělených do tří sekcí: definování odpuštění a příprava, hledání a darování odpuštění a nakonec slavnostní akt – ceremoniál, který je symbolem přechodu do nového života, symbolem a potvrzením odpuštění (DiBlasio, 2000).

5.3. ODPUŠTĚNÍ V PRÁCI S JEDINCEM – OBĚTÍ

Kontrastně jiný případ oproti práci s páry nastává, pokud s viníkem není možné v terapii počítat. Například pokud viník už zemřel nebo o odpuštění nestojí. Pro tyto případy byly vytvořeny modely určené pro práci s jedincem.

Integrativní přístup Elaine Waltonové

Waltonová (2005), která pracuje s oběťmi sexuálního zneužití, vidí odpuštění jako přirozenou reakci na upřímnou omluvu. Proto pracuje s omluvou i přesto, že ji nelze od viníka očekávat. Waltonová ji „získává“ v podobě řízené imaginace. Nejprve je nutné překonat odpor oběti (ať už způsobený naučenou bezmocností nebo uvíznutím v roli oběti) a posléze oběti pomoci převzít odpovědnost za svůj život.

Waltonová vytvořila 5krokový postup, který, ačkoliv závisí pouze na oběti, má mít stejný přínos jako upřímná omluva útočnicka. Prvním krokem je připuštění si zranění, pak lítost nad ztrátami a jejich pohřbení. Dále odhalení svého příběhu dopodrobna před někým dalším, následně vyhnout se útočnému jednání od druhých a převzetí odpovědnosti za svoje štěstí a bezpečí. Nakonec naplnění vyčerpaných zdrojů oběti např. vyhledáním nového koníčku nebo začleněním se do pomocné skupiny (Walton, 2005).

NEST New Experience for Survivors of Trauma – Nová zkušenost pro ty, kdo přežili trauma

NEST neboli terapie smířením se zaměřuje na skupinovou práci s jedinci, kteří zažili v minulosti nějaký traumatizující zážitek. NEST je integrací mnoha různých přístupů, od psychodynamického, přes kognitivní, behaviorální až po existenciální či transakční (Witold, 2009).

V terapii je klíčová práce se sebepojetím, hodnotou sebe sama, vinou, vztekem či smutkem a pak následná práce na odpuštění a smíření. Cílem je získat přítomnost a dojít k opravdovému já. K tomu dojdeme, pokud odhodíme své masky. Analýza a následné zpracování klíčových konfliktů (zranění) v životě a změna reakcí na spouštěče je důležitým procesem na cestě ke smíření. V terapii je úkolem dojít ke zdrojům zmatku, strachu a zranění, dotknout se jich a zpracovat je. Celý proces terapie smířením má vést k celkovému zlepšení ve vztazích k druhým i k sobě, má pomoci zvládat zátěžové situace, měnit nefunkční vzorce chování

a vést k pocitu smysluplného prožívání života (zpracováno dle záznamu z přednášek účastníka prožitkového a vzdělávacího semináře New Experience for Survivors of Trauma: jak přistupovat k lidem s prožitými traumaty, Zlaté Hory, 15.–21. dubna 2010).

Procesní model

Tento model byl původně vytvořen již v roce 1991 (Enright, The Human Development Study Group, 1991) a byl postupně dále upravován. Celý proces odpuštění je v něm rozdělen do 20 celků, které jsou dále rozčleněny do čtyř fází – fáze odкрыtí, kdy se oběť soustředí na své negativní emoce, psychologické obrany a na zranění a jeho důsledky, fáze rozhodnutí, která je jakýmsi obratem od starých strategií končícím závazáním se odpustit viníkovi, následuje fáze činu obsahující empatické zaměření se na viníka a zabývání se odpuštěním, a nakonec fáze prohloubení, kde oběť nalézá smysl v utrpení i v procesu odpuštění, poznává nový smysl (cíl) života a zažívá duševní uzdravení. V modelu je zachycena jak složka kognitivní a behaviorální, tak i emocionální.

Adaptace tohoto modelu je oblíbená při práci s dětmi a adolescenty. Tento postup je empiricky ověřeným přístupem a má nejširší podporu v rámci širokého spektra terapeutických intervencí. Byl adaptován také např. pro práci s lidmi, kteří zažili incest, pro závislé na drogách, pro muže, jejichž partnerky podstoupily potrat, ale také pro fyzicky nemocné, např. rakovinou nebo kardiovaskulárními nemocemi (Worthington, Jennings, DiBlasio, 2010).

ZÁVĚR

V tomto článku jsou ve zkratce shrnuty ty aspekty odpuštění, které jsou pro využití v terapii podstatné. Pokusili jsme se uvést dostupné přístupy k odpuštění v terapii. Doufáme, že tato mozaika modelů vzbudí u naší odborné psychoterapeutické veřejnosti zájem o dané téma a další informace o něm. V souvislosti s užitím uvedených

modelů v terapii mluvíme raději o inspiraci či předloze, protože vnímáme některé z nich jako ovlivněné kulturou vzniku či zaměřené na úzkou klientelu. Přesto věříme, že se mohou stát zdrojem růstu a nových možností.

LITERATURA:

- Banmen, J. (2010). Forgiveness as Therapy in the Satir Model. *The Satir Journal*, 4 (1), s. 6–23. Získáno z <http://ebsohost.com/>.
- Baumeister, R. F., Exline, J. J., Sommer, K. L. (1998). The Victim Role, Grudge Theory, and Two Dimensions of Forgiveness. In Worthington, E. L. (Ed.). *Dimensions of forgiveness: psychological research and theological perspectives*. Radnor: Templeton Foundation Press, s. 79–104. Získáno z www.books.google.cz.
- Beckenbach, J., Patrick, S., Sells, J. (2010). Relationship Conflict and Restoration Model: A Preliminary Exploration of Concepts and Therapeutic Utility. *Contemporary Family Therapy*, 32, s. 290–301.
- Benson, C. K. (1992). Forgiveness and the psychotherapeutic process. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, s. 76–81.
- Butler, M. H., Dahlin, S. K., Fife, S. T. (2002). „Languaging“ factors affecting clients acceptance of forgiveness intervention in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28 (3), s. 285–98.
- Cordova, J., Cautilli, J., Simon, C., Sabag, R. (2006). Behavior Analysis of Forgiveness in Couples Therapy. *International Journal Of Behavioral Consultation & Therapy*, 2 (2), s. 192–214. Získáno z <http://ebsohost.com/>.
- Coyle, C. T., Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with post-abortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (6), s. 1042–1046.
- Denham, S. et al. (2005). Emotional Development and Forgiveness in Children: Emerging Evidence. In Worthington, E. L., Jr. (Ed.). *Handbook of forgiveness*. New York: Routledge Taylor and Francis Group. Získáno z www.books.google.cz.
- DiBlasio, F. A. (1998). The use of a decision-based forgiveness intervention within intergenerational family therapy. *Journal Of Family Therapy*, 20 (1), s. 77–94.
- DiBlasio, F. A. (2000). Decision-based forgiveness treatment in cases of marital infidelity. *Psychotherapy*, 37, s. 149–158.
- Digiuseppe, R., Tafrate, R. C. (2001). A Comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy*, 38 (3). Získáno z <http://ovidsp.tx.ovid.com/>.
- Enright, R. D., Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Enright, R. D., Freedman, S., Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. In R. D. Enright, North, J. (Eds.). *Exploring forgiveness*. Madison: University of Wisconsin Press, s. 46–62. Získáno z www.books.google.cz.
- Enright, R. D., The Human Development Study Group. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40, s. 107–126. Dříve dostupné na www.books.google.cz.
- Enright, R. D., The Human Development Study Group. (1991). The moral development of forgiveness. In Kurtines, W., Gewirtz, J. (Eds.). *Handbook of moral behavior and development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Dříve dostupné na www.books.google.cz.
- Ferch, S. R. (1998). Intentional forgiving as a counseling intervention. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 76 (3), s. 261–270.
- Freedman, S. (1998). Forgiveness and reconciliation: The importance of understanding how they differ. *Counseling and Values*, 42 (3), s. 200–216.
- Freedman, S. R., Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), s. 983–992.
- Gobodo-Madikizela, P. (2002). Remorse, Forgiveness, and Rehumanization: Stories From South Africa. *Journal Of Humanistic Psychology*, 42 (1), s. 7–32.
- Hill, E. W., Husty, C., Moore, C. J. (2011). Differentiation of Self and the Process of Forgiveness: A Clinical Perspective for Couple and Family Therapy. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32 (1), s. 43–57.
- Hill, E. W. (2010). Discovering forgiveness through empathy: implications for couple and family therapy. *Journal of Family Therapy*, 32, s. 169–185.

- Hill, E. W. (2001). Understanding Forgiveness as Discovery: Implications for Marital and Family Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 23 (4), s. 369–384.
- Jacobson, N.S., Christenson, A. (1996). Integrative couples therapy. New York: W. W. Norton.
- Kennedy, M. (2000). Christianity and Child Sexual Abuse – the Survivors' Voice Leading to Change. *Child Abuse Review*, 9 (2), s. 124–141.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Lachmanová, K. (2001). *Vězení s klíčem uvnitř*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Legaree, T., Turner, J., Lollis, S. (2007). Forgiveness and Therapy: A Critical Review of Conceptualizations, Practices, and Values Found in the Literature. *Journal Of Marital & Family Therapy*, 33 (2), s. 192–213.
- Volf, M. (2000). The social meaning of reconciliation. Interpretation: *A Journal of Bible and Theology*, 54 (2), s. 158–172
- Waldron, R. W., Kelley, D. L. (2008). Communicating forgiveness. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Walton, E. (2005). Therapeutic Forgiveness: Developing a Model for Empowering Victims of Sexual Abuse. *Clinical Social Work Journal*, 33 (2), s. 193–207.
- West, W. (2001). Issues relating o the use of forgiveness in counseling and psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29 (4), s. 415 – 423.
- Witold, S. (2009). Mourning the person one could have become: The existential transition for the psychotherapy clients experienced by abuse or neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 14, s. 423–432.
- Worthington, E. L. (Ed.). (1998). *Dimensions of forgiveness: psychological research and theological perspectives*. Philadelphia: Templeton Foundation Press. Získáno z www.books.google.cz.
- Worthington, E. L., Jr., Jennings, D., J. II, Di-Blasio, F. A. (2010). Interventions to Promote Forgiveness in Couple and Family Context: Conceptualizations, Review, and Analysis. *Journal of Psychology and Theology*, 38 (4), s. 231–245. Získáno z <http://ebscohost.com/>.
- Mgr. Magdalena Lavičková, pracuje jako psycholog ve speciálně-pedagogickém centru pro děti s tělesným a mentálním postižením a pro děti s kombinovanými vadami. Tématu odpuštění v psychoterapii se podrobně věnovala ve své diplomové magisterské práci (pod rodným příjmením Stehlíková), která je volně přístupná na www.theses.cz.*
- Základní škola speciální a Mateřská škola speciální Komenského 64, 741 01 Nový Jičín; email: magdalena.lavickova@specskolanj.cz*
- PhDr. Marek Kolařík, Ph.D., působí jako odborný asistent na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Ve své praxi se rovněž věnuje manželskému a rodinnému poradenství a práci s výcvikovými skupinami. Od roku 2008 je řádným členem Asociace manželských a rodinných poradců ČR, kde od roku 2009 působí jako koordinátor „Pracovní skupiny pro tvorbu metodiky vztahového poradenství“. Od roku 2012 je členem prezidia Asociace manželských a rodinných poradců ČR.*
- Katedra psychologie FF UP v Olomouci Vodární 6, 771 00 Olomouc; e-mail: marek.kolarik@upol.cz*
- Došlo do redakce 26. 8. 2013, v revidovaném znění 24. 9. 2013. K publikaci přijato 1. 10. 2013.*

2. mezinárodní konference arteterapie, dramaterapie,
muzikoterapie, tanečně pohybové terapie a psychoterapie
zaměřené na tělo a psychosomatický přístup

MUDr. et PhDr. Jan Poněšický, Ph.D., doc. PaedDr. Jan Slavík, CSc.,
MUDr. Radkin Honzák, dr. Merith Streicher, dr. Maria Hodermarska,
Koert Dekker, Natalja Sakovič, Norrie Ross a další

výzkum — edukace — praxe



Společný prostor 20.—22. březen 2014 Univerzita Palackého v Olomouci

Konference chce vytvořit prostor pro diskuzi a výměnu zkušeností v oblasti expresivních terapií a psychoterapie zaměřené na tělo a psychosomatický přístup. Podrobný program a informace o účasti na konferenci najdete na www.spolecnyprostor.cz nebo na info@spolecnyprostor.cz

Konferenci pořádá Projekt TERA – rozvoj spolupráce a výměny zkušeností mezi studenty, pracovníky Univerzity Palackého v Olomouci a institucemi veřejné správy a aplikační sféry v oblasti psychoterapie, arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie a tanečně pohybové terapie. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Registrační číslo CZ.1.07/2.4.00/31.0005. Konference se koná pod záštitou Katedry psychologie Filozofické fakulty UP v Olomouci, primátora Statutárního města Olomouc a hejtmana Olomouckého kraje.

www.spolecnyprostor.cz tera.expresivniterapie.cz



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

KDY A JAK MŮŽE SEBEODHALENÍ TERAPEUTA POMOCI?

When and how can a therapist's self-disclosure be helpful?

Jarmila Krajčová a Tomáš Řiháček

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

ABSTRAKT

Sebeodhalení terapeuta je potenciálně účinnou, ale zároveň poněkud kontroverzní intervencí. Tato kvalitativní studie hledá odpověď na otázku „Kdy a jakým způsobem může být terapeutovo sebeodhalení nápomocné v terapeutickém procesu?“. Studie vychází z metody zakotvené teorie a je založena na analýze rozhovorů s pěti klienty a jejich terapeuty. Výsledky ukazují, že terapeutovo sebeodhalení může být přínosem pro terapeutický proces, pokud je příléhavé klientově aktuální potřebě potvrzení: v takovém případě může pozitivně ovlivnit klientovo prožívání, podpořit terapeutický vztah a pracovní spojení a přispět k posunu v řešení problému. V opačném případě však může zatížit terapeutický proces tím, že nutí klienta vypořádat se sebeodhalením jako „cizorodým“ prvkem. Studie se dále zabývá tím, jakou roli v účinku sebeodhalení hraje terapeutova motivace ke sdělení osobní informace.

Klíčová slova: Sebeodhalení, nápomocné a zatěžující momenty, motivace, zakotvená teorie

ABSTRACT

A therapist's self-disclosure is a potentially effective, yet somewhat controversial intervention. This qualitative study seeks to answer the question "When and how can a therapist's self-disclosure be helpful in the therapeutic process?". The study is based on the grounded theory method and comprises in an analysis of five interviews

with clients and their therapists. The results indicate that a therapist's self-disclosure can be beneficial to therapeutic process in case it fits the client's actual need of confirmation: in this case, it can positively affect the client's experience, support the therapeutic relationship and working alliance and contribute to progress in the client's problem. Otherwise, it may encumber the therapeutic process by forcing the client to deal with the therapist's self-disclosure as an extraneous element. The study also examines the role of therapist's motivation to disclose personal information in the effect of self-disclosure.

Key words: Self-disclosure, helpful and hindering moments, motivation, grounded theory

Sebeodhalení terapeuta – tedy sdělování osobních informací – vzbudilo zájem a vyvolalo debatu uvnitř psychoterapeutické komunity během posledních několika desetiletí (Farber, 2006). Je často diskutováno v kontextu etiky: sdělení osobních informací se považuje za záležitost ohrožující hranice terapeutického vztahu a profesionální roli terapeuta a může mít nepříznivý dopad na klienta (Audet, 2011; Gutheil, 2010; Peterson, 2002). Mnozí terapeuty zažívají nejistotu v tom, nakolik, kdy a jakým způsobem mohou v terapii mluvit o sobě. Přesto je podle Henretty a Levitt (2010) sebeodhalení terapeuta poměrně časté – přes 90 % terapeutů jej používá alespoň občas (i když z celého spektra užívaných intervencí zabírá jen malý prostor). Také Audet (2011) uvádí, že pro terapeuty je nemožné, a možná až škodlivé, nikdy během terapie nesdělít nic osobního.

Postoj jednotlivých psychoterapeutických škol k sebeodhalení se liší. Zatímco princip abstinence, neutrality a anonymity v psychoanalýze po dlouhou dobu vylučoval zveřejňování terapeutových osobních informací či prožívání a také psychodynamičtí terapeuti přistupují k sebeodhalení spíše zdrženlivě, kognitivně-behaviorální terapeuti jej často považují za užitečný prostředek normalizace a posilování a pro experienciální a humanistické terapie představuje neoddělitelnou součást autenticky utvářeného terapeutického vztahu (Gibson, 2012; Hill, Knox, 2002). Přes tuto různost je patrný celkový posun k větší otevřenosti terapeutů, který může souviset s přesunem zaměření od intrapsychických problémů k interpersonálním otázkám, důrazem na povahu a proces komunikace, ale i celospolečenskými změnami, kdy se sdílení osobních záležitostí stává více normou (Farber, 2006).

Většina výzkumů potvrzuje prospěšnost terapeutova sebeodhalení, existuje však i několik studií, které upozorňují na jeho negativní aspekty (Henretty, Levitt, 2010). Jednotlivé studie ukazují, že sebeodhalení může podpořit otevřenost a sebeodhalování u klienta (Bundza, Simonson, 1973; v jiné studii se však tento závěr nepotvrdil, viz Barrett, Berman, 2001), pozitivně souvisí s kvalitou terapeutického vztahu a pokrokem v léčbě (Ain, 2011), snižuje u klientů míru distresu (Barrett, Berman, 2001), může zvýšit sociální atraktivitu poradce a spokojenost klienta (Paine et al., 2010). Naopak odmítnutí sebeodhalení může být vnímáno jako nepříznivý faktor (Hanson, 2005). Ukazuje se také, že vliv sebeodhalení souvisí s kvalitou terapeutické aliance (Henretty, Levitt, 2010) a že sebeodhalující se terapeuti mohou být posuzováni rovněž jako méně expertní a méně důvěryhodní (Brown, 2010). Podle studie Audet a Everall (2003) měla negativní dopad ta sebeodhalení, která byla příliš častá, trvala dlouho, s opakujícím se obsahem, málo relevantní k problému klienta, přesunující pozornost k terapeutovi a vyvolávající potřebu péče o terapeuta.

Za problematické je také považováno sebeodhalení, které představuje nereflektované agování terapeutových protipřenosových impulzů, vyplývá z potřeby exhibovat u narcisticky laděných terapeutů či sloužící pouze úlevě terapeuta bez předvídatelného přínosu pro klienta (Gutheil, 2010).

Cílem této studie je přispět k porozumění vztahu mezi sebeodhalením terapeuta a jeho dopadem na klienta. Výzkumná otázka byla formulována takto: Kdy a jakým způsobem je sebeodhalení terapeuta v psychoterapeutickém procesu nápomocné? Zaměřovali jsme se přitom pouze na sebeodhalení v užším smyslu, tj. záměrné a verbální sdělení terapeutovy osobní zkušenosti či informace z jeho soukromého života. Nezapomínali jsme se tedy další širokou kategorií často zahrnovanou pod pojem sebeodhalení – zveřejňováním bezprostředních pocitů a prožitků terapeuta ve vztahu ke klientovi (tzv. *self-involving statements*, v. t. Cooper, 2008), které se vynořují v procesu terapie. Studie původně vznikla v rámci diplomové práce (Krajčová, 2013).

METODA

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 5 párů klientů a jejich psychoterapeutů. Soubor respondentů sestával z pěti žen ve věku od 24 do 32 let (průměr 26,4). Psychoterapeutická setkávání s daným terapeutem u nich v době konání rozhovoru probíhala v délce od 6 do 18 měsíců (průměrná doba 11,8 měsíce), jednalo se o stále probíhající terapii¹. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla kladná odpověď klienta na otázku, zda terapeut někdy během terapie mluvil o svém soukromí, a také ochota daného terapeuta účastnit se výzkumu. Vzhledem k náročnosti

¹ Jsme si vědomi toho, že vedení výzkumných rozhovorů před ukončením terapie může ovlivnit terapeutický proces. Proto byla pečlivá pozornost věnována získání informovaného souhlasu od klientek i terapeutů. Riziko nežádoucího vlivu jsme snížili také tím, že tři z pěti klientek měly psychologické vzdělání a alespoň započatý psychoterapeutický výcvik, jedna byla účastnicí terapeutického výcviku v minulosti.

hledání klientů splňujících toto kritérium a ochotných vypovídat o své terapii jsme se spokojili s metodou příležitostného výběru (Patton, 2002). Nepřítomnost mužů v souboru klientů je omezením, které je potřeba vzít v potaz při interpretaci výsledků.

Soubor terapeutů byl tvořen třemi ženami (T1, T2, T5) a dvěma muži (T3, T4). Věkové rozpětí zde bylo od 28 let až do více než 60 let (konkrétněji respondentem neupřesněno), délka praxe od 1,5 do 30 let. Tři z terapeutů byli vzděláním psychologové, dva sociální pracovníci. Kritériem zařazení terapeuta byl absolvovaný výcvik v některém z uznávaných terapeutických směrů. V našem souboru byl zastoupen psychodynamický přístup, na osobu zaměřený přístup, gestalt terapie a integrativní přístup. Kromě jednoho případu, kdy terapeutická setkávání probíhala v rámci instituce, byly terapie vedeny v soukromé praxi.

Tvorba dat

Data byla vytvářena metodou polostrukurovaného rozhovoru, rozhovory vedla JK. Po vysvětlení výzkumného záměru a získání souhlasu od klientky i terapeuta byl proveden rozhovor nejprve s klientkou a poté s jejím terapeutem – celkem tedy bylo uskutečněno 10 rozhovorů. Čtyři z pěti klientek poskytly souhlas s tím, že výzkumníci mohou terapeutovi sdělit, které události klientka identifikovala jako sebeodhalení, a dotazovat se na terapeutův pohled na tyto události. Ve zbývajícím případě byli výzkumníci odkázáni na události identifikované terapeutem.

Rozhovory s klientkami se zaměřovaly na to, jaký význam přikládá sebeodhalení svého terapeuta, co při něm prožívá, co si o něm myslí a jak na ně reaguje. Dále obsahovaly otázky na to, jak sebeodhalení ovlivnilo klientčino vnímání terapeutického vztahu a jaké důsledky přineslo pro průběh terapie a pro klientku samotnou. Protože se popisy některých událostí ukázaly jako nedostatečné pro nasycení vznikajících kategorií, byly čtyři z klientek v průběhu analýzy požádány o doplnění informací (ve dvou případech ústně, ve dvou případech e-mailem, pátou klientku již nebylo možné kontaktovat).

Rozhovory s terapeutky prozkoumávaly, za jakých okolností začne terapeut sebeodhalení zvažovat, jak probíhá samotný proces rozhodování, jak terapeut volí způsob sebeodhalení a zda a jak vyhodnocuje jeho dopad na klienta. Pokud byl dán klientkou souhlas, byli v průběhu rozhovoru terapeuti dotázáni přímo na události uvedené klientkou.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Při analýze se výzkumníci zaměřovali především na popisy konkrétních událostí sebeodhalení. Zobecnující výpovědi terapeutů o jejich zkušenosti se sebeodhalením byly brány pouze jako doplňující informace. Data jsou zveřejněna se souhlasem respondentů.

Analýza dat

Analýza dat byla prováděna podle metody zakotvené teorie (Strauss, Corbin, 1999; Řiháček, Hytych, 2013). Nejprve proběhlo tzv. otevřené kódování, během něhož bylo vytvořeno množství kategorií popisujících různé aspekty sebeodhalení. Poté byly z rozhovorů s klientkami extrahovány popisy celkem 21 událostí sebeodhalení (klientka Anna přispěla šesti událostmi, Cindy pěti, Běta a Dana čtyřmi a Ema dvěma událostmi). Tyto zhuštěné popisy, formulované již pomocí analytických kategorií z předchozího otevřeného kódování, pak byly klientkám zaslány k revizi, abychom zajistili, že během tohoto kroku nedošlo ke zkreslení. Poté byl k jednotlivým událostem přidán i popis z perspektivy terapeuta. Ukázalo se, že z celkového počtu 21 odpovídalo námi zvolené definici sebeodhalení jen 15 událostí (sebeodhalení ve smyslu sdělování osobních informací z terapeutova soukromí, tj. nikoli např. sdělení terapeutových pocitů z klientčina vyprávění) a jen osm zcela odpovídalo potřebám výzkumu, tj. byly dostatečně popsány jak klientkou, tak terapeutem (dvě od Anny a Emy, tři od Běty, jedna od Cindy). Těchto osm² událostí pak bylo podrobněji analyzováno pomocí

² Tam, kde to bylo možné, byla při popisu kategorií využita i data z odpovídajících událostí dostatečně popsanych klientkou, ale nedostatečně terapeutem.

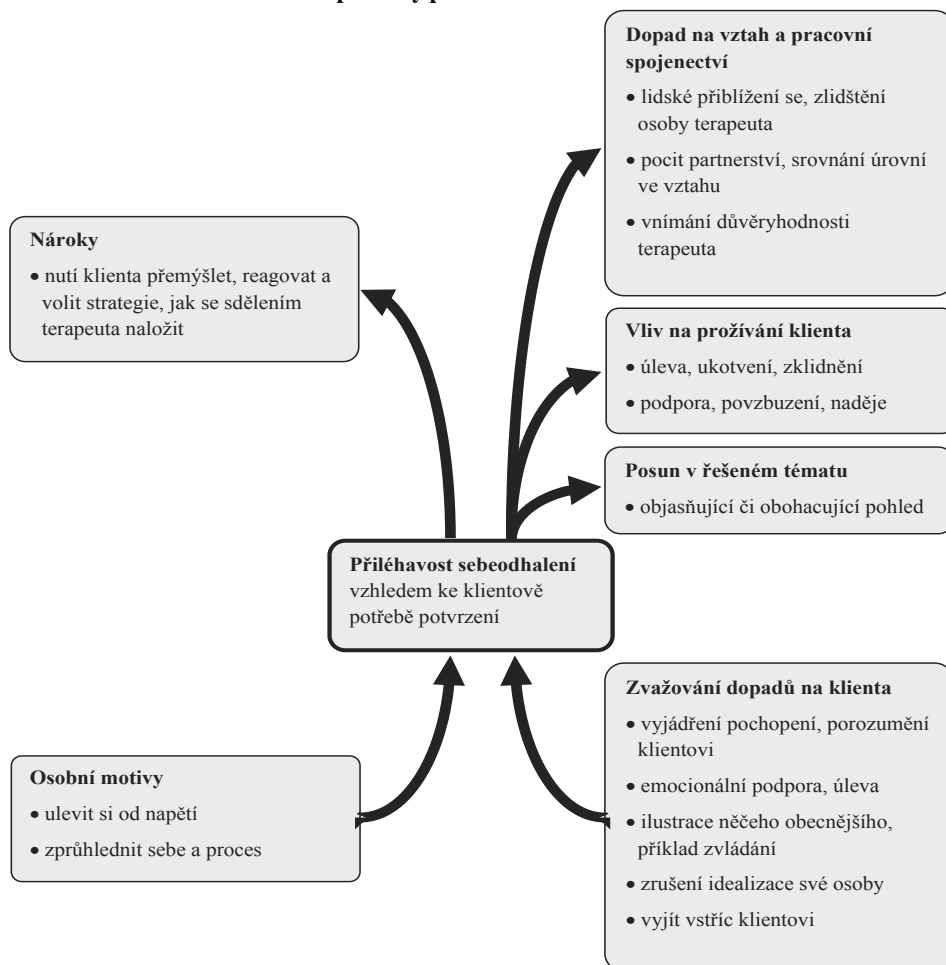
tzv. axiálního kódování, při němž se hledají teoretické souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi. Poté následovala fáze selektivního kódování, během níž byla vytvořena centrální kategorie, a ostatní kategorie byly na základě teoretických vztahů uspořádány do výsledného modelu.

VÝSLEDKY

Klientky se v průběhu své terapie dostaly do chvíle, kdy (více či méně vědomě) toužily po uznání normality svého prožívání a/nebo platnosti svého problému a šance

k jeho řešení. Na tuto situaci v terapii reagovali terapeuti sebeodhalením. Pokud se terapeutův záměr a vhodné načasování sebeodhalení setkala s klientčinou potřebou potvrzení, klientka hodnotila sebeodhalení jako příléhavé a vnímala pozitivní dopad na své prožívání, někdy také posun v řešeném tématu, v důsledku čehož se posílil vztah a pracovní spojení. Pozitivně hodnocená byla i sebeodhalení motivovaná primárně terapeutovou osobní potřebou (např. ventillovat napětí), jestliže měl terapeut zároveň na mysli i potřebu a zájem klientky (tedy

Obr. 1 Vliv sebeodhalení na terapeutický proces



jakým způsobem by jeho sdělení mohlo být klientce užitečné). Pokud terapeuti potřebu jen na svou potřebu, klientky sebeodhalení hodnotily negativně, především z hlediska nároků, které na ně klade a nutí je přemýšlet o důvěryhodnosti terapeuta (grafické znázornění celého modelu viz obr. 1, jednotlivé kategorie jsou podrobněji rozvíjeny níže). Reakce klientky a zpětná vazba (vyžádaná či nevyžádaná) umožnily terapeutům vyhodnotit dopad svého sebeodhalení na klientku a přizpůsobit svůj další terapeutický postup v práci s ní.

Přiléhavost sebeodhalení vzhledem ke klientově potřebě potvrzení

Rozhovory s klientkami ukazují, že ústřední potřebou, která umožňuje vysvětlit účinek terapeutova sebeodhalení, je potřeba klientů, aby **terapeut potvrdil jejich prožívání či konání**. Jak ilustrují následující úryvky, klientky v těchto situacích zažívaly potřebu být potvrzeny, přijaty, ujištěny o normalitě a pochopitelnosti svého prožívání či jednání.

No, nevím úplně, co jsem potřebovala... asi by mi pomohlo... takové to akceptace, pochopení, že to je takhle, že to je těžký... (Anna)

Chtěla jsem spíš přijetí toho, o čem mluvím (...), pochopení, konkrétní uchopení, že ví, jak se cítím já. (Dana)

Podstatné je, že tato potřeba nebyla klientkami verbalizovaná a mnohdy v danou chvíli nemusela být ani uvědomovaná. Z klientčiny reakce na terapeutovo sebeodhalení i z klientčiny výpovědi během výzkumných rozhovorů však lze na tuto potřebu snadno usuzovat:

Mě vůbec nenapadlo svoje vlastní jednání vyhodnocovat jinak než jako selhání. Takže to pro mě stran terapeutky bylo velké překvapení. Možná i proto to bylo pro mě tak významné. (Ema)

Záleželo tedy na empatickém naladění terapeuta, zda ji dokázal vycítit a vhodně, tedy **přiléhavě na ni zareagovat**. Klientky přitom byly mnohdy terapeutovým sdělením osobních informací překvapeny. Pokud však sebeodhalení korespondovalo s jejich potřebou potvrzení, vnímaly je pozitivně a nerušivě, jako v případě Cindy:

Zprvė jsem byla... byla jsem tak trochu jako v šoku, že (...) z toho, že ty pocity jsou úplně stejné, no. (...) mě samozřejmě překvapilo... a v podstatě jsem se cítila dobře (smích), že jsem jako měla... je to takový hnusný, ale že jsem byla jako by ráda, kdyby jsem si to jako neprožila sama, tady tohle(...). Takže určitě mně to... pamatuju si, že mi to udělalo tak jakoby dobře na srdci, nebo jak to říct. (Cindy)

Někdy klientky nabídly i své vysvětlení toho, proč hodnotily sebeodhalení jako přiléhavé a adekvátní:

(...) byla dobře vyladěná, tak mě potvrdila ten můj jak kdyby proces, který byl důležitý, z hlediska toho vymezení. A udělala to způsobem, že čerpala sílu z toho našeho vztahu. Takže tam mě to přišlo dobrý. A přijde mě zase hrozně důležitý to umět použít ve správnou chvíli. Jo, že kdyby mě to řekla někdy jindy, tak bych na ni možná koukala, proč mi vypráví jako zrovna o zahrádce. (Běta)

Některá sebeodhalení byla naopak klientkami hodnocena jako nepatřičná či narušující terapeutický proces. Takovéto momenty nutily klientky o terapeutově reakci přemýšlet či se vůči ní ohradit. Pokud nedošlo následně k vyjasnění, vedly také ke zvažování terapeutovy důvěryhodnosti. Tato nepřiléhavá sebeodhalení byla v našem výzkumu zastoupena s podstatně nižší četností (3 z 15 klientkami dostatečně popsanych událostí).

Já jsem si někdy v té půl minutě uvědomila, že to nesedí a že to nasedá na to,

co mi říkala o sobě, víc, (...) tam byl ten nepřijemný pocit, že se ztrácím a že se budu muset ohradit. (Anna)

On vstupoval s vlastním příběhem, to jsem měla dojem, že bych si odpověděla líp... on mě odvedl od toho mýho, chtěla jsem spíš přijet toho, o čem mluvím. (Dana)

V případech momentů sebeodhalení hodnocených jako přílehlavé popisovaly klientky jejich pozitivní vliv ve třech oblastech: (1) pozitivní ovlivnění prožívání, (2) posun v řešeném tématu a (3) dopad na pracovní spolenectví.

Pozitivní vliv na prožívání klienta

Někdy si klientky terapeutovo sebeodhalení klidně vyslechly a pokračovaly dál ve svém tématu. Ve většině případů však popisovaly různé emoční reakci, která byla výraznější v případech, kdy klientky samy mluvily o emočně nabitém tématu:

Najednou pocit provinění se změnil v úlevu během krátké doby. Takže hodně jako významný. (Ema)

Někdy klientky popisovaly **prožitky úlevy, zklidnění a ukotvení**, jak ukazují následující úryvky:

Úlevný, no jako ohromně úlevný. (...) já jsem si říkala v tu chvíli něco v tom duchu, jako že jako když se tak může cítit i další člověk, tak je to asi v pořádku, že jsem se tak cítila. (Běta)

V tu chvíli to bylo takové jako ukotvující, a no... ukotvující, to je ono (...) mě to tak trochu zvedlo z té emoční položenosti a že jsem to pak nějak rozvíjela, ale tak trochu z té klidnější polohy. (Anna)

Jindy zmiňovaly **prožitek podpory, povzbuzení a dodání naděje**, jako v těchto příkladech:

Brala jsem to v tu chvíli jako podporu velkou, že (...) hlavně to podala stylem, který byl podporující, mohla to podat stylem, jako který by byl zraňující, protože já jsem v tu chvíli byla úplně na rozsypaní, maximálně (...), [podporující], protože bylo vidět, že se mě snaží pochopit a vlastně jako by používala to tu svoji skutečnost, aby pochopila, proč je to tak těžký. (Anna)

Bylo jako fajn vědět, že to má jako řešení, že jsem to v tu chvíli brala, že ten princip je tam podobnej a když to zvládla ona, tak aby v tom byla spokojená, tak se mi to třeba taky podaří. (Anna)

Posun v řešeném tématu

V některých případech přineslo klientkám terapeutovo sebeodhalení nový **objasňující a obohacující pohled**, který způsobil posun v pojmání vlastního problému. Někdy bylo toto nabídnutí nové perspektivy přímým záměrem terapeuta, jindy vyplynulo nepřímou z celé situace, jako např. v případě Anny:

To bude znít divně, ale mě to strašně pomohlo pochopit, proč mě nechápe moje mamka. (...) Protože moje mamka to měla hodně podobně jako ona [terapeutka]. (...) že mi potom došlo (...), proč teda jako mamka nerozumí, proč a o čem vůbec mluvím, a... že to nemá cenu vysvětlovat, protože moje mamka by to takhle ani nespojila, jako ta terapeutka, ale v tomhle mi to pomohlo.

V jiném případě klientka Ema popisuje, že pro ni byla užitečná i forma sebeodhalení, kterou terapeutka modelovala možný způsob komunikace:

Prolíná určitě i dalšíma věcmi, který řešíme (...) ale myslím, že to je další střípek do toho, a to v tom, že vyjádření nějaký obavy je v pořádku, nějaký potvrzení toho, že toto můžu udělat, nějak tím nemusím ztrácet to svoje postavení, nejsem tím nějak ohrože-

ná, že to může být smysluplný, to říct, když je to důležité. (...) Aby bylo jasno.

Zdá se, že posun v řešení tématu klienta může vyvolat zvláště takové sebeodhalení, které kontrastuje s klientovým vnímáním situace, zároveň však vyjadřuje terapeutovo pochopení klienta a jeho situace.

Dopad na vztah a pracovní spojenectví

Třetí velkou oblastí, která byla sebeodhalením pozitivně ovlivněna, bylo pracovní spojenectví a terapeutický vztah. Jedním z aspektů, které klientky popisovaly, bylo **lidské přiblížení se, zlidštění osoby terapeuta**. Klientky vnímaly pozitivně, pokud se podle nich terapeut projevil jako člověk:

Ji to jako zlidšťuje, (...) mám ten pocit, že jak kdyby toho spojenectví taky, že vím maličko, že tam nějak je zastoupený, že tam není robot, se kterým bych si povídala, ale že to je živý člověk, který má svoji historii, nějakou životní zkušenost, a nějak nad tím, co říká, přemýšlí a něco ji k tomu napadá. (Běta)

No pořád je to to ukazování té lidské tváře toho terapeuta, no. Jako že on se Vám úplně jako přiblíží, on se s vámi srovná, fakt na úplně tu stejnou úroveň, a to je fakt super. (Cindy)

Klientka Dana popisuje, že oceňuje autentičnost terapeuta a díky ní je schopna mu odpustit i případné nedostatky v procesu terapie:

Mně v tom přijde hrozně autentický. Tohoto si hrozně moc vážím. Že když ho prostě něco napadne, tak mám pocit, že mi to řekne. A to jsem schopná tím pádem trochu jako omluvit.

Další dopad, který klientky vnímaly pozitivně, byl pocit partnerství, srovnání úrovní ve vztahu. Popisuje to např. klientka Ema:

No, jak parták. Jako... jsem si v tu chvíli nepřípadala úplně jako klient. Nebo...

že... ten pocit by se dal asi přirovnat k takovému obrazu toho, že jsme na jedny lodi a teď nám jde o nějakou společnou věc a já tam určitě nejsem jako pacient, ani jako klient, pro mě to pacient má nějaký zabarvení jako... toho prostředím z nemocnice, patologie a tak, a rozhodně jsem byla ráda, že na mě není takhle nahlíženo.

Klientka Běta si vážila toho, že se jí terapeutka nebojí ukázat i své neúspěchy:

Abysme tam byly v tom vztahu jak kdyby dospělý, a přišlo mně, že je fajn, že si může za sebe dovolit, i s tou vnitřní jistotou, dát i takovýto příklad ze svého života, (...) přišlo mi to pěkný, že dává i příklad, kdy ona byla svým synem poučena. (Běta)

Vnímání lidskosti terapeuta a pocit partnerství vedly také ke zvýšení **důvěryhodnosti terapeuta**:

Tímhle tím vším prostě jí jako věřím a ten vztah prostě je dobrej. (...) vím, co se v ní děje, co to v ní vyvolává, to si myslím, že je plus. (Anna)

Odvrácená strana sebeodhalení: nároky na klienta

Pro úplnost je důležité uvést i taková sebeodhalení terapeuta, která nebyla klientkami vnímána zcela pozitivně a která jsme označili jako nepřiléhavá. Taková sebeodhalení klientky vnímaly jako **rušivá** či **nepatříčná**, kladoucí na ně určité „nároky“ ve smyslu vyvinutí vlastní aktivity (přemýšlení, aktivní reakce), volby strategie, kterou by se vyrovnaly s nepříjemnými pocity.

Nároky na **přemýšlení** o tom, co se děje, také kladou taková sebeodhalení, u kterých si klientky nejsou jisty tím, co znamenají, nebo je v terapii nečekaly:

Nejsem si jistá, co to znamená vlastně v tu chvíli, a jako by trochu mě to nutí být na pozoru. (...) V tu chvíli se musím trochu

hlídat, abych nepřebrala něco jejího [tj. patřícího terapeutce]. (Anna)

Nepřiléhavé sebeodhalení může klienta **odvádět od jeho tématu** a věnování se sobě a může být vnímáno jako **ubírající klientovi jeho čas**:

Jedna z věcí, co mi třeba vadí, že občas... já když mám třeba pomlky delší, tak on jak kdyby naváže něčím svým. A to mě to se mi stává celkem často, že mě odvede, od toho, a já jsem celkem taková chytlavá, že já se nechám. (Dana)

Takové momenty pak v klientovi mohou vyvolávat **nepříjemné pocity** a nutí jej **reagovat a volit strategie**, jak s tímto sdělením terapeuta naložit (např. něco říct, ohradit se, aktivně se přizpůsobit tomuto stylu terapeutovy práce, brát ohledy na terapeuta).

Já obecně se snažím spíš nereagovat, spíš si to snažím řídit sama, to sezení, když vím, že je to můj prostor, moje peníze, tak za to chci taky něco dostat. (Dana)

Mně osobně taky není příjemné, tenhle ten fakt, že já o svém terapeutovi musím zvažovat, jestli je dost kompetentní, (...) jak na mě působí... (Dana)

Tyto nepříjemné pocity a nároky se někdy objevily ihned po vyslovení osobní informace, jindy až s odstupem. Klientky je také dávaly najevo různou měrou: některé klientky je najevo nedaly vůbec a zvykly si taková sdělení mlčky přecházet a vracet pozornost zpět k sobě, jiné se aktivně vymezí a sdělí své myšlenky a pocity. Někdy si také klientky na tento způsob práce zvykly a přijaly jej:

Hodně zaráželo zezачátku. Jako obecně ten styl práce je trošičku jinej, než jsem vůbec očekávala, že bude. Ale tedka jsem si na to vyloženě zvykla, a přijde mi to fakt až jako normální, přirozený. A celkem i příjemný. (Dana)

Pohled z druhé strany: záměr terapeuta

Až dosud jsme se terapeutovým sebeodhalením zabývali pouze z perspektivy klienta. V naší studii jsme si však kladli také otázku, jakým způsobem účinek sebeodhalení ovlivňují procesy na straně terapeuta. Nejrozvinutější kategorií, která se v tomto smyslu vynořila, byl terapeutův záměr³.

Ačkoli se vyskytly i situace, v nichž terapeut o sebeodhalení nepřemýšlel a provedl ho intuitivně, ve většině analyzovaných událostí si byli terapeuti vědomi svého záměru a cíle, kterého chtějí sebeodhalením dosáhnout (nebo jej alespoň dokázali retrospektivně pojmenovat). Motivy terapeutů bylo možné v zásadě rozdělit na osobní a ty, které braly v potaz prospěch klientky.

Pokud bylo v popředí terapeutovo **zvažování dopadu sebeodhalení na klientku**, terapeuti udávali některý z následujících motivů: (1) vyjádřit klientce porozumění, (2) poskytnout emocionální podporu a úlevu, (3) pomocí osobního příkladu ilustrovat obecnější princip či možnost zvládnání určité situace, (4) zrušit idealizaci své osoby, (5) vyjít klientce vstříc.

Záměr vyjádřit porozumění klientce ilustruje např. T3, když říká, že:

...vím, o čem je řeč, že jsem to taky zažil, něco podobného, a tak jsem to asi pojmenoval, že se mně vybavují nějaký konkrétní věci, když ona o tom mluví.

Snahu přinést klientce emocionální podporu a úlevu zmiňovali terapeuti zvláště v situacích, kdy klientka přinášela emočně nabitě téma. Např. T5 popisuje situaci, kdy klientka byla hodně rozrušená a plakala:

Jsem v tu chvíli chtěla [klientku] podpořit, chtěla jsem s ní vlastně nějak empaticky být v kontaktu a vyjádřit jí to, že to, co cítí, nebo

³ Kromě toho se jako významné ukazuje také vhodné načasování sebeodhalení vzhledem k fázi terapeutického procesu, terapeutovo zvažování klientových osobních charakteristik a také terapeutův postoj k sebeodhalení a jeho roli v psychoterapii obecně. Tyto kategorie jsme ovšem kvůli nízké nasycenosti nemohli v naší analýze zpracovat.

to, co zažívá, je přirozený (...) to bylo za účelem nějaký podpory, empatie a uklidnění (...) tam šlo o tu podporu toho prožívání a nějaký zpětný vazby k tomu, že je v pořádku být v situaci, třeba i naštvanej nebo ukřivděnej nebo radostnej, to je celkem jedno.

Tendenci vyjít klientce vstříc názorně popisuje T3, když se rozhodl sdílet s klientkou své záliby: „*To bylo takový jedno období, že ona občas se na něco zeptala, ohledně [té záliby]. (...) Přišlo mi, že se o tom baví ráda*“ a zároveň to terapeut vnímal jako „*společný téma, no. Takový... přes který když by třeba nebylo o čem, tak se jde vždycky nějak odrazit, pro tu klientku, že ví, že... je něco společnýho...*“

V některých případech mělo sebeodhalení účinek, který terapeut zamýšlel. Příkladem je situace, kdy klientka Ema „*potřebovala pocítit úlevu od toho, co cítila do té doby – pocit provinění, tíhy, selhání*“ a terapeutka jí nabídla osobní postoj vyjadřující „*že ta reakce nebyla nějak přehnaná, že si umí představit, že to do té situace patřilo*“, což klientce pomohlo změnit pohled na svou situaci, protože „*když se tak může cítit i další člověk, tak je to asi v pořádku, že se tak cítila*“.

Sebeodhalení však mohla být nápomocná i způsobem, který terapeut nezamýšlel – např. v případě klientky Anny, která se v souladu se záměrem terapeutky cítila podpořena a zklidněna, ale které terapeutčino sebeodhalení navíc a neplánovaně pomohlo lépe pochopit svou matku.

Někdy se původní záměr terapeuta může minout účinkem a sebeodhalení se jako užitečné projeví až později, kdy klient zpětně porozumí, co se mu terapeut snažil sebeodhalením předat. Když terapeutka klientce Bětě svěřila svou zkušenost z výchovy syna, cítila se klientka nejprve zaražená (zaskočilo ji popisované chování terapeutčina syna). Teprve později, když si sdělení terapeutky zpětně probírala, pochopila, co jí chtěla terapeutka sdělit (tj. že říci „ne“ vůči požadavkům druhých je v pořádku).

Někteří terapeuti uvedli, že v dané situaci použili sebeodhalení **z osobních motivů**.

Týkalo se to situací, kdy téma přinášené klientkou bylo pro ně silně emocionálně nabitě. Terapeuti potřebovali tyto emoce ventilovat (ulevit si od napětí), aby mohli dál opět věnovat plnou pozornost klientce, a zároveň chtěli být vůči klientce transparentní (zprůhlednit sebe a terapeutický proces). Výstižně to ilustruje terapeut T3:

Jsem přesně věděl, o čem mluvím, že jsem měl úplně stejnou zkušenost, a tak jsem to možná i potřeboval říct, abych na to nemusel myslet, nebo něco takovýho, že jsem to dal ven. (...) To bylo natolik silný, že to potřebovalo ven, no. (...) A možná proto, abych i já s tím mohl nějak líp pracovat. Aby i ona věděla, že to téma pro mě není lehký třeba nebo něco takovýho. (...) Že bych se přetvařoval, kdybych... to nezmínil nějak. Že bych se k tomu stejně pořád vracel a připadal bych si v tom jako ne... neupřímněj nějak, no. Že si tady na něco hraju, že ji někam vedu, nebo nějak jí dávám zrcadlo a tak, ale přitom se pořád vracím jako by k tomu něčemu svému.

Terapeutka T5 uvedla případ, kdy pro ni sebeodhalení sehrálo důležitou roli při kontraktování:

Měla potřebu jí sdělit tu svoji obavu, a upozornit ji na to, a – o tom jsme se bavili už na začátku (...) že to pro mě bylo důležitý proto, abych já řekla, jak to mám, [klientka] o tom věděla, a mohla se rozhodnout, jako jo, jestli v tom chce pokračovat, nebo ne, a mě to v podstatě uklidnilo (...) možná, že v tu chvíli to bylo spíš součástí nějakýho toho kontraktování a říkání si „takhle jo, takhle ne“.

Rozhovory s klientkami ukázaly, že i tato sebeodhalení mohou být vnímána jako nápomocná, pokud terapeut zároveň zvažuje i jejich dopad na klienta a nesleduje jen své osobní motivy.

DISKUZE

Základní podmínkou, která v našem modelu vysvětluje působení terapeutova sebeodhalení na klienta, je, aby terapeut rozpoznal klientovu potřebu potvrzení a přiléhavě na ni svým sebeodhalením zareagoval. Tento závěr koresponduje s řadou dalších studií: Knox et al. (1997) popisují normalizaci a uklidnění klienta jako jeden z dopadů sebeodhalení, ve studii Audet a Everall (2003) sebeodhalení pomohlo normalizovat problémy klientů tím, že ukázalo podobnost mezi klientem a terapeutem. Podobně i Henretty a Levitt (2010) uvádějí jako efekt sebeodhalení validizaci reality a podporu pocitů univerzálnosti a Fehr (2010) zmiňuje sebeodhalení jako intervenci vedoucí k normalizaci a dodávání naděje při skupinové terapii. Rovněž i námi popisované účinky přiléhavého sebeodhalení jsou v souladu s empirickou literaturou: např. Audet a Everall (2003) popisují účinky v oblasti navazování spojení s terapeutem („prolomení ledu“, pocit přijetí, zlidštění), vnímané terapeutovy přítomnosti (rezonance se zkušeností klienta, pocit pochopení) a klientova zapojení v terapii (větší ochota hovořit o svých problémech).

Podobně jako v jiných studiích, také v té naší byla zachycena negativně prožívaná sebeodhalení. I zde nacházíme shodu s předchozími výzkumy, kde se jedná především o sebeodhalení, která mění povahu rolí v terapeutickém vztahu, přesouvají pozornost z klienta na terapeuta, zmenšují klientovi jeho prostor v terapii, jsou málo relevantní či není možná aplikace terapeutovy strategie na klientův problém (Audet, 2011; Audet, Everall, 2003; Wells, 1994). Na rozdíl od autorů, kteří nedoporučují, ba i zakazují využívat sebeodhalení k uspokojení vlastních zájmů a potřeb (např. Henretty, Levitt, 2010), se v naší analýze ukázalo, že ani taková sebeodhalení nemusí být klientem vnímána vždy negativně, zvažuje-li terapeut současně i zisk klienta.

Z tohoto i dalších výzkumů vyplývá, že sebeodhalení je možnou a často i účinnou intervencí, které není potřeba se při terapeu-

tických setkáních vyhýbat – a naopak, striktní odmítání by mohlo mít také negativní dopad. Žádné sebeodhalení však není bez rizika a předchozí zvažování i následné vyhodnocování dopadu jsou proto důležitou součástí využívání sebeodhalení. Jak upozorňuje Gutheil (2010), neetickým by se sebeodhalení stalo, pokud by bylo nadměrně časté, svádivé, zneužívající či narcistní/exhibicionistické nebo takové, kterým si terapeut ulevuje od osobních záležitostí bez možného přínosu pro klienta. Ovšem i odmítnutí sebeodhalení lze chápat jako určitou formu odhalení (např. terapeutova postoje ke klientovi) a je potřeba pro něj volit citlivou formu.

LIMITY VÝZKUMU

Zobecnitelnost výsledků je omezena jednak nepřítomností mužských klientů ve vzorku a také faktem, že žádná z klientek netrpěla závažnějšími psychickými problémy či osobnostní poruchou. Nevýhodou je také poměrně malý počet analyzovaných událostí, zvláště těch, které byly klientkami hodnoceny negativně. Použití relativně širokého vymezení sebeodhalení (vyjmuta byla pouze sebeodhalení typu *self-involving statements*) umožnilo zachytit pestrost tohoto fenoménu, ztížilo však možnost porovnávání jednotlivých událostí mezi sebou a podrobnější prozkoumání dopadů specifických typů sebeodhalení. Za silnou stránku tohoto výzkumu lze považovat zahrnutí perspektivy klienta i terapeuta, které umožnilo např. konfrontovat terapeutův záměr s účinkem na straně klienta a vyvozovat závěry týkající se interakce obou účastníků terapeutického vztahu. Pro zvýšení validity by též bylo možné pracovat s videonahrávkami terapeutických sezení, během nichž k sebeodhalení došlo, a následně nad těmito nahrávkami vést oddělené rozhovory s klientem a terapeutem. Takový design však byl mimo možnosti diplomové práce.

LITERATURA:

Ain, S. C. (2011). *The real relationship, therapist self-disclosure, and treatment progress: A stu-*

- dy of psychotherapy dyads* (doktorská dizertace). University of Maryland, College Park.
- Audet, C. T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 85–100.
- Audet, C. T., Everall R. D. (2003). Counsellor self-disclosure: Client-informed implications for practice. *Counselling & Psychotherapy Research*, 3(3), 223–231.
- Barrett, M. S., Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 597–603.
- Brown, D. (2010). *Self-disclosure and the perception of therapist quality* (doktorská dizertace). New School University.
- Bundza, K. A., Simonson, N. R. (1973). Therapist self-disclosure: Its effect on impressions of therapist and willingness to disclose. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10(3), 215–217.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. London: Sage.
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Fehr, S. S. (2010). Therapist self-disclosure as an intervention toward normalizing and eliciting hope. In S. S. Fehr (Ed.), *101 Interventions in group therapy*. New York, NY: Routledge.
- Gibson, M. F. (2012). Opening up: Therapist self-disclosure in theory, research, and practice. *Clinical Social Work Journal*, 40(3), 287–296.
- Gutheil, T. M. (2010). Ethical aspects of self-disclosure in psychotherapy. *The Psychiatric Times*, 27(5), 39–41.
- Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affect clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(2), 96–104.
- Henretty, J., Levitt, H. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63–77.
- Hill, C. E., Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 274–283.
- Krajčová, J. (2013). *Sebeodhalení terapeuta v psychoterapii* (magisterská diplomová práce). Masarykova univerzita, Brno. Dostupné z http://is.muni.cz/th/65330/fss_m/.
- Paine, A. L., McCarthy, P., MacFale, I. M., Thomas, B., Ahrens, M., LeRoy, B. S. (2010). „What would you do if you were me?“ Effects of counselor self-disclosure versus non-disclosure in a hypothetical genetic counseling session. *Journal of Genetic Counseling*, 19(6), 570–584.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peterson, Z. D. (2002). More than mirror: The ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 21–31.
- Řiháček, T., Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 44–74). Brno: MUNI Press.
- Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Wells, T. L. (1994). Therapist self-disclosure: Its effects on clients and the treatment relationship. *Smith College Studies in Social Work*, 65(1), 23–41.
- Mgr. et Mgr. Jarmila Krajčová je absolventkou psychoterapeutických studií na FSS MU, prošla psychoterapeutickým výcvikem v satiterapii. Pracuje na lince důvěry Modrá linka a jako pedagogická pracovnice v SVČ Lužánky. Kontakt: 65330@mail.muni.cz.*
- Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D., je psycholog a psychoterapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá výzkumem psychoterapie. Má privátní praxi a působí též v Institutu pro výcvik v Gestalt terapii v Praze. Kontakt: rihacek@fss.muni.cz.*

Došlo do redakce 31. 10. 2013, v revizovaném znění 18. 11. 2013. K publikaci přijato 20. 11. 2013.

KAZUISTIKA „JANY“ V MODELU STST

Case report „Jana“ in the model STST

Markéta Brunová Meluzínová

ABSTRAKT:

Cílem příspěvku je předložit ukázkou terapeutické práce s klientkou v modelu Satirovské transformační systemické terapie (STST) v kontextu tříměsíční protialkoholní léčby v psychiatrické léčebně. V první části příspěvku je nastíněna koncepce STST. Autorka se zamýšlí nad specifiky terapeutické práce v modelu STST. Ve druhé části je předložen výběr terapeutické práce z 10 individuálních sezení. Podrobněji je popsána práce a změny v „ledovci“ klientky. Je nastíněno využití rodinných map primární a současné rodiny v terapii. Jsou zmíněny další použité metody a jejich efekt a také domácí úkoly. Příspěvek je rovněž obohacen reálnými rodinnými mapami klientky.

Klíčová slova: kazuistika, Satirovská transformační systemická terapie, terapie, závislost

ABSTRACT:

The aim of this paper is to present a demonstration of therapeutic work with a client in the model of Satir Transformational Systemic Therapy (STST) in the context of the 3month addiction treatment in a psychiatric hospital. The first part of this paper outlines philosophy of STST. The author also thinks about specifics of the therapy in the model of STST. The second part presents a selection of therapeutic work of 10 individual sessions. The work and changes in client „glacier“ are described in detail. The work outlines family maps of primary and immediate family. Other used methods, their effect and also homeworks are further mentioned. The paper is also enriched by client's family maps.

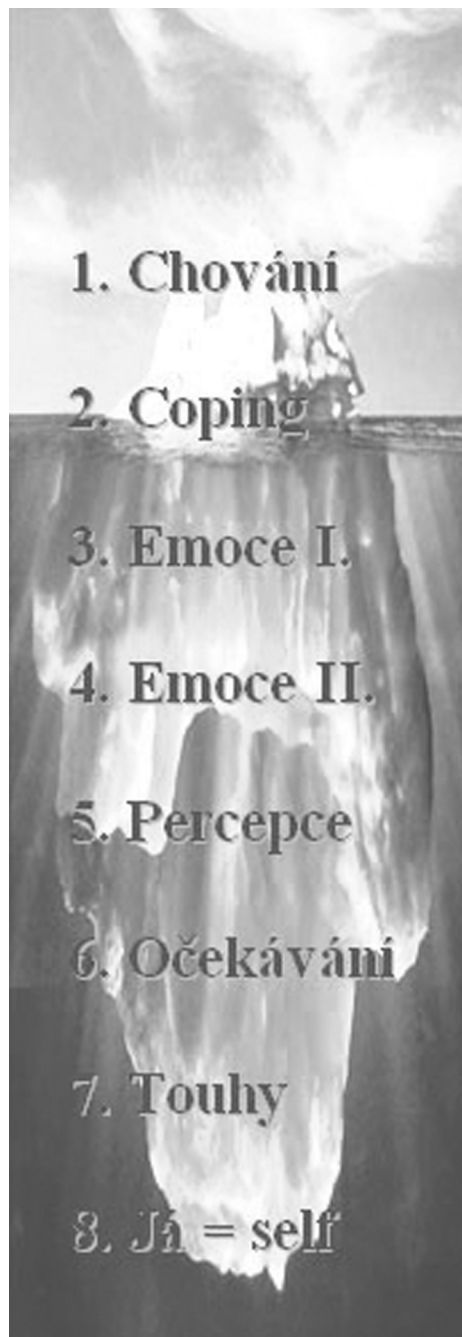
Key words: case study, Satir Transformational Systemic Therapy, therapy, addiction

KONCEPCE STST 5 PILÍŘŮ

Satirovská transformační systemická terapie (STST), dříve uváděná jako Model růstu Virginie Satirové, se vyznačuje pěti nosnými pilíři. Jde o základní body, na kterých je vystavěn tento humanistický, komunikační, rodinný, systemický, existenciální, růstový a i eklektický terapeutický přístup. 1. *Zážitková:* klient zažívá dopad minulých událostí v přítomnosti spolu se svojí pozitivní životní energií, Self. 2. *Pozitivně orientovaná:* terapeut aktivně pomáhá překonávat klientovy problémy do pozitivně směřovaného cíle na úrovni intrapsychické, nikoli pouze interakční. Například: Nechci rvát na manžela (tj. negativně směřovaný cíl). → Chci lépe komunikovat s manželem i ve stresových situacích (tj. pozitivně směřovaný cíl na interakční úrovni). → Chci být v kontaktu sama se sebou a řídit své reakce i ve stresových situacích (tj. pozitivně směřovaný cíl na úrovni intrapsychické). Terapeut klientovi napomáhá naslouchat jeho touhám a navozuje naději. 3. *Systemická:* terapeut pracuje ve třech systémech klienta: a) intrapsychickém (metafora „ledovce“¹, viz příloha č. 1), b) interakčním (vztahovém) a c) systému rodiny (změna negativního dopadu, vynoření zdrojů, viz příloha č. 2). 4. *Zaměřená na změnu:* terapeut vnáší očekávání, že změna je možná. Pokud není možná změna vnější, vždy je možná

¹ Metaforou „ledovce“ je v STST zpodobňován intrapsychický systém klienta, který se skládá z částí: 1. chování, 2. coping, 3. emoce I., 4. emoce II., 5. percepce (přesvědčení), 6. očekávání, 7. touhy a 8. Já (Self). Tak jako v oceánu je vidět nad hladinou pouze 1/3 ledovce, můžeme u člověka pozorovat „nad hladinou“ pouze chování a coping, který je již na rozmezí. Vše ostatní, zbylé 2/3, je skryté „pod hladinou“ a je nutné propátrat. Terapeut by neměl uvíznout na úrovni chování a copingu, ale měl by dojít až ke klientovým touhám a Self.

**Příloha č. 1: Intrapsychický systém,
metafora „ledovce“**



změna vnitřní. Procesové otázky umožňují klientovi prozkoumat všechny úrovně jeho intrapsychického systému a vnést do nich prožitek dopadu změny. 5. *Užití osobnosti terapeuta*: kongruence terapeuta je důležitým, nezbytným prvkem spojení klienta s jeho životní energií, Self, sebeúctou, zdroji (Beránková et al., 2007, srov. Radosová et al., 2012).

TERAPEUTICKÉ CÍLE A METACÍLE

Terapeut STST má během kontaktu s „hvězdou“² vždy na zřeteli, kromě jejich cílů (zadání), i univerzální cíle, tzv. metacíle STST. 1. *Zvýšení sebeúcty*: klient se učí zvědomit sám sebe ve spojení se svojí životní energií, a to skrze vědomí, uznání, přijetí a posilování sebe sama. 2. *Být schopný rozhodovat*: klient je veden ke svobodě Já, tudíž k možnostem volit, měnit, rozhodovat. 3. *Být odpovědný*: klient je směřován k odpovědnosti nejen za své chování směrem k druhým, ale za celý svůj vnitřní proces, tedy své pocity, přesvědčení, očekávání, touhy a úroveň životní energie. 4. *Být kongruentní*: Banmen (2009) popisuje kongruenci jako „stav vnitřní a vnější harmonie, celistvosti a klidu. Kongruentní člověk není definován vnějším světem a událostmi, ale na svět odpovídá zevnitř, z vnitřního zdroje klidu, v souladu se svým Self, ale i v souladu s ostatními a kontextem, ve kterém se právě nachází“. Lee (in Banmen, 2009) vysvětluje kongruenci jako „stav celistvosti, uvědomělosti, otevřenosti na rovině intrapsychické, interakční a univerzální“.

POZOROVÁNÍ A VNÍMÁNÍ KLIENTA

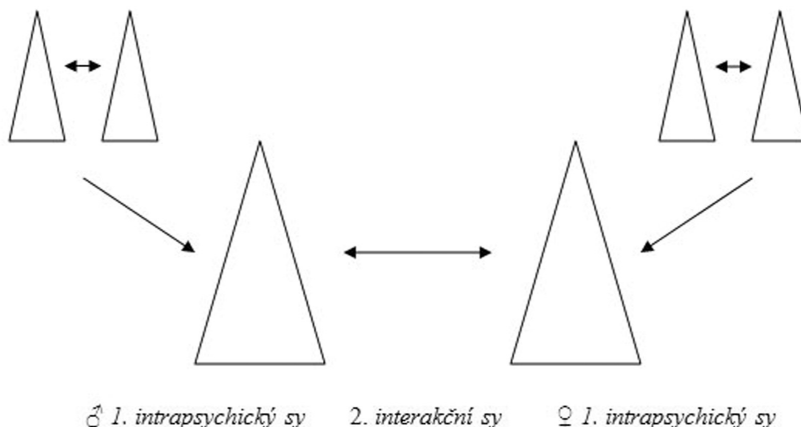
V terapeutickém kontaktu terapeut zpravidla srovnává to, co vidí, že se děje u klienta, s koncepcí, ve které je vycvičen. Často svojí praxí a vzděláváním přidává další prostředky změny, které rozšiřují původní koncepci. V. Satirová své žáky nabádala, aby byli kreativní a přidávali to, co se jim při práci s klienty osvědčilo. Jako terapeut

²V STST „hvězdou“ nazýváme klienta. Specificky je „hvězda“ zobrazena i v rodinných mapách (viz přílohy č. 3 a č. 4).

Příloha č. 2: Práce ve 3 systémech STST s metaforou „ledovce“

3. dopad sy primární rodiny

3. dopad sy primární rodiny



STST přednostně u klienta pozorují následující. *Úroveň sebeúcty*: verbální a neverbální komunikace, sebe prezentace (v individuálním kontaktu x ve skupině), celkový dojem, metafora klienta („zvadlá květina“ x „kvetoucí třešeň“), co se děje v „ledovci“ terapeuta (jeho pocity, percepce, očekávání, touhy, přenosové jevy apod.). *Sebezáchovné pozice pro přežití x kongruence*: jakým způsobem může terapeut vstoupit do intrapsychického systému klienta (kde je efektivní se napojit), přítomnost obran, přesvědčení klienta, pravidla „jeho“ světa, zdroje, na čem může terapeut s klientem stavět, co mohou společně přidat, fantazie o původu komunikačních pozic (systém rodiny, další systémy klienta, které je třeba ověřit) atd. *Dopad pravidel na „ledovec“ klienta*: jeho sebeřízení, způsob vztahování se k JÁ, TY a KONTEXTU (často původem z primární rodiny). *Touhy*: po čem touží, jaký dopad má touha na klientův „ledovec“, pokud její dosažení není možné, jakou daň platí za její držení, přijímá za toto zodpovědnost

nebo se zlobí na celý svět? *Self*: stav životní energie, její proudění x přežívání, kontakt se spiritualitou, vnitřní moudrostí. *Zdroje*: mandala Self⁴, kontakt se zdroji, jejich vynoření, pojmenování, přijímání, kotvení apod. *Systém rodiny*: interakce v současné rodině klienta, dopad primární rodiny na současný rodinný systém, pravidla, přesvědčení, tabu, mýty, zdroje atd.

KAZUISTIKA „JANY“

Charakteristiky klientky

„Jana“, toho času 43letá žena, menší, drobnější postavy, s dlouhými rovnými tmavými vlasy, energická, vdaná, matka 3 dětí (syn 23 let – pracuje v zahraničí, 2 dcery 20 a 12 let). S manželem v této době žijí odděleně, odešel k milence. Vyučená kuchařka/číšnice, toho času nezaměstnaná, s příslibem pracovního místa kuchařky ve zdravotnickém zařízení.

První dobrovolná hospitalizace na psychiatrii pro syndrom závislosti na alkoholu. K třímě-

³ Také známé jako komunikační pozice s nízkou úrovní sebeúcty: 1. obviňující, 2. usmiřující, 3. rozumující a 4. rušící (viz např. Satirová et al., 2005).

⁴ Koncept univerzálních zdrojů lidských bytostí, které klient sestavuje k úrovni Já neboli středu mandaly: 1. tělo, 2. intelekt, 3. emocionalita, 4. senzualita, 5. vzájemnost, 6. schopnost výživy, 7. kontextuálnost a 8. spiritualita (viz např. Satirová, 2005).

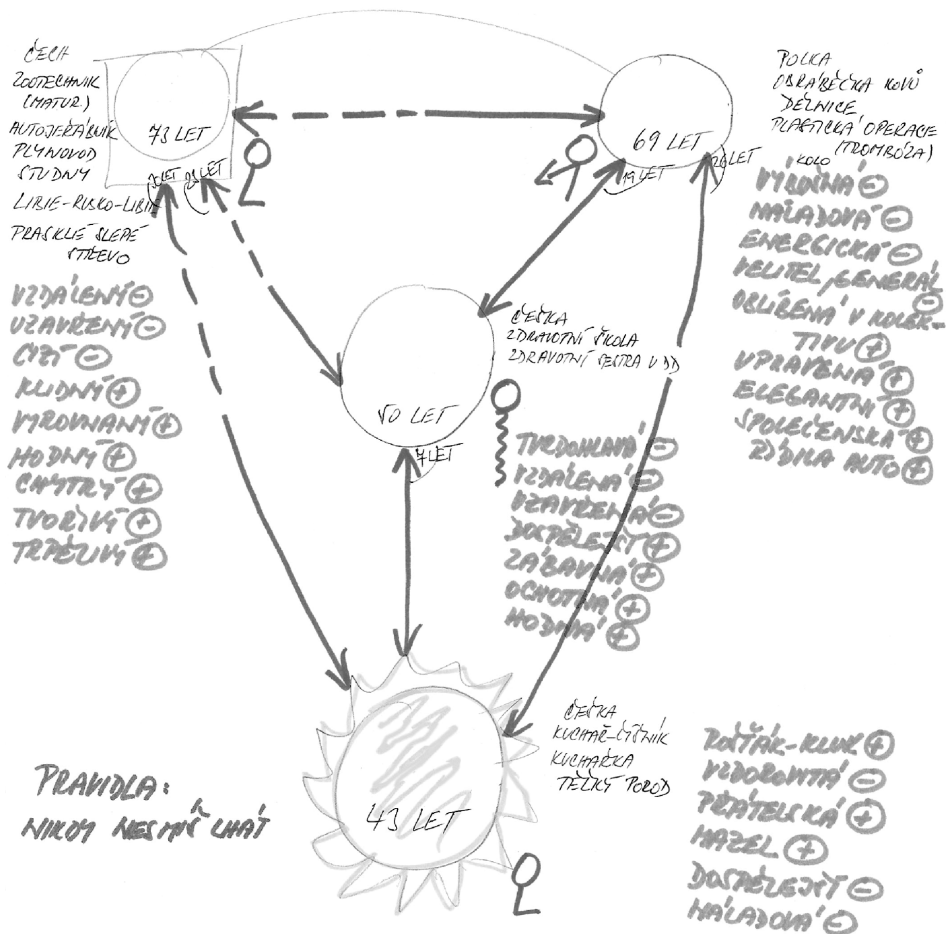
síční protialkoholní léčbě v PL verbálně motivovaná, zpočátku částečný náhled nemoci, místy racionalizace, bagatelizace, popření.

Příprava terapeuta

Podstatnou součástí dobrého kontaktu s „hvězdou“ je příprava terapeuta. Zabezpečení

Příloha č. 3: Mapa primární rodiny

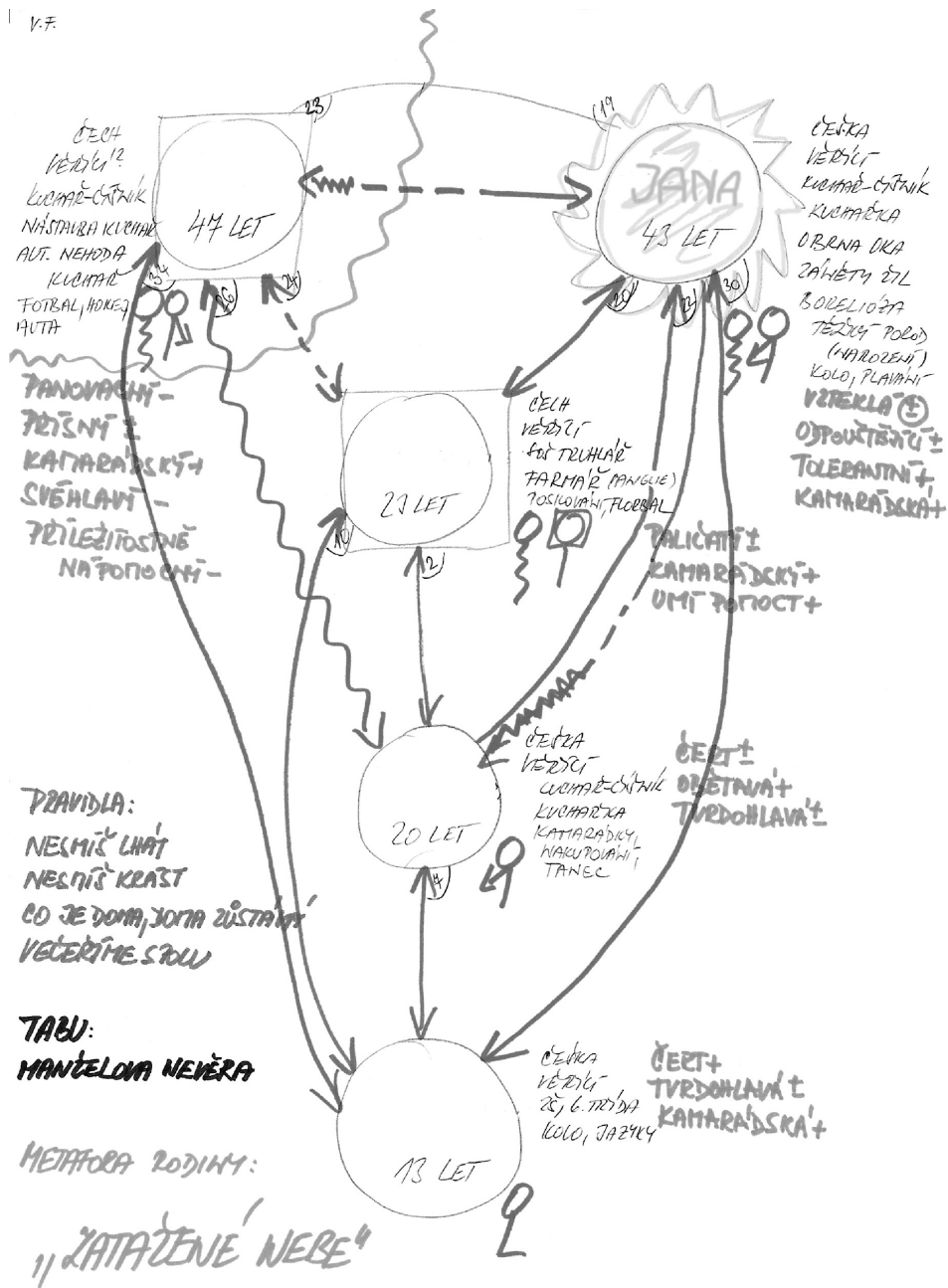
1.7.



METAFORA RODINY:
„SLUNCE“

Příloha č. 4: Mapa současné rodiny

V.F.



pečení prostředí: vyvětrání místnosti, příprava sezení a pomůcek (psací a výtvarné potřeby, relaxační CD, edukační materiály – osvěty – desatero, znaky závislosti, stádia vývoje závislosti, typy závislosti, léčba a do-léčování, bažení a jeho zvládnání, sebeobrana abstinenta, recidiva, rizika a jejich zvládnání apod., dále tématické meditace, škály a dotazníky – škálování cílů terapie, Test sémantického výběru⁵, AUDIT⁶ apod.). *Práce s dokumentací:* čtení zápisů klientky z databáze, tj. zápisy z visit a skupinových činností (sk. psychoterapie, malá skupina se zdravotní sestrou, životopisná skupina, volná tribuna). Nahlédnutí do vlastní dokumentace, tj. zápisy a činnosti proběhlých sezení, zadaný domácí úkol. *Ukotvování sebe:* prodýchání, prozkoumání svého ledovce, imaginace klienta, kontakt s vlastní a klientovou spiritualitou. V případě přetrvávající osobní nepohody posílení ukotvení sebe relaxačním CD, zapálením svíce. Následuje přivítání klienta a vypnutí zvonění telefonní linky.

Příprava klienta

Obdobnou přípravu na terapeutickou práci dopředeji „hvězdě“. Ta začíná přivítáním, stiskem ruky, pozváním k usednutí. Pokračuji mapováním aktuálního dění, např. co nového je na oddělení, jak se tam žije, s jakými pocity a myšlenkami přichází na sezení, jaká má dnes očekávání, dařilo se vyhotovit sjednaný domácí úkol atd. Někdy je vhodná rychlá, centrující meditace.

Prezentovaná problematika

„Jana“ se rozhodla pro dobrovolnou hospitalizaci na režimovém, koedukovaném, protialkoholním oddělení. Situace se stávala již neúnosnou. Udávala pití z psychických důvodů. Manžel odešel za milenkou. Konflikt mezi nimi zůstal nedořešen. Museli prodat byt kvůli manželovým dluhům. Nyní žije se dvěma dcerami z prodeje bytu

v podnájmu. Syn pracuje v zahraničí. Udává preferenci vína, piva, destiláty neguje. Problémy s alkoholem trvají asi dva roky. Vypije 2x týdně litr vína, pije večer, ráno ne. Pivo vypije jedno, příležitostně. Abstinenční příznaky a palimpsesty popírá. Vidí ji dcera, jak si nalévá, pak jí to mrzí. Manžel měl milenkou, a tak jí vždycky donesl láhev s vínem, aby zatím pila. Dle sestry klientky se problémy s alkoholem stupňují. „Jana“ stále pije, řeší tím své osobní problémy. Denně vypije 1–3 litry krabicového vína, potom jí volá dcera klientky, co má dělat, že maminka doma leží zase opilá. Motivaci k protialkoholní léčbě „Jana“ verbalizuje, náhled nemoci kolísá, v popředí racionalizace, bagatelizace, popírání.

Klientka docházela 1x týdně na individuální sezení, mimo své oddělení, po dobu své hospitalizace. Byl uzavřen kontrakt s psychologem na oddělení klientky, kde se „Jana“ jevila jako málomluvná, uzavřená, s minimálním pokrokem v léčbě.

Mezi hlavní témata terapeutických sezení patřila následující. Práce na *náhledu nemoci*, která se vynořovala opakovaně během více sezení na různých úrovních „ledovce“ (např. klientka již věřila, že je závislá – percepce, ale nepřijala toto emočně – emoce, natož jako svoji novou část sebe sama – Self). Práce s *rodinnými mapami* původní a současné rodiny (viz přílohy č. 3 a 4), kdy si „Jana“ uvědomila, že dlouho nevnímala to, že její manžel není doma a že to není v pořádku, protože její otec byl také často pracovně mimo domov (pracoval i v cizině). Byla zvyklá a měla přesvědčení z původní rodiny, že žena vše zvládne a postará se sama. Její manžel ale není její otec, nezabezpečoval rodinu. Velmi cenné bylo sezení s prací na *vztahu k manželovi*, kdy jsme použily sochání, které vynořilo vzájemné obviňování a rušení, negativní významy a emoce. Zvědomovaly jsme intrapsychické systémy obou („Jany“ i manžela) a jejich interakce. Pracovaly jsme na *vztazích s dcerami*, kdy jsme pojmenovaly částečně konfliktní vztah se starší dcerou a pocit viny mladší dcery za objevení nevěry táty a její sdělení mámě. Stežejní bylo sochá-

⁵ Neznámý zdroj.

⁶ Volně ke stažení: http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/dotaznik_audit.pdf.

ní prožívání mladší dcery a uvědomění, jak jí klientka může pomoci pocit viny pustit. Terapeut byl v soše v pozici mladší dcery, klečící, s hlavou skloněnou k zemi. Podělil se s klientkou o svůj intrapsychický systém v rámci sochy a následně klientce umožnil, aby vstoupila místo něj do „pozice“ své dcery. Práce na *vztahu k sobě* byla věnovaná řadě témat. Nejtěžší bylo pro „hvězdu“ odpuštění sama sobě, snazší bylo objevení „Janiny“ sebeúcty, její porod a přijetí⁷. Ke konci terapie se vynořilo pravidlo nutné k transformaci, další z dopadů primární rodiny, znějící „NIKDY SE NESMÍM ROZVĚST“.

Cíle terapie

Na začátku a v průběhu terapie byly definovány cíle. Některé z nich si klientka pravidelně procentuálně škálovala a sledovala tak své posuny v terapii. *Na začátku terapie byly definovány cíle:* 1. Být sama sebou. 2. Věřit si. 3. Umět říct ostatním, co chci. 4. Být šťastná a spokojená. *V průběhu terapie byly přidány tyto cíle:* 5. Vyjasnit a zprehlednit vztah s manželem: a) začít znovu, b) rozvést se. 6. Vyjasnit a zprehlednit rodinnou situaci dětem. *Další „cíle terapeuta“:* Dosáhnout náhledu nemoci. Přijmout závislost na alkoholu jako novou část sebe sama. Přijmout odpovědnost za svoji nemoc. Poznat možný průběh a důsledky nemoci. Poznat, pochopit, přijmout a ocenit členy rodiny. Poznat, pochopit, přijmout a ocenit sebe sama.

Popis práce v intrapsychickém systému

Při sezení s mapou současné rodiny (viz příloha č. 4) jsme hledaly komunikační pozice při stresu. „Jana“ si vybavila konfliktní situaci, kdy byla objevena manželova nevěra. Terapeut provázel „Janu“ jejím intrapsychickým systémem s otázkami na jednotlivé části jejího „ledovce“.

⁷ Práce se sebeúctou v modelu STST: 1. mapování stavu sebeúcty, 2. porod (zrození) sebeúcty, 3. kontaktování sebeúcty, 4. přijetí a zabudování.

bylo zvědomit a zpracovat všechny části jejího intrapsychického systému, oddělit minulost od přítomnosti a budoucnosti, přijmout vlastní zodpovědnost za řešení situace, učinit vědomé rozhodnutí, ocenit a posílit sebe i druhé atd. Práce s *hněvem na manžela* v „ledovcích“⁸ klientky byla pro větší přehlednost zpracována do následující tabulky, kde čtenář nalezne výpovědi klientky na otázky ohledně jejího intrapsychického systému v dimenzích minulosti, přítomnosti a budoucnosti (viz tabulka č. 1).

Diagnostika stresových pozic a vztahů

„Jana“ si, díky sochání, zvědomila své copingové reakce ve stresu. Přijala své obviňování a rušení⁹. Pro klienty se závislostí bývá rušení typické, často „zapíjí“ své nezpracované emoce a unikají. Při práci s rodinnou mapou jsme pojmenovaly „vzdálený“ a „konfliktní“ vztah s manželem. Dále jsme zakreslily „normální“ vztah se synem. Vůči starší dceři byl zaznamenán vztah „normální“, „částečně vzdálený“ a „konfliktní“. S mladší dcerou jsme zakreslily „normální“ vztah (viz rodinné mapy).

Práce na změnách, transformace

Při *sochání komunikace partnerů ve stresu* jsme také pátraly po tom, jak to dělat jiným způsobem a co se potom změní (jaký bude dopad na jejich chování a coping). V „ledovci“ klientky jsme pod hněvem (emoce I.) našly bolest (emoce II.). Vztek v oblasti břicha se zmírňoval, objevila se láska, přátelství (transformace na úrovni emocí). Oba

⁸ Každý klient vlastní 3 „ledovce“: 1. minulý, 2. současný a 3. budoucí. Těmito „ledovci“ terapeut klienta provází, zvědomuje je, transformuje a kotví. Pár, rodina, skupina, organizace, národ mají ještě svůj společný „ledovec“ (tzn., čím se vyznačují, jak se prezentují, jaké emoce, přesvědčení, očekávání, touhy a životní energie převládají). Společný „ledovec“ můžeme mapovat opět v dimenzích minulosti, přítomnosti a budoucnosti.

⁹ Komunikační pozice obviňující nebere v úvahu TY (druhý), ale je v kontaktu s JÁ (sebou) i KONTEXTEM (děním). Rušící pozice nebere v úvahu JÁ (sebe), TY (druhý), ani KONTEXT (dění).

Tabulka č. 1: Popis práce v „ledovcích“ klientky

MINULÝ „LEDOVEC“
CHOVÁNÍ: Nejmladší dcera (12 let) objevila v tátově mobilu zprávu od milenky a ukázala ji mámě. Klientka vyzvala manžela, aby jí vysvětlil, co to znamená. Nevěděla, co má dělat. Manžel vynadal dceři, že mu „leze do mobilu“, jinak by máma o jeho nevěře nevěděla. Na další vyzvání mlčel, vzal telefon a odešel. Manžel nepodal vysvětlení, ani když později přišel domů. Choval se, jakoby se nic nestalo, doteď jí nedal vysvětlení ohledně nevěry. Chování „Jany“ – obviňující (hádky, vyčítání) a rušící (únik k alkoholu).
COPING: Strídání pozic <i>obviňování</i> a <i>rušení</i> v situacích vzájemného konfliktu (ona obviňuje x manžel ruší – ona ruší x manžel obviňuje).
EMOCE I.: Zlost, nenávisť, ponížení...
EMOCE II.¹⁰: Bolest.
PERCEPCE: Nedovedl se postavit jako chlap a vysvětlit situaci otevřeně. Zachoval se jako malý kluk, nevzal na sebe zodpovědnost, byl zbabělý, „slaboch“. Sebe vnímala „Jana“ jako hadr, se kterým někdo vytírá podlahu.
OČEKÁVÁNÍ: Od manžela: vysvětlení. Od sebe: že ho zabije, skočí po něm, hodí po něm něco, že mu něco udělá, ale byla tam dcera, brzdilo ji to. Manžel od ní: ... asi že bude hystericky řvát, že to zvládne jako vždy před tím, neví...
TOUHY: Potřebovala se vybit, dostat ze sebe zlost. Toužila po tom, aby to byl sen. Přála si s ním o tom promluvit... po respektu, lásce, blízkosti.
SELF: Bylo jí blbě... nebyla ve spojení se svými zdroji, životní energií.
SOUČASNÝ „LEDOVEC“
CHOVÁNÍ: Je klidnější, má větší nadhled. Říká mu, že se věci můžou řešit v klidu, že není třeba řvát. Proč on křičí?
COPING: Racionalizace, obviňující.
EMOCE I.: Hněv se ztrácí (oblast břicha), už tam není nenávisť.
EMOCE II.: Láska, bolest.
PERCEPCE: Manžel neumí být oporou, otec ho to nenaučil, bylo to tam složité. Manžel sám asi nevěděl, jak to řešit, ještě vlastně před dcerou. Manžel má chaos. Sebe vnímá jako rozumnější, začíná dělat „věci“ dobře.
OČEKÁVÁNÍ: Od něj: že manžel jí bude oporou. Od sebe: že to zvládne, poučí se z chyb.
TOUHY: Po klidu, urovnání, míru. Říkat si věci otevřeně.
SELF: Má čistější hlavu. Je si více vědoma sama sebe.
BUDOUCÍ „LEDOVEC“
CHOVÁNÍ: Nebude chodit kolem „horké kaše“. Změní svoji komunikaci, nebude obviňovat. Zeptá se ho, jestli ho zajímá, jaká byla léčba, co se naučila. Sdělí mu své touhy a zeptá se na jeho přání.
COPING: Bude otevřenější k sobě i ostatním, bude v kontaktu se svým hněvem, aby pracoval pro ni.
EMOCE I.: Hněv transformován do lásky nebo přátelství.
EMOCE II.: Chce mít ze sebe a svého prožívání dobrý pocit.
PERCEPCE: Manžel se může také změnit a ona k tomu může přispět. Může být otevřenější, nebude tolik soudit.
OČEKÁVÁNÍ: Od manžela: domluví se. Od sebe: bude ve spojení se sebou, svojí sebeúctou, bude ji lépe chránit a pečovat o ni.
TOUHY: Mír, být partneri nebo i přátelé... mír uvnitř sebe a mír mezi nimi.
SELF: Je jí dobře... je ve spojení se sebou a svojí životní energií.

¹⁰ Emoce II. v pojetí STST jsou emoce, které jsou hluboce uloženy či reaktivní k emocím I.

museli brát ohledy na dceru, která byla při konfliktu přítomná. Objevilo se to, že manžel zná řešení stresu ze své původní rodiny, kde jeho otec neuměl dobře komunikovat. „Jana“ obviňující chováním připravovala půdu pro manželovu rušící pozici. Nebrala ho v úvahu. Ze „slaboča“ (manžela) je nyní člověk, který emočně vypjaté situace zatím lépe řešit nedokáže (transformace na úrovni percepce). Manžel očekával, že na něj bude hystericky řvát, prchl (očekávání). V touhách jsme zvědomily mír, klid, „pustit“ minulost. V Self bylo očistění, spojení se sebou (transformace na úrovni Self). V terapii jsme tedy zvědomovaly klientčin a možný manželův *intrapsychický systém* a jejich vzájemnou *interakčnost s dopadem primárních rodin*.

Změnily jsme kontext: kdyby tam nebyla dcera, co by se změnilo? *Pravidla o komentování:* mohl manžel emoce projevit, říct si o to, co potřeboval? Ve své původní rodině pravděpodobně nemohl. *Coping:* jak nakládají s emocemi? Doposud to byla ignorace, popírání. *Co může přidat, aby se s manželem lépe dohodli:* zvědomit své touhy, pátrat po přáních manžela, být se sebou a svým prožíváním v kontaktu, nenechat se převálcovat svým hněvem, přidat k němu porozumění, humor, lásku apod.

Často jsme využívaly *imaginací a metafor*. Jaké by to bylo, kdyby nenastoupila na léčbu? Teď, za 2 roky, za 10 let? Pojmenovaly jsme důsledky. Zpodobňování „Jany“ v její rodině: je „pilíř“. Děti se svými problémy chodí jen za ní, ne za manželem. Co se s pilířem děje, když se napije? Stává se nebezpečným, jdou z něj blesky. Zpodobňování jejího self v minulém, přítomném a budoucím ledovci. Zpodobňování nedořešeného konfliktu s manželem: „koule na noze“. Co s ní může udělat? Zpodobňování hněvu na manžela, hněvu na sebe: oblast břicha, „blesky“. Co hněv potřebuje? Co k němu přidá? Ještě je jí ku prospěchu? Došlo ke snížení intenzity hněvu a byl překonotován na zdroj, kdy se „Jana“ rozhodla část hněvu si ještě ponechat.

Díky *rodinné mapě* klientka objevila a přejala vlastní zdroje, učení z minulosti, porozuměla vzniku stresových pozic. V imaginační jsme pracovaly také s pomyslnou mapou manželovy původní rodiny. Došlo k uvědomění, očistění a vynoření zdrojů manžela.

Během *validování*¹¹ bylo využito mj. přemostování. Zná klientka i u sebe, že volí nejsnazší řešení (podobně jak to činí její manžel)? Ano, pití alkoholu, rušení, popírání. Oceňování jí, celé její rodiny, reflektování. Pracovaly jsme na *zdrojích, sebeúctě a sebpřijetí*. Hledaly jsme *životní energii* v těle. Při mandale Self se „Jana“ zkontaktovala se svými zdroji a péčí o ně. Pracovaly jsme na spojení se sebeúctou a na jejím posilování. „Hvězda“ jí i ztvárnila za domácí úkol. Cítila se silnější. Pracovaly jsme na *náhledu nemoci* pomocí imaginace, osvěty a objektivizace. Vyplňovaly jsme dotazník AUDIT a opakovaně pracovaly na přijetí závislosti jako nemoci. „Jsem abstinující alkoholička.“ – Co se děje s mým „ledovcem“? Jaký dopad to má na něj?

„Kotvení“ změn

Ke „kotvení“ změn jsme využily řadu technik. *Škálování cílů terapie:* A) *Začátek léčby* – „Jsem sama sebou“ 30 %, „Věřím si“ 50 %, „Umím říct ostatním, co chci“ 20 %, „Jsem šťastná, spokojená“ 40 %. B) *V průběhu léčby* – „Jsem sama sebou“ 80 %, „Věřím si“ 80 %, „Umím říct ostatním, co chci“ 60 %, „Jsem šťastná, spokojená“ 80 %. C) *Konec léčby* – „Jsem sama sebou“ 99 %, „Věřím si“ 99 %, „Umím říct ostatním, co chci“ 99 %, „Jsem šťastná, spokojená“ 99 %. „Jana“ byla upozorněna na své rezervy, včetně témat do ambulantní terapie.

Test sémantického výběru (TSV): A) *Začátek léčby* – v *poli strachu* (př. partner,

¹¹ Validování znamená uznat hodnotu, tzn. usnadnit klientovi pocítění jeho hodnoty a přijmout sebe i druhé. K validování v STST řadíme: normalizování, individualizování, potvrzování zdrojů, oceňování, reflektování a další. Jde o prvky vedení rozhovoru s hvězdou.

minulost, touha), v *poli lhostejnosti* (př. vášně, sex, rozvod, smutek, zdraví, choroba), v *poli radosti* (př. rodiče, láska, zaměstnání, vzdělání, budoucnost, kariéra), *pole ambivalence* prázdné, ve *středovém poli* (př. já, nenávisť, alkohol, bolest, konflikt). Následovala diskuse a hledání odpovědí. *B) Konec léčby* – v *poli lhostejnosti* již žádné pojmy (ukazuje na zvědomění konfliktů, případně jejich řešení), v *poli strachu* stále slova partner, rozvod, osamění (diskuse, poukazuje na možnost další práce v ambulanci).

Vnímají u ní děti změnu? Ano, řeší věci s větším klidem, vypadá spokojenější. Vnímá manžel u ní změnu? Asi ano. Nechce se s ním už hádat. Překvapilo ho, jak je klidná.

Imaginace a práce s tělem, kdy si například klientka zvědomovala své emoce v těle, zeslabovala a zesilovala je, dávala jim metaforická připodobnění. Zrození sebeúcty, kterou přehrával terapeut, její kontaktování, příslib péče a následné zabudování sebeúcty do těla klientky pomocí imaginace. Jaké to je „stát čelem k životu“ po boku a s vědomím své sebeúcty? Ztvárnění své sebeúcty (papír, voskovky) a popis procesu. Co se dělo, co získala.

Jak se ocení za práci „pro sebe“? Čokoládou.

Transformace pravidla „NIKDY SE NESMÍM ROZVĚST“.

Domácí úkoly

V průběhu terapie „Jana“ odcházela na oddělení s řadou domácích úkolů. Jedním z nich bylo psaní zápisů z našich sezení do deníku na oddělení. Dvakrát vyplňovala Test sémantického výběru (TSV), na začátku a na konci léčby. Po jednom ze sezení dostala úkol a přijala závazek zavolat manželovi a komunikovat s ním posílená svojí sebeúctou a svými zdroji. Po jiném sezení měla diskutovat s dcerami, které měly přijet na návštěvu, o tom, jaké to pro ně bylo, když byla opilá, a co chce změnit, proč a jak. Dalším úkolem bylo ztvárnit svoji sebeúctu voskovkami na papír A4 a popsat proces. Na posledním společném sezení jsme diskuto-

valy o její esejí: „Čím mě obohatila léčba a s čím se mohu rozloučit?“.

Sebereflexe

Součástí procesu je terapeutova sebereflexe. *Co se mi dařilo*: navázání kontaktu, napojení na klienta, jeho validace. Hledání a potvrzování zdrojů. Práce s imaginacemi a metaforami. Edukace. Transformace na úrovni tužeb. Být flexibilní, kreativní, „lidská“.

Co mohu dělat lépe: splavněji objasňovat jednotlivé stresové pozice při práci s rodinnou mapou. K práci s odpuštěním sama sobě nalézt další zdroje. K práci s mandalou self nasbírat různé zástupné předměty zdrojů a využít prostorů k tvoreni mandaly. Využít večírek částí v pracovně. Srozumitelněji psát zápisy ze sezení pro ošetřující personál na oddělení.

Učení pro mě: důvěřovat sama sobě jako terapeutovi. Důvěřovat klientovi a jeho zdrojům. Mohu si dovolit být tvůrčí. Nechat „hvězdě“ více prostoru v hledání v „ledovci“, méně nabízet, být trpělivější. Být tvrdší a důslednější při práci s klientkou se závislostí. Osvědčilo se a bylo přínosem sochání, práce s rodinnými mapami a sebeúctou.

LITERATURA:

- Banmen, J. (Ed.) (2009). *Transformační systematická terapie*. Ostrava: Institut Virginie Satirové ČR.
- Beránková, A., Trepáčová, J. R., Straka, V. et al. (2007). *Studijní materiály MOVISA II*. Škrdlovice: Institut Virginie Satirové ČR.
- Radosová, M., Rainerová, I., Radosa, L. et al. (2012). *Studijní materiály MOVISA IV*. Mlýn Brejlov: Institut Virginie Satirové ČR.
- Satirová, V., Banmen, J., Greberová, J., Gomori-ová, M. (2005). *Model růstu: za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta.
- http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/dotaznik_audit.pdf

PhDr. Markéta Brunová Meluzínová, psycholog ve zdravotnictví. Vystudovala ÚP v Olomouci. Žije v Kroměříži, kde pracuje v psychiatrické léčebně a externě vyučuje

na VOŠPS. Nyní členka výkonné sekce Institutu Virginie Satirové Česká republika. S láskou se věnuje své rodině, manželovi a dvouleté dceři. Je absolventkou MOVISA II., komplexního systematického výcviku v psychoterapeutickém přístupu Model růstu Virginie Satirové. Současně je facilitátorka (asistentka) ve výcviku MOVISA IV. Příleži-

stně přednáší a vede semináře věnující se Satirovské transformační systemické terapii. E-mail: marketa.meluzinova@seznam.cz.

Došlo do redakce 28. 4. 2013, po požadovaném doplnění 10. 5. 2013, v revidovaném znění 27. 6. 2013. K publikaci přijato 2. 8. 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.

Příhlášky a curriculum vitae pošlete 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.

VZDĚLÁVÁNÍ MANŽELSKÝCH A RODINNÝCH PORADCŮ

Jiří Procházka

Vážená redakce,

chtěl jsem případně doplnit a zpřesnit údaje vzdělávání manželských a rodinných poradců uvedené v minulém čísle Magdalénou Dostálovou z Etické komise Asociace manželských a rodinných poradců (AMRP). Dle kvalifikačních požadavků AMRP splní první kvalifikační stupeň („čekatel“) absolvent předepsaného vysokoškolského vzdělávání připravující se na udělení dalšího stupně. Tím je „manželský a rodinný poradce“. Mezi jasně daná kritéria (některá byla uvedena v článku) patří např. poradenská propedeutika, minimálně 400 hodin psychoterapeutického výcviku, praxe, minimálně 50 hodin individuální supervize (rozdělené mezi dva supervizory) a další. Třetím stupněm je v textu uvedený „samostatný manželský a rodinný poradce“ a nakonec „supervizor“.

Není tak jednoznačné uvést, že se to týká jen původních státních poraden, protože fakticky se to vztahuje jen na AMRP. Ne všichni pracující v „poradnách“ jsou členy a členkami AMRP a naopak (konkrétně oblastní sdružení Střední Čechy má zhruba polovinu aktivní členské základny tvořenou poradci a poradkyněmi ze soukromého

sektoru nebo z pracovišť s jiným zřizovatelem než krajem). Státní poradny jako samostatná pracoviště mají samozřejmě svůj systém vzdělávání, byť v něm tradičně z kvalifikačních požadavků AMRP vycházejí. Těchto pracovišť se týká zákon o sociálních službách, který definuje vzdělávání nutné pro to, aby se člověk stal poradcem, ale už ne další vzdělávání. Proto, jak uvádí Magdaléna Dostálová, je nejlépe řídit se seznamem pracujících a pracovišť na stránkách AMRP dle členství, respektive udělených kvalifikačních stupňů (které nejsou de facto podmíněné členstvím v AMRP).

V posledních letech AMRP pracuje na vytvoření metodiky vztahového poradenství (s respektem k tomu, že se prolíná s jinými obory, jako právě s psychoterapií, a že jsou i jiné druhy poradenství a práce s klienty). Pracovní verze tohoto dokumentu je dostupná na <http://metodikavp.webnode.cz/>.

S pozdravem

Mgr. Jiří Procházka
předseda OS Střední Čechy AMRP
Centrum psychologicko-sociálního poradenství Středočeského kraje
pracoviště Praha západ - východ

STANOVISKO ASOCIACE MANŽELSKÝCH A RODINNÝCH PORADCŮ ČR, O. S. K POSKYTOVÁNÍ PSYCHOTERAPIE V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ A V JINÝCH OBLASTECH

Jitka Chmelová

AMRP jako stavovská organizace sdružuje manželské a rodinné poradce a sociální pracovníky, jejichž minimální kvalifikace je dána Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mnozí z nich absolvovali dlouhodobé psychologické výcviky, akreditované ve zdravotnictví (MZ) v souladu s platnou legislativou. Zhruba 2/3 členů asociace pracují v institucích poskytujících psychologickou péči v rámci odborného sociálního poradenství, třetina vykonává svou činnost jako soukromé subjekty.

AMRP samozřejmě respektuje, že psychologové a lékaři pracující ve zdravotnictví a mající příslušnou kvalifikaci poskytují psychoterapii jakožto zdravotnický výkon. Současně zastává názor, že psychoterapie jako způsob práce s klientem má široké uplatnění i mimo oblast zdravotnictví, jmenovitě v sociálních službách, kde příslušný zákon uvádí dlouhodobý psychologický výcvik jako adekvátní vzdělání, ale i v dalších oblastech psychologické práce. Dovolujeme si připomenout, že náš postoj je v souladu se Štrasburskou deklarací psychoterapie z r. 1990.

Proto se také domníváme, že získání závěrečného certifikátu, osvědčujícího úspěšné absolvování dlouhodobého výcviku v určitém psychologickém směru, který zahrnuje příslušný rozsah teorie, sebezkuše-

nosti i supervize odpovídající legislativním i odborným požadavkům, jež prezentuje akreditační komise, opravňuje držitele tohoto certifikátu k využívání osvojených dovedností – tedy k výkonu psychoterapie.

Skutečnost, že pro výkon psychoterapie mimo oblast zdravotnictví v současné době není samostatná „adekvátní zákonná opora“ (viz Koblík, 2012), přece ještě neznamená, že by existující zákonná úprava měla menší platnost a že by erudovaný pracovník nebyl schopen psychoterapii poskytovat. AMRP se ale rovněž hlásí k potřebě další diskuse o jasném vymezení podmínek prohlubování dosažené odbornosti, nutných ke garanci kvality odváděné práce.

Stavovská rada AMRP ČR, o. s., jakožto garant kvality práce svých členů, za stávajících legislativních podmínek zaujímá stanovisko, že členové AMRP mohou poskytovat na svých pracovištích psychoterapii, pokud mají splněnou psychologickou kvalifikaci, garantovanou příslušným institutem, který poskytuje komplexní psychologické vzdělání.

Jitka Chmelová za Prezidium AMRP, o. s.

LITERATURA:

Koblík, K. (2012). Mantinely poskytování psychoterapie. *Psychoterapie*, 2, pouze s. 135.

INTEGRACE PRAXE, VÝZKUMU A VZDĚLÁVÁNÍ: BERNSKÁ ZKUŠENOST

(zpráva ze stáže na Psychotherapeutische Praxisstelle des Instituts für Psychologie der Universität Bern)

Jana Koutná Kostínková

Švýcarský Bern je příjemné místo k životu. Poklidnému městu dodává náboj horská řeka Aare, v níž můžete i surfovat. Inspirační místo je v psychotherapeutickém kontextu spojeno se jménem Klause Graweho (1943-2005), někdejšího profesorem na Universität Bern a zakladatelem Psychotherapeutische Praxisstelle při Institutu psychologie téže univerzity. Klinika založená v r. 1979 má bohaté zkušenosti pracoviště, které v sobě kloubí praxi, výzkum a vzdělávání budoucích terapeutů. V rámci evaluačních cest¹ projektu IKAPSY (Inovace výuky na katedře psychologie) jsme se s kolegyňami Kateřinou Novotnou a Martinou Černíkovou chtěly dozvědět, jak pracoviště s takovým záběrem funguje. Přinášíme několik postřehů, které mohou být inspirací pro propojování těchto tří oblastí - praxe, výzkumu a vzdělávání - i v našem kontextu.

Kliniku v současné době vede prof. Franz Caspar, uznávaný výzkumník i praktik, který stále terapeuticky pracuje s klienty. Pracuje zde 12 zaměstnanců a 2 stážisti – studenti, kteří jsou za svoji práci také placeni. Jsou pečlivě vybíráni a jejich stáž má podobu reálné praxe, kdy se učí především diagnostické postupy při přijímání klientů. Převážnou část terapeutické práce vykonávají terapeuti ve výcviku, kteří jsou pod supervizí klinických pracovníků - zaměstnanců kliniky. Jestliže přichází klient, jehož situace vyžaduje zkušenějšího terapeuta, ujme se jej některý z tzv. senior terapeutů. Ti se tak na klinice pohybují v několika rolích – diagnos-

tik, terapeut, mentor ve výcviku, supervizor.

Vzhledem k tradici místní terapeuti obvykle pracují podle Graweho konceptu psychologické terapie, která se řadí mezi integrativní přístupy. Je typická postupy založenými na výzkumných zjištěních z oblasti psychologie, neurověd a psychoterapie. Pro každého klienta vytváří individuální terapeutický plán založený na důkladné evaluaci klientovy situace, pracuje s jeho zdroji a sociálním kontextem.

Klinika přijímá klienty, kteří mají indikaci pro psychotherapeutickou léčbu a souhlasí s tím, že všechna sezení se nahrávají na kameru. Klienti si zároveň za léčbu platí, v poměru k ceně ostatních služeb je částka za jedno sezení obdobná jako u nás (140 CHF). Kromě klientů, kteří se na kliniku obrátí přímo, přichází ještě pacienti z psychosomatického programu místní nemocnice.

Před samotnou léčbou klient projde příjmovou procedurou zahrnující čtyři fáze. Nutno podotknout, že klient hradí i tuto část spolupráce s klinikou. Nejprve s ním je veden přijímací pohovor, v jehož rámci je sejmuta základní anamnéza a probrána motivace pro léčbu. Na další sezení je spolu s klientem pozván jeho významný blízký, s nímž je prozkoumáván klientův kontext ze systemické perspektivy. Třetí krok zahrnuje diagnostické interview podle DSM a čtvrtý sada dotazníků, které klient vyplňuje doma. Po tomto procesu se schází tým 5–6 lidí (diagnostici, stážista, klientův budoucí terapeut,

¹ Tato cesta byla realizována v rámci projektu OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost s reg. číslem CZ.1.07/2.2.00/15.0200 - IKAPSY. Projekt je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.



který je ve výcviku, a jeho supervizor) a společně klientovu situaci probírají z hlediska integrativní perspektivy a rozhodují se, kdo je pro daného klienta nejvhodnějším terapeutem. Klient pak dostává nabídku na spolupráci, kterou ale může odmítnout, a pak se hledají další možnosti pomoci. Domnívám se, že taková péče již před začátkem terapie zvyšuje klientův pocit důvěry v dané zařízení, o čemž svědčí i to, že drtivá většina klientů se zde terapii rozhodne podstoupit. Na prvním sezení pak klientův nový terapeut shrnuje výsledky příjmové procedury, stejně tak s ním probírá plán a cíle léčby. Průměrná délka terapie na klinice je 30 sezení.

Kvalita a vývoj terapeutických sezení jsou průběžně monitorovány - klient i terapeut po každém sezení vyplňují krátký evaluační dotazník o důležitých momentech, terapeutickém vztahu atd., na každém desátém sezení vyplňují rozsáhlejší baterii dotazníků. Klient také vyplňuje dotazníky po skončení terapie a po roce od jejího konce. Dotazníky jsou zpracovávány pomocí speciálního počítačového programu, takže terapeut se může před každým sezením podívat, jak klient hodnotil předchozí sezení a jaký je rozptýl mezi jejich vnímáním sezení. Terapeuti ve výcviku svoji práci samozřejmě pravidelně supervidují, a to po každém druhém sezení. Po rekonstrukci kliniky, kdy do místností přibude jednocestné zrcadlo, chtějí supervizoři pracovat s „online-supervizí“, kdy supervizor může dávat supervidovanému zpětnou vazbu již v průběhu terapeutického sezení s klientem, kterou terapeutovi pošle na obrazovku. Pro náš kontext to zní možná jako utopie, ale místní supervizoři mluví o tom, že bez přímých nahrávek sezení už téměř nepracují - chtějí vidět, jak skutečně terapeut pracuje, ne jen slyšet jeho verzi, co se na sezení dělo.

Pro potřeby kliniky byl vyvinut unikátní nahrávací program, který je uživatelsky velmi přívětivý - terapeut jen na začátku sezení stiskne tlačítko nahrávání. Jinak se nemusí o nic starat, vše je připraveno - dvě decentní kamery jsou namířeny na klienta a na terapeuta, záznam

je speciálním programem okamžitě zpracován a odeslán na několik úložišť. Záznam sezení je tedy dostupný ihned po konci sezení a je možné si jej pustit v různých místnostech kliniky.

Klíčovou součástí kliniky je čtyřletý výcvik budoucích terapeutů. Absolvování výcviku je poměrně velká investice, na kterou si frekventanti dokonce berou půjčky. Psychoterapeutické povolání je ve Švýcarsku upraveno zákonem a pro jeho výkon je kromě výcviku nezbytné pracovat dva roky v klinickém kontextu, takže cesta k psychoterapii je i zde poměrně náročná. Podmínky absolvování výcviku se liší od našich, v něčem jsou obtížnější - např. frekventant výcviku musí v jeho průběhu dokončit a supervidovat terapii s deseti klienty v celkové délce 400hodin. Naopak sebezkušenostní část vyžaduje „pouhých“ 200 hodin, které může frekventant naplnit v individuální a skupinové psychoterapii. Klíčovou součástí výcviku je supervize - důraz je kladen spíše na individuální, ale součástí programu je i supervize skupinová. Vzhledem k tomu, že jsou supervizoři také zaměstnanci kliniky, mají se svými supervidovanými opravdu těsný vztah: jejich vývoj jako terapeutů sledují pod každodenním drobnohledem.

Nahrávání sezení a jejich evaluace slouží jako zdroj dat pro zdejší výzkumný tým, který úzce spolupracuje s katedrou psychologie místní univerzity. Výzkumná témata, na která se v poslední době klinika zaměřuje, jsou např. efekt a proces terapie, terapeutický vztah nebo supervize.

Bernská klinika je díky své historii modelovým pracovištěm, málokterá klinika se může chlubit dvaceti lety kontinuálního nahrávání a archivování terapeutických sezení. Poctivost, se kterou místní terapeuti přistupují k neustálé reflexi své práce, ať už díky úzce spolupracujícímu týmu, častým supervizím nebo právě díky nahrávání sezení, pro mě byla velmi inspirativní. Zůstala ve mně ale otázka, jestli velká péče, kterou místní terapeuti v průběhu svého výcviku zažívají, je neochuzuje o zkušenost, jež je podle mého názoru důležitou součástí vývoje terapeuta: nejistota a následné hledání odvahy v ní setrvat.

SVĚTOVÁ PSYCHOANALÝZA V PRAZE

Václava Probstová



Slavnostní zahájení kongresu IPA prezidentem Charlesem Hanlym

Ve dnech 31. 7.–4. 8. 2013 se v kongresových prostorách pražského Hiltonu konal **48. světový kongres mezinárodní psychoanalytické asociace (IPA)**.

Po dlouhých 77 letech se tak světová psychoanalýza vrátila prostřednictvím 2200 psychoanalytiků z 30 zemí zpět do Čech. Ve svém velmi oceňovaném zahajovacím projevu hovořil prezident České psychoanalytické společnosti Martin Mahler o společenských a historických souvislostech české psychoanalýzy v průběhu 20. století, o okolnostech této dlouhé proluky. Kongres si nenechal ujít 96 účastníků z Česka (dostali jsme se tak na pomyslnou 6. příčku v počtu účastníků z jednotlivých zemí).

Odborný program kongresu zahájil přednáškou „Anatomie bolesti“ profesor Jan Sokol, který se tak zhostil na výbornou nelehkého úkolu uvést téma kongresu „**Facing the pain-clinical experience and the development of psychoanalytic knowledge**“ v širším filosofickém kontextu. Toto téma rozvíjely hlavní panely věnované tématům deprese, regulace afektů a symbolizace. Na ně navazovaly malé diskusní a pracovní skupiny, které měly výsostně pracovní charakter (vedení jedné z nich se ujala Marie Hošková). I když klinická práce zůstávala

hlavní doménou, řada témat kongresu ji přesahovala. Kongres se snažil dát i odpovědi na obecnější otázky, např. jaké místo přisuzuje bolesti a utrpení současná civilizace a jaké jsou možnosti a meze pozitivního vlivu bolesti v lidském životě, jaké jsou podoby lidské bolesti od jejích osamělých forem až po podoby kolektivního, politického násilí a zneužití moci. Kongresový program byl tak bohatý, že se

jen těžko dá vyzdvihnout jedna přednáška, panel, jedna osobnost. „Hvězdám“ světové psychoanalýzy jako je Ronald Briton, Michael Feldman, Glen Gabbard, Otto Kernberg, Franco de Masi, Elias da Rocha Barros, ale i dalším sekundovali kolegové publikačně třeba méně známí, kteří ale dokázali své poznání a úvahy o nevědomých mechanismech a procesech přinést ve velmi kvalitních příspěvcích (programový výbor v čele se Sverre Varvinem přijal zhruba třetinu přihlášených prací).

Z českého pohledu byly zajímavé panely věnované historii pražské předválečné psychoanalytické skupiny, dále odkazu Otta Fenichela, který ve své osobě spojil historii norské, české a severoamerické (Los Angeles) psychoanalýzy. Toto téma inicioval Michael Šebek, který se účastnil aktivně i dalších dvou panelů. Na panel „Psychoanalýza ve střední Evropě“, kde se čeští psychoanalytici (Mahler, Šebek, Probstová) spolu s maďarskými a polskými kolegy zamýšleli nad psychoanalytickou konceptualizací společné historie, vnější reality, obranných mechanismů a adaptivních strategií vůči této realitě, navazovala diskuse účastníků i z jiných zemí (Německo, Argentina, Chile). Václav Mikota, který byl jedním z dis-

kusantů závěrečného panelu, hovořil o tom, jak Kongres ukázal pestrost a diversifikovanost současné moderní psychoanalýzy.

Česká psychoanalytická společnost ve spolupráci s předními zahraničními psychoanalytiky při příležitosti kongresu nabídla doprovodné programy, které měly za cíl přiblížit psychoanalýzu české veřejnosti.

(The International Psychoanalytical Studies Organisation), kterého se zúčastnili kandidáti členských společností IPA. Kongres doprovázela i studentská část, v rámci které se studenti z celého světa mohli dva dny účastnit Kongresu; na to navázal den s předními světovými psychoanalytiky, pořádaný na FF UK. Na Kongres navazovalo symposium „Psychological Birth and Infant Development“ v rodném městě Sigmun-



Odhalení plakety Otto Fenichela v Lípové ulici. Uprostřed president ČPS M. Mahler, vlevo od něj Ch. Hanly, vpravo autorka článku V. Probstová.

Byla odhalena pamětní deska Otto Fenichelovi (Lipová 22), proběhla přednáška předního světového neuropsychoanalytika Marka Solmse o současném chápání snové práce. Součástí doprovodného programu byly výstavy Freudových spisů v Památníku národního písemnictví a Jiřího Slívy ve Společnosti Franze Kafky. Spojení české a americké psychoanalýzy byla věnována přednáška na Psychiatrické klinice, psychoanalýze, traumatu a umění byl zasvěcen večer v DOXu. Zahraniční účastníci ocenili filmové večery za účasti Jana Švankmajera a Jiřího Menzela.

Kongresu předcházel 22. kongres IPSO

da Freuda, v Příboře. Na tomto sympoziu převzali čestné uznání za podporu ČPS v minulých letech Haydeé Faimberg, Harold P. Blum a Léon Wurmser.

Poděkování patří všem členům a kandidátům, kteří se aktivně zapojili do příprav Kongresu. Odezvy z celého světa byly opravdu mimořádně pozitivní. Kongres se povedl a pro mnohé členy byl pomyslným vyvrcholením jejich úsilí o návrat české psychoanalýzy do IPA, pro nové členy a kandidáty to bylo významné povzbuzení v jejich práci pro zvýšení povědomí o psychoanalýze u nás.

odkazy: www.ipa.org.uk; www.cps.cz

KONFERENCE EVROPSKÉ ASOCIACE PRO GESTALT TERAPII

Jan Roubal

20.–22. 9. 2013 se v polském Krakově uskutečnila další tradiční, v pořadí již jedenáctá konference Evropské asociace pro gestalt terapii (EAGT). Konference se zúčastnilo více než 400 gestalt terapeutů z Evropy i mimoevropských zemí (z Česka dva). Odborný program zahrnoval přes 80 přednášek, workshopů a diskusních panelů. Zazněly také prezentace tří čerstvých knižních novinek: „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact“ (G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal, eds.), „The Now-for-Next

in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society“ (M. Spagnuolo Lobb), „Yes we care! Social, Political and Cultural Relationships as Therapy’s Ground, a Gestalt Perspective“ (G. Klaren, N. Levi, I. Vidakovic, eds.). Na odborný program navazoval program společenský, zvláště zajímavý byl galavečer v solném dole 300 metrů pod zemí. A opět se ukázalo, že komunita gestalt terapeutů se dokáže roztančit v jakémkoliv prostředí. Příští konference Evropské asociace pro gestalt terapii bude v roce 2016 na Sicílii.



ŽIŤ ZMYSLUPLNÝ ŽIVOT – DEŇ EXISTENCIÁLNEJ ANALÝZY A LOGOTERAPIE

Katarína Jablonská

V roku 2012 vznikla na Slovensku Spoločnosť pre logoterapiu a existenciálnu analýzu (SLEA). V návaznosti na čerstvý začiatok svojho fungovania usporiadali jej členovia dňa 26.10.2013 v Bratislave odbornú konferenciu s názvom Deň existenciálnej analýzy a logoterapie. Jej cieľom bolo predstaviť slovenskej odbornej verejnosti existenciálnu analýzu a logoterapiu ako samostatný psychoterapeutický smer naväzujúci na tradície V. E. Frankla a jeho žiaka, A. Längleho.

Konferencia sa konala v priestoroch Základnej školy pre deti so sluchovým postihnutím, pričom o pohostenie v školskej jedálni sa postarala kaviareň a chránená dielňa Zrnko. Študentská atmosféra sa niesla celou konferenciou. Veľkú časť účastníkov konferencie tvorila mládež, či už to boli študenti psychológie a pomáhajúcich profesií, alebo členovia taktiež novozaloženej Slovenskej asociácie študentov psychológie, ktorí využili túto príležitosť k svojmu predstaveniu sa odbornej verejnosti a propagácii časopisu pod taktovkou asociácie, E-mentálu. Priebeh konferencie bol rozdelený do dopoludňajšieho prednáškového bloku a popoludňajšieho workshopového bloku.

Konferenciu otvorila PhDr. Dana Krausová, predsedníčka a lektorka českej Spoločnosti pro existenciální analýzu a logoterapii s prírániami pre slovenskú SLEA-u. Prepojenosť českej a slovenskej SLEA-y sa tak niesla celou konferenciou prvým príspevkom počínajúc a bohatým výberom prednášajúcich z českej SLEA-y, vrátane predstavenia českého výcviku v logoterapii a existenciálnej analýze, končiac.

Už spomínaný hlavný cieľ kon-

ferencie - predstaviť verejnosti existenciálnu analýzu (EA) a logoterapiu, vyústil v edukačný charakter väčšiny príspevkov. Definície historických a teoretických východísk EA sa opakovali v niekoľkých prezentáciách. Tým sa nenaplnil potenciál rozšírenia obzorov odbornej verejnosti v oblasti existenciálnej analýzy a logoterapie a jej praxe, skôr bol miestami vyčerpaný poslucháč a vzhľadom na ospravedlňujúce komentáre i prednášajúci.

S podrobným popisom vývoja a teoretických východísk EA hneď na začiatku otvorila pásмо teoretických príspevkov PhDr. Jana Božuková, čestná predsedníčka a jedna zo zakladateľiek českej Spoločnosti pro existenciální analýzu a logoterapii. V svojom príspevku Existenciálna analýza – jej základy a cesta k dnešnému poňatiu, sa venuje odkazu V. E. Frankla, ktorý vo svojej dobe dopĺňa klasické poznanie Freudovskej analýzy o noetickú dimenziu vlastnú iba človekovi – dimenziu duchovnú. Tú charakterizuje sila, ktorá človeka uschopňuje k tomu, aby sa postavil danostiam vonkajšieho života, osudu, vlastného psychofyzičného, činil rozhodnutia a zaujímal k udalostiam,



svetu a seba postoje. To predpokladá, že človek považuje život za svoj vlastný a je jeho spoluvorcom. Dynamikou, ktorá vedie človeka k voľbe, a tým k uskutočňovaniu seba samého, sú potom jeho hodnoty, pričom vôľa k hodnotnému je vo svojej podstate vôľou k zmyslu. Zatiaľ čo EA sa zaoberá širším záberom existenciálnych tém, práve vôľou k zmyslu sa zaoberá logoterapia, čím sa stáva špeciálnou oblasťou EA. Širší metodologický základ pre logoterapeutickú prax vybudoval napríklad Franklov žiak, A. Längle, ktorého východiská a metódu osobnej existenciálnej analýzy (OEA, PEA) PhDr. Božuková stručne v príspevku priblížila. Príspevok následne uzavrela charakteristikou EA terapie ako prístupu so zvýšeným dôrazom na emocionálnu, vyzdvihujúcim minulosť, ktorá prispieva k hodnoteniu a porozumeniu človeka dnes. Považuje za vhodné tento typ terapie používať jednak v rámci salutogenézy, rozvoja osobnosti a sebeskúsenosti, ale najmä v psychoterapii strachu, depresie, hystérie, psychosomatických problémov, porúch osobnosti, závislostí a psychóz. V diskusii následne zazneli otázky pátajúce po účinnosti EA a taktiež po dôvodoch, prečo je EA tak málo rozšírená. PhDr. Božuková považuje účinnosť EA za „nesmiernu“, vo výskumoch nevychádza rozdiel medzi ostatnými smermi a EA a za dôvody, prečo je EA málo rozšírená, považuje najmä nedostatok publikačnej činnosti. Zaznela i otázka na prepojenie SLEA-y a Slovenského inštitútu logoterapie (SI-LOE), vychádzajúceho z logoterapeutického prístupu inej Franklovej žiačky, E. Lucasovej, pričom odpoveď indikovala, že vzťahy sú vlnité („vieme o sebe“).

Podobný bol i príspevok Smysluplné v existenciálne-analytické terapii PhDr. Dany Krausovej, predsedníčky českej SLEA-y. Zo zaujímavých myšlienok vyberám pripodobenie EA a kognitívne behaviorálnej terapie v ich zacielení na pacientovu schopnosť posunúť sa od zažívania príjemného za každú cenu do roviny zachádzania s nepríjemným (napríklad človek prežívajúci

panické ataky v MHD zažíva pocit úľavy pri vyhnutí sa tejto situácii, ale zároveň je frustrovaný, pretože to nikam nevedie, je neslobodný. Je potreba zacieliť na zbavenie sa vyhybania sa za každú cenu). Za užitočnú považujem i poznámka, že zmysel udalostiam nevkladáme, ale hľadáme: toto hľadanie je dané schopnosťou dobre sa dívať a načúvať, mať citlivé a vnímavé svedomie a kontakt s vnútorným a vonkajším svetom. Existenciálny dialóg vymedzuje ako posledný krok terapie s pacientom, ktorý má odbúrané traumy, emocionálne bloky, už spomínané citlivé svedomie a kontakt s vnútorným a vonkajším svetom. To núti položiť si otázku, do akej miery je psychicky nevyrovnaný človek schopný všetkých týchto podmienok a aká je teda vhodnosť tejto terapie pre klinických pacientov tak, ako to vymedzila PhDr. Božuková v svojom príspevku.

Zvyšné príspevky sa venovali Längleho teórii základných osobných motivácií z rôznych perspektív. V príspevku Existenciálna analýza v psychoterapeutickej praxi PhDr. Petra Klastová Pappová, PhD. popísala tieto štyri motivácie (môcť existovať v podmienkach života, mať život rád, chcieť byť sám sebou a hľadať zmysel) a venovala sa vymedzeniu jednotlivých duševných ochorení na základe predpokladaného deficitu na úrovni jednotlivých základných osobných motivácií. Duševné ochorenie vymedzila PhDr. Klastová Pappová ako zameranie sa na to, čo je príjemné, bez ohľadu na to, či je to zmysluplné. Príspevky Mgr. Martiny Vondrovej, lektorky SLEA ČR, a MUDr. Zuzany Matzovej, detskej psychiatricky, rozvinuli prácu s motiváciami v terapii s klientmi. Mgr. Vondrová v príspevku „*Jde o hodnoty*“ - *Existenciálně analytické pojetí systému hodnot a práce s hodnotami v terapii deprese a existenciálního vakua* vymedzila depresiu ako narušenú tretiu základnú osobnú motiváciu – vzťah k sebe, ktorý sa prejavuje ako dlhodobý pocit depresívneho človeka, že nie je dobre, že sa narodil. Existenciálne analytickú terapiu zameranú

na pestovanie prítomnosti a rovnováhy hodnôt kategorizovaných podľa Frankla na zážitkové, tvorivé a postojoyé považuje za veľmi účinný terapeutický nástroj v liečbe depresí a vyhorenia. MUDr. Matzová priblížila využitie EA a logoterapie v terapii detí, sústrediac sa na obecné, ale i špecifické zásady interakcie s deťmi a adolescentmi v psychoterapii, rovnako ako kazuistický prípad liečby pacientky založený na identifikácii deficitu v oblasti základnej osobnej motivácie.

Popoludňajší blok workshopov prebiehal v šiestich skupinách, z ktorých dve sa týkali predstavenia výcviku v EA a logoterapii (PhDr. Dana Krausová, PhDr. Martin Wagenknecht), ďalšie sa venovali hraniciam a možnostiam pomoci prostredníctvom psychoterapie (PhDr. Petra Klastová Pappová, PhD.), prevencii syndrómu vyhorenia v psychoterapeutickej praxi (Mgr. Zuzana

Hitková), schopnosti naplno „vidieť“ (Mgr. Lenka Urbanová) a práci s hodnotami v terapii depresí (Mgr. Martina Vondrová), ktorý som si vybrala ja. Workshop sebeskúsenostne predstavil techniky používané pri liečbe depresí a venoval sa kazuistike.

Príspevky boli zamerané prevažne teoreticky, osobne mi chýbalo priblíženie aktuálnych výskumov v oblasti existenciálne analytickej psychoterapie najmä v rámci Českej a Slovenskej republiky (ak nejaké existujú), ale i vo svete, napríklad týkajúce sa jej účinnosti či oblastí a možností využitia. Napriek tomu verím, že konferencia mala zmysel ako míľnik budovania existenciálne analytickej odbornej verejnosti na Slovensku a jej ďalšie ročníky budú úspešnejšie v presnej časovej i obsahovej organizácii príspevkov.

Katarína Jablonská je studentkou magisterské psychologie FSS MU.

MEDICÍNA V KOSTCE PRO PSYCHOLOGY A PSYCHOTERAPEUTY

Köhler, Thomas: Medizin für Psychologen und Psychotherapeuten.

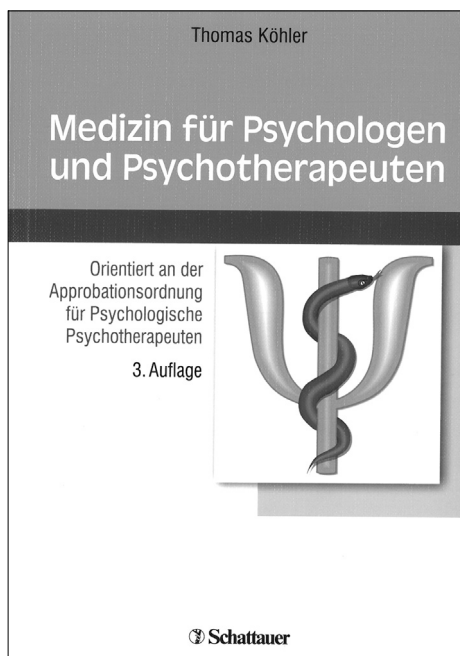
3. vydání, Stuttgart: Schattauer GmbH, 2014, s. 359. ISBN 978-3-7945-2933-9

Jan Vymětal

Recenzovaná publikace, která je učebnicí pro psychology, připravující se v rámci postgraduálního vzdělávání na zkoušky z psychoterapie, je „medicínou v kostce“. Obsahuje ve značné (a pochopitelné) zkratce poznatky vyučované na lékařských fakultách v rámci preklinické a klinické výuky a je nutné zdůraznit, že se jedná pouze o „základy základů“ medicíny, potřebné pro psychoterapeuty v klinické praxi, získávající touto cestou kvalifikaci pro provádění systematické léčby psychologickými prostředky, hrazené současně německými zdravotními pojišťovnami.

Autorem učebnice je Thomas Köhler, pracující jako vysokoškolský pedagog (docent) na Psychologickém institutu hamburské univerzity. Jedná se o muže více titulů a rozsáhlého vzdělání: je doktorem medicíny a filozofie, diplomovaným psychologem a matematikem. Pro nás je kniha zajímavá i tím, že odbornou veřejnost upozorňuje na problematiku vzdělávání budoucích psychoterapeutů – nelékařů, pro které je požadavek po elementárních znalostech z lékařské terminologie, po poznání způsobu myšlení lékaře, včetně klinického minima (z minima) požadavkem pochopitelným a pro vykonávání účinné a bezpečné léčby předpokladem nezbytným. Naši kliničtí psychologové si předchozí osvojují během své praxe a specializační přípravy, ústící ve složení atestace z klinické psychologie. Teprve potom se mohou smysluplně vzdělávat v psychoterapii a stát se kvalifikovanými psychoterapeuty, jejichž práce je hrazena zdravotními pojišťovnami.

Recenzovaná práce pokrývá zejména oblasti anatomie (včetně neuroanatomie), fyziologie, imunity, genetiky, tělových systé-



mů a oblast vybraných poruch zdraví, s nimiž se v praxi psychoterapeut častěji setkává.

Kniha je členěna do třinácti kapitol, závěrem nalézáme poznámkový aparát, soupis použité a doporučené literatury, věcný rejstřík.

Celou práci čtenářkám a čtenářům přiblížíme alespoň výčtem kapitol: (1) Stavba nervového systému – neurologické choroby, (2) Smyslové systémy – bolest a léčba bolesti, (3) Vytváření vzruchů a jejich přenos – základy psychofarmakoterapie, (4) Biologické základy a biologická léčba psychických poruch, (5) Vegetativní nervový systém – endokrinní systém a endokrinní choroby, (6) Srdce, oběhový systém – ledviny – mo-

čové cesty – dýchací aparát, (7) Trávicí systém – příjem potravy a jeho regulace, (8) Krev – orgány krvetvorby – imunitní systém, (9) Sexualita a rozmnožování, (10) O-mamné látky a jiné psychotropní substance, (11) Genetika, (12) Časně vznikající tělesné a duševní poruchy – ranný dětský autismus – deficit pozornosti/porucha hyperaktivity (ADHD), (13) Vybrané biopsychologické metody: zobrazovací postupy a elektroencefalografie (EEG).

Jedná se o logicky členěnou, přehlednou a srozumitelně napsanou učebnici. Pokud nejsme lékaři či nám chybí zevrubnější zdravotnické vzdělání, je třeba mít po ruce při četbě lékařský slovník. Za každou kapitolou nalezneme souhrn všeho, co je nutné znát s ohledem na zkoušku.

Osobně si na recenzované publikaci cením zejména toho, že na relativně malém počtu stran se přístupnou formou dozvíme mnoho o věcech, potřebných pro psychoterapeuty – nelékaře. Je zřejmé, že autor má s výukou a psaním odborných knih bohatou zkušenost. Při kritickém pohledu (a i ten by měl být součástí každé recenze) lze upozornit, že je zde malá pozornost věnována vývojovému hledisku, jež nezbytně patří do lékařských i psychologických věd. Psychoterapeuti nelékaři by také jistě uvítali, pokud by byli více poučeni o psychických projevech převážně somatických poruch zdraví (např. mozkových nádorů), což je významné pro správnou indikaci léčby psychologickými prostředky. Samostatnou kapitolu pak rozhodně zaslouží psychosomatická medicína, mající v Německu mnohaletou tradici a vysokou úroveň. Vzpomeňme jen dysfunkce štítné žlázy, mnohé gastrointestinální potíže...

Závěrem si dovolím krátkou poznámku: v Německu, stejně jako u nás, převládají v oboru psychologové (přesněji psycholožky). Do r. 1999 byla v německém zdravotnictví praxe, kdy psychoterapii mohli „na pokladnu“ provádět i nelékaři (zejména psycholožky a psychologové), kteří mu-

seli být ke každému jednotlivému případu delegováni (pověřeni) ošetřujícím lékařem nemocného a tuto delegaci pak schvaloval posudkový lékař – což učinil v naprosté většině případů. Léčba psychologickými prostředky tak byla dostupná potřebným lidem v širokém rozsahu. Radikální změna pak nastává ve zmíněném roce 1999, kdy v Německu vstupuje v platnost psychoterapeutický zákon, jenž uznává jako vědecky podloženou a akceptovanou pouze hlubinně psychologicky fundovanou psychoterapii, psychoanalýzu a behaviorální terapii – a žádnou jinou. Pouze psychoterapeuti (lékaři a psychologové) takto orientováni mohou nyní po splnění kvalifikačních požadavků a patřičných zkoušek provádět v Německu psychoterapii hrazenou zdravotními pojišťovnami. Tak došlo k vyloučení většiny množství lékařských i nelékařských psychoterapeutů z praxe a u některých psychoterapeutických směrů i k menšímu zájmu o vzdělávání a členství v odborných společnostech. Psychologové si pak musí dle nových předpisů doplnit své vzdělání o lékařské minimum, k čemuž je určena i recenzovaná učebnice. Výsledkem této reglementace pak je, že v Německu shledáváme nedostatek psychoterapeutů, jejichž péči mají nemocní hrazenou zdravotními pojišťovnami, čili čekají na tuto formu pomoci po mnoho měsíců, pokud se ovšem nerozhodnou vyhledat léčbu jako samoplátci. Předchozí skutečnosti jsou pro nás poučné a varovné. Vraťme se však k recenzované publikaci.

Při celkovém zhodnocení lze konstatovat, že recenzovaná práce odpovídá všem požadavkům kladeným na učebnice. Pokud by u nás vznikla potřeba po obdobně zaměřené publikaci, jistě lze doporučit překlad této kvalitní učebnice do češtiny.

*prof. PhDr. Jan Vymětal
Ústav pro humanitní studia v lékařství
1. lékařská fakulta UK v Praze
Karlovo nám. 40
128 00 Praha 2*

POEZIE V LÁTEŘENÍ

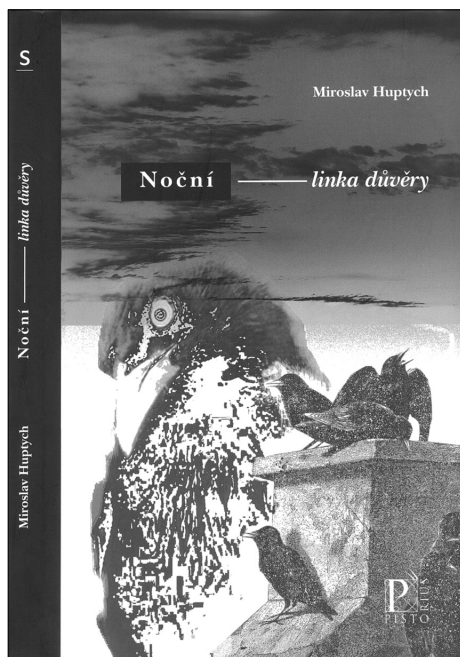
Miroslav Huptych: Noční linka důvěry. Příbram: Pistorius & Olšanská, 2012. (Ve sbírce je vložen plakát se zhruba sto padesáti gregeriemi a aforismy)

Zbyněk Vybíral

*„Jaký kus ticha si kdo ukrojí / s takovým
půjde spát.“*

Sbírka **Noční linka důvěry** vydaná v roce 2012 nakladatelstvím Pistorius & Olšanská vznikala – alespoň zčásti – za služeb autora na lince důvěry a v krizovém centru. Huptych pracoval dlouho se středoškolským vzděláním (zdravotní bratr), sbíral zkušenosti na patologii, pracoval na psychiatrii, dlouho v krizovém RIAPSU a posléze v terapeutické komunitě pro léčbu drogově závislých. Zároveň byl vždy literátem, básníkem, kolážistou, sběratelem a neúnavným čtenářem starých literárních časopisů, svého druhu literárním pábitelem (oprava pravopisu mi slovo změnila na „vábitelem“), organizátorem v pražské básnické a prozaické komunitě. Tedy: byl a stále je. Absolvoval psychoterapeutický výcvik, vystudoval arteterapii na Jihočeské univerzitě, dnes je předním arteterapeutem s vlastní originální metodou a šéfredaktorem časopisu Arteterapie. Neznám nikoho jiného, kdo by tak těsně propojoval téměř celý svůj produktivní život psychoterapii, další formy pomoci druhým s ustavičnou uměleckou tvorbou, v Huptychově případě každodenní. Až se chce napsat s tvorbou „všedodenní“, protože jeho všední den vždy patřil (do) umění: dnes sklízí plody své neuvěřitelně systematické a pilné všednodenní práce (brzká předranní vstávání, aby ho rodina netušila): vystavuje koláže (včetně zahraničí), stojí za řadou editorských počínů – spoluuspořádal např. Antologii české poezie. Sám je řazen mezi nejvýznamnější české současné básníky. (Právem.)

První část sbírky, čtyřiatřicet básní, nabízí příběhově poetickou paletou s barvami lid-



ské samoty. Lidské touhy navázat spojení. A když to nejde, vylije si zlost volající na terapeutovi: Tys „...mě svýma kecama dorazil / kreténe!“ Básník vytváří hvězdnou oblohu poetična nad rozpojováním a odpojováním se. Nad ubližováním. Nad smrtí, šílenstvím paranoidních hlasů a vidin. Nad agresí. Nad lidským dnem. Nad „ani-nedutáním“ dítěte, jehož rodiče se hádají, vraždí, rozcházejí. Nad touhou po sexu a po lásce. Nad přivoláváním smrti, která odvede nejníže zbitého do milosti snů. Je to **noční** linka. Je o strachu. Všechny příběhy, které básník přetavil do slok (které svlékl z bolesti žité a navlékl do bolavého obleku Poezie; nikoliv do bolestínství), jsou poznamenány tmou, svítí jim na cestu k uchu naslouchajících

měsíc a Luna chrání balancující, aby se nezabili pádem do němoty.

Zliterationským prvkem je kromě jiných prostředků (jako jsou tropy, tretky, slovní brože, rytmy, aluze, odkazy, obrazy, řeční...), které autor bravurně ovládá, drobný příběh. Nemyslím příběh jako anekdoty či anekdotické situace; spíš mám na mysli příběh částečně tušený a skrytý, který je více *za básní*, než v ní; ale nebyl by *za básní*, kdyby zároveň nebyl v ní. Myslím příběh zároveň dostatečně naznačený na to, aby se nás dotkl. Takový, jaký uměl do veršů vložit Holan a Seifert, Holub, Šiktanc, Mikulášek. Takové příběhy tvoří žebra české poezie minulého století, která právě Huptych dostal příležitost naservírovat na prkýnko století tohoto. Možná na máry. Ale ony se ukazují, že se hodí za taneční parket pro živý rej! Dnes se daří klipu, skeči a tajtrlíkování, žebra byla příběhům zpřelámána. I pro tuto resuscitaci je zvláště první oddíl Noční linky důvěry tak silný (a tak tradiční).

Huptychův příběh v básni je přitom nejenom tradičně lyricko-epický (více lyrický), ale je také náležitě, místy, bizarní (ženě začaly růst na prsou macešky), je kolážový, a přitom je v něm i ona próza zdánlivě bez ozdob. Báseň vznikla při volání osamělých lidí. Takto tvořil příběh Seifert např. v *Halleyově kometě* – příběh ze vzpomínky. Je zde všední den (či spíše noc), věčnost a poučenost historií poezie. To, co Huptych dělá s různými a rozdílnými tradicemi v české poezii – může připomenout činění Jana Švankmajera. Poezie a umění vévodí skutečnosti, ta ustoupila, je zkřížená s nepravděpodobností, nebo je z ní *vydestilována* nepravděpodobnost. Copak náš život není často – nepravděpodobný?

Hlavní Huptychův nástroj tvoří téměř celoživotně koláž. Reprezentující jeho produkci mimo poezii (kalendáře tvořené kolážemi, knižní ilustrace, koláž jako terapeutická technika) se nemohla neobtěhnout i do kadlubu literárního a poetického. On se totiž autor sám již dávno stal koláží, takže nemůže nepsat i poezii – kolážově.

Je možné sledovat jednotlivé elementy shlukující se do často zvukomalebných sousloví, např. figurky: sjezd preclíkářů, pitvání plukovníků, klobásníka, profesora povětrnosti, drnohryzy, tajnosnubné brebtaly (= aluze na Huptychovu třetí sbírku). V myslích bláznících a někdy blábolících volajících v první oddílu se proměňují „suity kmocháčků“ a vůbec: „stará Bela“. Někdy jsou malebnost opakovaných a rytmizovaných zvuků, refrénovitost a ozvěny užitých slov výraznější: „Ale co s jinovatkou? / Jít jinam?“ nebo „Skutečnost je skotačivá“ nebo „a holečkové / co tě nechali na holičkách“; jindy se ovšem zvukovosti autor nepřizpůsobí, vyhne se lacinému či nabízejícímu. Koláž a poetičnost totiž není vše. Důležitější je výpověď.

Koláž hodně svádí k tajtrlíkování, rozvernosti či rozšafnosti v básnění – a Huptych se ho nebojí. Patří k němu, dává mu prostor, směje se, zesměšňuje, křiví, opíčí se, maskuje (se), tančí, vtahuje nás do (slovní a příběhové) maškarády. Když čteme, jsme na hostině Literatury. Tančíme na márách. Kolem láteří opuštění a básníkovi v jejich slzách cinkají verše. Tmelem mezi verši je komičnost – ale je hodně vážná, je to vážná komičnost soustředěného kejklíře.

Ale to všechno jsou jen nástroje, to je jen breviář, jen útržky a výstřížky života. To by ještě nebyla velká poezie, kterou Huptychova tvorba, zdá se mi, je. Co si bláznění umocňuje. Do básní mu nahlíží smrt, bilance, zúčtování, prázdno existence, strach a děs, škleb nad marností; básně jsou věnovány osudům s jejich křížovatkami a kolejem, jež jako by nešlo odklonit. Zejména ve druhé části sbírky to nejsou jen cizí volající, kteří se přiblížili k uchu básníkovi bizarním příběhem, ale je to básník sám: „Odedávna se předbívám / myšlenkami na finále / Jitro otvírám s vědomím / že se již připozdívá“. No ano, připozdívá se. A Huptych toho nejenom udělal tolik, ale stále tvoří!

Miroslav Huptych, mohu-li to vyrazit, je hodně tolerantní člověk. Jeho široké srdce obsáhlo přátelství s tolika literáty a zná-

mosti s tolika protichůdci, že to až zaráží. Neznamená to ale, že Huptych nemá názor a že je tohoto názoru jeho poezie ušetřena. Naopak. Jeho poezie unese i fízla, poseru a hajzla. Báseň mu poslouží jako literární nosič k tomu, aby na něj nahrál, co si myslí o vymydlených lebkách nebo škatulkářích, kteří přiřívají diagnózy horkou jehlou.

V podstatě vyšla sbírka o životě. Vyšla z krizové intervence, z psychotherapeutického nastavení – ale nenechala se odborností svázat. Naopak. Předhodila toto nastavení, tuto zkušenost literární komunity jako jednu z možných realit. Je to sbírka sur-reálná, surrealistická, sbírka surová, sbírka = pocta SURu (české psychoterapii), sbírka o ži-

votě, jehož součástí je vždy smrt, sbírka karnevalově rozstříkující imaginaci i usebraně bilancující – v nezbytné sebeironii. „Stálo za to mlet pantem.“

Pročítal jsem sbírku opakovaně, mnohé básně čtyřikrát, tři čtyři jsem slyšel přečíst autora. Prožil jsem si nad ní moc hezké večery (a někdy i noci) – s nočním „linkem“ na Huptycha, naladěm na něj s důvěrou, že na žádné stránce ne že nelže, ale že neselže. (Jako básník s ontologickým citem.) A on ve své páté básnické sbírce možná že lhal, ale neselhal.

P.S. Podstatnou a samostatně ucelenou část sbírky tvoří zaznamenané sny (jedním slovem krásné) a vnořený arch s gregeriemi / aforismy.

INTERAKČNÍ PSYCHOLOGICKÝ VÝCVIK PRO PRAXI. NOVÉ HRY PRO VÝCVIKOVÉ SKUPINY

Marek Kolařík, 2013, 124 stran. Praha: Grada.

Jana Doubravová

Kniha je volným pokračováním autorovy předcházející publikace *Interakční psychologický výcvik* (Grada, 2011), v níž je detailně zpracován teoretický úvod k obecným principům skupinové dynamiky i k jednotlivým druhům her.

Celkem 174 her je systematicky řazeno do tematických okruhů. U každé hry je připojen návod ke způsobu zpracování, který má podobu inspirace. Jednotlivé techniky se liší svou náročností na čas, na angažovanost účastníků i na atmosféru soudržnosti a důvěry ve skupině. Je tak možné zvolit optimální variantu podle typu skupiny a jejího aktuálního stavu. Autor opakovaně zdůrazňuje, že je vždy odpovědností vedoucího zvážit vhodnou modifikaci hry, její délku i způsob reflexe.

První část knihy nabízí některé méně obvyklé, někdy až překvapivé hry zaměřené na seznamování se ve skupině, zapamatování si jmen účastníků, první sebeprezentaci v rámci skupiny. Na to navazuje skupina her aktivizujících či zklidňujících, kde opět najdeme inovované i zcela neotřelé techniky. Následná kapitola se zabývá hrami podporujícími uvědomělou spolupráci, komunikaci, skupinovou soudržnost.

Sekvence témat koresponduje s obvyklým procesem vývoje výcvikové skupiny a vytváří logický základ pro nosné téma – sebepoznání. Tyto hry podněcují především schopnost uvědomit si a vyjádřit svůj názor

a pocity, ale také naslouchat vyjadřování ostatních a respektovat jejich pocity.

Největším přínosem publikace je zařazení hraničních témat netypických pro zpracování ve skupině (rozvod, sex, lež v rodině, smrt). Autor konstatuje, že tato témata, ač emočně silná a společná nám všem, jsou obvykle ve skupinové práci potlačovaná a odkazovaná do soukromí individuální terapie. V reálném životě se s nimi však setkáváme právě v situacích sdílení a prožívání. Ve výcvikové skupině tedy nejde o terapii, ale o pěstování schopnosti komunikovat, být v kontaktu, přiznat si a přijmout vypjaté emoce.

Určitou nevýhodou může být téměř učebnicová návaznost na první knihu, která se takto stává spíše prvním dílem uceleného komplexu. Poznatky tam uvedené jsou nezbytné i pro následnou publikaci.

Autor se vedením výcvikových skupin zabývá dlouhodobě, což se, spolu s jeho hlubokými teoretickými znalostmi, pozitivně odráží na způsobu zpracování dané problematiky. Prezentuje se jako člověk zkušný, otevřený k sobě i druhým, ochotný nejen vést, ale i pracovat na sobě.

Kniha je přehledně členěná a psaná srozumitelným jazykem. Stává se tak kvalitním praktickým průvodcem pro klasickou skupinovou práci. Její prvky však lze využít i při individuální, partnerské či rodinné terapii.

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

Délka příspěvků:

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

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

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

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem (jde o souhrn obsahu v rozsahu 10–15 řádků), a to v če i ENG
4. Seznamem literatury
5. Připojte velmi stručný medailón autora (resp. nejdůležitější údaje) – v rozsahu do 10 řádků. Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržení pokynů pro autory.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu WORD, ať už jsou zaslány jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz či doručeny na poštovní adresu

časopisu na el. médiu. Stránku textu tvoří **zpravidla** 30 řádků (řádkování 2) po 60 úhozech a velikosti písma 12. **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce. Stránky číslete. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora, a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy: (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory. Má-li práce tři a více autorů, lze uvést pouze prvního a zkratku „et al.“. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání: nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže).

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

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

Citace práce více autorů:

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

Odkazy na několik zdrojů:

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

Přímá citace textu autora (při přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): Někdy se považuje za důležité připomínat, že „zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165 *nebo* Mackewn, 2004:165 – zvolte jednotně jeden tip odkazů v celém článku).

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

Vzory záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Knihy [uvádějte i podtitul]:

Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

Článek v časopise [dva letopočty v závorce „(1936/2002)“ uvádějte jen tam, kde je důležité zdůraznit rok první publikace textu]:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného, nebo nástroj poznání? *Psychiatrie*, 7(4), 290–300.

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

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

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

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

Další pokyny:

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