

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 8. ročník, 2014, číslo 3

Vychází třikrát ročně, dvojčíslo má zpravidla dvojnásobný rozsah.

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

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

Jakub Hučín – soukromá psychotherapeutická praxe, Praha

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

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

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

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

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

MUDr. Jan Roubal (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, 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. – psychotherapeutická praxe, Praha

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

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

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

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická 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] 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. Tereza Škubalová, Mgr. Rafal Marciniak, Mgr. Barbora Petránková,

Mgr. Michal Čevelíček

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) romhyt@gmail.com, tel. 549497970

Adresa redakce:

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

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

Uzávěrka čísla 3/2014 byla 31. 10. 2014, recenzní řízení bylo uzavřeno 24. 11. 2014. Vychází v prosinci 2014.

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

Roman Hytych - - - **181**

TEORIE / THEORY

Filip Abramčuk: Integrativní body-psychotherapie I.: teoretická východiska (Integrative body-psychotherapy I.: theoretical base) - - - **182**

Jakub Kuchař: Momenty setkání a další koncepty Daniela Sterna a Bostonské skupiny (Moments of meeting and other concepts of Daniel Stern and the Boston Change Process Study Group) - - - **194**

VÝZKUM / RESEARCH

Vondráčková, P., Mazáková, T., Roubalová, A., Vacek, J.: Vztahová vazba klienta v psychotherapeutickém procesu (Client attachment in psychotherapeutic process) - - - **201**

PRAXE / PRACTICE

Zbyšek Mohaupt: Co s tímto žákem? Zkušenosti supervizora ve středním školství (What to do with this student? Supervisors experience in secondary education) - - - **216**

DISKUSE / DISCUSSION

Jan Poněšický: Psychodynamika, psychobiologie a terapie deprese (Psychodynamics, psychobiology and therapy of depression) - - - **223**

Jan Vymětal: Ocenění významného německého psychotherapeuta Karlovou univerzitou - - - **228**

KONFERENCE / CONFERENCE

Pertránková, B., Čevelíček, M.: Psychosomatická konference Liberec - - - **230**

RECENZE / REVIEWS

R. Bild, I. Gómez (2014): An Unwanted Journey (Roman Hytych) - - - **233**

J. Read, J. Dillon (Eds.).(2013): Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis (David Skorunka) - - - **235**

G. Nardone, P. Watzlawick (2012): Umění změny – krátkodobá terapie osobních a mezilidských problémů (Martina Fuchsová Bělecká) - - - **239**

S. Titl (2014): Psychoanalytická párová terapie (David Holub) - - - **241**

Kosová, M. a kol. (2014): Logoterapie – Existenciální analýza jako hledání cest (Miroslava Štěpánková) - - - **245**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

5. Mezinárodní psychoterapeutické sympóziu

Výcviky Vzdělávání v psychoterapii

Hlavní přednášející:

Bernhard M. Strauss (DE)

Maria Gilbert (UK)

Omar Gelo (IT/A)

21.-23.5.2015

Představitelé více než 20 výcvikových institutů

Workshopy různých terapeutických přístupů

Postery o vzdělávání v psychoterapii

Těšit se můžete na:
reflexe, zkušenosti,
vize a trendy vzdělávání
u nás i v zahraničí

Místo konání:

Fakulta sociálních studií

Joštova 10, Brno

Svolavatelé: Zbyněk Vybíral, Jan Roubal
Přípravný výbor: Jana Kostínková, Lenka Maruniaková



Bližší informace:
<http://psychoterapie.fss.muni.cz>
info.symposium@gmail.com



I EDITORIAL

Milí čtenáři,

ačkoliv se k vám poslední letošní číslo pravděpodobně dostane až po vánočních svátcích, věřím, že vás texty v něm obdarují a snad i přinesou inspiraci do nového roku. Předzvěst svátků vyvolává očekávání. Jejich plně prožití však vyžaduje schopnost naplno vychutnat atmosféru přítomného okamžiku. Síla přítomného okamžiku je též tématem úvodních textů letošního závěrečného čísla. Filip Abramčuk vymezuje teoretická východiska Integrativní body-terapie, v níž tělesnost klienta a terapeuta hraje důležitou roli. Tělesně zakotvené prožívání je pak vždy bezpečnou cestou k přítomnému okamžiku. Text nám připomíná důležitou roli tělesnosti v terapii. Jakub Kuchař se věnuje momentům setkání a dalším obohacujícím konceptům z dílny Davida Sterna a Bostonské skupiny analytiků. Momenty setkání odkazují na vztahovost a intersubjektivitu, která se vždy odehrává ve skutečnosti tady a teď (present moment). Mysl je vždy zakotvená v určité situaci a článek poukazuje na souvislost s pracemi Franciska Varely a Antonia Damasia.

Publikovaný explorační výzkum z pera kolektivu pražských autorů je pozváním k připravovanému tematickému číslu. Jak článek, tak tematické číslo pro rok 2015 jsou věnovány využití konceptu vztahové vazby v psychoterapii. Do výzkumu bylo zahrnuto

61 klientů psychoterapie ve věku 18–25 a autorský kolektiv zjišťoval souvislost mezi zjištěným typem vztahové vazby a chování klientů v průběhu psychoterapie. Jaká zjištění výzkum přinesl? Najdete v rubrice výzkum ☺. V rubrice praxe najdete text od Zbyška Mohaupta, ve kterém sdílí svoji zkušenost se supervizí v českém školství. Jsem velmi rád, že se autor do zpracování supervizní zkušenosti ve školském systému pustil, jelikož jej osobně považuji za důležité vzhledem ke společenskému dopadu vzdělávání. Jsem přesvědčen, že si učitelé supervizní péči a vzdělávání zaslouží a že jim v jejich povolání může v mnohém pomoci. Třeba poskytnout bezpečný prostor pro sdílení profesní zkušeností a potíží, čehož je v českém školství, na rozdíl od rostoucí byrokracie, stále nedostatek.

Nerecenzovaná část čísla je tentokrát také široká. Najdete v ní zprávu z psychosomatické konference, připomenutí význačného německého profesora psychoterapie z pera význačného profesora českého, delší zamýšlení nad depresí od Jana Poněšického a širokou paletu recenzí. Tentokrát mne dvě z recenzí dokonce přiměly poříditi si recenzovanou knihu a připravit si tak vánoční dárek.

Vážení čtenáři, přeji vám příjemné čtení a vše dobré v roce 2015

12. 12. 2014, Brno Roman Hytych

INTEGRATIVNÍ BODY-PSYCHOTERAPIE I.: TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Integrative body-psychotherapy I.: theoretical base

Filip Abramčuk

ABSTRAKT:

Práce s tělem v psychoterapii má své kořeny sahající k W. Reichovi. V současné době je pro ni typická velká různorodost škol a přístupů. Integrativní body-psychotherapie je zde prezentovaná v jejích teoretických východiscích. Její vznik je poměrně nedávný. Hlavními pilíři je bioenergetika A. Lowena, syntéza charakterové analýzy, psychoanalytické teorie objektivních vztahů a tělových přístupů S. Johnsona, přístup založený na všímavosti R. Kurtze a také vlivy z biosyntézy D. Boadella a formativní psychologie S. Kelemana. Krátce je zde popsána koncepce osobnosti dle Lowena, pojetí energie v těle a její uvolňování ve formě impulsu ze self a důsledky jejího zadržování v podobě tělesných bloků. Je vysvětlen pojem charakterové struktury a jejího vzniku v obecné i konkrétní podobě. Nakonec je představeno použití všímavosti způsobem improvizovaných experimentů a tzv. sond.

Klíčová slova: integrativní body-psychotherapie, na tělo zaměřená psychoterapie, všímavost, bioenergetická analýza, charakterová analýza

ABSTRACT:

Working with the body in psychotherapy has roots coming up from W. Reich. Today a great variability among different schools and approaches is typical for it. The Integrative body-psychotherapy is presented in its theoretical base. Its origin is quite recent. The main pillars are A. Lowen's bioenergetics, S. Johnson's synthesis of character analysis, psychoanalytical object relations theory and body approaches, R. Kurtz's mindfulness based approach, and also influences from D.

Boadella's biosynthesis and S. Keleman's formative psychology. Shortly described is the concept of personality of Lowen, the concept of energy in the body, releasing it through impulses from the self and impacts of holding it in the form of blocks in the body. It is explained the concept of character structure and the development of it in general and concrete way. Finally it is introduced the use of mindfulness in the way of improvised experiments and so called probes.

Key words: integrative body-psychotherapy, body-oriented psychotherapy, mindfulness, bioenergetic analysis, character analysis

ÚVOD

O integrativní psychoterapii zaměřené na tělo (integrativní body-psychotherapii, dále jako IBP) jsme v českém prostředí již nedávno slyšeli. V 2. čísle časopisu Psychoterapie z roku 2013 byl publikován článek kolegy Macháčka (2013), který stručně nastínil podstatu tohoto přístupu, jehož jsme oba stoupenci. Jeho text představuje stručný historický původ body-psychotherapie, zmínku o teoretických východiscích IBP, zhodnocení předností a rizik tohoto přístupu a ilustrativní kazuistickou ukázkou. Tento článek dále rozvíjí v rovině teoretické koncepce IBP (kterou bude následovat článek věnovaný psychotherapeutickému procesu s kazuistickými ukázkami).

BODY-PSYCHOTERAPIE, JEJÍ PŮVOD A ŠKOLY

Body-psychotherapie je svébytnou oblastí poměrně různorodých psychotherapeutických přístupů, které jsou postaveny na předpo-

kladu funkční psychické a tělesné jednoty v osobnosti člověka a na možnosti přímé práce s tělem (tj. včetně použití dotyku). Je to přístup řídit se psychotherapeutickými principy a je včleněn do široké rodiny psychotherapeutických přístupů. Evropská asociace pro body-psychotherapii (EABP), která je členem Evropské asociace pro psychotherapii (EAP), sdružuje různé instituty zaměřené na práci s tělem, poskytuje etický kodex, vydává mezinárodní časopis, pořádá konference, zaměřuje se na výzkum, garantuje odbornou kvalitu výcviků registrovaných institutů. Podobné nadnárodní asociace existují také v Severní a Jižní Americe a v Austrálii.

Ačkoliv tělem se psychotherapie zabývala od samého začátku (P. Janet, S. Freud a problematika hysterie s mechanismy konverze), když nahlédneme do učebnic psychotherapie, je evidentní, že v psychotherapeutickém prostředí převažují ty přístupy, které s tělem explicitně nepracují. Počátky využívání práce s tělem v psychotherapii bývají spojované především s kontroverzní osobou Wilhelma Reicha (1897–1957). Reich uvedl do psychotherapie možnost **přímé** práce s tělem (tj. také použití terapeutova dotýkání se klienta), zabýval se ztělesněním obranných mechanismů, vznikem a vývojem charakterové struktury jedince. Zjistil, že obranné mechanismy se nevědomě manifestují rovněž tělesně a nazýval to svalovým krunýřem, se kterým dál tělesně pracoval. Svými pozdějšími postupy se však odborně i osobně zdiskreditoval (Boadella, 2013a).

Historie psychotherapie je provázena vývojem postoje psychotherapeutů k tomu, zda a jak s tělem pracovat v psychotherapii. Young a Westland (2013) v tom vidí vztah terapeuta ke svému stínu (v pojetí Jungova archetypu). Tento stín se projevoval v samotných terapeutických koncepcích (zahrnujeme práci s tělem nebo ne?) a v institucionální rovině (kdo je a kdo není přijatelný v komunitě psychotherapeutů?). Samotná rehabilitace Reichova díla nastala až později zejména díky Davidu Boadellovi (2013a).

Nicméně toto schizma kolem přijetí práce s tělem je v psychotherapii jako oboru přitomno dodnes.

Ke stigmatizaci body-psychotherapie přispívaly také způsoby práce post-reichian-ských škol, které nebyly z dnešního pohledu vždy etické a profesionální. Hlubší reflexe a prozření z idealizace tělové práce započala až v 90. letech 20. století. Mezi stíny body-psychotherapie patří jednak povětšinou reflektovaná rizika (zneužívající dotyk, re-traumatizace, zhroutení obran, nevhodná regrese), ale také rizika neuvědomovaná (např. pocit výjimečnosti tělového přístupu, kompetice mezi školami, opovrhování empirickým ověřením, anti-intelektualismus) (Young, Westland, 2013).

K diskuzi o tom, zda propojování tělesné a verbální roviny je podstatné či ne dodávají podněty i některé neurovědecké poznatky, které se týkají problematiky vědomí a nevědomí (Solms, Turnbull, 2014). Podle nich se ukazuje, že tělo (pocit, vjemy z vnitřního prostředí člověka) je zdrojem základního (primárního) stavu vědomí, tj. „*nejzákladnějšího ztělesnění našeho vlastního já*“ a „*aktuálního stavu našeho já*“ (Solms, Turnbull, 2014, s. 96), a to skrze funkce mozkového kmene (rozšířený retikulární a talamický aktivační systém – RRTAS). Zatímco reflektující (sekundární) vědomí je zase spojené s funkcí jazykových oblastí levé mozkové hemisféry a prefrontálních laloků. Obě roviny v jedinci na sebe nasedají a kooperují.

Výzkum body-psychotherapie se navzdory zmíněnému antipatickému postoji začal pozvolna rozvíjet. Vliv na tento obrat mělo především ustanovení komise pro vědu a výzkum při EABP. Seznam výzkumných studií na stánkách EABP čítá cca 70 položek (stav k červenci 2014). Přehledově ukazují dosavadní výsledky výzkumu May (2005) a Röhricht (2009). Nicméně přesvědčivější srovnávací a meta-analytické výzkumné studie zatím chybějí. Zmíním zde stručně dlouhodobou kvantitativní studii Margit

Koemeda-Lutzové a jejího týmu (Koemeda-Lutz et al., 2008), jež se týkala efektivity body-psychotherapeutické péče o ambulantní pacienty. Výzkum trval několik let (1998–2005) ve Švýcarsku a v Německu, zahrnoval 124 psychotherapeutů pracujících v 8 různých modalitách¹ a 342 jejich pacientů. Po prvních 6 měsících psychotherapie byla na všech použitých škálách (SCL-90, Beckova škála deprese a úzkosti, Seznam psychosomatických potíží, Inventář interpersonálních potíží, Škála self-efficacy) prokázána změna k lepšímu na úrovni malé až střední velikosti efektu, do ukončení psychotherapie (max. ale 2 roky) se ukázala velikost efektu na všech škálách velká (0.80–0.96), kromě self-efficacy, kde byla nižší (0.41). Čím delší byla terapie, tím větší bylo zlepšení. Výsledky byly sledovány ještě 1 rok po ukončení terapie.

Psychotherapeutických škol, které pracují s tělem, je v současnosti celá řada (Barshop, 2005; Young, nedatováno, tab. 1). Je důle-

¹ Bioenergetika, Biosyntéza, Hakomi, Biodynamika, Unifivní psychotherapie, Na klienta zaměřená verbální a tělová psychotherapie dle Geiserové, Integrativní body psychotherapie dle Rosenberga, Na tělo zaměřená psychotherapie dle Downinga.

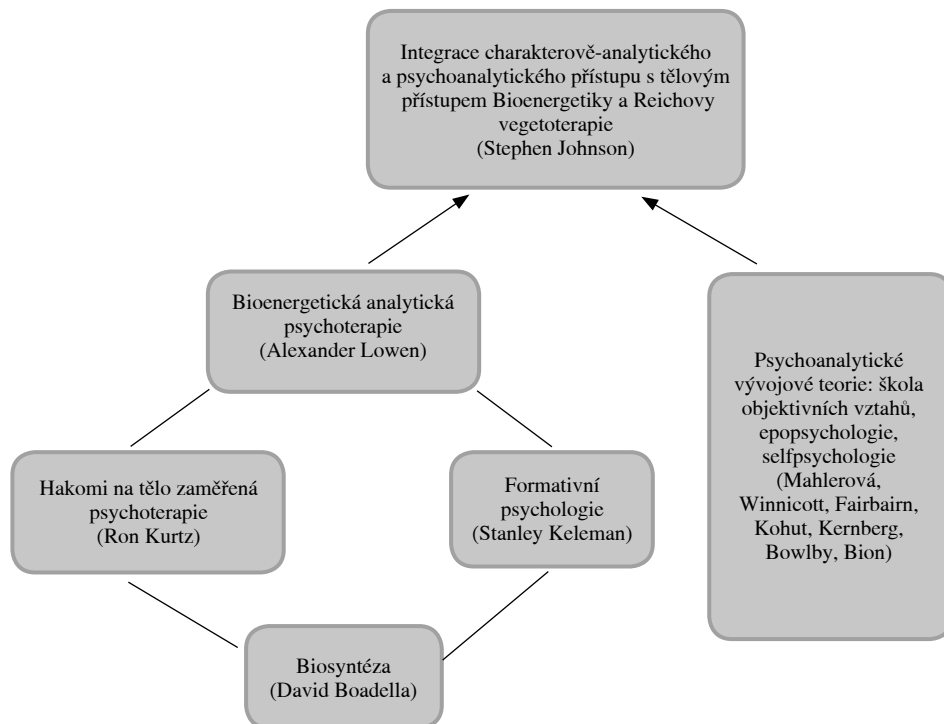
žitě učinit následující rozlišení. Na rozdíl od široké škály tzv. body-terapií (např. fyzioterapie, masáže, Alexandrova technika, Feldenkreisova metoda, Rolfing a mnoho dalších), které s tělem mohou pracovat dokonce zručněji a intenzivněji, zahrnuje body-psychotherapie obvyklé aspekty psychotherapie, jako jsou vývojová teorie, teorie psychopatologie, teorie procesu atd.

Zformování IBP odráží současný trend k integraci a eklekticismu v psychotherapii (Lambert a kol., 2004). Lze ji chápat jako asimilativní integraci (Vybíral, 2010) myšlenek bioenergetické analýzy a psychodynamického přístupu, které jsou eklekticky doplňované dalšími směry, což přináší paletu nástrojů tělových, verbálních, externalizačních, imaginačních a všímavostních. V systematickém přehledu současných psychotherapeutických škol (Vybíral a kol., 2010) nalezneme některé směry pracující s tělem (bioenergetická analýza, hakomi, biosyntéza, PBSP, biodynamická psychotherapie, body terapie, body psychotherapie, taneční terapie), ale integrativní přístupy v body-psychotherapii se v něm nevyskytují. V nejnovější české učebnici psychotherapie (Vybíral, Roubal, 2010) je body-psychotherapie za-

Tab.1 Nejrozšířenější body-psychotherapeutické přístupy

Reichiánská charakteroanalytická vegetoterapie (Wilhelm Reich)	Radix psychotherapie (Chuck Kelley)
Neo-Reichiánská psychotherapie (Nick Totton, William West)	Unitive psychotherapie (Jay Stattman)
Biodynamická psychotherapie (Gerda Boysen)	Biodynamická analýza (Lisbeth Marcher)
Bioenergetická analýza (Alexander Lowen)	Organismická psychotherapie (Malcolm Brown)
Biosyntetická psychotherapie (David Boadella)	Pesso-Boyden psychomotor systém (Albert Pesso)
Hakomi psychotherapie (Ron Kurtz)	Psychomotor terapie (Ajiaguerra)
Core-energetická psychotherapie (John Pierrakos)	Rubinfeld synergy (Ilana Rubinfeld)

Obr. 1 Teoretická východiska integrativní body-psychotherapie



stoupena biosyntézou, PBSP a ve zkratce také bioenergetikou a psycho-organickou analýzou².

Autorem zde prezentovaného integrativního přístupu v body-psychotherapii je Richard Hoffmann, německý psycholog a psychoterapeut, který v Čechách pod záštitou ČAPZT (Česká asociace pro psychotherapii zaměřenou na tělo) pořádá body-psychotherapeutické výcviky od začátku 90. let a je autorem knihy Bioenergetická cvičení (Hoffmann, Gudat, 1993)³. Jeho přístup se vyvíjel od spíše biosyntetického a bioenergetického pojetí práce s tělem k postupnému zakomponování teorie objektivních vztahů a vši-

mavosti až k současnému pojetí IBP⁴. Pojetí IBP dle Hoffmanna je mladý přístup, teprve se usazující a tudíž jeho nevýhodou je dosavadní neexistence vlastního základního textu a empirického ověření.⁵

TEORETICKÁ VÝCHODISKA V „INTEGRATIVNÍ BODY-PSYCHOTERAPII“

Pojetí IBP dle Hoffmanna, které budu dále prezentovat, vzniklo spojením následujících psychotherapeutických přístupů a konceptů (obr. 1).

² Autorem je Paul C. Boysen, jedná se o spojení psychoanalýzy a psychotherapie zaměřené na tělo.

³ Kromě toho na české scéně rovněž působí Český institut Biosyntézy a skupina Biodynamické psychotherapie (bez vlastní asociace).

⁴ Názvem podobná Integrative Body Psychotherapy Jacka L. Rosenberga z USA (IBP Central Institute, nedat.; Rand, nedat.) se na rozdíl od naší koncepce IPB opírá původně o Gestalt terapii (původní název zněl Gestalt Body Psychotherapy) a nezapouje Hakomi přístup.

⁵ Základní literaturu tvoří knihy od Johnsona (1987, 2006, 2007), Lowena (1967, 2002), Kurtze (2005), Kelemana (2005), Schroeterové a Thomsonové (2011).

Nosnou kostru poskytuje bioenergetické pojetí charakterových tělesných typů, s typickým držením těla a blokádami proudění životní síly či energie (Lowen, 2002). Další opěrným bodem jsou biosyntetické poznatky o vzniku a vývoji těchto blokády ve vztahu k buněčným zárodečným vrstvám, které se v jedinci projevují jako vzájemně propojené funkční části jeho osobnosti a se kterými lze pracovat jemně diferencovanými principy (Boadella, 2013b). K tomu se přidávají poznatky o pulzaci v těle, která se děje od buněčné úrovně až po úroveň psychickou, a o typických místech v těle, kde se blokády pulzace objevují (Keleman, 2005). Hakomi přístup (Kurtz, 2005) přináší možnost pracovat se všímavostí a zvyšovat tak citlivost na vnitřní dění, zároveň ukazuje na možnosti práce s tzv. sondou (viz model procesu), která oslovuje přímo vývojový deficit a umožňuje evokovat a prožívat tělesnou rezonanci⁶ v klientovi.

Propojení charakterologického a bioenergetického pohledu s psychoanalytickými poznatky o vývoji jedince umožňuje zejména syntetizující přístup Johnsona (2006, 2007). Jeho výběr pojmů a teorií zahrnuje zejména tyto (Johnson, 2007): falešné self jako podstata charakterové struktury, která blokuje projev skutečného já a holding jako podpůrný rys prostředí a primární figury pečující o dítě s dostatečným mateřským zaujetím (Winnicott), odrážející dále kompenzační způsob držení těla; fixované vnitřní objektní vztahy (Fairbairn), které vystihují způsob vnitřního vztahování v dospělosti v rámci charakterových typů; teorie separace a individuace (Mahlerová) upřesňující počátek vytváření specifické vývojové struktury s ohledem na vnitřní konflikt týkající se deficitu vývojové potřeby; attunement (vytunění) týkající se vztahu dítě – matka, výklad narcistické poruchy osobnosti a smysl selfobjektů (Kohut); principy štěpení jako

raného obranného mechanismu a pohled na hraniční organizaci osobnosti (Kernberg); význam primární rané vazby mezi dítětem a matkou (Bowlby); princip kontejnování⁷ (Bion) jako součást zpracování afektivního materiálu dítěte matkou ve vztahu matka – dítě, odkazující na tělesný proces s podřízením si energie v těle.⁸

OSOBNOST A CHARAKTEROVÁ STRUKTURA

Osobnost jedince podle IBP si pro zjednodušení můžeme představit jako **trojúhelník**, jehož jednotlivé vrcholy symbolizují jeho **tělo – myšlení – emoce**. V terapii se tyto tělesné pocity, impulzy, myšlenky, vnitřní monology a hlasy, emoční prožívání, nálady a afekty společně snažíme poznávat, vyjadřovat, propojovat, integrovat do nového celku. Vrcholky trojúhelníku odpovídají třem zárodečným vrstvám: ektoderm, endoderm, mezoderm, z nichž se naše tělo a jeho funkce utváří a jež mohou, ale také nemusí být dobře propojené (Boadella, 2013b). V druhém případě takový stav zažívá jedinec jako tělesný a emoční blok, nebo jako myšlenkové omezení.

Lowen (2002) pracoval s **modelem osobnosti ve formě vrstev**, které připomínají slupky cibule (obr. 2). Systematicky popsal proces uvolňování tzv. impulzu z jeho epicentra, prožívaného jako skutečné já (obr. 3).

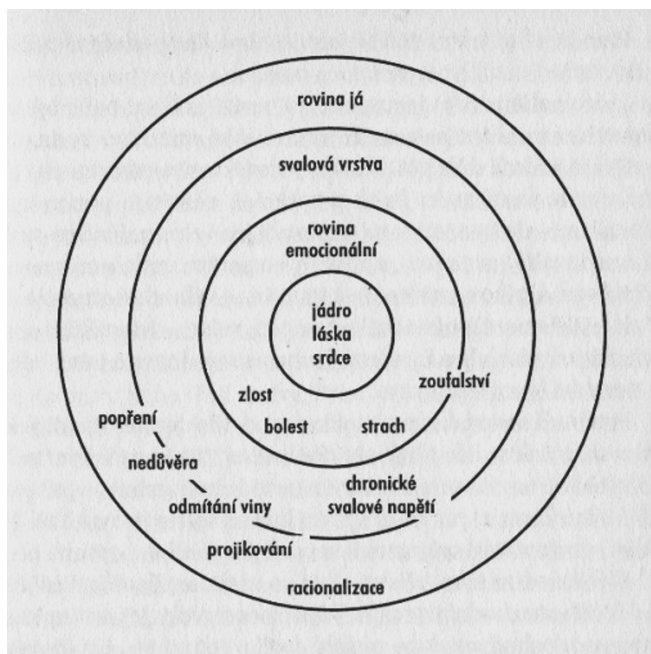
Impulz vychází z našeho pravého já, pramene lásky a vztahování se ke světu a k sobě. Prochází vrstvou emoční a svalovou, jež jsou spolu těsně provázány ve formě spletenců emocí a tělesných reakcí a poci-

⁷ Kontejnování při práci s tělem spočívá ve zvyšování kapacity těla pojmout prožívané impulzy (tělové, s emoční složkou) a nechávat je projít při udržení všímavosti, k čemuž se dostáváme uzemňováním těla při prožívání zahlučujících emocí, zpřítomňováním se všímavostí k dechu a k tělu.

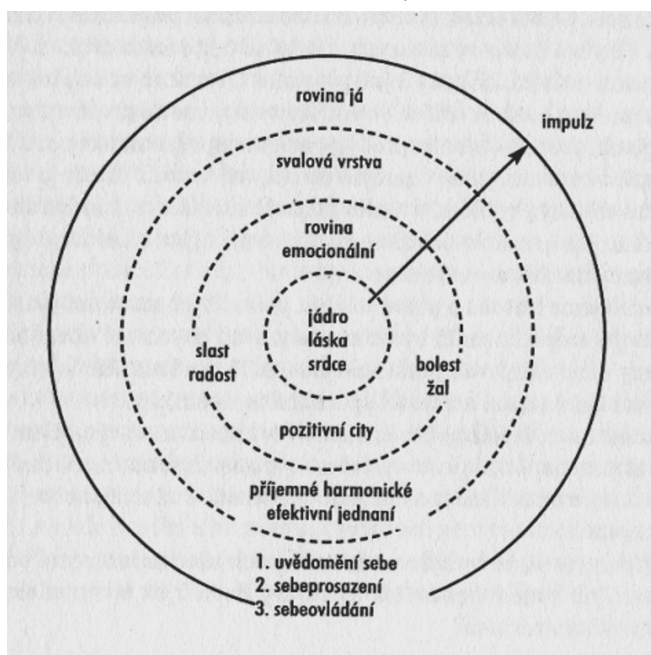
⁸ Zájemce o detailnější popis zmíněných pojmů odkazuje z důvodu nedostatku místa zde v článku na literaturu Johnsona, popř. na původní psychoanalytická díla.

⁶ Somatická rezonance vystihuje všímavě prožívanou tělesnou reakci či reakce na verbální obsah, tělesný projev, vztahovou kvalitu ve vztahu k druhému člověku.

Obr. 2 Vrstvy osobnosti



Obr. 3 Uvolňování impulsu



Tab. 2 Obecné principy držení (těla) u charakterových typů

CHARAKTEROVÝ TYP	ZPŮSOB DRŽENÍ
schizoidní	držení se pohromadě (holding together)
orální	držení se na někom, něčem (holding on)
symbiotický (borderline)	držení se od sebe (holding apart)
psychopatický (narcistický)	držení se nahoře (holding up)
masochistický	držení uvnitř (holding in)
rigidní (falicko-narcistický, hysterický, pasivně- femininní, maskulinně- agresivní)	držení se zpět (holding back)

Tab. 3 Fáze vzniku charakterové struktury

sebe-potvrzení	instinktivní pulzace, expanze a kontrakce
negativní odezva prostředí	původní exprese životní síly je zablokována chováním rodičů, které neuspokojuje potřebu dítěte
reakce organismu	hněv, strach, zármutek jako signál pro rodiče, aby zastavili frustraci, přináší vnitřní zmatek do nehotového ega dítěte
sebe-negace	dítě se přidává k prostředí, aby zastavilo vnější frustraci a také vnitřní afekt, negace původního impulsu i sekundární reakce organismu, obranné mechanismy se zapojují
proces přizpůsobení	adaptace na sebe-negaci i na vnější frustraci, investice do falešného self a do ego-ideálu, ego-syntonní/dystonní prožívání, povznesení se nad své přirozené já, své nenaplněné potřeby a nezvládnuté emoce, charakterologický kompromis (viz dále „iluze“)
iluze kontrakce	čemu dítě věří, že dosahuje, pokud jsou jeho přirozené síly blokovány
iluze uvolnění	čeho se dítě obává, že zažije, když by své přirozené síly uvolnilo

tů. Zcela na povrchu se nacházejí obranné mechanismy, kterými se často navenek ukazujeme. Svalová vrstva se na obranných mechanismech podílí, podporuje je a zároveň chrání nás před vrstvou emocí ležících pod ní, které se neodvažujeme projevit. Impulz volně prochází (v ideálním případě) všemi vrstvami: prožíváme ho, tělesně vyjadřujeme a prožíváme přitom sebe ve formě seberealizace, sebeprosazení nebo sebeovládání.

Energie impulsu v těle směřuje od nabití k vybití na periferii těla, ale na své cestě může být blokována (Lowen, 2002). Typickými bloky bývá pánevní dno, klouby, bránice, hrud, bedra, krk a šíje, oční oblast a mnoho dalších. Energií zde myslím jednak prožívané afektivní nabuzení, na tělesné ro-

vině se jedná o prokrvení a transport zejména kyslíku. Blok v tomto smyslu je svalové stažení, sevřenost, znemožnění prokrvení, volného dýchání, pohybu částí těla a taktéž spontánního prožití různých emocí.

Zadržovaný impuls neumožňuje nasměrování a vybití energie, městná se, způsobuje bolest, chronifikuje se na duševní i tělesné rovině. Tento proces a výsledný stav je různý v závislosti na deficitech vývojových potřeb v raném dětství a je s ním spojeno charakteristické **držení těla** (Lowen, 2002), které vyplývá ze způsobu adaptace na základní vývojový konflikt či konflikty (tab. 2). Neustále svým tělem vzdorujeme gravitaci a zároveň naše tělo je do značné míry fluidní a pulzující (Keleman, 2005) a podléhá

vnitřním vlivům, takže jsme to my, kdo jej do značné míry (de)formuje.

Výsledný **charakterový typ** či **charakterová struktura** tedy odráží vývojový deficit, spojený s vnitřním konfliktem a ukazuje na nalezený kompromis na psychické a tělesné rovině. Johnson (2007) poukazuje na **míru strukturovanosti** (funkčnosti ega) u každého typu, tedy osobnost níže strukturovanou a osobnost vysoce strukturovanou.⁹ Nikdo není čistým typem, zároveň každý typ představuje **kontinuum v míře deficitu**, od těžkého po pouze lehký (od poruchy osobnosti, přes neurotický charakter, po charakterový styl).

V praxi sotva najdeme čistý typ, jelikož jsme všichni hledali nasycení svých vývojových potřeb a to se nám každému podařilo ve větší či menší míře. Jsme spíše takovou „skládankou“ i na tělesné rovině, ačkoli určitá struktura může určovat převažující ladění.

Johnson (2006, 2007) Lowenovu teorii charakterových typů systematicky zkoumal a propojil s psychoanalytickými vývojovými teoriemi, zejména s teorií individuace a separace Mahlerové (2006). Každá vývojová potřeba je spojená s určitou fází vývoje v raném dětství a to jednak v období před utvořením stálosti objektu v dyádě s matkou (do 3 let věku) a dále také v období pozdějším, tzv. oidipálním (do 6 let věku) v triádě s oběma rodiči (Johnson, 2006).

VZNIK CHARAKTEROVÉ STRUKTURY

Původním sebevyjádřením organismu je pulzující pohyb roztážení a stažení (Kelman, 2005). V případě lidského jedince se jedná o naplňování potřeb a o kontakt s vnějším prostředím, při kterém buduje vnitřní strukturu s rysy nezávislosti a sebe-

určení. Vývojové potřeby dítěte z hlediska charakterové analýzy můžeme chápat jako sekvenci klíčových a kvalitativně odlišných fází, které lze také chápat jako právo či nárok lidského jedince vyvstávající z jeho organismické úrovně existence. Dle formulace Johnsona (2006) se jedná o právo na existenci, právo mít potřeby, právo oddělit se a být sám sebou, právo být autonomní, právo být asertivní a právo sexuální milovat.

V případě, že projev a naplnění dané vývojové potřeby je chronicky narušován, hovoříme o vzniku charakterové struktury. Její vznik lze shrnout do několika kroků (Johnson, 2006, tab. 3). Pokud je dítě v naplňování svých potřeb výrazně a opakovaně frustrováno, jeho organismus své impulzy inhibuje za pomoci svalových stahů, identifikuje se s nároky prostředí a dochází k formaci určitého charakteru (falešného self).

Výsledné falešné self je tak tím nejlepším pokusem o řešení vývojového konfliktu v daném vztahovém prostředí a je možné v něm zachytit vývojově dané zvláštnosti každého charakterového typu (Johnson, 2006, tab. 4).

U každého charakterového typu nalezneme specifický způsob používání a zneužívání svého těla spolu s interakčním stylem v mezilidských vztazích (Smith, 2007). Interakční styl se odráží rovněž v přenosových jevech během psychoterapie v závislosti na charakterové struktuře klienta a psychoterapeuta (Leites, 1976).

VŠÍMAVOST

Všímavost (mindfulness) je v současnosti populární fenomén, který je v psychologii a medicíně zkoumán přibližně od počátku 80. let 20. století. Je převzatý původně z buddhistické meditační praxe. Všímavost je vymezována jako kultivovaná pozornost volně zaměřená na přítomný okamžik prožívání, bez hodnocení, bez reagování, pouhá registrace dění. Lze ji rozvíjet různě, např. pomocí dechu, všímavými způsoby dělání běžných věcí (mytí, jídlo atd.), praktikováním meditace. Koncept všímavosti zača-

⁹ Odhad míry strukturovanosti a funkčnosti ega je důležitým indikátorem aplikace konkrétních postupů IBP a odvíjí se od ní také terapeutova opatrnost, modifikace či dokonce neaplikování některých postupů IBP (např. silně expresivních) zejména u níže strukturovaných osobností.

Tab. 4 Vývojové zvláštnosti jednotlivých charakterových typů

	schizoidní	orální	sympiotický
sebe-potvrzení	mám právo existovat	mám právo potřebovat	mám právo se ohraničovat a oddělit
negativní odezva prostředí	nepřátelství, chlad	deprivace	odtažitost, panika
reakce organismu	strach, destruktivní hněv	všepohlcující hněv	panika
sebe-negace	nemám právo existovat	nepotřebuji	nechci se oddělit
držení těla	ztuhlost kloubů, krku, bránice, zkroucení páteře, vystrašený nebo nepřítomný pohled	zadržování čelistí, hrdlem, pažemi, zrazená touha v očích	zůstávání v klidu, zadržování dechu, udržování nevyvinutého, nedostatečného těla
proces přizpůsobení:			
kompromis ega	budu žít, aniž bych cítil své tělo, svět budu kontaktovat prostřednictvím svých myšlenek	budu žít, aniž bych ke světu vztahoval ruce a kontaktovat jej budu skrze ustupování a čekání	budu žít prostřednictvím někoho jiného, skrze zaplétání se
charakteristické chování	intelektualizace, spiritualizace, odtažitost	romantizování, toužení, lpění, kolaps	závislost, lpění, stěžování si, strach z odloučení
ego-ideál	budu výjimečný	budu milovat a dávat	budu loajální
iluze kontrakce	mým životem je moje mysl, myšlení, výjimečnost, můžu žít skrze ně	nemám potřeby, dávám a potřebuji mne	jsem v bezpečí, pokud jsem s tebou
iluze uvolnění	budu sprovozen ze světa	budu opuštěný a bezmocný	budu opuštěný a bezmocný
	psychopatický	masochistický	rigidní
sebe-potvrzení	mám právo být autonomní	mám právo mít vlastní vůli	mám právo milovat, být milován a milovat sexuálně
negativní odezva prostředí	ponížení, využívání, nebo oboje	porážka, invaze	odmítnutí, nebo svedení a odmítnutí
reakce organismu	bezmocný vztek	vzdorovitý vztek	vážné ublížení
sebe-negace	nepotřebuji podporu	jsem tvůj	nemůžu milovat

držení těla	zadržování ramen, hrudníku, tlak v abdomenu, ostražitý pohled	zadržování stehny, pánevním dnem, šíjí, obličejem (úsměv), trpící oči	zadržování povrchem těla, pánví, rozhodnou čelistí a smutným zrakem
proces přizpůsobení:			
kompromis ega	budu žít, aniž bych se cítil bezmocným a svět budu kontaktovat skrze kontrolu užitečnosti	budu žít, aniž bych se snažil potvrdit svoji nezávislost a svět budu kontaktovat skrze přehnanou poddajnost	budu žít bez lásky a svět budu kontaktovat tím, že se udělám přitažlivým (výkonem či zjevem)
charakteristické chování	manévrování, intriky, úskočnost, výkonnost	příjemný, obětavý, sebezpodceňující, ambivalentní, plačtivý, pasivně provokující	dosahuje výsledky, přitažlivý, soběstačný
ego-ideál	chci být na vrcholu	chci být dobrý	chci být dokonalejší a přitažlivý
iluze kontrakce	sám dokážu cokoliv, co si budu přát	budu milován, pokud budu dobrý	budu milován, pokud budu dokonalejší a přitažlivější
iluze uvolnění	budu využívaný, manipulovaný, ponížený a bezmocný	budu poražen a ponížen	budu odmítnut, jestliže plně otevřu své srdce

ly inkorporovat různé nové psychoterapeutické přístupy, např. MBCT¹⁰ (Crane, 2009), DBT¹¹ (Swales, Heard, 2009), ACT¹² (Flaxman et al., 2011), satiterapie (Frýba, 2002).

Jak bylo výše řečeno, každý charakterový typ vykazuje specifickou vývojově danou adaptaci osobnosti (včetně držení těla) plynoucí z deficitu z raných vztahů s primární figurou (rodičem). Kurtz (2005) ukazuje, že při uvedení klienta do stavu všímavosti můžeme pomoci tzv. sondy s těmito deficity

týkajícími se jádra (self) zajímavě pracovat. Stav všímavosti se vyznačuje způsobem pozornosti. Ta je nehodnotícím způsobem zaměřena na vlastní prožívání, myšlení, jednání, které se děje v současném okamžiku a které pouze pozorujeme, nebráníme se mu, nejednáme z něj (Kurtz, 2005).

Sonda je experiment, který představuje evokovaný zážitek, jehož průběh klient všímavě pozoruje a je mu účasten. Sonda je vlastně esence deficientní potřeby a vnáší do těla specifickou tělesně pocitovou a emoční rezonanci. Sondy v důsledku vybudují nevědomý materiál, který se manifestuje tělesnými pocity, emocemi, představami, myšlenkami, jež klient ve stavu všímavosti může zachycovat, prožívat, sdílet. Obvykle má formu věty, která vyjadřuje něco zásadního pro kliento-

¹⁰ Mindfulness-based cognitive therapy (česky: na všímavosti založená kognitivní terapie)

¹¹ Dialectical behaviour therapy (česky: dialektická behaviorální terapie)

¹² Acceptance and commitment therapy (česky: terapie založená na akceptaci a závazku)

Tab. 5 Sondy specifické pro charakterové typy

charakterový typ	sondy
schizoidní	Vše v tobě je lidské. Patříš sem. Je v pořádku cítit.
orální	Jsem tu teď pro tebe. Budu tě podporovat. Pomůžu ti být silným.
symbiotický	Můžeš se ode mne oddělit a cítit se celistvě. Můžeš se ode mne oddálit a já tě v tom budu podporovat. Pomohu ti zvládnout samostatný život.
psychopatický	Je v pořádku být zraněný. Můžeš určit odstup mezi námi. Vážím si tě.
masochistický	Vezmi si čas. Je v pořádku být rozhněvaný. Můžeš se změnit.
rigidní	Jsem na tvé straně. Nemáš zapotřebí mě uspokojit. Jsi v pořádku takový, jaký jsi.

vo deficitní self. Může mít i formu dotyku, pohybu, změny postury. Příklady sond pro jednotlivé charakterové typy jsou následující (tab. 5).

ZÁVĚŘ

Silnou stránkou IBP je, že může pracovat poměrně vyváženě na tělesně experienciální rovině a také na rovině verbální a vztahové. Omezení IBP kromě výše zmíněných stínů také plyne z experienciálního způsobu učení ve výcviku založeném na ztělesnění (embodiment) znalostí a dovedností. Terapeutova efektivita je potom v praxi do značné míry ovlivněna kvalitou kontaktu se svým vlastním tělem.

Pojetí Hoffmannovy IBP je pragmatického původu, založené na zkušenostech svého tvůrce a teprve čeká na hlubší a kritické propracování, stejně tak na empirické ověření. Plodným směrem také bude vymezení body-psychotherapie obecně vůči psychosomatické, hledání provázanosti a specifického přínosu.

LITERATURA:

- Barshop, C. C. (2005). Body Psychotherapy Modalities. *Journal Articles and Online Sources. The USA Body Psychotherapy Journal*, 4 (2), s. 71–87.
- Boadella, D. (2013a). Wilhelm Reich: průkopník nového myšlení. Praha: Malvern.
- Boadella, D. (2013b). *Životní proudy*. Praha: Triton.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Hove: Routledge.
- Flaxman, P., Blackledge, J. T., Bond, F. W. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features*. Hove: Routledge.
- Frýba, M. (2002). *Principy satiterapie*. Praha: Atelier satiterapie.
- Hoffmann, R., Gudat, U. (1993). *Bioenergetická cvičení*. Praha: Portál.
- IBP Central Institute. (nedat.). Integrative Body Psychotherapy. About IBP. Získáno 17. září 2014 z <http://www.ibponline.org>
- Johnson, S. M. (1987). *Humanizing the Narcissistic Style*. New York: W. W. Norton & Company.
- Johnson, S. M. (2006). *Charakterová proměna*

- člověka. *Terapeutický přístup k raným poruchám*. Brno: Computer Press.
- Johnson, S. M. (2007). *Charakterové typy člověka. Terapeutická léčba raných poruch*. Brno: Computer Press.
- Keleman, S. (2005). *Anatomie emocí. Emoce a jejich vliv na lidské tělo*. Praha: Portál.
- Koemeda-Lutz, M.; Kaschke, M.; Revenstorf, D.; Scherrmann, T.; Weiss, H.; Soeder, U. (2008). Evaluation of the Effectiveness of Body Psychotherapy in Outpatient Settings (EEBP): A Multi-Centre Study in Germany & Switzerland. *Hakomi Forum*, 19–20–21, 113–122. Získáno 5. března 2014 z: <http://www.eabp.org/backup/research/Koemeda.htm>
- Kurtz, R. (2005). *Body-Centered Psychotherapy. The Hakomi Method*. Mendocino: LifeRhythm.
- Lambert, M. J.; Garfield, S. L.; Bergin, A. E. (2004). Overview, Trends, and Future Issues. In Lambert, M. J. (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. vyd.). New York: John Wiley & Sons, 805–821.
- Leites, A. (1976). *Countertransference. A Characterological Approach*. New York: Institute for the New Age.
- Lowen, A. (1967). *The Betrayal of the Body*. New York: Macmillan.
- Lowen, A. (2002). *Bioenergetika. Terapie duše pomocí práce s tělem*. Praha: Portál.
- Mahlerová, M. S.; Pine, F.; Bergmanová, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
- Macháček, J. (2013). Integrativní psychoterapie zaměřená na tělo. *Psychoterapie* 7 (2), s. 93–98.
- May, J. (2005). The Outcome of Body Psychotherapy Research. *USABP Journal*, 4 (2), s. 93–115.
- Rand, M. L. (nedat.). Self, boundaries and containment: an integrative body psychotherapy viewpoint. Získáno 26. září 2014 z: <http://www.drRANDbodymindtherapy.com/Self-Bound-Contain.pdf>
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy – the state of the art in empirical research and evidence based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4 (2), s. 135–156.
- Schroeter, V.; Thomson, B. (2011). *Bend Into Shape. Techniques for Bioenergetic Therapists*. Encinitas, California: vlastním nákladem.
- Smith, E. W. L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál.
- Solms, M., Turnbull, O. (2014). *Mozek a vnitřní svět*. Úvod do neurovědy subjektivní zkušenosti. Praha: Portál.
- Swales, M. A., Heard, H. L. (2009). *Dialectical Behaviour Therapy: Distinctive Features*. Hove: Routledge.
- Vybíral, Z. (2010). Integrace v psychoterapii. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 278–300.
- Vybíral, Z.; Castonguay, L.; Danelová, E.; Hodoval, R.; Kulhavý, V.; Plchová, R.; Příbylová, H. (2010). Kolik je na světě psychoterapií? *Psychoterapie*, 4 (1), s. 39–55.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Young, C. (nedat.). What Is Body-Psychotherapy? A European Perspective. Získáno 5. března 2014 z: <http://eabp.org/docs/WhatIsBodyPsychotherapy.pdf>
- Young, C., Westland, G. (2014). Shadows in the History of Body Psychotherapy: Part 1. *International Body Psychotherapy Journal*, 13 (1), s. 13–30.

Informace o autorovi:

PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D., působí na Katedře pedagogiky a psychologie Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde se věnuje oblastem jako je psychoterapie, vztah v pomáhajících profesích, sociálně psychologické a sebezvojové semináře. Zároveň pracuje v soukromé psychologické praxi. Dlouhodobě se zajímá o práci s tělem v psychoterapii a koncept všímavosti (email: fabramcuk@pf.jcu.cz).

Došlo do redakce 14. 8. 2014, v revidovaném znění 29. 9. 2014 a v druhé revizi 1. 10. 2014. K publikaci přijato 6. 10. 2014.

MOMENTY SETKÁNÍ A DALŠÍ KONCEPTY DANIELA STERNA A BOSTONSKÉ SKUPINY PROCESU ZMĚNY

Moments of meeting and other concepts of Daniel Stern and the Boston Change Process Study Group

Jakub Kuchař

ABSTRAKT:

Americký psychoanalytik Daniel Stern a další členové Bostonské skupiny procesu změny (Boston Change Process Study Group) se ve svém díle zabírají vztahovými a těžko konceptualizovatelnými složkami psychoterapie, jakými jsou například autentické momenty setkání mezi psychoterapeutem a klientem. Vychází z výzkumů komunikace mezi matkou a kojencem a pokouší se explicitně popsat vztahovou dynamiku vedoucí k těmto autentickým momentům mezi psychoterapeutem a klientem. Zároveň se snaží propojit tyto znalosti s teorií dynamických systémů, kognitivní psychologií, neurovědami, filosofií mysli a příbuznými disciplínami. V tomto článku představuji některé základní psychoterapeutické koncepty a myšlenky používané těmito teoretiky, jako jsou společná cesta, momenty nyní, momenty setkání, otevřený prostor, implicitní vztahová znalost a v neposlední řadě v současné psychoanalýze velmi populární pojem intersubjektivita.

Klíčová slova: momenty setkání, intersubjektivita, Daniel Stern, Bostonská skupina procesu změny, současná psychoanalýza

ABSTRACT:

American psychoanalyst Daniel Stern and the other members of the Boston Change Process Study Group are in its work interested in hardly conceptualizable components of psychotherapy, such as authentic moments of meetings between psychotherapist and client. They use researches on mother-infant relationship and attempt to

explicitly describe the relationship dynamics leading to authentic moments of meeting between psychotherapist and client. At the same time, they try to connect these pieces of knowledge with dynamic systems theory, cognitive psychology, neuroscience, philosophy of mind, and related disciplines. In this paper I introduce some basic psychotherapeutic concepts and ideas used by these theorists, such as moving together, moments here and now, moments of meeting, open space, implicit relational knowledge and last but not least intersubjectivity which is very popular term in contemporary psychoanalysis.

Key words: moments of meeting, intersubjectivity, Daniel Stern, Boston Change Process Study Group, contemporary psychoanalysis

Bostonská skupina procesu změny (dále jen Bostonská skupina) je v našich končinách bohužel ne příliš známá¹, avšak v současném (nejen) akademickém psychoterapeutickém světě významné seskupení praktikujících psychoanalytiků, vývojových vědců a psychoanalytických teoretiků, kteří se systematicky pokouší zkoumat vztahovou složku psychoterapie v psychodynamicky orientovaných psychoterapiích (Boston

¹ V českém jazyce můžeme najít přece jenom nějaké informace o díle těchto autorů v knize Otázky soudobé psychoanalýzy od Vladimíra Vavrdy (2005), v překladu knihy Psychoanalytické teorie od Petera Fonagyho (1998) a v článku s názvem Vývoj psychoanalýzy: Od pudů k intersubjektivitě od Jana Poněšického (2011).

Change Process Study Group, 2014). Jeden ze základních předpokladů tohoto uskupení je, že určité charakteristiky komunikace rodič – kojensec a psychoterapeut – klient a následně změny v těchto vztazích jsou si velmi podobné (Stern, a další, 1998b). Myšlenky těchto autorů mohou být však užitečné i pro zástupce jiných než psychodynamických psychoterapeutických směrů, jak například ukázala gestalt psychoterapeutka Margherita Spagnuolo Lobb v roce 2013 ve svém příspěvku na 4. Mezinárodním psychoterapeutickém sympóziu v Brně.

Daniel Stern² (1934–2012) patřil k ústředním a nejznámějším představitelům této skupiny. Stern se původně na akademické půdě zajímal především o komunikaci mezi kojencem a rodičem. Zkoumal situace, za kterých se vztah mezi rodičem a kojencem dostane na jinou vzájemnou úroveň. Později se pokoušel aplikovat tyto poznatky na psychoterapeutický vztah (Stern, 2005). Stern není úplně typický zástupce (těžko přesně definovatelné skupiny) vztahových psychoanalytiků, na rozdíl od většiny ostatních těchto autorů příliš nevyužívá pro znázornění svých myšlenek sociální konstruktivismus, ale spíše se pokouší integrovat poznatky z teorie dynamických systémů, kognitivní psychologie a současné vědy.

Jednou z hlavních motivací Sterna a Bostonské skupiny k jejich dílu byla určitá zastaralost psychoanalytické teorie, která zdůrazňuje a rozpracovává především rovinu změny způsobenou interpretacemi a často opomíjí tu vztahovou³. Stern (1998b) odmítá, že jediný efekt psychoanalytické terapie vzniká v důsledku interpretací a po-

kouší se konceptualizovat vztahovou dynamiku, která má dle něj též výrazný terapeutický účinek. Vychází například i z často tradovaných zkušeností, podle kterých si lidé po skončení úspěšné psychoanalytické léčby pamatují jak na zásadní interpretace, tak i na hluboká autentická setkání a sdílení s psychoanalytikem (Stern, a další, 1998b). Inspirací některých členů tohoto uskupení bylo i dílo Martina Bubera a jeho rozdělení přístupu člověka ke světu na Já-Ty a Já-Ono (Beebe, 1998).

Členové Bostonské skupiny (2008) tvrdí, že terapeutická změna vzniklá v důsledku interpretací se ukládá v explicitní paměti a je spojena s jazykem a s deklarativní, sémantickou formou myšlení. Vztahová změna v psychoanalýze je ze své podstaty implicitní a má blízko k procedurální paměti. V té je uloženo, jak umíme jezdit na kole, jak umíme plavat, ale právě například i jak máme naučeno si od ostatních získat pozornost, vyjádřit někomu zájem, orientovat se ve vztazích kolem sebe apod. Reflektivně verbální a implicitní formy psychoterapeutické změny se vzájemně nevylučují, ale naopak se často prolínají a podporují. V důsledku interpretace může dojít mezi psychoterapeutem a klientem ke vztahové dynamice, která bude mít sama o sobě silný terapeutický efekt.

Stern definuje několik pojmů, pomocí kterých popisuje vztahovou dynamiku, která má podle něj a ostatních teoretiků Bostonské skupiny významně pozitivní terapeutický účinek (Stern, a další, 1998a). Jeden z těchto pojmů se nazývá **společná cesta (moving along)**. Tato takzvaná cesta vzniká v psychoterapii jako důsledek sdíleného zájmu psychoterapeuta a klienta a jejich směřování ke společnému cíli (či případně hledání tohoto společného cíle). Projevuje se vzájemnou regulací klienta a psychoterapeuta, která funguje na principu pokus – omyl a její součástí je vzájemné setkávání, ale i nesetkávání se. Pro každou dyádu psychoterapeut – klient je tento proces naprosto unikátní.

² Neplést si s dalším významným současným psychoanalytikem se stejnými iniciálami Donnelem Sternem (2004), který se teoreticky zabývá především nezformulovanou zkušeností a s využitím hermeneutické filosofie se pokouší zachytit proces formulování této zkušenosti v psychoterapeutickém vztahu.

³ I když první výjimky můžeme najít například už ve společné knize Otto Ranka a Sándora Ferencziho *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* vydané již v roce 1924.

Během procesu společné cesty nepředvídatelně vznikají **momenty nyní (now moments)**, které významně ovlivňují budoucí nastavení vzájemného vztahu. V „technickém“ pevně daném vztahu bez špetky improvizace se vztah nikam neposouvá a nemění se. Tento stav je narušen momenty nyní, během kterých se stereotyp daného vztahu nepředvídatelně naruší, a účastníci terapie se najednou ocitnou na nové neznámé půdě. Na tyto momenty lze při použití analogie teorie nelineárních dynamických systémů nahlížet jako na emergenci.⁴ Způsob, jakým se s touto nečekanou situací psychotherapeut a klient vypořádají, vytvoří nový intersubjektivní kontext, který významně ovlivní budoucí směřování vztahu (Stern, a další, 1998a). Momenty nyní se dělí do tří fází. První z nich se nazývá **pregnantní (pregnancy phase)** a je pro ni typický sdílený pocit, že něco nečekaného brzy nastane. Následující, tzv. **divná fáze (weird phase)** se projevuje tím, že si osoby už uvědomují, že se dostaly do neznámého a nečekaného intersubjektivního prostoru. A poslední je **fáze rozhodnutí (decision phase)**, ve které jde o to, zda se tato situace v posledním okamžiku „využije“ (a povede tedy k momentu setkání), nebo „nevyužije“ a ovlivní vztah nějakým jiným (spíše negativním) způsobem (Stern, a další, 1998b).

Pokud se moment nyní využije, obě osoby se v této situaci zachovají autenticky a přijmou danou unikátní situaci, tak dojde k již zmíněnému **momentu setkání (moment of meeting)**. Momenty setkání nemohou být vytvořeny žádnou technikou, ale upřímnou reakcí na nečekanou situaci.⁵ V novém intersubjektivním kontextu, který takto vznikne, vnímají obě strany ve vztahu

najednou více možností. Momenty setkání mohou také posunout i vnitřní klientovo pojetí všech vztahů (tedy i těch mimo rámec psychotherapeutické situace). Jinými slovy by se dalo říct, že se v důsledku momentu setkání bezpečně posune vzájemná hranice intimity obou účastníků, která terapeuticky může pozitivně ovlivnit obecné hranice intimity klienta. Momenty setkání se mohou objevit i v komunikaci kojence a rodiče jako společná spontánní reakce na nečekanou součást společné hry, během které rodič i dítě projeví radost ze vzniklé situace a prohloubí tím jejich vzájemný vztah (Stern, a další, 1998b).

Další Sternův (1998b) pojem je **otevřený prostor (open space)**. Velmi často se po momentu setkání v psychoterapii (a zároveň i v interakci matky s kojencem) objeví ticho a ani jeden z účastníků nemá po nějakou dobu tendenci pokračovat v komunikaci. Tato situace je nazývána otevřený prostor. Předpokládá se, že oba účastníci zpracovávají proběhlou situaci a přizpůsobují se nově vzniklému intersubjektivnímu kontextu. Po odeznění otevřeného prostoru se objevuje znovu společná cesta (tentokrát již však kvalitativně odlišná).

Implicitní vztahová znalost (implicit relational knowing) vyjadřuje naše vnitřní neverbální pojetí vztahů a ovlivňuje způsob, jakým vztahy ve svém životě vytváříme. Tento koncept vychází z výzkumů, podle kterých si kojenci vytváří pevné vztahové vzorce k rodičům (např. bezpečí, důvěra) na základě chování rodičů ještě před osvojením si jazyka. Tím pádem tato znalost musí být nutně neverbální. V psychoanalytické terminologii je tento pojem velmi blízký pojmu internalizované objektní vztahy. Je v něm však kladen větší důraz na vzájemnou spoluprodukcii vztahu, a nejenom na pouhé vytvoření podmínek pro přenos minulých klientových vztahů na psychotherapeuta. Implicitní vztahová znalost je také obecnější pojem, který v sobě zahrnuje i adaptivní vztahové vzorce, afekty, fantazie a kognitivní a behaviorální aspekty (Lyons-Ruth,

⁴ Tedy jako na vznik určité struktury (momentů setkání) ve složitém dynamickém systému (psychotherapeutický vztah). Emergence této struktury podle teorie dynamických systémů se nedá redukcionisticky odvodit (tudíž ani předvídat) z chování prvků systému.

⁵ Podobné principy popisuje například divadelní pedagog a psycholog Ivan Vyskočil (2005) při vzniku dialogu v autorském herectví.

Bruschweiler-Stern, Nathum, Nathum, & Sander, 1998). Přenos je projevem této implicitní vztahové znalosti v terapii. Zdravá implicitní vztahová znalost je flexibilní, neustále se vyvíjející a měnící se. Ve vztahu psychoterapeuta s klientem vzniká mezi oběma účastníky vzájemnou regulací takzvaná sdílená implicitní vztahová znalost, tedy to, jak oba účastníci vnímají svůj vztah. Vzájemností se v tomto případě míní to, že vliv na daný vztah je oboustranný. Proces vzájemné regulace nebývá většinou vůbec přímý a jednoduchý. Často naopak zahrnuje i neshody, chyby a vyjednávání.

V *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis* Stern (2005) ze široka rozebírá své pojetí **intersubjektivity**. Otázkami intersubjektivit se původně zabývali Edmund Husserl, Merleau-Ponty a další fenomenologové (Zahavi, 2001). V posledních desetiletích se z ní stal velmi populární pojem i v psychoanalýze, kde o ní píší autoři jako je Robert Stolorow (2013), Jessica Benjamin (2004), nebo právě Daniel Stern. Ten ji definuje jako schopnost vstoupit do subjektivního světa druhé osoby a spoluúčastnit se ho. V oboustranné intersubjektivitě lidé sdílejí společný mentální svět a oba dva mohou říct „já vím, že ty víš, že já vím...“ nebo „já cítím, že ty cítíš, že já cítím...“. Jedná se dle něj tedy široce řečeno o prolínání více subjektivit. Stern dodává, že intersubjektivita se objevuje a je skrytě přítomna i v tradičním psychoanalytickém přístupu. Když klient mluví o svém prožívání, tak přece musí předpokládat, že mu druhý bude rozumět a bude mít do jeho prožívání určitý přístup. A i pojmy jako přenos, protipřenos, internalizace, projektivní identifikace a empatie v sobě zahrnují předpoklad intersubjektivit. Pojem empatie dokonce může být s intersubjektivitou zaměnitelný. Problém tohoto pojmu však podle Sterna je, že (nejen) v psychoanalýze má příliš mnoho lišících se významů. Tradiční psychoanalytická teorie se také původně většinou domnívala, že psychoterapeut může být objektivní a může se dívat na situaci převážně nezaujatě z pohledu třetí

osoby. V některých pojetích intersubjektivit však neexistuje vůbec žádná objektivní realita a všechno je jen subjektivní pohled zevnitř vztahové matice.

Koncept intersubjektivit je možné dle Sterna propojit s teorií vtělené kognice (*embodied cognition*), kterou rozpracovávají myslitelé, jako je Antonio Damasio (2000) či Francisco Varela (1992). Tato silně kontextuální kognitivní teorie zdůrazňuje, že mysl je vždy situovaná v určité situaci. Zároveň předpokládá výrazně nedualistické propojení mysli a těla a neustálý kontakt mysli jedince s ostatními myslmi. Výše uvedené poznatky dává Stern do souvislosti i s populárními výzkumy zrcadlových neuronů. Osoba, která je v naší blízkosti, se nějak pohybuje, má určitou mimiku a něco například říká. My to všechno smysly vnímáme a naše zrcadlové neurony „imitují“ její situaci. Díky tomu se můžeme v podstatě spoluúčastnit jejího prožívání a být v kontaktu s její myslí (a ona naopak pravděpodobně s naší). A to právě vede ke vzniku intersubjektivit.

Při aplikaci intersubjektivního pohledu do psychoterapie je všechno, co se během psychoanalytického setkání stane, spoluvytvořené oběma účastníky ve společném intersubjektivním poli. Podle Sterna jsou důležité především změny intersubjektivního kontextu („*Co se stalo, že se najednou náš vztah teď takhle změnil?*“). Klade tedy velkou pozornost na „tady a teď“ události. Podle tohoto Sternova (2005) pohledu je také každá minulé vzpomínka jenom zkušeností probíhající v nějakého důvodu v současnosti v tomto novém intersubjektivním prostoru. Autentická reakce na nečekané situace, které se dějí vždy tady a teď a nedá se na ně připravit žádnou technikou, jsou podle Sterna jeden z nejhodnotnějších způsobů, jak dosáhnout hluboké intersubjektivit a autentického bytí s druhou osobou (jak je to již rozpracováno ve výše zmíněných konceptech momentů setkání).

Celkově Daniel Stern a celá skupina těchto teoretiků výborně rozpracovává část psy-

choterapie, která je na jednu stranu sice velmi důležitá, avšak na druhou stranu jen velmi obtížně popsatelná. Navíc dávají svoje poznatky do souvislosti s moderní vědou a filosofií myslí a při tom jsou stále schopni se vyhnout redukcionismu a výraznému zjednodušování komplexní situace v psychoterapii. Jednu z mála kritik vznášejí slavný britský psychoanalytik Peter Fonagy (1998), který je sice nadšen teoretickým přínosem, na druhou stranu se však domnívá, že autoři by mohli ve větší míře propracovat konkrétní aplikaci těchto teoretických konceptů do psychoterapeutické techniky, zejména pro psychoterapii dětí a hraničních pacientů. Některé aplikace těchto konceptů do psychoterapeutické techniky lze například vysledovat v jednom z pozdějších textů této skupiny z roku 2005 nazvaném *The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter*. Daly by se popsat jako otevřenost neuspořádanosti v psychoterapeutické situaci, přílišné neulpívání na jednom myšlenkovém schématu a spontánním využívání často náhodných a nelogických myšlenkových impulsů. Otázka je, do jaké míry je možné tyto ideály technicky „naordinovat“. Podle mého názoru technická doporučení mohou za určitých situací naopak působit kontraproduktivně a paradoxně omezovat psychoterapeuty ve spontánní reakci na momenty nyní a následně tak zabráňovat i vzniku autentických momentů setkání.⁶ Někdo může namítnout,

⁶ Z podobných důvodů je na některých uměleckých školách omezena výuka teorie a v mnoha psychoterapeutických výcvicích teoretická část následuje až po sebezkušenostní části (nebo u některých psychoterapeutických směrů je dokonce celá teorie popsaná výhradně ve zkušenosti blízkých pojmech). Vystává zde zajímavá otázka, zda v těchto případech výuka teorie, potažmo racionální pochopení konceptu nutně vede k omezení zkušenosti a autentického prožitku (psychoanalytickou terminologií popsané jako intelektualizace). Ze zkušenosti některých učitelů a vedoucích výcviků se tak často děje. Dle mého názoru a zkušeností to však nutně nemusí být pravidlo.

jaký je tedy význam těchto konceptů, když není příliš možné je aplikovat do psychoterapeutické techniky a jejich explicitní popsaní může naopak negativně ovlivnit psychoterapeutickou situaci. Jejich smysl vidím minimálně v prohloubené možnosti zpětného reflektování psychoterapeutických událostí, v určité intelektuální zajímavosti spojené s hlubším pochopením mechanismů psychoterapie a ve „zvědečtění“ těchto implicitních prvků psychoterapie, které může zlepšit pohled veřejnosti na takto orientovanou psychoterapii a zjednodušit jí i přístup k podpoře pojištěven a dotacím z veřejných finančních zdrojů.

LITERATURA

- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: commentary on the symposium 19 (3). *Infant mental health journal*, 330–340.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly* 73(1), 5–46.
- Boston Change Process Study Group. (2008). Form of Relational Meaning: Issues in the Relationship Between the Implicit and Reflective-Verbal Domains. *Psychoanalytic Dialogues* 18 (2), 125–148.
- Boston Change Process Study Group. (1. 8 2014). *Home*. Načteno z Boston Change Process Study Group: <http://www.changeprocess.org/>
- Damasio, A. (2000). *The feeling of what happens*. New York: Mariner Books.
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Vídeň: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: Discussion of a new theory of psychic change 19(3). *Infant Mental Health Journal* 19(3), 346–353.
- Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Nathum, A., Nathum, J., & Sander, L. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant mental health journal* 19(3), 282–289.
- Stern, D. (2004). Nezformulovaná zkušenost: od známého chaosu k tvůrčímu zmatku. V L. Aron, & S. Mitchell, *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice (1. díl)* (stránky 113–149). Praha: Triton.

- Stern, D. (2005). Intersubjectivity. V G. Gabbard, E. Person, & A. Cooper, *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis* (stránky 77–92). Arlington: American Psychiatric Pub.
- Stern, D., Brushweiler-Stern, N., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, J., & Tronick, E. (1998a). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 19(3), 300–308.
- Stern, D., Nahum, L., A., L.-R., Morgan, A., Tronick, E., & Harrison, A. (1998b). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The „something more“ than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis* 79(5), 903–921.
- Stolorow, R. (2013). Intersubjective-Systems Theory: A Phenomenological-Contextualist Psychoanalytic Perspective. *Psychoanalytic Dialogues* 23(4), 383–389.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1992). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge: The MIT Press.
- Vyskočil, I. (2005). *Dialogické jednání s vnitřním partnerem*. Brno: Janáčkova akademie múzických umění.
- Zahavi, D. (2001). Beyond empathy. Phenomenological approaches to intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies* 8 (5–7), 151–167.

O autorovi:

Mgr. Jakub Kuchař vystudoval jednooborovou psychologii na FF UP v Olomouci. V rámci Merrillova programu studoval rok jako výměnný student psychologii a filozofii na Mount Mercy University v USA. V současné době pracuje v Praze v nestátním zdravotnickém zařízení Terapie.info a ve Středisku výchovné péče Praha 2. Je ve výcviku psychoanalýzy v České psychoanalytické společnosti u doc. Václava Mikoty. V doktorském studiu na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy se zabývá komunikací v psychoterapii. Odborně ho zajímá především současná psychoanalýza, psychologie osobnosti, filosofie mysli, psychologie umění, integrace v psychoterapii a interdisciplinarita obecně (kontakt: jakub.kuchar@email.cz, www.jakubkuchar.cz).

Došlo do redakce 24. 8. 2014, v revidovaném znění 3. 11. 2014. K publikaci přijato 4. 11. 2014.

CESKA SPOLECNOST PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII (ČSPAP)

člen European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP)
Břehová 3, 110 00 Praha 1 – Josefov, www.cspap.cz



nabízí kolegům z oborů psychiatrie, psychologie, dalších pomáhajících profesí a studentům příslušných VŠ

AKREDITOVANÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK V PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPII

**individuální
skupinové
dětské
párové a rodinné**

a

CYKLUS PŘEDNÁŠEK TEORIE I – ZÁKLADY PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE

Cyklus proběhne ve 14ti blocích obvykle 4. sobotu v měsíci od března 2015 do června 2016 ve Středisku psychoterapeutických služeb Břehová, Praha 1.

Stručný rozvrh:

Úvod, S. Freud a klasická psychoanalytická tradice. Psychický vývoj, psychoanalytické vývojové teorie. Psychoanalytická teorie osobnosti - struktura a dynamika I – II. Psychoanalytické směry I – III. Od duševního zdraví k psychopatologii. Psychopatologie – psychoanalytické diagnózy I – II. Reálný a terapeutický vztah s pacientem. Psychoterapie I – II. Specifika různých forem psychoanalytické psychoterapie.

Přednášet budou členové psychoanalytických společností (České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, České psychoanalytické společnosti) a další odborníci. Žádáme o zařazení cyklu Teorie I do systému celoživotního vzdělávání klinických psychologů a lékařů a o ohodnocení kredity Asociace klinických psychologů (AKP) i České lékařské komory (ČLK).

Členové ČSPAP a zájemci s poskytnutou slevou platí za jednotlivý blok 800,- Kč, za celý cyklus 11.200,- Kč.

Cena pro externí zájemce za jednotlivý blok je 1 200,- Kč, za celý cyklus 13 600,- Kč.

Podrobné informace najdete na www.cspap.cz

Zájemce a dotazy uvítáme na: info@cspap.cz

Těším se na shledanou, MUDr. Eduard Rys (koordinátor ČSPAP)

VZTAHOVÁ VAZBA KLIENTA V PSYCHOTERAPEUTICKÉM PROCESU

Client attachment in psychotherapeutic process

Vondráčková, P.^{1,2}, Mazáková, T.², Roubalová, A.³, Vacek, J.¹

Studie vznikla díky institucionální podpoře Univerzity Karlovy v Praze v rámci programu PRVOUK P03/LF1/9

ABSTRAKT

Východiska: Podoba vztahové vazby (dále jen VV) je dána kvalitou péče, která je poskytována primární pečující osobou dítěti v raném dětství, jeho genetickou výbavou i jeho dalšími vztahovými zkušenostmi s blízkými lidmi. Vztahové zkušenosti z raného dětství mají lidé tendenci opakovat také v dospělosti. Psychotherapeutická situace se podobá základní vztahové situaci mezi pečující osobou a dítětem. Terapeutický vztah může pro klienta fungovat podobně jako VV. Terapeut může pro klienta představovat jistou základnu a bezpečný přístav.

Cíl: Cílem explorační studie je analyzovat chování klientů v psychotherapeutických sezeních z hlediska typů VV (jistý typ, úzkostně zapletený typ, úzkostně vyhýbavý a vyhýbavý typ). **Design výzkumu:** kvantitativně-kvalitativní analýza projevů klienta v terapeutických sezeních. **Zdroje dat:** Dotazník ECR-R a polostrukturovaný rozhovor. **Soubor:** 61 osob v psychotherapeutické péči ve věku 18–25 let, 46 % žen a 54 % mužů. **Výsledky:** Se zpožděním na sezení chodily častěji osoby s vyhýbavým typem VV a nejméně často osoby s jistou VV; osoby s jistým typem vazby tematizovaly rodiče a sourozence nejčastěji a naopak nejméně často osoby s úzkostně vyhýbavou vazbou; klienti s úzkostně zapleteným ty-

pem VV méně často zažívají v rámci sezení pozitivní emoce a humor, pozitivní emoce se nejčastěji vyskytovaly u osob s úzkostně vyhýbavým typem VV a nejméně u osob s úzkostně zapletenou vazbou, vztek byl nejčastější u klientů s vyhýbavým typem VV; nejvíce autonomní v rámci sezení byli klienti s úzkostně vyhýbavým typem VV, nejvíce angažovaní v léčbě byli klienti s úzkostně vyhýbavým typem VV, nejméně popisného vyprávění se vyskytovalo v sezeních s klienty s úzkostně zapletenou vazbou. **Závěr:** Existuje částečná souvislost mezi typem VV a chování klientů během psychotherapeutického procesu, především v oblasti chování a emocí zažívaných během sezení, témat sezení, autonomie a angažovanosti během sezení.

Klíčová slova: psychotherapeutický proces – vztahová vazba – klientovo chování

ABSTRACT

Background: The type of attachment is determined by the quality of care that is provided to the child by the primary caregiver in the early childhood, by his or her genetic predisposition and other experience with relationships with close people. People tend to repeat the pattern of relationship based on their early experience later in their adult lives. Psychotherapeutic situation resembles the situation of fundamental relationship between the caregiver and the child. The therapeutic relationship can work for clients like the attachment bond. **Objectives:** The aim of the exploratory research was to analyze the behaviour of clients in psychotherapy sessions with relation to their attachment types. **Design:** quantitative – qualitative analysis of clients' behaviour

¹ Klinika adiktologie, 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

² Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií.

³ o. s. Prev-centrum, Praha

in psychotherapy sessions. **Data Sources:** ECR-R questionnaire and semi-structured interview. **Sample:** 61 people in psychotherapeutic treatment, 46 % women and 54 % men. **Results:** Clients with the dismissive avoidant attachment were more often late for the sessions and on the contrary, the clients with secure attachment were most timely of all. Issues concerning their parents and siblings were most often discussed by clients with secure attachment and least by clients with fearful-avoidant attachment. Clients with anxious-preoccupied attachment less often experienced humour and positive emotions within sessions, positive emotions were most often experienced by people with fearful-avoidant attachment and least by anxious-preoccupied attachment clients. Anger was most common among clients with dismissive avoidant attachment. The most autonomous within sessions were clients with anxious-avoidant attachment, most engaged in treatment were clients with fearful-avoidant attachment. Descriptive talk occurred least frequently in sessions with clients with anxious-preoccupied attachment. **Conclusion:** There are some links between attachment and the client's behaviour in psychotherapy sessions, especially in the question of behaviour and emotions experienced in the sessions.

Key words: psychotherapy process – attachment – client behavior

ÚVOD

Koncept vztahové vazby (dále jen VV) je definován jako trvalé emoční pouto, které se projevuje především potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou zejména v podmínkách stresu (Mikulincer & Shaver, 2010). Podoba VV je dána kvalitou péče, která je poskytována primární pečující osobou dítěti v raném dětství, jeho genetickou výbavou i jeho dalšími vztahovými zkušenostmi s blízkými lidmi (Bowlby, 2010; Mikulincer & Shaver, 2010). V dětství se rozlišuje jeden typ jisté a tři typy nejisté

VV. Jistá VV se u dítěte po návratu matky projevuje radostí a vyžadováním tělesného kontaktu s ní. Děti s nejistou VV naopak reagují na návrat matky odtažitým chováním (vyhýbavý typ), ambivalentním chováním (ambivalentní typ) nebo nejednotným dezorganizovaným chováním (dezorganizovaný typ) ve vztahu k ní (Ainsworth, 1979; Main & Cassidy, 1988).

Psychologické výzkumy (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987) zjistily, že základní vztahové zkušenosti mají lidé tendence uplatňovat i později v dospělosti ve vztazích s blízkými osobami a to díky vnitřním pracovním modelům (reprezentace sebe, druhých a vzájemných vztahů), které byly vytvořeny v komunikaci s pečující osobou v dětství. Bartholomew a Horowitz (1991) vytvořili typologii VV u dospělých osob na základě dvou aspektů vnitřních pracovních modelů (vnímání sebe a vztah k sobě a vnímání druhých lidí a vztah k nim). Lidé s jistým typem VV v dospělosti jsou si podle této klasifikace vědomi vlastní hodnoty, mají vůči sobě pozitivní vztah a zároveň se pozitivně vztahují i vůči druhým lidem, od kterých také očekávají vstřícnost a přijetí. Úzkostně zapletený typ VV se překrývá s ambivalentním typem VV v dětství. Je kombinací pozitivního hodnocení druhých lidí a zároveň negativního hodnocení sama sebe, což se mimo jiné projevuje tím, že se člověk snaží přijmout sebe sama skrze přijetí druhými. Lidé s úzkostně vyhýbavým typem VV vnímají sami sebe negativně a zároveň vidí i ostatní jako nedůvěryhodné a odmítající. Touží po vztazích s druhými lidmi, ale současně se jim ze strachu ze zranění vyhýbají. Tento typ je paralelou k dětskému dezorganizovanému typu VV. Poslední typ VV – vyhýbavý typ se překrývá s vyhýbavým typem VV v dětství. Je popisován u lidí, kteří mají sami k sobě dobrý vztah, zároveň však druhé lidi vnímají negativně. Svoji duševní rovnováhu si chrání tím, že se vyhýbají blízkým vztahům, čímž si udržují pocit nezranitelnosti a nezávislosti (Bartholomew & Horowitz, 1991; Skourteli & Lennie, 2010).

Bowlby (1988) uvádí, že terapeutický vztah může pro klienta fungovat stejně jako VV, protože klient obvykle vyhledává psychoterapeutickou péči v nejisté ohrožující situaci, ve které pro něj terapeut může představovat bezpečný přístav a jistou základnu. Na druhou stranu také zmiňuje, že VV v dětství ovlivní nejenom typ vazby, kterou člověk navazuje v dospělém věku, ale zároveň i kvalitu pečujícího chování k druhým lidem. Z výše uvedeného vyplývá, že psychoterapeutický proces je ovlivňován typem VV jak klienta, tak terapeuta.

V odborné literatuře lze nalézt několik studií mapujících projevy klientů s různými typy VV v rámci psychoterapeutického procesu. Některé texty popisují chování klientů spíše na základě teoretických úvah, jak by se mohly osoby s jednotlivými typy vztahové vazby chovat v rámci psychoterapeutického procesu (Connors, 1997), či vlastních zkušeností v podobě případových studií (Alexander & Anderson, 1994; Dolan, Arnkoff, & Glass, 1993; Silverman, 2011). Výzkumné studie lze rozlišit na studie týkající se vlivu VV na terapeutický vztah, (zejména terapeutickou alianci) a studie sledující vliv VV na samotné chování klienta v procesu terapie.

Kanninen, Salo, a Punamaki (2000) sledovali vliv VV prostřednictvím AAI (Adult Attachment Interview (George, Kaplan, & Main, 1985)* u 36 vězňů z Palestiny na vytvoření terapeutické aliance během 10–12 měsíční psychoterapie. Zjistili, že osoby s vyhýbavým typem VV navázaly na začátku léčby silnou pracovní alianci, která pak začala oslabovat s postupem času. U klientů s jistou a ambivalentní VV byla aliance vysoká na začátku a na konci léčby a nejnižší v prostřední fázi léčby. Satterfield a Lyddon (1995) měřili pracovní alianci

u 60 VŠ studentů po třetím terapeutickém sezení. VV zjišťovali pomocí AAS (Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990). Došli k závěru, že klienti s vysokým skórem vyhýbavosti hodnotili terapeutickou alianci negativněji. Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiero a Gelso (2003) sledovali souvislost mezi VV k terapeutovi, kterou měřili škálou CATS – Client Attachment to Therapist Scale (Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005), přenosovým vztahem a vzpomínkami na rodičovskou výchovu u 51 párů klient-psychotherapeut. Klienti a terapeuti vyplnili testovou baterii po jednom z 5.–50. psychoterapeutického sezení. Zjistili, že klienti s jistou a ambivalentní-zapletenou VV vykazovali ve vztahu k terapeutovi vyšší úroveň negativního přenosu a přenosu obecně. Úzkostně vyhýbavý-vyhýbavý typ VV nekoreloval s žádným typem přenosu a nejistý typ VV byl více spojen s negativními vzpomínkami na rodičovskou výchovu. Skourteli a Lennie (2010) zkoumali VV k terapeutovi prostřednictvím dotazníku CATS u 27 klientů. Výsledky potvrzují skutečnost, že v rámci psychoterapie může dojít k aktivaci VV. Významná byla potřeba souhlasu terapeuta u osob s úzkostně vyhýbavou-vyhýbavou a ambivalentní-zapletenou VV a nadměrné zabývání se vztahem u osob s ambivalentní-zapletenou VV. Parish a Eagle (2003) sledovali vztah mezi pracovní aliancí a VV k terapeutovi prostřednictvím dotazníku CAQ u 105 klientů, kteří byli v psychodynamické psychoterapii minimálně pět měsíců. Jistější VV k terapeutovi vedla k lepší pracovní alianci a k delšímu vytrvání v léčbě a častější frekvenci sezení.

Pouze dvě studie sledovaly vztah mezi psychoterapeutickým procesem a VV. Daniel (2011) měřila strukturovaným rozhovorem AAI VV u 8 klientů (4 s ambivalentním a 4 s vyhýbavým typem VV) a porovnávala ji s analýzou záznamů ze šesti psychoterapeutických sezení. Zjistila, že osoby s ambivalentní VV mluví více a mají více témat v sezeních a osoby s vyhýbavou VV

* Metody použité ke zjištění vztahové vazby se liší v terminologii, kterou autoři používají pro jednotlivé typy vztahové vazby. Proto je názvosloví v jednotlivých studiích odlišné. Odlišná metodologie také reflektuje teoretická východiska, dimenzionální přístup vychází ze sociální psychologie a typologický přístup z vývoje/klinické psychologie (Mikulincer & Shaver, 2010).

mají během terapeutického sezení více pauz. Mallinckrodt et al. (2005) zkoumali u 38 osob vztah mezi VV k terapeutovi (CATS) a k partnerovi (ECR-R Experiences in Close Relationships Scale) (Fraley, 2012), pracovní aliancí a průběhem sezení prostřednictvím dotazníku SEQ (Session evaluation questionnaire (Stiles et al., 1994). Dotazník SEQ sledoval dvě dimenze během sezení: hloubku explorační a hladký průběh sezení, a dvě dimenze po skončení sezení: pozitivní emoce a nabuzení. Většina klientů vyplnila testovou baterii po 4.–8. sezení z celkového počtu 12 sezení. Bylo zjištěno, že jistá VV pozitivně korelovala s jistou VV ve vztahu k terapeutovi a že jistá VV klienta se projevuje v hlubší explorační během sezení a v hladším průběhu samotných sezení.

V rámci psychoterapeutického procesu obvykle dochází k aktivaci VV klienta, což se pak může promítnout do jeho chování a emočního prožívání v rámci terapeutických sezení i mimo ně. Větší porozumění tomu, jakým způsobem se může promítnout VV klienta do psychoterapeutického procesu, může pomoci terapeutům více porozumět chování klienta a lépe ho předvídat.

V rámci tohoto textu je představena explorační studie, jejímž cílem je kvalitativně kvantitativní analýza vybraných prvků emocionálního prožívání a chování klienta v rámci psychoterapeutického procesu (docházka do terapie, témata sezení, emoční projevy, explorační témat) z hlediska jeho typu VV (jistý typ, úzkostně zapletený typ, úzkostně vyhýbavý typ a vyhýbavý typ). Studie sleduje témata, která se částečně překrývají s výzkumnými tématy u dvou výše uvedených studií, témata sleduje na větším vzorku klientů, větším časovém úseku a z pohledu terapeutů.

POUŽITÉ METODY

CÍL A DESIGN VÝZKUMU

Cílem explorační studie bylo zmapovat vybrané prvky emocionálního prožívání a chování klientů v rámci psychoterapeutického procesu (docházka do terapie, té-

maty sezení, emoční projevy, explorační témat) z hlediska jeho typu VV (jistý typ, úzkostně zapletený typ, úzkostně vyhýbavý typ a vyhýbavý typ). Designem výzkumu je kombinace kvantitativních a kvalitativních metod, v podstatě se jedná o retrospektivní obsahovou analýzu projevů klientů v terapeutických sezeních. Na základě předchozích výzkumů předpokládáme souvislost mezi typem VV klientů a jejich prožíváním a chováním v terapii, nicméně konkrétní hypotézy nestanovujeme; s ohledem na relativně malý počet proměnných srovnávaných s typem VV se pokusíme ověřit všechny kombinace.

METODY TVORBY A ANALÝZY DAT

Výzkum probíhal v letech 2012–2013 během psychoterapeutické práce s klienty tří psychoterapeutů. V rámci studie byly použity dvě metody tvorby dat: dotazník ECR-R a polostrukturovaný rozhovor. Proces tvorby dat byl rozdělen do tří fází a částečně se prolínal s jejich analýzou. V první fázi byl klientům, kteří souhlasili se vstupem do výzkumu, administrován dotazník mapující VV (ECR-R). V druhé fázi byli psychoterapeuti požádáni, aby v rozhovoru popsali chování každého klienta typické během jejich posledních sezení. Následně proběhlo otevřené kódování relevantních odpovědí jednou osobou, při němž byly identifikovány jednotlivé kategorie v oblasti chování klienta během psychoterapeutického sezení. Ve třetí fázi tvorby dat byli terapeuti požádáni, aby kódované informace o svých klientech potvrdili ve shodě s definovanými kategoriemi, případně systematicky doplnili o chybějící data v nově vytvořených kategoriích. Tuto fázi lze chápat jako verifikaci dat poskytnutých v polostrukturovaném rozhovoru i jako validizaci otevřeného kódování.

ECR-R (THE EXPERIENCES IN CLOSE RELATIONSHIP-REVISED QUESTIONNAIRE)

Informace o VV klienta byly získávány na základě administrace dotazníku ECR-

-R. Dotazník obsahuje 36 položek, které posuzuje na dvou dimenzích VV: dimenzi úzkostnosti a dimenzi vyhýbavosti na sedmibodové Likertově škále. Respondenti byli následně dle skóre a mediánů přiřazeni do čtyř kategorií VV v dospělosti: jistá, vyhýbavá, úzkostně vyhýbavá a zapletená VV (Fraleley, 2012; Fraley, Waller, & Brennan, 2000). Podle Sibley a Liu (2004) škála poskytuje stabilní hodnocení určitých znaků konkrétních typů VV v dospělosti a je odolná vůči chybě měření v průběhu krátké doby. Konfirmační faktorová analýza Fairchild a Finney (2006) také potvrdila existenci dvou dimenzí. Konzistence odpovědí na položky v rámci dimenzí úzkostnosti a vyhýbavosti aktuálního datového souboru byla také statisticky ověřována. Cronbachovo Alfa je pro dimenzi úzkostnosti $\alpha=0,9$ a pro dimenzi vyhýbavosti také $\alpha=0,9$ (Fairchild & Finney, 2006). To značí vysokou interní reliabilitu v rámci jednotlivých subškál.

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

V rámci polostrukturovaného rozhovoru byla od psychologů získána data týkající se chování klienta v psychologickém sezení. Otázky použité v rozhovoru byly inspirovány kategoriemi chování v psychologických sezeních autorů Hill, Corbett, Lightsey a Gomez (1992): odpor, souhlas, adekvátní požádání, popisné vyprávění, kognitivně behaviorální explorační, emoční explorační, vzhled a terapeutická změna. Terapeuti měli ke každému klientovi říci, zda se kategorie v jejich sezení s klienty vyskytují, více je popsat, a dále měli doplnit další charakteristiky psychologických sezení, které považují za podstatné. V rozhovorech byly identifikovány relevantní informace, které byly kódovány a následně kategorizovány. Ve třetí fázi tvorby dat byli terapeuti požádáni o potvrzení správnosti kódování a případné doplnění chybějících informací v daných kategoriích.

ANALÝZA DAT

Analýza dat byla v počátečních fázích shodná s otevřeným kódováním dle zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 1999). V záznamech z rozhovorů byly identifikovány významové jednotky týkající se chování klientů v terapeutických sezeních a zpracovány do významových kategorií. Četnost výskytu identifikovaných kategorií během psychologických sezení u jednotlivých klientů byla převedena do dichotomické proměnné a zpracována popisně statisticky a matematicko-analyticky prostřednictvím programu IBM SPSS Statistics 16. Rozdíly ve výskytu sledovaných kategorií v závislosti na typu vazby byly analyzovány testem dobré shody (Pearsonův chí-kvadrát). Vzhledem k tomu, že se jedná o explorační výzkum a jde o zachycení vztahů, které by měly být ověřovány dalšími studii, byla pro účely tohoto výzkumu stanovena 10% hladina statistické významnosti jako dostatečná. Nižší statistická síla testů je také dána menším výzkumným souborem.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvořilo celkem 61 klientů, kteří docházeli pravidelně do psychologické péče a kteří přislíbili účast ve studii (viz tabulka 1). Soubor je z hlediska pohlaví poměrně vyrovnaný (46 % žen a 54 % mužů). Ženy častěji vykazovaly úzkostně zapletený typ, zatímco muži častěji vyhýbavý a úzkostně vyhýbavý typ VV. Polovina klientů byla ve věku 25–34 let a nejméně ve věku 55 let a více. Soubor je poměrně vyvážený také z hlediska délky docházky do psychologické péče. Nejvíce klientů se léčilo s diagnózou F 43.2 a F 10–19. Nejvíce osob bylo dle administrovaného dotazníku možno zařadit k jistému typu VV (36 %) a nejméně k úzkostně zapletenému typu VV (18 %). Výzkumný soubor terapeutů tvořily 3 psychologičky ve věku 28–39 let s praxí v oboru pohybující se mezi 3–12 lety s psychodynamickým psychologickým vzděláním, poskytující ambulanci psychologické služby v zařízení o. s.

Tabulka 1: Typ VV a základní demografické údaje o výzkumném souboru klientů

		Jistý typ		Úzkostně zapletený typ		Vyhýbavý typ		Úzkostně vyhýbavý typ		Celkem	
		Absolut.	Relativ.	Absolut.	Relativ.	Absolut.	Relativ.	Absolut.	Relativ.	Absolut.	Relativ.
Pohlaví	ženy	11	50%	7	64%	4	31%	6	40%	28	46%
	muži	11	50%	4	36%	9	69%	9	60%	33	54%
Věk (roky)	18 - 24	3	14%	4	36%	0	0%	3	20%	10	16%
	25 - 34	13	59%	4	36%	8	62%	5	33%	30	49%
	35 - 44	6	27%	3	27%	3	23%	5	33%	17	28%
	45 - 54	0	0%	0	0%	2	15%	1	7%	3	5%
	55 a více	0	0%	0	0%	0	0%	1	7%	1	2%
Délka terapie (měsíce)	1 - 3	4	18%	5	45%	1	8%	3	20%	13	21%
	4 - 12	7	32%	1	9%	4	31%	3	20%	15	25%
	13 - 24	5	23%	1	9%	2	15%	4	27%	12	20%
	25 a více	6	27%	4	36%	6	46%	5	33%	21	34%
Diagnóza	F 10-19	9	41%	5	45%	5	38%	1	7%	20	33%
	F 30-39	1	5%	1	9%	1	8%	0	0%	3	5%
	F40-42	1	5%	0	0%	0	0%	4	27%	5	8%
	F43.2	10	45%	3	27%	5	38%	9	60%	27	44%
	F 60.8	1	5%	2	18%	2	15%	1	7%	6	10%
Celkem		22	36%	11	18%	13	21%	15	25%	61	100%

Prev-Centrum a Ambulance klinické psychologie Praha.

VÝSLEDKY

Na základě kvalitativní analýzy byly vygenerovány následující kategorie postižující emoční prožívání a chování klientů v psychotherapeutickém procesu: docházka do psychotherapie, témata psychotherapie, emoční projevy během terapeutických sezení a explorační témat.

Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č. 2–5. Statistická významnost rozdílů ve výskytu byla sledována v rámci jedné kategorie mezi všemi čtyřmi typy VV (sloupec „celkem“ – kontingenční tabulka 4x2) a pro zjištění přesnějších vztahů i mezi určitým typem VV a zbylými třemi typy VV (sloupce „typ vazby“ – kontingenční tabulka 2x2). Vzhledem k relativně omezenému počtu klientů v jednotlivých kategoriích a mnohdy nízkému výskytu identifikovaných jevů jsou výpočty statistické významnosti rozdílů ve

výskytu často zatíženy možnou chybou (více než 20 % buněk vykazuje četnosti menší než 5), a je proto třeba brát je spíše orientačně než průkazně.

DOCHÁZKA DO PSYCHOTERAPIE

V rámci této kategorie byly identifikovány tři základní podkategorie (viz tabulka 2): pravidelná docházka (klient pravidelně dochází na sezení, ruší je výjimečně, a pokud ano, tak má zájem o naplánování dalšího termínu), pozdní příchody na sezení (časté pozdní příchody na sezení) a kontakty mezi sezeními (klient kontaktuje psychotherapeuta i mimo sezení, například telefonicky).

Pravidelnou docházku dodržují přibližně tři čtvrtiny klientů, mezi klienty s určitým typem VV nejsou výrazné rozdíly. Pozdní příchody jsou v rámci docházky tou podkategorií, ve které jsou rozdíly mezi jednotlivými typy vztahových vazeb nejzřetelnější. Celkově se vyskytují u čtvrtiny klientů, přičemž častěji na sezení chodí se

Tabulka 2: Docházka do psychoterapie

podkategorie	proměnná (počet klientů, statistická významnost)	typ vazby				celkem
		jistá	úzkostně vyhýbavá	úzkostně zapletená	vyhýbavá	
pravidelná docházka	absolutně	18	10	8	11	47
	relativně	81,8%	66,7%	72,7%	84,6%	77,0%
	p	0,506	0,271	0,707	0,465	0,629
pozdní příchody	absolutně	3	5	2	5	15
	relativně	13,6%	33,3%	18,2%	38,5%	24,6%
	p	0,136	0,365	0,586	0,190	0,304
kontakt mezi sezeními	absolutně	2	3	3	2	10
	relativně	9,1%	20,0%	27,3%	15,4%	16,4%
	p	0,247	0,664	0,282	0,912	0,581

zpožděním osoby s vyhýbavým typem VV a naopak nejméně často mají zpoždění osoby s jistým typem VV. Kontakt mezi sezeními byl terapeuty popsán u necelé pětiny klientů, mezi klienty s určitým typem VV nebyly sledovány výrazné rozdíly.

TÉMATA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH SEZENÍ

Hlavní témata terapeutických sezení podle terapeutů byla zařazena do následujících podkategorií: partneři (vztahy s minulými, současnými či potencionálními partnery), rodiče/sourozenci (aktuální či minulé vztahy s rodiči či sourozenci), děti/pes (otázky ohledně výchovy či narušených vztahů s dětmi, jedna klientka hovořila opakovaně o svém vztahu k psovi), obecné mezilidské vztahy (vztahy s vrstevníky, kamarády, kolegy z práce), symptomy (témata týkající se aktuálních či minulých psychických nebo zdravotních problémů), zaměstnání/studium (témata týkající se zaměstnání či studia), vztah k sobě (negativní vztah k sobě, sebe-důvěra) (viz tabulka 4).

Nejčastější téma v psychoterapeutickém sezení bylo téma partnerských vztahů, mezi klienty s určitým typem VV nebyly v této kategorii sledovány výrazné rozdíly. Polovina klientů řešila na sezeních své rodiče nebo

sourozence. Osoby s jistým typem VV řešily rodiče a sourozence nejčastěji, a naopak nejméně toto téma řešily osoby s úzkostně vyhýbavým typem VV. Obě hodnoty dosahují 10 % hladiny statistické významnosti při jejich porovnání s ostatními typy VV. Děti a domácí mazlíčky řešila na sezeních necelá desetina výzkumného souboru, mezi klienty s určitým typem VV nelze sledovat výrazné rozdíly. Téma z podkategorie obecných mezilidských vztahů se nejčastěji vyskytovalo u úzkostně vyhýbavých klientů. Symptomy probírala na sezeních polovina klientů a zaměstnání a studium necelá třetina, mezi klienty s určitým typem VV nelze sledovat výrazné rozdíly. Pouze desetina klientů tematizovala vztah k sobě, opět bez statisticky významných rozdílů mezi klienty s určitým typem VV.

EMOČNÍ PROJEVY BĚHEM SEZENÍ

V rámci emočních projevů během sezení byly identifikovány následující podkategorie emocí, které byly během sezení nejčastěji patrné: pozitivní emoce (příjemné ladění sezení někdy i navzdory negativním emočním stavům), humor, smutek, úzkost/strach, vztek, odpojení od emocí (absence projevu jakýchkoliv emocí), nadměrná emotivita (velmi silné projevování emočních reakcí).

Pozitivní emoce během sezení zažívaly

Tabulka 3: Hlavní témata psychotherapeutických sezení

Podkategorie	proměnná (počet klientů, statistická významnost)	typ vazby				celkem
		jistá	úzkostně vyhýbavá	úzkostně zapletená	vyhýbavá	
partnerské vztahy	absolutně	18	12	7	10	47
	relativně	81,8%	80,0%	63,6%	76,9%	77,0%
	p	0,506	0,754	0,243	0,990	0,688
rodiče/ sourozenec	absolutně	14	4	4	7	29
	relativně	63,6%	26,7%	36,4%	53,8%	47,5%
	p	0,059*	0,062*	0,412	0,608	0,129
děti/pes	absolutně	3	1	0	1	5
	relativně	13,6%	6,7%	0,0%	7,7%	8,2%
	p	0,245	0,804	0,274	0,940	0,594
obecné vztahy	absolutně	2	4	1	2	9
	relativně	9,1%	26,7%	9,1%	15,4%	14,8%
	p	0,349	0,134	0,559	0,942	0,468
symptomy	absolutně	12	8	5	8	33
	relativně	54,5%	53,3%	45,5%	61,5%	54,1%
	p	0,958	0,945	0,525	0,544	0,890
zaměstnání/studium	absolutně	7	5	4	2	18
	relativně	31,8%	33,3%	36,4%	15,4%	29,5%
	p	0,766	0,708	0,582	0,208	0,647
vztah k sobě	absolutně	2	2	2	1	7
	relativně	9,1%	13,3%	18,2%	7,7%	11,5%
	p	0,661	0,795	0,441	0,629	0,839

*10% hladina statistické významnosti

dvě třetiny klientů. Klienti s úzkostně zapleteným typem VV v porovnání s klienty s ostatními typy VV pozitivní emoce v rámci psychotherapeutických sezení zažívali statisticky významně méně často. Humor na sezeních byl popisován u čtvrtiny klientů, statisticky významně méně často měly humorový nadhled v sezeních osoby s úzkostně zapletenou VV. Smutek na sezení uvedli terapeuti u čtvrtiny klientů u všech typů VV. Úzkostné stavy během sezení popisovali terapeuti u třetiny klientů, nejčastěji u osob s úzkostně vyhýbavým typem VV a nejméně často u osob s vyhýbavou VV. Vztek na se-

zeních byl popisován terapeuti pouze u 7 % klientů, nejčastěji u klientů s vyhýbavým typem VV. Podkategorie odpojení od emocí a nadměrná emotivita byla popsána u deseti klientů, mezi klienty s určitým typem VV nebyly v obou podkategoriích sledovány výrazné rozdíly.

EXPLORACE TÉMAT BĚHEM SEZENÍ

V rámci kategorie explorace témat během sezení byly identifikovány následující subkategorie: autonomie (zda je klient autonomní během sezení, či zda nechává témata

Tabulka 4: Emoční projevy během sezení

podkategorie	proměnná (počet klientů, statistická významnost)	typ vazby				celkem
		jistá	úzkostně vyhýbavá	úzkostně zapletená	vyhýbavá	
pozitivní emoce	absolutně	16	13	5	9	43
	relativně	72,7%	86,7%	45,5%	69,2%	70,5%
	P	0,774	0,114	0,044**	0,911	0,153
humor	absolutně	7	4	0	3	14
	relativně	31,8%	26,7%	0,0%	23,1%	23,0%
	P	0,216	0,694	0,046**	0,990	0,224
smutek	absolutně	5	4	3	3	15
	relativně	22,7%	26,7%	27,3%	23,1%	24,6%
	P	0,800	0,830	0,819	0,886	0,987
úzkost/ strach	absolutně	5	7	5	2	19
	relativně	22,7%	46,7%	45,5%	15,4%	31,1%
	P	0,286	0,135	0,258	0,167	0,174
vzteky	absolutně	1	0	1	2	4
	relativně	4,5%	0,0%	9,1%	15,4%	6,6%
	P	0,634	0,237	0,708	0,147	0,397
odpojení od emocí	absolutně	2	1	2	1	6
	relativně	9,1%	6,7%	18,2%	7,7%	9,8%
	P	0,883	0,635	0,305	0,770	0,773
nadměrná emotivita	absolutně	4	1	1	1	7
	relativně	18,2%	6,7%	9,1%	7,7%	11,5%
	P	0,217	0,501	0,784	0,629	0,668

* 10% hladina statistické významnosti

** 5% hladina statistické významnosti

a průběh sezení na terapeutovi), angažovanost (do jaké míry se angažuje do psychoterapeutického procesu), otázky během sezení (kladení otázek během sezení týkající se jak terapeuta, tak procesu léčby, či zdravotních problémů), kognitivní explorace (schopnost mluvit o svých myšlenkových procesech), emoční explorace (schopnost mluvit o svých emočních procesech) a popisné vyprávění (popisné vyprávění příběhů bez návaznosti na emoční či kognitivní exploraci).

Autonomně a angažovaně se na sezení chovaly tři čtvrtiny klientů. Statisticky významně častěji autonomní a angažovaní byli v rámci sezení klienti s úzkostně vyhýbavým

typem VV a statisticky významně méně angažovaní klienti s úzkostně zapleteným typem VV. Otázky během sezení pokládaly více jak dvě třetiny klientů, mezi klienty s určitým typem VV nebyly sledovány výrazné rozdíly. Podobně je tomu i v kategoriích kognitivní a emoční explorace. Popisné vyprávění bylo sledováno u 15 % klientů, nejméně popisného vyprávění se vyskytovalo v sezeních s klienty s úzkostně zapletenou VV.

DISKUZE

Prezentovaný explorační výzkum se zaměřil na popis chování 61 klientů v rámci

Tabulka 5: Explorace témat během sezení a dynamika sezení

fenomén	proměnná (počet klientů, statistická významnost)	typ vazby				celkem
		jistá	úzkostně vyhýbavá	úzkostně zapletená	vyhýbavá	
autonomie	absolutně	16	14	7	9	46
	relativně	72,7%	93,3%	63,6%	69,2%	75,4%
	P	0,715	0,063*	0,317	0,560	0,287
angažovanost	absolutně	17	14	6	10	47
	relativně	77,3%	93,3%	54,5%	76,9%	77,0%
	P	0,975	0,084*	0,050*	0,990	0,145
otázky během sezení	absolutně	17	12	6	7	42
	relativně	77,3%	80,0%	54,5%	53,8%	68,9%
	P	0,286	0,283	0,258	0,188	0,260
kognitivní explorace	absolutně	20	13	9	12	54
	relativně	90,9%	86,7%	81,8%	92,3%	88,5%
	P	0,661	0,795	0,441	0,629	0,839
emoční explorace	absolutně	16	12	8	11	47
	relativně	72,7%	80,0%	72,7%	84,6%	77,0%
	P	0,547	0,754	0,707	0,465	0,839
popisné vyprávění	absolutně	3	3	0	3	9
	relativně	13,6%	20,0%	0,0%	23,1%	14,8%
	P	0,853	0,509	0,127	0,340	0,396

*10% hladina statistické významnosti

psychoterapeutických sezení z hlediska typu VV. Statistické významnosti na 5 % hladině bylo dosaženo ve dvou případech. V případě emočních projevů během sezení dosáhlo této hladiny významnosti, že klienti s úzkostně zapleteným typem VV v porovnání s klienty s ostatními typy VV méně často zažívají v rámci psychoterapeutických sezení pozitivní emoce a humor. Tato skutečnost je částečně reflektována také ve výzkumu Woodhouse et al. (2003), kteří zjistili, že klienti s ambivalentním typem VV vykazovali v rámci terapeutických sezení obecně více negativního přenosu a přenosu obecně v porovnání s klienty ostatních typů VV. Alexander a Anderson (1994) na čtyřech případových studiích také ilustrují skutečnost, že osoby s úzkostně zapleteným typem VV

mají tendenci v rámci terapeutického vztahu neustále hledat emoční blízkost s terapeutem, která jim slouží jako kompenzace jejich chybějící osobní struktury. Nemožnost maximální blízkosti s terapeutem pak vede k negativním reakcím vůči terapeutovi a k jeho vnímání jako nedostatečně vstřícného a nápomocného. V souladu se svojí dřívější zkušeností se jejich nadměrná touha po vztahu s terapeutem může projevovat jeho idealizací na jedné straně a reakcemi vzteku a odporu v případě neuspokojení jejich potřeb terapeutem na straně druhé. Na různé problémy v terapeutickém vztahu mají tendence reagovat nadměrnými reakcemi. Tuto skutečnost lze vysvětlit tím, že osoby s tímto typem VV se primárně spoléhají na hyperaktivační strategie, které zahrnují ostra-

žitost, nadměrné vnímání rizik, opakované zaobírání se ohrožujícími událostmi a zdůrazňování potřeby pozornosti, péče a bezpečí (Mikulincer & Shaver, 2010). Primární spoléhání na hyperaktivační strategie dle našeho názoru omezuje možnost odstupe od situací, který je právě důležitý u schopnosti využívat humor.

V rámci první kategorie docházka do psychoterapie byly sledovány tři podkategorie: pravidelná docházka, pozdní příchody a kontakt mezi sezeními. Ke statistické významnosti na 10 % hladině se blížila podkategorie pozdní příchody. V porovnání s ostatními klienty, klienti s jistým typem VV méně často chodili na psychoterapeutická sezení se zpožděním a naopak klienti s vyhubým typem VV docházeli na psychoterapeutická sezení s častým zpožděním v porovnání s klienty s ostatními typy VV. Autoři nenašli žádný výzkum, se kterým by výsledky své studie porovnali. Výsledky však odpovídají teorii VV, kdy se u osob s vyhubým typem VV může projevat vyhubavost právě v pozdních příchodech na psychoterapeutická sezení. Zajímavé je, že tato tendence není v této studii promítnuta do častější nepravidelné docházky. Tento rozpor lze vysvětlit dle autorů Eamese a Rotha (2000), kteří sice ve svém výzkumu zjistili, že osoby s vyhubým typem VV nemají takový problém navázat terapeutickou alianci (jejíž součástí je i pravidelná docházka na sezení), ale mají tendenci popírat problémy v jejím rámci a často bývá jimi navázaná pracovní aliance spíše povrchní, protože je pro ně těžké si vytvořit osobnější vztah s terapeutem.

V druhé kategorii byla sledována hlavní témata psychoterapeutických sezení. Statistické významnosti na 10 % hladině se blížily hodnoty v podkategoriích rodiče/sourozenc a obecné mezilidské vztahy. Lidé s jistým typem VV častěji tematizovali v sezeních vztahy s rodiči nebo sourozenci v porovnání s ostatními typy VV. Klienti s úzkostně vyhubým typem VV naopak méně často tematizovali vztahy s rodiči nebo sourozenci

a naopak častěji tematizovali obecné mezilidské vztahy v porovnání s dalšími typy VV. Lze spekulovat o tom, že pro klienty s úzkostně vyhubým typem VV může být téma intimních rodinných vztahů citlivější a naopak je pro ně bezpečnější řešit obecné mezilidské vztahy. Zatímco pro osoby s jistým typem VV toto téma není tak emočně citlivé a jsou schopni o něm mluvit otevřeněji. Podle typologie Ainsworthové (1979) je úzkostně vyhubý typ VV variantou dezorganizované VV v dětství. Tito lidé ve své anamnéze udávají více traumatizujících zkušeností a častěji využívají obranný mechanismus disociace (Schimmenti, Guglielmucci, Barbasio, & Granieri, 2012; Wallin, 2007). Tato skutečnost může být důvod, proč téma vztahů v primární rodině není tak časté v porovnání s dalšími typy VV.

Ve třetí kategorii, emoční projevy během sezení, se přiblížily k 10 % hladině čtyři hodnoty. Klienti s úzkostně vyhubým typem VV častěji vykazovali pozitivní a úzkostné emoce během sezení v porovnání s ostatními typy VV. Klienti s vyhubým typem VV vykazovali méně často úzkostné emoce a častěji vztek. Tento výsledek může souviset se zjištěními Skourteli a Lennie (2010), že osoby s úzkostně vyhubou VV vykazovaly potřebu souhlasu v rámci psychoterapeutických sezení, a Mallinckrodt et al. (2005), kteří uvádí, že v porovnání s výše uvedenými typy mají tito klienti problém se v procesu psychoterapie otevřít. Z teorie VV vyplývá, že klienti s tímto typem VV mají strach z odmítnutí druhými lidmi, a proto možná projevují nejvíce pozitivní emoce, aby nebyli opět odmítnuti. Vysoká hladina úzkosti je dána již samotnou definicí tohoto typu VV (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2010). Naopak osoby s vyhubým typem VV dosahovaly nízkou míru úzkostnosti, což může být dáno opět definicí kategorie, ve které má vyhubý typ nízkou míru úzkostnosti ale vysokou hladinu vyhubavosti (Bartholomew & Horowitz, 1991). Vyšší hladina vzteku u osob s vyhubým typem VV odpovídá výzkumům,

kteří uvádí, že lidé s tímto typem vztahu jsou více agresivní nebo hostilní než osoby s jistým typem VV (Mikulincer & Shaver, 2010).

V poslední kategorii byly identifikovány čtyři hodnoty, které se blížily k 10 % hladině významnosti. Osoby s úzkostně vyhýbavým typem VV se častěji chovaly v rámci psychotherapeutických sezení autonomně a angažovaně a klienti s úzkostně zapleteným typem VV vykazovali naopak během sezení nízkou angažovanost, osoby s vyhýbavým typem VV měly nejméně otázek během sezení. Výsledky odpovídají již výše zmíněné skutečnosti, že klienti s úzkostně vyhýbavým typem VV mají strach z odmítnutí druhými lidmi, ale zároveň stojí o kontakt s nimi (Mikulincer & Shaver, 2010; Wallin, 2007). Tato skutečnost se může projevat v rámci psychotherapeutických sezení tím, že se chovají jako vzorní klienti, kteří jsou samostatní a kteří jsou angažovaní do procesu psychotherapie z obavy, aby nebyli terapeutem odmítnuti a naopak od něj získali souhlas (Skourtelis & Lennie, 2010). Podle teorie VV lze spíše očekávat, že lidé s úzkostně zapleteným typem VV budou naopak v rámci psychotherapeutického procesu více angažovaní. Tento protikladný výsledek lze vysvětlit častými ambivalentními pocity ve vztahu s druhými lidmi, na které v rámci psychotherapeutického procesu poukazují Alexander a Anderson (1994). Ti, jak už bylo výše uvedeno, popisují u svých klientů skutečnost, že nemožnost maximální blízkosti s terapeutem může vést k negativním reakcím vůči terapeutovi a k jeho vnímání jako nedostatečně vstřícného a nápomocného. V souladu se svojí dřívější zkušeností se jejich nadměrná touha po vztahu s terapeutem v případě jejího neuspokojení promění v reakce vzteku a odporu. Skutečnost, že se klienti s vyhýbavým typem VV v rámci psychotherapeutických sezení nejméně ptali, opět může reflektovat skutečnost, že tyto lidé využívají tzv. deaktivační strategii, kdy se díky své minulé zkušenosti v mezilidských vztazích rozhodli opírat sami o sebe a nespolehat se na druhé (Slade, 2000).

Jelikož se jedná o explorační výzkum, autoři jsou si vědomi několika zásadních limitů této studie. První nevýhodou je nízký počet respondentů, díky kterému se v jednotlivých kategoriích vyskytuje relativně omezený počet klientů a výpočty statistické významnosti rozdílů ve výskytu jsou často zatíženy možnou chybou (více než 20 % buněk vykazuje četnosti menší než 5), a je proto třeba brát je spíše orientačně. Dále jde o subjektivní hodnocení chování klientů během psychotherapeutického procesu terapeutů, které se autoři alespoň snažili zmírnit podrobným definováním vybraných kategorií a dále tím, že diskuze nad případnými nejasnostmi byla vedena vždy jedním stejným tazatelem. Dalším nedostatkem této studie je skutečnost, že VV byla sledována u klientů v různé fázi psychotherapeutického procesu (délka psychotherapeutické péče se pohybovala od 1 do 65 měsíců), což mohlo mít také vliv na chování klientů s jednotlivými typy VV. Protože jak například popisuje ve svém výzkumu Kanninen et al. (2000), osoby s vyhýbavým typem VV mají tendenci na začátku léčby navázat silnou pracovní alianci, která pak začne oslabovat s postupem času. Klienti s jistou a ambivalentní VV navazují alianci vysokou na začátku a na konci léčby a nejnižší v prostřední fázi léčby. Dále zde vstupuje do hry i změna VV v průběhu psychotherapeutického procesu (Lawson, Barnes, Madkins, & Francois-Lamonte, 2006; Travis, Binder, Bliwise, & Horne-Moyer, 2001). V případě této explorační studie však bylo chování v terapii vztahováno k období měření VV, takže případná změna VV v důsledku psychotherapeutického procesu, by se pravděpodobně projevila i v aktuálním chování během terapie. Další slabou stránkou této explorační studie bylo měření vztahové vazby k partnerovi. Zde se nabízí možnost, že případné aktuální krize v partnerském vztahu by mohly ovlivnit výsledek VV. Ke snížení tohoto zkreslení byli klienti instruováni, aby nevyplňovali dotazník pod vlivem případné aktuální partnerské krize, ale podle toho, jaké vztahy

mají obecně v partnerských vztazích. Studie má svá omezení i ve skutečnosti převodu dimenzionálního modelu VV na čtyři kategorie podle doporučení jednoho z autorů dotazníků, který tyto kategorie spíše pojímá jako orientační vodítka (Fralely, 2012). Převod do kategorií navíc neprobíhal podle českých norem, které nejsou k dispozici, ale podle norem získaných z online vyplněných dotazníků, které na svém webu publikoval Fralely (2012).

Na základě této explorační studie lze navrhnout doporučení pro další výzkum v této oblasti. Zajímavou skutečností byla validita dotazníku pro měření VV ECR-R. Vzhledem k tomu, že terapeuti své klienty v rámci terapie již různě dlouhou dobu znali, u více než poloviny klientů je překvapil zjištěný naměřený typ VV. Nejčastější model byl, že dotazníkem ECR-R byla klientovi zjištěna jistá VV, zatímco informace získané z terapeutických sezení svědčily pro nejistý typ VV. Tuto skutečnost lze vysvětlit jednak omezenou schopností terapeutů identifikovat typ vztahové vazby, dále i faktem, že zhruba u 30 % osob dochází ke změnám v jejich vztahové vazbě v relativně krátkém časovém období (méně než jeden rok), což může být dáno nespolehlivostí měřících nástrojů (Baldwin & Fehr, 1995) nebo díky samotné nestabilitě VV, tak i v důsledku různých životních událostí (Mikulincer & Shaver, 2010). U některých osob může navíc vycházet falešně jistý typ VV v důsledku obranného zkreslení nebo sociální žádoucnosti v jejich sebehodnocení (Berant, osobní sdělení, 1. 5. 2014). Z výše uvedených důvodů se zdá vhodnější využívat pro zjišťování typu VV spíše metody založené na rozhovorech jako je AAI – Adult Attachment Interview (Carol George, Nancy Kaplan, & Mary Main, 1985) nebo CRI – Current Relationship Interview (Crowell & Owens, 1998), které jsou sice časově náročnější, ale pravděpodobně přinášejí více validní výsledky. Dále lze doporučit realizovat výzkum sledující chování v rámci psychoterapeutického procesu u klientů,

kteří jsou ve stejné fázi léčby či sledovat jejich chování v rámci psychoterapeutického procesu, včetně jeho vlivu na vývoj VV.

ZÁVĚR

Na základě výsledků výše uvedené explorační studie lze sledovat částečnou spjitost mezi typem VV klienta a vybranými charakteristikami chování klientů během psychoterapeutického procesu. Významnější spjitost byla sledována především v podkategoriích docházka do psychoterapie, téma vztahů s rodiči a sourozenci, prožívání pozitivních emocí a humoru během sezení, autonomní a angažovaný přístup v psychoterapeutických sezeních.

POUŽITÁ LITERATURA

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
- Alexander, P. C., & Anderson, C. L. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 665.
- Baldwin, M. W., & Fehr, B. (1995). On the In stability of Attachment Style Ratings. *Personal Relationships*, 2(3), 247–261.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Bowlby, J. (1988). Developmental Psychiatry Comes of Age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Connors, M. E. (1997). The renunciation of love: Dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 14(4), 475–493.
- Crowell, J., & Owens, G. (1998). Manual for the current relationship interview and scoring system. *Unpublished manuscript*.
- Daniel, S. I. F. (2011). Adult attachment insecurity and narrative processes in psychotherapy: an exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 498–511.

- Dolan, R. T., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1993). Client Attachment Style and the Psychotherapists Interpersonal Stance. *Psychotherapy, 30*(3), 408–412.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance – A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421–434.
- Fairchild, A. J., & Finney, S. J. (2006). Investigating validity evidence for the experiences in close relationships – Revised questionnaire. *Educational and Psychological Measurement, 66*(1), 116–135.
- Fraley, R. C. (2012). Information on the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment Questionnaire, <http://internal.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/ecrr.htm>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology, 78*(2), 350–365.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults. *Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.*
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Berkeley adult attachment interview. *Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California, Berkeley.*
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of personality and social psychology, 52*(3), 511–524.
- Hill, C. E., Corbett, M. M., Lightsey, R., & Gomez, M. (1992). Client Behavior in Counseling and Therapy Sessions – Development of a Pantheoretical Measure. *Journal of Counseling Psychology, 39*(4), 539–549.
- Kanninen, K., Salo, J., & Punamaki, R. L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychother Res, 10*(4), 435–449.
- Lawson, D. M., Barnes, A. D., Madkins, J. P., & Francois-Lamonte, B. M. (2006). Changes in male partner abuser attachment styles in group treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 232.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of Response to Reunion with the Parent at Age 6 – Predictable from Infant Attachment Classifications and Stable over a 1-Month Period. *Developmental Psychology, 24*(3), 415–426.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy, 42*(1), 85–100.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford press.
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 271–286.
- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1995). Client Attachment and Perceptions of the Working Alliance with Counselor Trainees. *Journal of Counseling Psychology, 42*(2), 187–189.
- Schimmenti, A., Guglielmucci, F., Barbasio, C., & Granieri, A. (2012). Attachment disorganization and dissociation in virtual worlds: a study on problematic internet use among players of online role playing games. *Clinical Neuropsychiatry, 9*(5), 195–202.
- Sibley, C. G., & Liu, J. H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and Individual Differences, 36*(4), 969–975.
- Silverman, D. K. (2011). A Clinical Case of an Avoidant Attachment. *Psychoanalytic Psychology, 28*(2), 293–310.
- Skourteli, M. C., & Lennie, C. (2010). The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Notes for Contributors, 26*(1), 20.
- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(4), 1147–1174.
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 175.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Travis, L. A., Binder, J. L., Bliwise, N. G., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 38*(2), 149–159.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Woodhouse, S. S., Schlosser, L. Z., Crook, R. E., Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2003). Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 395–408.

PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D., je klinická psycholožka a psychoterapeutka pracující na Klinice adiktologie I. LF UK a VFN v Praze a v soukromé psychoterapeutické praxi v Praze.

Mgr. Tereza Mazáková, psycholog v o.s. Prev-Centrum – individuální psychoterapie, studentka postgraduálního studia Integrální studium člověka – obecná antropologie na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, absolventka jednooborové psychologie na Filosofické fakultě Univerzity

Palackého v Olomouci a psychoterapeutického, dynamicky orientovaného výcviku SUR.

Mgr. Alexandra Roubalová je psycholožka a psychoterapeutka, pracuje v ambulancním programu pro léčbu závislostí Prev-Centrum; věnuje se zejména individuální psychoterapii

Mgr. Jaroslav Vacek – psycholog působící na Klinice adiktologie I. LF UK a VFN v Praze jako pedagogický, poradenský a výzkumný pracovník, mezi jehož odborné zájmy patří kromě vědecké metodologie také oblast nelátkových závislostí (gambling, závislost na internetu) a využití moderních technologií v prevenci a léčbě závislostí.

Došlo do redakce 29. 7. 2014, v revidovaném znění 25. 9. 2014. K publikaci přijato 6. 10. 2014.

CO S TÍMTO ŽÁKEM? ZKUŠENOSTI SUPERVIZORA VE STŘEDNÍM ŠKOLSTVÍ

What to do with this student? Supervisors experience in secondary education

Zbyšek Mohaupt

ABSTRAKT:

Autor textu působil v rámci několika vzdělávacích projektů pro středoškolské pedagogy v roli supervizora. V článku shrnuje své tříleté zkušenosti ze skupinové supervize. Představuje formát realizovaných supervizí, nabízí přehled supervizních potřeb pedagogů, zabývá se supervizním vztahem, procesem a pravidly. Zmiňuje využitelné zásady a dotýká se některých specifíků uplatnění supervize ve středním školství.

Klíčová slova: supervize, supervizor, skupinová dynamika, kontrakt, supervizní kultura

ABSTRACT:

Author of the text worked in several educational projects for high school teachers in the role of supervisor. The article summarizes his three-year experience with group supervision. Represents a form of implemented supervisions, provides an overview of supervisory needs of teachers, dealing with supervisory relations, processes and rules. He mentions usable principles and touches some specifics of using supervision in secondary education.

Key words: supervision, supervisor, group dynamic, contract, supervisory culture

ÚVOD

Zavádění supervize do oblasti školství probíhá v českých podmínkách teprve pozvolna. Metodický pokyn MŠMT ČR z jara 2010 počítá se supervizemi v zařízeních ochranné a ústavní výchovy a preventivní péče, ale o supervizích pro učitele v samotných školách se nezmiňuje. Přesto se tak už postupně děje, jak ukázala třeba konfe-

rence „Rozvoj školy a supervize“ z května 2012 (Fejfarová, 2012). Měl jsem možnost v letech 2010–13 působil v rámci několika vzdělávacích projektů ESF jako supervizor středoškolských pedagogů. V následujících řádcích bych se rád o některé své zkušenosti a postřehy z těchto supervizí podělil. Mou ambicí je inspirovat či obohatit další kolegy, kteří se do podobné práce na poli českého školství pouštějí.

SUPERVIZNÍ FORMÁT

Vstupuji prvně do obrovské budovy divčích školy, někde v ní mne má čekat skupinka učitelek na první a na dlouho jedinou hodinu supervize. Přicházím zvědavě, trochu s pocitem ztracene v bludišti chodeb. Jak budou naladěné? Co za tu hodinu vůbec zvládneme? Kde budeme?

Vzdělávání středoškolských pedagogů díky grantovým projektům, kterých jsem se účastnil, zahrnovalo zpravidla rozmanité školící moduly. Ty se věnovaly rozvoji nových pedagogických dovedností, technik či didaktických postupů, týmové spolupráci mezi pedagogy nebo posilování manažerských kompetencí vedoucích pracovníků škol. K tomu se přidávala skupinová supervize: buď jako samostatná projektová aktivita pro zájemce, nebo jako regulérní součást vzdělávacího procesu pro všechny. Pro naprostou většinu z pedagogů šlo, díky poučeným autorům projektů, o první zkušenost se supervizí. Společným prvkem všech prvních supervizních setkání byla tedy na obou stranách zvědavost, jako v příkladu výše.

Vznik supervizních dohod odpovídal výše zmíněné různosti. V některých projektech byla supervizní pravidla nešťastně daná uni-

fikovanou smlouvou, většinou mezi zadavatelem a supervizorem. Ta byla často vytvořena právním úsekem administrátora projektů; pak nezbyvalo příliš prostoru pro úpravu pravidel. Jinde vznikal společný supervizní kontrakt v rámci trojstranných jednání. V každém případě bylo nutné ošetřit podobu supervize, její zaměření, podmínky a odpovědnost, vždy se samotnými účastníky.

Vždy se jednalo o skupinovou případovou supervizi. Jednotliví supervidovaní se vzájemně znali jako kolegové z dané instituce, ne však nutně ze stejných pracovišť. Skupinová setkání bývala dvouhodinová. Pokud byla pravidelnou aktivitou, probíhala zpravidla v intervalu 1x za 4–8 týdnů po celý školní rok, kromě letních prázdnin. Počet účastníků ve skupinách varioval mezi třemi až deseti. Nejčastěji bylo přítomných 5–7 pedagogů. Setkání většinou probíhala ve volné učebně školy, v klubovně internátu nebo v kabinetu pedagogů, což s sebou přinášelo občasně rušení zvenčí (viz příklad níže).

V rámci každého supervizního kontraktu byl ustanoven jeden ze členů skupiny jako koordinátor. Ten měl za úkol zprostředkovat domluvu mezi účastníky a supervizorem, zajistit vhodné prostory ve škole, potvrdovat termíny setkání, připravit prezenci či pořizovat fotodokumentaci. Někdy se účastnil trojstranných hodnotících schůzek s ředitelem dané školy, jako zástupce skupiny.

Účelem supervizí byla prevence syndromu vyhoření, podpora profesionálních způsobů řešení obtížných situací při interakci se žáky, podpora profesionality školního poradenského týmu nebo podpora při zavádění nových výukových metod. Důležitým prvkem v kontraktu byly domluvené cíle supervizí: buď společně s ředitelem školy a pedagogy, nebo jen se samotnými účastníky supervize. Součástí kontraktu byla i dohoda o podobě formální výstupní zprávy. Ta bývá v projektech vždy vyžadovaná a je třeba v ní zachovat důvěrnost obsahu supervizních setkání.

Během těch tří let jsem zažil supervizní práci v pěti středních odborných školách,

s pěti skupinami pedagogů. Jen ve dvou z nich byli zastoupeni muži, což odpovídá realitě spíše feminního školského prostředí. Celkem šlo asi o 40 pedagogů. Někteří z nich vstoupili do vzdělávacího kurzu a supervize byla jeho regulérní součástí. Jinde nabízel ředitel školy motivovaným zájemcům pravidelnou skupinovou supervizi jako podpůrnou seberozvojovou aktivitu. V jedné škole dostal od ředitelky nabídku pravidelné supervize tým školního poradenského pracoviště, v rámci probíhajícího vzdělávacího projektu.

Všechny supervize byly hrazeny z grantů, v jednom případě i částečně ze zdrojů školy. Pedagogové do supervizí vkládali svůj volný čas (po vyučování, v den volna), účast měli zcela bezplatnou. Supervize končily s koncem daného projektu, případně vyčerpáním témat tříleté skupiny podobného složení nebo nedostatkem dalších financí. Ve školách, v nichž byla supervize jen okrajovou součástí vzdělávacího projektu a tudíž dotovaná malým počtem hodin, projevovali pedagogové zájem o její regulérní pokračování. Nabídka supervizora na realizaci dalších supervizí, hrazených samotnými pedagogy či z jiných zdrojů školy, zůstala ovšem otevřená a nenaplněná.

SUPERVIZNÍ POTŘEBY

Zvonění školního zvonku je dobře slyšet i do školního klubu, v němž v kroužku sedíme. Pak se ozve zaklepaní na dveře a cizí muž středních let se ptá na cestu k zástupkyni školy. Jsme zrovna uprostřed diskuze nad citlivým supervizním tématem, jeden z pedagogů vstává a jde vysvětlit cestu...

Podobně, jako v programu supervize pro učitele v pražské pedagogicko-psychologické poradně (Masáková, 2008), se nejčastější požadavek účastníků supervize skrýval v otázce: „Co s tímhle žákem, jak na něj?“, případně „Jak řešit tuhle pedagogickou situaci?“ Už z toho lze odhadnout, že očekávání pedagogů primárně směřovala k jednoznačným metodickým postupům. Když opakovaně na supervizi nedostávali návody,

bránili se supervidovaní narůstající frustraci různě: buď snahou přenechat supervizorovi odpovědnost za obsah a zaměření setkání („Tak si pro nás něco připravte vy!“), nebo společným domlouváním ve skupině před supervizí („O jakých obecných tématech bychom se tam mohli pobavit?“), případně bezradností, skrývanou za pasivitou.

Všichni společně jsme se učili trochu jinému přístupu. V roli supervizora bylo nutné připomínat domluvený kontrakt; udržovat hranice bezpečí ve skupině, které dovoluje odkrývající sebezkoumání a být v tom čitelným modelem. Teprve postupně se dařilo ustanovit nový způsob reflektování vlastních pracovních zkušeností. Ještě později se začaly objevovat i příklady dobré praxe.

Supervizní témata a otázky, které během těch tří let pedagogové přinášeli do skupinových sezení, lze rozdělit na několik okruhů. Jejich přehled, seřazený od těch nejčastějších k méně častým, přináší tabulka č. 1.

Shrnutí: značnou část času a pozornosti jsme věnovali vzniku a zažití supervizní kultury. V ní nejde primárně o řešení problémů a supervizor nemusí (a často ani nemůže) být

„kouzelníkem“, expertem na danou problematiku. V praxi to znamená vracet pedagogy ke vnímání a pojmenování jejich potřeb, ke zvědomování jejich vlastních postojů, k jejich vlastní aktivitě. Pro pojmenované potřeby je pak důležité nacházet vyhovující prostor: ať už v mezích supervizního setkání nebo v jiných formách vzdělávání či řízení.

SUPERVIZNÍ VZTAH: UČITEL, KOLEGA NEBO PRŮVODCE?

Úzkému dlouhému kabinetu vévodí stůl s dobrotami, kolem něj sedí několik usmívajících se učitelek, mají připravené tužky a papíry, vítají mě, nabízejí kávu, těší se na další supervizní čas...

Pedagogové jsou v kontextu svého vzdělávání přirozeně vedeni k postoji „správně/špatně“. Umějí hodnotit, znají vhodné didaktické metody, dokážou si samostatně poradit; na druhou stranu jsou zvyklí škatulkovat, potřebují jasné výchovné postupy a jednájí z pozice moci. Od supervizora zpočátku čekají totéž: že je bude posuzovat, ukazovat správný způsob jednání a supervizní sezení řídit.

Tabulka č. 1: Tematické okruhy supervizních témat, seřazené dle četností výskytu.

TEMATICKÝ OKRUH	PŘÍKLADY
Konflikty se žáky a třídami	Nevhodné jednání žáků, slabá motivace, nezájem o výuku, spory mezi žáky apod.
Pedagogická dilemata	Míra tolerance k přestupkům, přiměřenost trestů a vlastních postojů, zasahování do rodičovských kompetencí apod.
Reflexe profesní kariéry	Změny a zlomy v kariéře, sebehodnocení, profesní rozvoj, úvahy o odchodu apod.
Zvládání zatěžujících pocitů	Marnost, nepoměr snahy a výsledků, vlastní nejistoty apod.
Prevence syndromu vyhoření	Jak se chránit, zkušenost vyhoření, rozpoznávání příznaků apod.
Práce školního poradenského týmu	Výchovná opatření, vlastní kompetence, hodnoty pracoviště apod.
Ostatní	Příklady dobré praxe nebo témata vztahů mezi kolegy (mimo rámec kontraktu)

Jakmile se ale supervizor téhle nabízené role chytí, supervidovaní rychle vklouznou do rolí „žáků“ – způsobných, pasivních, rebelujících či vymezujících se. Supervize se pak mění v boj o moc nebo obranu před jakýmkoli sebe-odhalením. Z toho plyne zřejmá nutnost budování bezpečné atmosféry i nárok na supervizora, aby udržel rámec rovnocenného partnerství profesionálů.

Zpočátku jsem se domníval, že mi bude užitečná moje dřívější pedagogická zkušenost ve středním školství, že se díky ní pedagogům více přiblížím. Paradoxně se ukázalo, že efektivní byly spíše vstupy a příklady z mého vlastního oboru. Pedagogové, po nutném adaptačním období sladování, očekávali spíše odborníka na supervizní proces, než kolegu z jiné školy. Jak jsme se více poznávali, supervizní vztah se proměňoval. Mohl jsem si dovolit osobnější reakce, pedagogy v procesu více doprovázet, než vést, nechávat prostor na jejich hlubší sebezkoumání. Postupně se z našich supervizí stávala vítaná a osvěžující setkání, i bez dobrot na stole, jako v příkladu výše.

SUPERVIZNÍ PROCES

Ač není nijak moc nasněženo, vlaky jezdí v kalamitním režimu. Za chvíli bychom měli začít supervizi a já trčím v sousedním městě, bez šance na spojení. Volám z nádraží s omluvou, že do vánoc už se na supervizi nesejdeme...

Důležitým faktorem ve skupinové supervizi je účelné zvládnutí skupinové dynamiky; je třeba nacházet zdravou rovnováhu mezi pozorností pro její fenomény, aniž by se zároveň stala hlavním zaměřením skupiny (Hawkins, Shohet, 2004).

Jedním z úskalí skupinové supervize ve škole je řada plánovaných prázdnin. Ty bývají průběžně doplňovány o další ředitelská volna a jiné (i neplánované) akce v mimopracovní době pedagogů. Jak se ukázalo, díky tomu není zcela reálné stanovit pravidelný interval setkávání ani jednoznačný den či hodinu. Když se k tomu přidá i vliv

neplánovaných komplikací na straně supervizora (jako v příkladu zmíněném výše), bylo vždy trochu dobrodružstvím sledovat, kdo a kdy se nakonec sejde.

S tím souvisí i další úskalí: pracovní doba pedagogů se váže k velikosti jejich úvazku. Kromě regulérně vyučovaných hodin (tj. přímé práce se žáky) se vztahuje ještě na konzultační hodiny nebo školní porady. Nic z toho ale nejde vynechat, či odložit. Proto supervizní setkávání až na výjimky probíhají ve volném čase pedagogů. To s sebou přirozeně přináší nutný požadavek dobrovolnosti supervize, daný souhlasem a zájmem pedagogů a zároveň jejich přirozený „úbytek“ v docházení. Na druhou stranu, vědomí vlastního vkladu do supervizí, v podobě mimopracovního času, tvoří významnou motivaci ke snaze o účelné zaměření setkání.

Ve skupině, kde jsou zastoupeni pedagogové různé délky praxe i doby působení na dané škole, nutně vyvstává fenomén srovnávání se a poučování („to neřeš; jsem zvědav, jak rychle změníš názor; musíš být na ně zkrátka přísnější...“). Užitečnější, než „poučovatele“ zastavovat, je nechat aktéra tématu jasně si říci, co potřebuje, o co stojí, respektive jak pomáhá to, co mu zrovna ostatní nabízejí.

Významným specifikem ve skupinové supervizi pedagogů dané školy je realita „pseudo-skupiny“, resp. „pseudo-týmu“. Účastníci se ze školy znají, setkávají se při společných školních aktivitách, mají většinou stejného vedoucího – jsou tedy součástí týmu pracoviště. Zároveň se ale nepotkávají při své vlastní práci se žáky, mají odlišné individuální cíle a někdy i cílovou skupinu. Pro bezpečný supervizní rámec z toho plyne nutnost jasně kontraktovat zaměření supervizních témat: na praxi pedagogů, jejich vztahy se žáky či rodiči, nebo na vlastní profesní rozvoj. Není samozřejmě možné v takovém složení skupiny připustit témata vnitrotýmová či organizační. Ta by předpokládala buď setkání celého pedagogického sboru (což je pro supervizi nereálné), sku-

pinu managementu školy nebo jiný způsob práce, například teambuilding.

S čím je třeba důsledně pracovat, jsou pocity odlišnosti účastníků supervize od ostatních pracovníků školy, tj. „my a oni“, z obou stran (jde v podstatě o trochu náhodný výběr). Zatímco supervidovaní se v kontaktu s dalšími kolegy mohou setkávat s reakcemi typu „vy jste ti vyhoření, nezkušení nebo divní“, naopak v rámci supervizní skupiny mohou vznikat pocity „zdravého jádra, poučených či výjimečných“.

Ve formátu dlouhodobé supervize na jednom pracovišti se nelze vyhnout ani dalším fenoménům skupinové dynamiky (příchody/ odchody do/ze skupiny, zvraty a hodnocení skupiny zevnitř, pochyby o důvěře ve skupinu apod.). Jejich zvládnutí pak záleží na domluveném supervizním kontraktu, přístupu a zkušenosti supervizora, vnímaném supervizním kontextu a cílech. Hlavním požadavkem je ovšem udržení bezpečí pro svobodné reflektování myšlenek a pocitů supervidovaných.

Supervizní proces byl přirozeně podporován pravidelností a délkou setkávání, homogenitou skupiny, každým podařeným předchozím setkáním i zpětnou vazbou z využití výsledků supervize v konkrétní praxi. Významným prvkem, posouvajícím proces, byla i dohoda o střídání, aby každý supervidovaný dostal v průběhu roku možnost prezentovat své téma. Občasná návštěva ředitele školy v úvodu setkání, vyjadřující zájem a podporu zúčastněným pedagogům, přispívala k upevnování pocitu smysluplnosti této neobvyklé školní aktivity.

Také faktorů, které naopak supervizní proces zpomalovaly či narušovaly, bylo několik. Jedním z nich byl už zmíněný nechráněný prostor setkávání: do kabinetu, v němž jsme pracovali, občas vstupovala další učitelka. Dalším faktorem byl příliš dlouhý interval mezi setkáními, daný vynucenou prázdninovou pauzou či malou hodinovou dotací supervizí v projektu. Jiným negativním vlivem byli jednorázové vstupy

nových pedagogů do skupiny („kolegové říkali, že je to zajímavé, tak jsem se přišla podívat, ale nevím, jestli sem budu chodit“) nebo přítomnost „skeptiků“ („to už jsme všechno dávno vyzkoušeli, na nic nového tu stejně nepříjdem“). Hlavním zpomalujícím faktorem byl tlak skupiny upustit od individuálních případových témat („nestihli jsme si nic připravit“) a věnovat se nějakému teoretickému konceptu („co třeba šikana?“). Pak bylo třeba odkrýt a pojmenovat potřebu dalšího vzdělávání účastníků a najít pro ni vhodný prostor, například kasuistický seminář.

SUPERVIZNÍ PRAVIDLA: CO SE OSVĚDČILO

Odjíždím z dalšího supervizního setkání se smíšenými pocity. Přišlo dnes málo lidí, dlouho nikdo neměl téma, pak se povídání stočilo ke kultuře samotné školy. Paní ředitelka slíbila přijít také, ale nakonec se omluvila a na učitelích bylo znát zklamání... jako by si s tou supervizí sami nevěděli úplně rady.

Jak uvádějí Lazarová a Cpinová (2005), základní podmínkou pro rozvoj supervizí ve školách je vytvoření spolupracujícího klimatu. Zcela nezbytným předpokladem dobré a využitelné supervize ve středním školství je tedy informovaný souhlas a zájem všech tří stran. Bez adekvátní podpory ze strany vedení školy – a to nejen při kontraktování, ale i v průběhu setkávání – nelze vůbec o jejím smysluplném zavedení uvažovat. Transparentně domluvený kontrakt by tak měli uzavřít pedagogové, supervizor i management školy. Zároveň je dobré, když vedení školy předem „připraví půdu“ pro uvádění tak neobvyklého prvku do systému školy. Vzhledem k výše uvedeným specifikům se mi osvědčilo dodržování několika dalších zásad:

- začít supervizní působení ve škole vstupním, interaktivním seminářem s využitím krátkých cvičení: co to vůbec supervize je, jak probíhá, k čemu může být pedagogům dobrá, jak vypadá „živý“ supervizor a jaká

je jeho role, předpoklady dobré supervize i etický rámec (ten zahrnuje kromě mlčenlivosti i rovnocenný vztah, nezraňující prostředí, dobrovolnost vstupů, jasnou hranici supervize, poradenství či psychoterapie, oddělenost supervize od pracovního hodnocení a další);

- nabízet supervizi jen učitelům, motivovaným k rozvoji sebereflexe a reflexe vlastní profesní role (což ve školství, navíc v rámci vzdělávacích projektů, není vůbec samozřejmostí) a vyhnout se tak následně prázdňným setkáním (viz příklad výše);

- dopřát si čas na učení se supervizi a ustavení supervizní kultury (minimálně 4–6 setkání, někdy i více) a vyvarovat se tak zbytečnému zklamání z absence rychlých zisků;

- zřetelně vymezit hranice informací, kompetencí a odpovědností všech tří stran a oddělit vnitřní supervizní proces od vedení školy, aby bylo možné vytvořit dostatečně důvěryhodné prostředí;

- v rámci reflektující supervizní struktury využívat tvořivé techniky a aktivity hravého uchopení tématu (např. hraní rolí, sochání, externalizace emocí, personifikace protikladných postojů apod.);

- důsledně uzavírat jednotlivá supervizní setkání zpětnou vazbou a hodnocením vztahovat k individuálním přínosům a prožitkům každého z účastníků (např. co si dnes každý z vás ze supervize odnáší);

- v předem dohodnutých intervalech za přítomnosti zadavatele (ředitele školy) reflektovat dosavadní průběh, supervizní vztah i naplňované cíle; dle toho přizpůsobit další supervize zkušenostem a potřebám supervidovaných.

SPECIFIKA ŠKOLNÍHO PROSTŘEDÍ

Při pozorném pohledu na výše uvedená pravidla je zřejmé, že jde o užitečné zásady supervizní práce obecně. Jsou pochopitelně aplikovatelné v jakémkoli resortu pomáhajících profesionálů. I jinde než ve školství lze zažívat podobné skupinové fenomény, pokud účastníci se supervizí začínají a zvykají si na supervizní kulturu.

Vnímám jsem, že pracovníci ve školství častěji očekávají jednání z pozice moci (inspekci, hospitaci, své hodnocení), než partnerský dialog. Méně než třeba v sociálních službách jsou zvyklí pojímat své svěření jako rovnocenné partnery (nepracují například s individuálními plány či informovaným souhlasem). Týmovou práci znají spíše z role koordinátorů, než z pozice člena týmu.

Pedagogové naopak umí dobře uvažovat o svých žácích v kontextu jejich rodinného zázemí, umí se samostatně rozhodovat, jsou zvyklí čelit nárokům dynamického, nepředvídatelného prostředí. Oceňují jasnou strukturu práce (vždy mělo úspěch třeba použití Bálintovského skupinového dialogu). Jsou zpravidla dost kreativní i odvážní, zvyklí na vlastní profesní rozvoj. Pokud někdo při supervizi ve skupině řeší své starosti se žáky či rodiči, ostatní účastníci obvykle spontánně nabízejí své zkušenosti z podobných situací. To aktér většinou vítá nebo si o to rovnou říká. Pedagogové umí povzbuzovat a vyjadřovat podporu, snad díky vědomí, že jsou na tom všichni podobně.

V realizovaných supervizních projektech se pochopitelně také leccos nedařilo. V některých případech nešlo například více angažovat ředitele škol. V jednom z projektů se nepodařilo domluvit větší penzum supervizních hodin, šlo tedy jen o supervizní ochutnávky. Někde se nedařilo skupinu na období školního roku zcela uzavřít (vzhledem ke změnám v pedagogickém sboru během školního roku, odchodům a příchoďům v pololetí). Protože všechny supervize probíhaly na pracovních pedagogů, nedařilo se zcela vyloučit pozdní příchody na setkání, občasné odbíhání kvůli jiným pracovním aktivitám během procesu nebo dřívější odchody ze supervizí.

Konečná podoba supervize byla vždy výsledkem originální kombinace: na jedné straně osobností jednotlivých účastníků supervize, jejich zkušeností a očekávání, na straně druhé stylu práce supervizora a jeho schopnosti dostatečně ladit se školským prostředím. Spíše než specifika superviz-

ního procesu lze nacházet výše zmíněné specifické podmínky, originální potřeby a cíle supervize.

ZÁVĚR

Supervize v resortu školství, navíc ještě přímo ve školách, bývá zatím spíše sporadickou výjimkou, než zavedeným pravidlem. Její podporou je například v roce 2008 ustavená Asociace supervizorů ve školství. Pro středoškolské pedagogy, které jsem vídal, šlo vesměs o první kontakt s metodou strukturovaného reflektování vlastních pracovních postojů, zážitků, vztahů a činů. Společně jsme se učili hledat témata, vyladovat očekávání, zvládat rozpačité mlčení i objevovat hluboké souvislosti. Vnímám jsem radost pedagogů ze vzájemného sdílení zkušeností i získávání náhledu nad vlastním stylem práce. Tři roky našeho společného setkávání potvrdily mé původní přesvědčení: zavádění supervize na pole středního školství má značnou naději na úspěch.

LITERATURA

Fejfarová, R. (ed.) a kolektiv autorů. (2012). Sborník konference Rozvoj školy a supervize. Praha: Lumen Vitale – centrum vzdělávání o.s.
 Hawkins, P., Shohet, R. (2004). Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál.

Lazarová, B., Cpinová, S. (2005). Formy kolegiální podpory a možnosti rozvoje supervizní práce v českých školách. Konfrontace, mimořádné číslo, 16 (59), s. 73–80.

Masáková, V. (2008). Supervize ve školství. In: Havrdová, Z., Hajný, M. et al. Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén, s. 173–176.

Metodický pokyn k poskytování supervize ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče, č.j. 1599/2010-6/IPPP. Dostupný na internetových stránkách MŠMT ČR, <http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-poskytovani-supervize?highlightWords=supervize>, staženo 20. 4. 2013.

Zbyšek Mohaupt (1968), absolvent výcviku v integrativní supervizi ČIS /EASC, pracuje jako poradenský psycholog, psychoterapeut a supervizor v soukromé praxi v Praze; kontakt: www.psychologickesluzby.cz, mohaupt@psychologickesluzby.cz

Došlo do redakce 6. 5. 2013, v doplněné verzi 9. 5. 2013, v revidovaném znění 25. 4. 2014. K publikaci přijato 30. 4. 2014.

PSYCHODYNAMIKA, PSYCHOBIOLOGIE A TERAPIE DEPRESE

Psychodynamics, Psychobiology and Therapy of Depression

Jan Poněšický

Předneseno na II. mezinárodním kongresu na téma Léčba v psychiatrii, pořádaném Českou psychiatrickou společností, Ostrava 10.–13. 10. 2013.

ABSTRAKT:

Psychogenní (neurotická a reaktivní) deprese je označována jako patologická reakce na ztrátu. V čem je deprese patologická? Depresivní pacient nechce ztrátu připustit, nechce se s ní smířit, rozloučit se, čímž nedojde k opravdovému truchlení, které provází jak afekt zlosti, tak smutek. Často se jedná o hrozbu ztráty lásky a harmonie, strach z opuštění, odmítnutí okolím apod. Tito budoucí pacienti tak čelí identifikaci s očekáváním okolím a často obětují vlastní autonomii. V posledních letech se také setkáváme s jinou dynamikou deprese u pacientů orientovaných na výkon v situaci selhání. Autor navrhuje integrativní model psychodynamického a psychobiologického pohledu na deprese včetně diferenciální aplikace psychoterapie a farmakoterapie.

Klíčová slova: deprese, psychodynamika, psychobiologie, závislost, selhání integrace, terapie

ABSTRACT:

From psychogenetic (neurotic or reactive) point of view depression is defined as a pathologic reaction of loss. Why pathologic? Depressive patient does not accept the separation and therefore repress the aggression as well as the sadness. More often, he deals with the threat of loss, to be abandoned or rejected, or the loss of harmony threats. Such patients identify themselves with expectations of others and sacrifice their autonomy. They become dependent.

In the last time we meet another psychodynamics of depression in people, who are dependent on the work performance and fail, or who are losing their identity.

The author proposes an integrative psychodynamic and psychobiological concept of psychotherapy and pharmacotherapy of depression.

Keywords: depression, psychodynamics, psychobiology, dependence, integration, therapy

Dle WHO trpí dnes depresemi 300 000 000 lidí (4 % populace), v Evropě to činí 10 % obyvatel. Jak je možné, že jsou lidé nejčastěji depresivní v nejvyspělejších a nejbohatších zemích? Na psychosociální úrovni lze volně dle Maslowa (1977) argumentovat následovně: **Pakliže jsou uspokojeny bazální potřeby, vystupují se stejnou naléhavostí motivace vyšší, touha po sociální jistotě, po hlubokých a spolehlivých vztazích, po lásce a respektu, tedy potřeby, které společností s ideologií volného trhu, volné soutěže a individualismu příliš nepodporují.**

U deprese jde o frustraci silné potřeby lásky a harmonie ve vztazích, jež se jako červená nit táhne celým životem jako žízeň, touha po tom, co člověk jako dítě nedostal v dostatečné míře. Zde hraje roli rozpad vícegenerační rodiny, stoupající rozvodovost, zaměstnanost žen a společenský vývoj k technizaci, racionalitě a individualismu.

Psychodynamická definice tudíž charakterizuje depresi jako zoufalý pokus přimět své okolí k poskytování láskyplného vztahu (včetně pozornosti, porozumění a uznání) cestou vzdání se vlastní autonomie, podřízením se. To je samozřejmě velmi smutná

strategie a tragédie lidí, kteří nereagují na nejistotu ve vztahu vlastní iniciativou, nýbrž identifikací s očekáváním okolí, obětováním vlastních přání, čímž se snaží vztahy jistit.

Tím hůře nese takovýto člověk separaci či skutečnou ztrátu, na což navazuje další, spíše fenomenologická definice deprese, coby patologické reakce na ztrátu, která tkví v potlačení afektivity. Normální, přirozenou reakcí je smutek, někdy spojený s reaktivní zlostí, oboje je u deprese zablokováno. Ale proč je potlačen i proces truchlení, to jest vyrovnávání se se smutnou skutečností, že člověk něco či někoho ztratil? Protože to jedinec s výše zmíněnou problematikou nechce připustit. Trvá na udržení vztahu, na tom, že k opuštění nesmělo a nesmí dojít, odmítá druhého jen tak nechat odejít, rozloučit se (dokonce i v případě, že zemřel) a tak napětí trvá dál.

Daleko častějším vyvolávajícím podnětem je pouhá hrozba ztráty, či její stálá přítomnost. Tomu se cítí vztahově nejistý jedinec stále vystaven tváří v tvář a zároveň bezmocný. Nevěří si, že by mohl něco aktivně změnit, spása musí přijít zvenčí, což jeho závislost prohlubuje. Jde především o závislost na akceptaci okolím, neboť on sám sebe neakceptuje, nic si nedopřává, devaluje se, někdy se dokonce i nenávidí. Sleduje bedlivě jakékoli známky kritiky, nedostatku pozornosti, přehlédnutí či pochvaly někoho jiného. To vše pro něj znamená odmítnutí či dokonce hrozbu opuštění, ve skutečnosti jde však o jeho vlastní potvrzení negativního postoje k sobě samému. Přesto trpí pocitem nespravedlnosti: podřizuje se, obětuje se pro druhé, a sám má pocit, že dostává daleko méně. Samozřejmě si nemůže dovolit vyjádřit zlost ze zklamání či dokonce protest. To vše vede k dalšímu aspektu definice deprese, totiž že jde o obrácení agrese proti sobě. Tím se napětí ještě více stupňuje. Nakonec dojde ke stavu zoufalství a vzdání se s pocitem, že je člověk odmítán, protože si opravdu žádnou lásku nezaslouží, což v sobě skrývá nebezpečí suicidia. Jistá predispozice poz-

dějšího vzniku deprese může mít původ již u (tehdy naprosto závislého) novorozence, který křičí, volá maminku, a když nepřijde, tak rezignuje. Celá tato zkušenost se zapíše do naší neuronální implicitní emocionální paměti.

Tragédie je v tom, že si takovýto člověk nechce připustit míru jeho potřebnosti, tj. i závislosti a více méně nevědomého přání mít druhého zcela pro sebe jako dítě, které nedostalo dost vřelého kontaktu a touží po ztracené harmonii a jednostranné lásce své maminky, což v dospělosti nedokáže nikdo trvale poskytovat. Mentzos (1991) přirovnává depresi k sudu beze dna či stále otevřenému kontu. Benedetti (1964) hovoří o Liebessucht – lásce jako droze. **Navíc se přece jen projeví zlost ze zklamání v podobě výčitek – oboje okolí spíše odrazuje i tím, že to, co je nabízeno, je vzhledem k absolutním nárokům nedostatečné. V nesposlední řadě ztrácí okolí úctu ke člověku, který se jen podřizuje, takže může tato strategie jistění vztahů závislostí a přispůsobením vést paradoxně k jejich ztrátě.**

To byla klasická a dodnes platná teorie psychogeneze deprese. V posledních desetiletích se setkávám stále častěji s tzv. **strukturální etiopatogenezí**, kde nejde o výše popsaný konflikt mezi závislostí a autonomií, nýbrž o nepoměr mezi psychosociální zátěží a dostatečně stabilní, kompetentní a flexibilní osobností. Svým způsobem jde též o ztrátu dosavadní psychické rovnováhy, kompetencí, o selhání (Hüther, 2009). Zde hrají příčinnou roli nedostatečně zvnitřněné pozitivní vztahové zkušenosti týkající se sebedůvěry i důvěry v pomoc, v překonávání překážek, zvládání výhry i prohry, zvl. přiznání si vlastní slabosti, výkonostních hranic, tudíž i deficitů ohledně frustrační tolerance. Tím snáze může dojít k psychofyzickému zhroucení: stačí pomyslet na ztrátu zaměstnání, mobbing či naopak přepracování s častým následkem odcizení vlastní rodiny. Zde se často přidružují k depresi tělesné bolesti, bývá diagnostikován synd-

rom vyhoření či únavový syndrom. Psychiatři hovoří o anhedonické depresi, psychologové o depresi z vyčerpání, psychoanalytici poukazují na narcistickou problematiku narušení pozitivního sebeobrazu a sebehodnocení, jež se samozřejmě odehrává též ve vztazích.

Jak vypadá pohled na depresi z neurobiologického a neuropsychologického hlediska? Je možno integrovat neurobiologické a psychodynamické pojetí? Domnívám se, že by stálo za to, zkoumat následující dvě hypotézy:

V případě vitálního ohrožení v situaci opuštění a bezmoci dochází na biologické úrovni k aktivaci panického systému, následně parasympatiku, v mozku k tvorbě a vylučování utišujícího hormonu serotoninu, což vede v extrémním případě ke znehybnění (reflexu smrti, tzv. freezing). Předpokládá se, že se jedná o evolučně důležitý mechanismus u savců: nevzbudit pozornost nebezpečného dravce v situaci separace mláďete od ochraňujícího rodiče. U lidí je depresivní afekt signálem, resp. apelem na okolí navázat pečující vztah.

Trvá-li tento stres, strach z opuštění, a zoufalá snaha mu zabránit, končícím na psychologické rovině rezignací spojenou s napětím, úzkostností a nespavostí déle, dochází na mozkové úrovni k nedostatečné tvorbě či vyčerpání serotoninových zásob. Tak lze vysvětlit působnost antidepresiv zvyšujících hladinu serotoninu v mezibuněčném prostoru zvl. v okolí nervových synapsí. Psychoterapie by se měla soustředit na řešení konfliktů a vytváření vztahů, ve kterých je možné najít jak jistotu, spolehlivost a láskyplnost, tak i svobodu projevu (např. i svobodného vyjádření oněch zablokovaných emocí smutku a zlosti). Často jde i o celkové smíření s konfliktností lidského žití. Zde dlouhodobě nepomůže kognitivně-behaviorální přístup, neboť ke změně neuronálních spojení je nutná intenzivní emocionální korektivní zkušenost (Leuzinger-Bohleber, 2010).

V druhém případě jde o jinou sebezáchovnou motivaci. Hlavní roli zde hraje tendence k nezávislosti, chuť poprat se s životem, dobývat, být výkonný. V situaci frustrace zde dochází na biologické úrovni k aktivaci systému boje či útěku, osy HHN, následně sympatiku, v mozku k tvorbě a vylučování aktivizujícího hormonu dopaminu.

To by mohlo být příznačné pro onu snahu stále ještě podávat očekávaný výkon, dokud nedojde k vyčerpání – na mozkové úrovni produkce aktivizujícího působku dopaminu – vedoucí k subjektivnímu stavu vyhoření, únavě, ke ztrátě libida, výkonnosti, koncentrace apod. Zde by měly více pomáhat antidepresiva se stimulujícím účinkem, resp. podpůrná psychoterapie (např. KBT), soustřeďující se na hledání vnitřních rezerv i tvorbu nových kompetencí.

Podobně rozlišuje Trimborn (2011) ve své poslední knize „Narcismus a melancholie“ dvě různé formy deprese, a to v závislosti na rozdílné obranné strategii, jak zabránit opakování možnosti traumatu odmítnutí či selhání. Jednak identifikací s druhými, tj. snahou po splynutí s ním, podřízením se, znovunastolením symbiotického vztahu, či naopak, stáhnutím se ze vztahů, resp. vytvořením iluze nezávislosti, autarkie.

V dosavadních výzkumech nebyly rozlišovány formy deprese dle jejich etiopatogeneze, a tak nepřekvapí, že se např. prokázalo, že úspěšná psychotherapeutická léčba vedla ke zvýšení původně sníženého metabolismu v prefrontální kůře mozkové a v jiných výzkumech byl prokázán pravý opak (Navarro et al., 2002; Brody et al., 2001). Podobný problém vzniká při vyhodnocování reakcí v průběhu léčby na určité situace (obrázky s textem), snímané prostřednictvím fMRI (M. Leuzinger-Bohleber et al., 2010). Určitá oblast mozku tak např. reaguje intenzivně na expozici opuštěné ženy jen u některého typu deprese. Pravděpodobně tam, kde se jedná o chronický strach z opuštění. Zde bude také patrný rozdíl před a po terapii.

K tomu je třeba dodat, že dosavadní trend, ovlivněný americkým pragmatismem, nechává etiopatogenezi stranou, takže MKN rozlišuje jen lehkou, střední a těžkou depresi.

Samozřejmě se nevyhýbám možnosti, že by mohl existovat i jiný typ psychodynamiky deprese. Též v neurobiologických studiích se začíná prosazovat multifaktoriální pojetí, vyúsťující do depresivní symptomatologie. Jde o to, že se může jednat o rozdílné etiopatogeneze, které by se neměly směšovat. Výsledný symptom, depresi, není možno vydávat za nozologickou jednotku tak jako není správné léčit horečku dle její intenzity, což se též děje, podstatné je soustředit se na nemoc, jež k ní vedla. Jedná se o nutnost vypracování integrovaného psychodynamického a neurobiologického (psychiatrického) modelu, tudíž i o synergii psycho- a farmakoterapie.

Dovolím si závěrem malý výlet do filozofické antropologie. Jak filozof Martin Heidegger (2004) tak i neopsychoanalytik Erich Fromm (1967) charakterizují lidské bytí vržeností do světa. Fromm hovoří o vrženosti do svobody, bez instinktivního se-pjetí s přírodou. Touto ztrátou zakotvenosti jsme postiženi všichni a reaktivně hledáme opět jistotu: v lidských společenstvích, ve vztazích. Kromě toho se opakovaně prokazuje, že zkušenost spolehlivého vztahu chrání člověka před psychofyzickou dekompenzací.

V současnosti se setkáváme v psychotherapeutických zařízeních s novým typem člověka, který hledá kontakt, spojení skrze facebook, twitter, mobil, skype, je stále on-line, avšak vyhýbá se opravdovému spojení, závaznému vztahu, který by mohl omezit jeho autonomii a pocit svobody. V dnešní postmoderní době nejrůznějších kultur v globalizovaném světě se zdá, že již nelze říci, jaký je správný či mylný pohled na současnou, ale i minulou a budoucí realitu, na to, co je pravda a co lež, co je zdravé a co nezdravé, co je umění a co kýč. Vše je možné, vše je jen subjektivním

názorem, na který má každý právo. Nikdo nemá nikomu co kázat, není třeba se něčemu a nikomu podřizovat, či se zodpovídat. S tímto znejistěním se moderní člověk postupně identifikuje tak, že ho pozitivně přerámuje. Dezorientace již neznamená absenci jistoty, kterou člověk trpí, nýbrž umožňuje naprostý egocentrismus a otevírá možnost chovat se v každé situaci jinak, jde o identifikaci s libovůlí. Tomuto postoji napomáhá i tvrzení neuropsychologů, že žádné já neexistuje, naše osobnost je pouhým konstruktem, který si o sobě vytváříme na základě vnímání vlastního těla, vlastních zkušeností i zpětných vazeb od okolí. Není třeba se zabývat jakostí svého charakteru, není nutno mít vlastní názor, na všechno jsou příručky, manuály a normy chování (i oblékání) té skupiny (elity), do které chci patřit. Vše musí být pozitivní. Největším nepřítelem je dlouhá chvíle.

Přesto mnozí z těchto jedinců přichází k terapeutovi s pocitem prázdna, s tím že něco podstatného chybí, totiž prožitek vlastní identity (Poněšický, 2004, s. 208), která teprve umožňuje uspokojující celoobjektní (Poněšický, 2011) vztahy s intenzivními emocemi, a tím i pocit životnosti a smysluplnosti vlastního života. Právě psychotherapie je též charakterizována jako proces znovuzískávání vitality. Jde v tomto případě o nový typ deprese, charakterizovaný povrchními vztahy a ztrátou, resp. absencí sebe sama? Odpověď na tuto otázku může přinést jen budoucí vývoj.

Lze dospět srovnáním oněch tří variant k nějakému společnému principu vzniku deprese? Domnívám se, že se ve všech případech jedná o dekompenzaci určité intrapsychické a interpersonální homeostázy (přesvědčení, že nejsem hodný lásky, ztráta hodnoty sebe sama, pozitivního vztahu k sobě, ztráta opory, jistoty, uznání), a to tím více, čím je tato homeostáza labilnější a jednostrannější (krátkozraká, nerealistická a hlavně závislá na okolí). Pakliže „vsadím“ jen na harmonii, dominanci, výkon, obdiv, hladkou přispůsobivost apod., je

moje psychická rovnováha pravděpodobněji ohrožena zevní situací, nežli tehdy, když připustím i možnost opaku: konflikt, odmítnutí, slabost, prohru či existenciální (dospělou) závislost na mém okolí, zvláště na lidech na kterých mi záleží.

LITERATURA:

- Benedetti, G.(1964). *Der psychisch leidende und seine Welt*. Stuttgart: Hipokrates.
- Brody, A. L. et al.(2001). Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry* 58 (7).
- Fromm, E. (1967). *Člověk a psychoanalýza*. Praha: Svoboda.
- Heidegger, M. (2004). *Vorträge und Aufsätze*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hüther, G. (2009). *Männer. Das schwache Geschlecht und sein Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leuzinger-Bohleber, M. et al (2010). *Depression und Neuroplastizität*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Maslow, A. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Olten: Walter.
- Mentzos, S. (1991). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Navarro, V. et al. (2002). Abstract Normalisation of frontal cerebral perfusion in remitted elderly major depression. *Neuroimage* 16.
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton.
- Trimborn, W. (2011). *Narzissmus und Melancholie*. Gießen: Psychosozialverlag.
- MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD je emeritním primářem s částečným úvazkem na Psychosomatické klinice MEDIAN v německém Berggieshübelu. Autor je odborným lékařem pro psychiatrii a psychosomatiku, cvičným psychoanalytikem i skupinovým terapeutem, supervizorem. Vede Balintovské skupiny a přednáší na drážďanském psychoterapeutickém institutu a na PPF a PVŠPS v Praze.

Došlo do redakce 1. 3. 2014, v doplněné formě 3. 4. 2014 a v revidovaném znění po recenzním řízení 29. 10. 2014. K publikaci v rubrice Diskuse přijato 21. 11. 2014.

2. Mezinárodní letní škola skupinové analýzy

na téma „Kdo se bojí skupiny?“

ve dnech 15.–19. července 2015 pořádá GASl a ČSPAP

Letní škola je určena všem odborníkům, kteří pracují s lidskou skupinou.

Kontakt: <http://www.cspap.cz>
<http://groupanalyticsociety.co.uk/>

OCENĚNÍ VÝZNAMNÉHO NĚMECKÉHO PSYCHOTERAPEUTA KARLOVOU UNIVERZITOU

Jan Vymětal

Dne 7. října 2014 byla slavnostně předána emeritnímu profesorovi Univerzity Regensburg Gertu W. Speiererovi pamětní medaile 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Fakulta, potažmo univerzita, tím vyjádřila uznání jeho pedagogické a vědecké činnosti, stejně jako ocenila oslavencovu práci pro fakultu a zásluhy o rozvoj psychoterapie a lékařské psychologie.

Prof. Gert W. Speierer je lékař, psycholog a psychoterapeut. V r. 1976 založil na univerzitě v německém Regensburgu Institut lékařské psychologie, jenž vedl až do svého emeritování v r. 2006. Pro zájmovost – jmenovací dekret hostujícího profesora Karlovy univerzity získal záhy poté – v r. 2007. V psychoterapeutickém světě je znám jako doyen psychoterapie rogersovské orientace v Německu (Gesprächspsychotherapie, Person Centered Approach), jenž psychoterapii po desítky let učil, zkoumal a prováděl v praxi. Je autorem diferencovaného modelu inkongruence, umožňujícího diferencovanou diagnostiku a diferencovanou léčbu poruch zdraví psychologickými prostředky. Budiž připomenuto, že inkongruence je vnitřním rozporem (nesouladem) mezi sebepojetím a zkušeností, která je se sebepojetím v různé míře neslučitelná a do sebepojetí nezařaditelná. To vede za určitých dalších okolností ke vzniku a nárůstu tenze, případně úzkosti, zapříčiňujících vnitřní nepohodu a některé poruchy zdraví, nežádoucí osobnostní vývoj, apod.

Ve slavnostním laudatio při předávání ocenění byla zdůrazněna mnohaletá spolupráce Gerta W. Speierera s naší fakultou, která začala ještě v dobách nesvobody v r. 1987.



Tehdy v sobě nesla pochopitelné riziko, neboť výzkumná činnost u nás nebyla oficiálně schválena a žádost o její legalizaci bychom ji téměř jistě znemožnili. Po převratu v r. 1989 se mezi naší a regensburgskou univerzitou záhy rozvinula rozsáhlá spolupráce v oblasti lékařské psychologie a psychoterapie, jež v umírněné podobě trvá dodnes.

Psychoterapeutickou obec by mohly zajímat společné výzkumné projekty. Jejich základ tvořil rozsáhlý a pečlivě dokumentovaný empirický materiál – magnetofonové nahrávky psychoterapií, z nichž hodiny vedené českými psychoterapeuty s českými pacienty byly přeloženy do němčiny. Tento,

pro výzkumníka „poklad“, pak byl následně zpracován – kupříkladu i v rámci diplomových a disertačních prací u nás a v Německu. Vzpomněl bych srovnání českých a německých terapeutů rogersovské orientace, kdy se ukázalo, že v základních proměnných psychoterapeutického procesu (empatie, akceptace, autenticita) mezi nimi není rozdíl. Lišili se však v realizaci dodatkových proměnných – kupříkladu němečtí psychoterapeuti pacienty více informovali a paraverbálně povzbuzovali, naši psychoterapeuti zase signifikantně častěji shrnovali již dříve řečené a tematizovali prožívání a zkušenost nemocných. Významné bylo i převedení Regensburgského inventáře analýzy inkongruencí (RIAI) do našich podmínek, což umožnilo řadu výzkumů a srovnávání německé (zejména bavorské) a české populace. Byli zkoumáni pražští a regensburgští vysokoškoláci mimo jiné se závěrem, že naši silněji prožívají „životní stres“, ovšem tato zátěž byla spíše na úrovni pozitivního stresu, neboť disponovali lepšími strategiemi pro zvládnání inkongruencí (naši studenti byli „mazanější“) a byla jim vlastní i vyšší tolerance k inkongruenci (čeští studenti více „vydrží“). Němečtí studenti zase zaujímali v době zkoumání (90. léta minulého století) vzhledem k budoucnosti signifikantně optimističtější postoje, než čeští studenti, atd. Zajímavé poznatky přinesly i klinické srovnávací výzkumy českých a německých pacientů pokud jde o struktury prožívání u psychiatricky nemocných léčených psychoterapií. Ukázalo se, že subjektivně nejvíce trpí nemocní s panickou poruchou, naopak nejméně subjektivně trpí nemocní s poruchami příjmu potravy, což pak přímo souvisí s jejich motivací k léčbě. U osob s diagnostikovanou obsedantně kompulzivní poruchou musíme počítat s komorbiditou, tyto lidé mívají para-

noidní myšlenky, zřetelnou obavu ze ztráty kontroly nad sebou, depresivní myšlenky a pocity. Zde bývá nezbytné psychoterapii kombinovat s farmakoterapií. Za zmínku stojí i výzkum nemocných žen a mužů léčených u nás pro alkoholovou závislost dobrovolně, ústavně a formou léčebného společenství s akcentem na psychoterapii. Výzkum proběhl v sedmi lůžkových zařízeních v Čechách a na Moravě. Zjišťována byla úroveň sebepojetí nemocných a jeho změny během léčebného pobytu a závěrem léčby. Vypočítali jsme i míru účinnosti léčby (ES). Signifikanční pozitivní změny jsme sledovali u léčených zejména v oblasti zvýšení sebevědomí a nárůstu kongruentních zkušeností.

Při této bleskově krátké rekapitulaci výzkumné a vědecké spolupráce mezi oběma univerzitami nelze nezmínit teoretické statě a publikace, z nichž vyplynula a byla zdůrazněna nutnost diferencovaného pohledu na problematiku. Nepochybujeme o tom, že diferencovaná indikace a diferencovaná léčba poruch zdraví psychologickými prostředky nejlépe zajistí příznivý průběh a žádoucí léčebný výsledek. To není jen otázkou „náзору na věc“ a samozřejmostí, nýbrž zjištěným vědeckým poznatkem, kdy zároveň víme, jak postupovat, známe indikační kritéria a léčebné strategie.

Závěrem bych rád konstatoval, že spolupráce mezi regensburgskou a naší univerzitou probíhala ke spokojenosti obou stran a měla smysl.

Vivat crescat floreat Gert Walter Speierer noster!

Literatura u autora.

prof. PhDr. Jan Vymětal
Ústav pro humanitní studia v lékařství
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2

ADOLESCENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (zpráva z konference)

Michal Čevelíček, Barbora Petránková

Vědecká knihovna v Liberci byla od 16. do 18. října dějištěm 15. psychosomatické konference, která nesla název „Identita psychosomatické medicíny“. Více než dvacet odborných přednášek bylo v závěru konference doplněno diskusními skupinami a představením nově ustanovené Společnosti psychosomatické medicíny České lékařské společnosti JEP.

Zprvu pro mě bylo zajímavé sledovat složení účastníků, jichž se sešlo téměř 200. Jako dva nejsilněji zastoupené tábory jsem vnímala lékaře a psychoterapeuty. Zbylou přibližně pětinu přítomných bych pojmenovala jako zajímavou směsici lidí nejrůznějších oborů i zaměření se zájmem o celistvý pohled na zdravý těla i ducha, od studentů až po cvičitele jógy. To pro mě vytváří příjemný obrázek o tom, kde se oblast psychosomatiky nachází a jak široké spektrum pokrývá.

Druhou stranou mince širokého oborového rozpětí byla určitá mělkost záběru jednotlivých příspěvků i mnou absolvovaného workshopu. Vstupy, kterých jsem měla možnost se účastnit, byly nejčastěji jen pootevřeným oknem do dané oblasti. Lékaři se snažili srozumitelně přiblížit hluboké poznání ze svých oborů terapeutům a ostatním „nelékařům“, stejně tak psychoterapeuti měli snahu zachytit hlavní myšlenky a nezabíhat do „rušivých“ detailů. Sdělení, která ke mně v různých příspěvcích doléhala, se nejčastěji týkala významu obnovení vztahového nastavení a možností, které stále více otevírá rozvoj neurověd. V tomto kontextu zaznívaly například výrazy epigenetika či antroposofická medicína. Oba pojmy v podstatě odkazují na propojení vědeckého a duchovního. Několikrát byla doporučena kniha Biologie víry od Bruce H. Liptona. Tento buněčný biolog dospívá

k závěru, že svou biologii – tedy naše tělo i mysl – můžeme měnit pomocí uvědomělého chování a myšlenek.

Thomas Loew ve svém příspěvku přinesl srovnání mnoha Evropských zemí v míře užití psychosomatiky na nejrůznějších úrovních, od četnosti výskytu hesla „psychosomatika“ v internetových vyhledávacích až po reálné počty psychosomatických pracovišť a psychosomaticky zaměřených odborníků. Nečekane se na nejvyšších příčkách objevovaly německy hovořící země. Česká republika tak nadějná čísla zdaleka nevykazovala, přesto si v tabulkách nevedla nejhůře. Podle otázek, které zazněly v diskusi, to mohlo působit motivačně, čistě informačně, nebo jak poznamenal Jan Poněšický: „Připomíná mi to pohled do pornografického časopisu: vzrušující, ale velmi vzdálené“. Taková poznámka by se mohla týkat i představy, že silou své myšlenky měníme biologii našeho těla. Tedy vzdálené, ale ne nemožné? Rozhodně vzrušující...

Ingrid Strobachová ve svém příspěvku představila dvoutýdenní volitelný kurz na 2. LF Karlovy univerzity „Psychosomatika v praxi“. Oslovila některé základní otázky, například „Kdy začít s výukou psychosomaticky zaměřených kurzů – souběžně s výukou prakticky zaměřených kurzů ve 3. a 4. ročníku nebo až se začátkem klinické praxe?“, „Patří psychosomaticky zaměřené kurzy do pregraduálního bloku?“ a „Jaký obsah a v jaké struktuře vměstnat do poměrně malé hodinové dotace?“ Ačkoliv tyto otázky jsou neméně významné, zvláště zajímavou součástí příspěvku byla analýza hodnocení, které vyučujícím kurzu v jeho závěru poskytli studenti. Nejvíce si cenili, když jim byly představovány konkrétní kazuistiky; na takových seminářích rádi zůstávali a diskutovali, a tak se někdy až o hodinu pro-

táhly. Méně kladně hodnotili předkládané teorie, zvláště pak jejich množství. Jednotliví vyučující prezentovali rozdílné úvody do psychosomatiky, každý prezentoval jiný názor, a v této mnohosti se studenti začali ztrácet. Po několika přednáškách byli zmateční, protože nevěděli, která teorie je pravdivá. Zřejmě se dotkli nejistoty, která provází většinu začínajících psychoterapeutů: zvláště na počátku profesního působení je jednoznačný výklad potíží klienta lákavý. Biologická perspektiva nabízí jednoznačná vysvětlení, zatímco psychoterapeutická nabízí více teorií než jistoty. Léta studia medicíny toleranci studentů k nejistotě zřejmě nezvýšila. Na konferenci to ilustrovala také osobní reflexe Aleše Fürsta, který popsal demoralizující účinek, jaký na něj i jeho kolegy měl po skončení studia vstup do lékařské praxe; cítil, že zodpovědnost a moc, které vstupem do praxe nabyl, nebyly doprovázeny také odpovídajícími kompetencemi. Podobně o svých zkušenostech mluvili lékaři, kterých se ptal na jejich práci během další kapitoly svého profesního hledání.

Workshop Ludmily Trapkové a Vladislava Chvála ukázal, že podobně jako studentům medicíny ani odborníkům z praxe nevádí, pokud se prezentace kazuistik protáhnou. Autoři představili kazuistiku ženy, se kterou se poprvé setkali v jejích 19 letech. V průběhu svého života se k nim opakovaně vracela s různými psychosomatickými problémy, jež autoři spojovali především s životními přechody a rodinnými dramaty, kterými procházela. Kazuistikou se prolínalo téma problémů se založením rodiny u partnerů, kteří nejsou dostatečně separovaní od svých původních rodin. Důkladné porozumění historii širšího rodinného systému klientky, popis jejích snah o přizpůsobení a opakovaných návratů do terapie v průběhu desítky let daly vzniknout logicky provázanému – až osvětlenému vypravování klientčina příběhu. Vysvětlení, která autoři pro opakovaně se objevující a proměnlivé problémy klientky nabízeli, byla do značné míry založena na jejich klinických zkušenostech a působila

věrohodně – nicméně některým posluchačům mohla připadat spekulativní. Například chronický zánět mandlí matky klientky mohl být interpretován jako smutek nad ztrátou dcery v důsledku nevyhnutelného vývojového kroku, kdy matka předává péči o děti otci; gynekologické potíže matky při snaze počít druhé dítě mohly souviset s problémy v partnerském vztahu; astmatické příznaky bylo možné vyložit jako metaforu dušení se v těsné vazbě s matkou, ze které se deční nedařilo uvolnit. Podobná vysvětlení mohou být užitečná, neboť dávají příběhům klientů smysl a podobně jako biologické hypotézy mohou snižovat jejich nejistotu a úzkost. Zvláště působivé je, pokud se intervence plánované v souladu s těmito vysvětleními ukáží opakovaně jako účinné – jak tomu bylo také u této klientky. Vysvětlení však zůstávají anekdotická. Příjemným závěrem příspěvku proto bylo, když Vladislav Chvála poznamenal, že dění v původních rodinách rodičů před narozením dítěte by mělo být osloveno také výzkumně, což se dosud nestalo. Výzkumná zjištění skutečně nebyla v konferenčních příspěvcích příliš zastoupena. Věříme, že až psychosomatická medicína v České republice projde obdobím adolescence, kdy hledá svoji identitu, toto podrobné hledání bude doplněno pokročilým dokazováním.

Závěrečná diskuse uvozená otázkou „Jaké jsou hranice psychosomatiky?“ byla prostorem ke sdílení různých pohledů na pojem hranic. Tématem se staly hranice mezi zodpovědností lékaře či terapeuta a zodpovědností klienta nebo pacienta; nastavení hranic realistických očekávání při prvním kontaktu s klienty; hranice, jejichž překročením medicínské intervence přinášející více škody než užitku, tedy hranice (spíše medicínské) aktivity oproti (spíše psychoterapeutické) trpělivosti; hranice psychosomatické medicínské péče o pacienta, která může končit právě tehdy, když jsou potíže konceptualizovány jako psychosomatické a pacient je odeslán k jinému odborníkovi; hranice mezi prospěšnými a potenciálně škodlivými

„alternativními“ léčebnými postupy; hranice odborníka při spoléhání se na vlastní obtížně zobecnitelné, avšak blízké a osobně ověřené zkušenosti oproti obecněji platným, ale vzdáleným a autoritativním vědeckým poznatkům.

Otázka, zda je hranice psychosomatické lékařské péče dosaženo ve chvíli, kdy jsou potíže pacienta označeny za psychosomatické, a je odeslán k odborníkovi, který se zabývá sociální či psychickou oblastí, probleskávala v diskusi nad výhodami práce v mezioborových léčebných týmech. Lékař, který pracuje sám, bude mít zřejmě menší motivaci být výrazněji psychosomaticky zaměřený, neboť oblast psychosomatiky pro něj většinou skutečně skončí odesláním pacienta k psychoterapeutce, fyzioterapeutovi nebo jinému odborníkovi. Pokud je však lékař členem mezioborového týmu, pacienta neztrácí. Naopak pro něj v tuto chvíli začíná setkávání s kolegy, kteří se zaměřují na odlišné aspekty pacientových problémů. Zkušenosti s prací v podobných týmech na konferenci představili členové Střediska komplexní péče Liberec a Psychosomatické kliniky Praha. Odpovědi na otázku „Co mi tým přináší?“ se shodovaly na tom, že sdílení zkušeností v mezioborových týmech, jejichž členové zastávají podobná základní východiska, jsou spojeny se zážitky podpory, různosti a prevencí před zabřednutím do vlastních vyhraněných představ, a tak ochranou klientů či pacientů.

Výše popsanou pestrost je obtížné shrnout v uceleném sdělení. Moje pocity asi nejlépe popsala jedna z účastnic na webových stránkách konference v sekci „Jaká byla letošní konference?“: „...nešlo o konferenci, ale spíše o sjezd ustanovené společnosti deba-

tující o své svébytnosti... Až na výjimky byly příspěvky přednášejících obecné, opakující se na stejná témata o definicích, identitách, vymezení, integraci atd.“ Tento názor připomíná slova studentů medicíny, jimž vyučující představují příliš mnoho teoretických úvodů do psychosomatiky. Přesto všechny další komentáře vyjadřovaly díky a spokojenost. Může tedy být konference především místem pro setkání a sdílení, společné posílení identity? Myslím si, že ano, ačkoliv to některé návštěvnické očekávající vysokou odbornost může odradit.

Na úplný závěr několik poznámek k technickému zázemí celé akce. Jako velký neduh jsem vnímala absenci kávy v přestávkách mezi vstupy. K dispozici byla pouze voda. Jistě bylo možné sejít o dvě patra do veřejného bistra a kávu si zakoupit. Odtud se ale bohužel nesměly odnášet šálky. Jako velké vyvážení tohoto zklamání jsem uvítala, že audiozáznamy téměř všech příspěvků byly nedlouho po jejich průběhu dostupné na webových stránkách konference. Možná ale oba tyto rysy můžeme vnímat jako pokrokové a s vizionářstvím psychosomatiky souznějící: pití kávy prý podle některých zdrojů není zdraví prospěšné.

15. psychosomatickou konferenci spolupřátaly Psychosomatická klinika s.r.o. (Praha), Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci (LIRTAPS) ve spolupráci s psychosomatickou sekcí Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. a Společností psychosomatické medicíny ČLS J.E.P. Program a záznamy konferenčních příspěvků jsou dostupné na internetové adrese <http://konference.psychosomatika.cz/>

KDYŽ DÍTĚ UMÍRÁ

Rubén Bild, Iván Gómez (2014). An Unwanted Journey: Creative Accompaniment Paediatric Palliative Care (1st Ed.). Bratislava, PLAMIENOK Books.

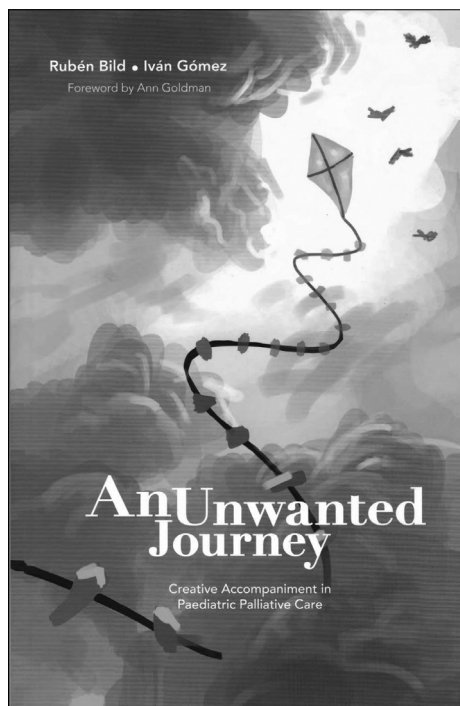
Roman Hytych

Nestává se příliš často, že kniha, která otvírá dosud opomíjené téma, vychází na Slovensku. V případě doprovázení umírajících dětí a jejich rodin se tak stalo díky Dětskému hospici Plamienok z Bratislavy (www.plamienok.sk), který knihu vydal v angličtině, což jí jistě dopřeje širokou čtenářskou odezvu.¹ Dětský hospic od roku 2000 ambulantně nabízí podporu rodinám s umírajícím dítětem a letos v březnu vydal knihu dvojice autorů, z nichž prof. Rubén Bild ztělesňuje téměř celou historii dětské paliativní péče, které se věnuje přes 30 let.

V euroamerické kultuře je smrt dítěte díky úspěchům medicínské péče nezvyklou událostí. Přesto k ní stále dochází a její neobvyklost pro rodiny, které ztrátu dítěte zažívají, znamená vedle spousty utrpení také šok z vykojení očekávaného řádu věcí. Častým problémem je i neschopnost porozumět a naslouchat jejich nezvyklé zkušenosti ze strany blízkého okolí, ale i ze strany zainteresovaných medicínských pracovníků. Recenzovaná kniha vznikla jako dovršení mnohaletých zkušeností obou autorů jak z doprovázení rodin s umírajícím dítětem, tak i z mnohých vzdělávacích workshopů pro pracovníky profesí zapojených do péče o umírající děti. Škoda, že čtivá a inspirující kniha neobsahuje odkaz na autory lektorované workshopy. Kniha totiž vedle zájmu vzbuzuje i chuť rozvinout v praxi autory popisované dovednosti.

Vlastní text knihy je rozdělen do šesti kapitol a bylo pro mne jako čtenáře příjemné, že v průběhu četby rostl počet konkrétních kazuistických ukázek, které vztahují klíčové

¹ Další informace o knize lze nalézt na zmíněných webových stránkách, kniha je dostupná v knihkupectvích Gorila, Martinus a jako e-kniha v knihkupectví Amazon.



koncepty autorů ke konkrétní klinické zkušenosti a dotýkají se představivosti a pocitů čtenáře. V první kapitole s názvem *Děti, smrt a umírání* autoři představují proces *kreativního doprovázení*, který rozdělují do osmi stádií. Ta jsou stručně definována a v pozdějších kapitolách pak na příkladech opakovaně podrobněji diskutována.

Druhá kapitola se věnuje komunikaci a chybělo mi v ní více konkrétních případů. Autoři však dokázali pojednat všechna důležitá témata srozumitelným způsobem. Po jejím přečtení lze přijmout hypotézu, že pokud zainteresovaný pracovník dokáže rozvinout emoční a komunikační dovednosti, může

špatné zprávy s pacienty sdílet osobním a lidským způsobem, aniž by přestal být profesionálem. Tato kapitola by mohla být pěkným pokladem pro výuku mediků, jakým způsobem se trénovat ve sdělování špatných zpráv, které do medicíny vždy patřily.

Závažná nemoc pro dítě znamená časté pobyty v nemocnici a třetí kapitola se věnuje tomu, jak děti tyto nepříjemné návštěvy prožívají a jak jim je pomáhat zvládat. Tři ilustrativní příběhy nabízejí témata náhlého zmiizení spolupacienta, krizového nočního příjmu a touhy být zase doma. Co jsem především oceňoval, je respekt vůči dětem, které jsou přizvány jako plnohodnotní komunikační partneři, aniž by byly zatěžovány rozhodnutími, které k jejich věku nenáleží. Celá kapitola nabízí zdravotnickým pracovníkům pohled z druhé strany a tak osvětluje, proč ne každý pacient je „dobrý“ pacient, tj. ten, kdo bez konfliktů přijme nemocnici, její režim, zvyky a rutiny.

Čtvrtá kapitola je případovou studií ambulantní podpory rodiny s dítětem v paliativní péči. Skutečnosti, jimž se kniha věnuje, nevyhnutelně přináší též téma krize. Autoři

nabízí přístup ke krizi ve směru intervencí, které vedou k připuštění si dezintegrujícího chaosu místo marného boje s ním. Schopnost přijmout chaos znamená, že nebojujeme s krizí jako s vnější událostí, kterou chceme ovládnout. Naopak se snažíme přijmout skutečnost krize a vnímáme sebe jako kreativní účastníky změny a nelpíme na strukturách, které již nejsou nosné, ale snažíme se kreativně vytvářet nové, jež odpovídají změněné skutečnosti.

Předposlední kapitola je věnována specifikům adolescentních pacientů a přehledně ukazuje zásadní témata a způsoby, jak s nimi nakládat. Závěrečným tématem je zármutek ze ztráty a truchlení. Souhlasím s autory, že smrt dítěte patří k těm ztrátám, které nebývají nikdy zcela zahojeny a přeživší členové rodiny si s sebou nesou známky ztráty i ve svém dalším životě. Kapitola nabízí podporu pro schopnost slyšet umírající děti, které většinou vědí, že smrt přichází, stejně jako vypočítává faktory, které usnadňují či zabraňují truchlení. Na závěr recenze bych chtěl autorům poděkovat za inspirující čas strávený četbou jejich knihy.

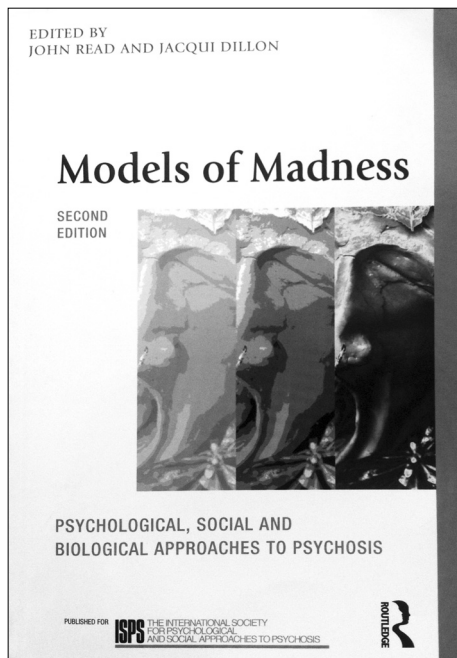
BIOLOGICKÁ PSYCHIATRIE V KRITICKÉM SVĚTLE

John Read, Jacqui Dillon (Eds.) *Models of Madness; Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis*, 2nd Edition.

David Skorunka

Nic v životě se neděje náhodou, říkává můj kolega a přítel inklinující k buddhismu. I když je můj postoj k mystériím života poněkud skeptičtější, vybavím si několik událostí, jejichž „náhodný“ souběh se mi při zpětném ohlednutí jeví překvapivě. V roce 2004 jsem poprvé navštívil Finsko, abych se přesvědčil o tom, zdali je možné pracovat ve stylu tzv. otevřeného dialogu na běžném psychiatrickém oddělení. Během hledání potraviny jsem se najednou ocitl v *Akateeminen Kirjakauppa*, několikapatrovém knihkupectví na malebné helsinské *Pohjoisesplanadi*. K mému údivu jsem v jednom patře narazil na publikace v angličtině a dokonce o problematice duševního zdraví a psychoterapii. Při průzkumu nabídky mě nejvíce zaujala publikace *Models of Madness; Psychological, Social, and Biological Approaches to Schizophrenia and Other Psychosis* od editorů Johna Reada, Richarda Bentalla a Loren Moshera¹. Přestože cestovní rozpočet byl napjatý, intuitivně jsem cítil, že koupí tohoto titulu chybu neudělám.

¹ John Read je klinický psycholog s bohatými zkušenostmi v různých institucích péče o duševní zdraví, v minulosti působil na University of Auckland, aktuálně je hostujícím profesorem na University of Liverpool. Dlouhodobě se zabývá problematikou traumatu v dětství (např. týrání a zneužití) a rozvojem psychózy. Dále se věnuje problematice stigmatu a vlivu farmaceutického průmyslu na utváření poznání o duševním zdraví a nemoci. Richard Bentall je psycholog působící na University of Liverpool, zabývá se kognitivními procesy u psychotických onemocnění a psychosociálními vlivy na rozvoj duševních onemocnění. Je autorem publikace *Madness Explained; Psychosis and Human Nature*. Loren Mosher, psychiatr, působil jako ředitel Center for Studies of Schizophrenia amerického National Institute of Mental Health (NIMH), stal se jednou z vůdčích osobností rozvíjejících psychosociální programy pro lidi s diagnózou schizofrenie (proslulý Soteria Project), byl známý svou kritikou vlivu farmaceutického průmyslu na Americkou psychiatrickou asociaci (APA).



Intuice v tomto případě fungovala znamenitě. Už je to sice pár let, ale pamatuji si, že navzdory rozsahu, hutnosti a cizojazyčnosti, jsem knihu přečetl jedním dechem. Stále ji považuji za jednu z nejlepších intelektuálních „trofejí“, kterou jsem během své cestovatelské životní kapitoly díky šťastným náhodám získal. Pravda, četba této publikace jen utvrdila můj kritický pohled na biologickou psychiatrii. Zároveň mi rozšířila obzory a poskytla přehled o solidních podkladech pro můj kritický postoj a to z různých oblastí: historie, epistemologie, výzkumu a klinické praxe jiných kolegů. Povzbuzující bylo i to, že převážná většina autorů jednotlivých kapitol, jakkoli kritických či korigujících přehnaně optimistický a sebevědomý pohled na současnou konceptualizaci duševního trápení a jeho farmako-

logickou léčbu, pocházela z renomovaných akademických a klinických pracovišť v různých částech světa. Samotní editoři, jak jsem se postupně dozvěděl, měli za sebou úctyhodnou kariéru a rozmanité zkušenosti v oblasti duševního zdraví, vesměs opět zpochybňující či doplňující jednostranný biologický přístup. Tehdy jsem na knihu upozornil několik kolegů. K recenzi jsem se ale navzdory čtenářskému nadšení nedostal, což jsem si občas vyčítal.

Příležitost vyrovnat tento pomyslný dluh se naskytla v okamžiku, kdy nakladatelství *Routledge* avizovalo 2. vydání této výjimečné publikace, opět ve spolupráci s *The International Society for Psychological and Social Approaches of Schizophrenia and Other Psychosis (ISPS)*. Tato mezinárodní společnost spolu s nakladatelstvím *Routledge* pravidelně vydává odborné texty zaměřené na problematiku duševního zdraví, psychotických onemocnění a psychosociálních intervencí. Od roku 2004 vyšlo v *ISPS Book Series* 15 titulů. Ale vraťme se k recenzované publikaci. I když z původních tří editorů zbyl v důsledku nemoci a konečnosti lidského života jen John Read, obsah druhého vydání se víceméně proměnil jen ve smyslu drobných úprav a doplnění novějších výzkumů. Druhý z editorů aktuálního vydání za renomovanými předchůdci také nijak nezaostává. Jacqui Dillon kromě své erudice v oblasti péče o duševní zdraví disponuje i bohatými osobními zkušenostmi se službami a léčbou v psychiatrických institucích. Drobná změna se udála v názvu. Editoři v něm opustili pojem schizofrenie, zřejmě aby i takto dali najevo svou rezervovanost ke značně robustnímu a zároveň kontroverznímu pojmu, jež je jako nosologická kategorie užíván pro různé prožitky, zkušenosti, prognózy a osudy těch, kdo ho mají uvedený ve své zdravotnické dokumentaci. Stejně jako před lety, i dnes si myslím, že kniha je svým záběrem i zaměřením mimořádná a proto si zaslouží, aby o druhém vydání čtenáři časopisu *Psychoterapie* věděli. I přesto, že mnohé z obsahu už možná pro sou-

časnou čtenářskou obec časopisu nebude ničím novým.

Publikace *Models of Madness* je členěna na tři části: 1) *Illness Model of Psychosis*; 2) *Social and Psychological Approaches to Understanding Madness*; 3) *Social and Psychological Approaches to Responding to Madness*. Každá ze třech částí obsahuje 8–10 kapitol věnovaných dílčím tématům, jichž se chopili různí autoři v dané oblasti kompetentní. První část může pro nepřipraveného čtenáře představovat značně otrásající odborně-literární zážitek. Validita a reliabilita nosologických kategorií, genetické studie, přínos biologických intervencí, to vše je zde doslova rozcupováno na kousky se zpochybňujícími důkazy akademických i klinických jinověrců, načež po přečtení této části může čtenář nabýt dojmu, že se v současné psychiatrii není o co pevně opřít. Kapitola věnovaná „širokospektrému“ vlivu farmaceutického průmyslu na medicínu a zejména psychiatrii nalomeného čtenáře spolehlivě dorazí. Vypadá to totiž, že věřit už nelze ani renomovaným vědeckým časopisům, jejichž redakční rady se tak rády ohánějí objektivitou v rámci vzývání ducha „*evidence based medicine*“. O moc veselejší čtení není ani druhá část knihy věnovaná psychosociálním vlivům na duševní zdraví a nemoc. Co je zjevné sociologům, sociálním pracovníkům a pozorným terapeutům v praxi je zde důkladně rozepsáno a podloženo studii. Reálné zkušenosti mají význam i u psychotických prožitků, zážitky v raných fázích individuálního vývoje mají určující vliv na pozdější zdraví/nemoc, sociální okolnosti hrají v etiopatogenezi tzv. duševních poruch významnou roli, kvalita mezilidských vztahů je neoddiskutovatelná. A navíc, některé formy společenského uspořádání a jevy v sociálních systémech jsou evidentně pro zdraví člověka rizikové. Třetí část knihy udělá nejvíce radost těm, kteří chtějí především vědět, jak lze poznatky uvedené v předcházejících kapitolách využít. Tedy jak lze s lidmi s psychotickými projevy pracovat. Dozvíme se něco o prevenci,

o formách časné či krizové intervence, o různých psychosociálních přístupech apod. Najdeme zde kapitoly věnované kognitivní terapii, psychodynamickému přístupu, rodinné terapii. Opominuty nejsou ani různé formy svépomocných skupin a komunitních forem práce např. *Hearing Voices Network*. Škoda, že některé s uvedených přístupů nejsou u nás běžné a jejich fungování v jiných zemích také nemá mnohdy na různých ustláno.

Kniha je doslova nabitá citacemi a odkazy na teoreticky pojaté, klinicky zaměřené a výzkumné práce v časovém rozpětí od padesátých let minulého století až do současnosti. Důkladnost, systematicčnost, znalost dané problematiky, to vše je patrné při čtení každé kapitoly. Stejně tak je zjevná snaha vychýlit pomyslné kyvadlo poznání směrem k psychosociálním perspektivám a narušit tak zdánlivou neochvějnost a dominanci biologického paradigmatu v současné psychiatrii. K tomu se ale editoři otevřeně přihlásili již v prvním vydání: „Nesnažili jsme se o nestranný, tzv. „objektivní“ přístup. Po více jak sto letech dominance přístupu, který není ani vědecký, ani přínosný v praxi, je potřeba vyvažující (*balancing*) nikoli vyvážený (*balanced*) přístup. Tradiční pohled je všudypřítomný v učebnicích, odborných časopisech, v médiích. Jinému pohledu nebývá obvykle poskytnut prostor.“ (Read, Mosher, Bentall, 2004, s. 3.) Při procházení několika kapitol druhého vydání jsem měl oproti čtení prvního vydání dokonce dojem, že odkazů přibývalo a text nabyl na stručnosti a věcnosti. Jednotlivé kapitoly, zejména první části věnované modelu nemoci u psychózy, jsou obrazně řečeno slovy do prance. Mnohá z tvrzení i závěrů se značně liší od „středního proudu“ současné psychiatrie. Někdy by stálo za to věnovat důkladnou pozornost dalším zdrojům, metodologii jednotlivých citovaných studií, pustit se, alespoň cvičně, do polemické diskuse na dané téma. Ale to už by vydalo na samostatnou badatelskou činnost, proto vytiženému čtenáři asi nezbuďte nic jiného, než počít

autory (a instituce, na nichž působí) alespoň základní důvěrou. Minimálně takovou, s jakou přijímáme tvrzení a publikace některých českých „*opinion leaders*“ v této oblasti. Koneckonců, zahraniční autory prosazující psychosociální perspektivu těžko můžeme podezírat ze střetu zájmů včetně možného finančního obohacení.

Výtek k publikaci není mnoho. Poučeného čtenáře mohou zamrzet občasná náznaky udržování zastaralé dichotomie „psychické a tělesné onemocnění“ (mysl versus tělo). Psychické prožitky sice nejsou pouhým epifenomenem fyziologické a patofyziologické aktivity neuronálních sítí, ale přesto mají svůj biologický (tělesný) korelát, který se svou šíří záběru neomezuje jen na mozkovou tkáň. V souvislosti s kritikou preferování psychosociálních intervencí je otázkou, zdali místo demonizace farmakologické léčby není na místě (jak jinak) změna našeho pohledu neboli konceptualizace. Třeba ve smyslu posunu od *disease-centered model* k takzvanému *drug-centered model*, jak o tom přesvědčivě píše britská psychiatrička Joanne Moncrieff, jedna z vůdčích osobností současné kritické psychiatrie. Farmakologické ovlivnění neurotransmiterových interakcí na synapsích přece může být legitimní formou intervence s cílem zmírnit trápení a nemusíme při ní ignorovat významné psychosociální okolnosti, natož zavrhnout psychosociální přístupy. Nehledě na to, že kombinace farmakologické a psychoterapeutické léčby je v mnoha případech optimální. To vše je možné samozřejmě pouze za předpokladu, že se vyhneme inkontrincí „nemocného“ ve smyslu biogenetického modelu a že nezůstaneme slepí k životnímu kontextu, ať již současnému, či historicky významnému. Další drobná výtky může směřovat k tomu, že některé kapitoly jsou pojaté značně minimalisticky. Místo podrobnějšího pojednání je čtenář seznamován s určitými závěry, které se opírají o výzkumy a klinické zkušenosti jiných, v textu zhusta citovaných, autorů. Takový text pak budí dojem seznamu pádných argu-

mentů ve prospěch preferované psychosociální perspektivy, kterou je třeba podpořit.

Komu publikaci doporučit? Určitě všem, které zajímá, jak je to s tvorbou a šířením „poznání“ v psychiatrii a obecně v široké oblasti péče o duševní zdraví. Pak těm, kdo se nespokojí s obsahem některých českých učebnic psychiatrie, jež někdy budí dojem stokrát recyklovaných poznatků převzatých z těch „správných“ zahraničních zdrojů. Dále těm kolegům, kteří chtějí vědět, jaké psychosociální faktory (a jakým způsobem) ovlivňují duševní zdraví a průběh duševního trápení člověka. Publikaci ocení ti, kdo chtějí vědět, jaké rozmanité formy psychosociálních přístupů byly a jsou v některých

zemích součástí komplexní péče o člověka s diagnózou vážného duševního onemocnění a jeho blízké. A možná, že by kniha mohla zaujmout ty, kdo na různých veřejných fórech vášnivě sdílejí nejrůznější představy o transformaci psychiatrie a systému péče o duševní zdraví v České republice. Zvláště když občas v kuloárech zaznívají hlasy, že s transformací to u nás dopadne jako v jiných oblastech (tzv. mírný pokrok v mezích zákona) a že někteří pracovníci psychiatrických institucí hledí na chystanou proměnu již nyní s despektem nebo se jí přímo obávají. Mimochodem, publikace by mohla být inspirující i pro ty, kdo jsou přesvědčeni, že péči o duševní zdraví populace spasí jedna prestižní instituce zaměřená na výzkum poruch mozku.

PROCES TERAPIE JAKO ŠACHOVÁ HRA

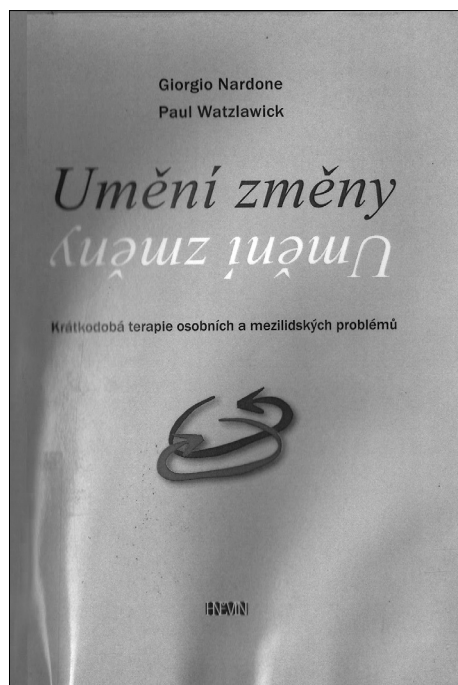
G. Nardone, P. Watzlawick (2012). Umění změny – krátkodobá terapie osobních a mezilidských problémů

Martina Fuchsová Bělecká

Umění změny - krátkodobá terapie osobních a mezilidských problémů je dílo Giorgio Nardoneho a Paula Watzlawicka. Giorgio Nardone je terapeut strategické terapie, Paul Watzlawick byl velmi významnou osobností, světově uznávaným profesionálem a jedním z nejvýraznějších vědeckých pracovníků na poli komunikace a psychoterapie. Kniha představuje model krátkodobé strategické terapie zaměřené na řešení problémů. Má být jakousi příručkou a mustrem strategické psychoterapie. Je určena především pro profesionály v oblasti péče o duši, kteří vycházejí ze systemického přístupu a z myšlenek Miltona Ericksona. Byla vydána v roce 2012 nakladatelstvím Hněvín, do českého jazyka ji přeložil David Karel.

Strategická terapie pohlíží na proces mezi terapeutem a klientem jako na šachovou hru, kterou oba společně mohou vyhrát nebo prohrát. Aby bylo dosaženo vítězství, tak terapeut využívá sugestivních technik, paradoxů a předpisů chování, které obchází pacientův odpor ke změně a zároveň mu tím ukazuje nový způsob vnímání skutečností a nové způsoby chování (Nardone, Watzlawick; 2012).

Co bych na této knize ráda vyzdvihla, je její přehlednost a struktura. Je členěna do kapitol, kde se čtenář může seznámit nejen s historií a s teoretickým zázemím strategické terapie, ale i s průběhem procesu a s vysvětlením přesných postupů, jak odblokovat a vyřešit konkrétní lidské problémy. Naleznete zde dva protokoly, které popisují krok po kroku specifickou léčbu a postup práce s klientem, který trpí fobickou nebo obsedantní poruchou. Pro tyto dva soubory poruch vypracovali autoři přesný postup léčby, který je rozdělen do několika stádií a ke každému stadiu sepsali specifické strategie a cíle. Je to tedy jakýsi vzor pro terapeuty,



jak postupovat během léčby. Vedle těchto vyjmenovaných věcí shledávám zajímavý popis čtyř neobvyklých případů léčby. Zde nejen že autoři ukazují přesný postup léčebného působení, ale poukazují také na nutnost souladu mezi technikou terapeuta, jeho tvořivostí a flexibilitou. Díky těmto názorným ukázkám si čtenář může udělat představu o tom, jak by měla terapie probíhat a na co je třeba dávat pozor. Co bych dále ocenila, je nový pohled na určité situace. Člověk je zvyklý myslet, jednat a chovat se určitým způsobem. Strategická terapie, respektive *problem solving*, je jedinečný model řešení problémů, který disponuje vlastní filosofií a logickými pravidly, a tím se odlišuje od všeho ostatního a stává se tak něčím výjimečným. Pokud se člověk dokáže opros-

tit od stereotypních schémat, tak je schopen získat nový úhel pohledu, a tím se před ním otevírají také nové možnosti řešení.

Jako rušivý element vnímám sebevědomí a jakousi „nemožnost omylu“ strategické terapie. Chybí mi v této knize, respektive v tomto přístupu, trocha pokory a připuštění, že i terapeut je jen člověk, který se může mýlit. Také některé manipulace s lidmi mi nejsou až tak blízké. Vždyť například v kolekci esejí „Shouldn't I be Feeling Better by Now?“ klienti popisují zhoršení, které připisují především pocitům ponížení a manipulace ze strany terapeuta. Strate-

gická terapie staví na sebevědomí a jistotě terapeuta, to je fakt, ale určitá pokora a respekt mi zde zkrátka scházely.

Kdybych měla knihu ohodnotit na stupnici od jedné do deseti, tak bych jí přidělila číslo 8. Obsah byl pro mne inspirativní a zajímavý. Kniha mi rozšířila obzory a ukázala další cesty, kudy se jako terapeut můžu vydat. Zbylé dva body strhávám za přehnané sebevědomí.

Autorka je studentkou psychoterapeutických studií na katedře psychologie FSS MU v Brně.

JE MOŽNÉ TERAPEUTICKY POMOCI PÁRŮM PSYCHOANALYTICKÝM ZPŮSOBEM?

Slavoj Titl (2014). *Psychoanalytická párová terapie*. Praha, Portál.

David Holub

Je možné terapeuticky pomoci párům psychoanalytickým způsobem? Velká část psychoanalytiků a psychoanalytických terapeutů odpovídá spíše skepticky. Mají k tomu své oprávněné důvody: a) psychoanalytický způsob práce vychází z individuálního uspořádání a je obtížné jej aplikovat na vztahy v páru a rodině (s. 111), triadická situace terapeuta a obou partnerů vytváří radikálně odlišný setting, ve kterém terapeut například pracuje nikoliv s jednou, ale se dvěma arbitrárními realitami; b) do párové teorie přichází lidé, kteří primárně sami v sobě necítí problém, ale to co se děje s partnerem nebo jejich vztahem (s. 111); c) analytik/terapeut na počátku slibuje páru jen takové náhledy, které jejich soužití nezhorší (Mikota, 2002), nepracuje s postupně se rozvíjejícím (terapeutickým) vztahem, ale vztahem již vytvořeným a partnery demonstrováním v samotném setkání; d) podmínkou psychoanalytické práce je naprosté bezpečí, které je například obtížné dodržet v přítomnosti znesvářeného partnera (Mikota, 2002); e) donedávna scházely specifické koncepty, teorie fungování a dysfunkce vztahu a také technika modifikovaná pro psychoanalytický poučené vedení párů (s. 111). Rád bych podtrhl slovo donedávna. Před několika týdny publikovaná monografie Slavoj Titla *Psychoanalytická párová terapie* tuto situaci mění a více než přesvědčivým způsobem představuje originální, kvalifikovaný a současně respektující pohled na práci s páry. Titlův přístup vznikl postupně, a kniha je shrnutím jeho více než třicetileté práce párového terapeuta, jeho pochyb a hledání „výhodnějších konceptů a pohledů“, které lépe objasňují vztahy.

Autorovi to neulehčoval ani tehdejší zavedený „poradenský“ přístup k párům ani



vývoj v samotném širokém proudu psychoanalytických škol, které intersubjektivní výměnu, dialog nevědomí a vztahový rozměr (Mahler, 2012) použitelný pro práci s páry rozvíjejí teprve postupně. Psychoanalýza jako samostatná disciplína, která hledá pravdu vnitřní psychické reality a v privátním prostoru zkoumá nepředvídatelné individuální, subjektivní aspekty duševního života druhé osoby (Torsti, 1999), přidává k intrapsychickému rozměru také zájem o vztažnost. Dříve pěstovaná psychologie jedné osoby, která se pokoušela duševní život studovat „nezaujatým a objektivním“ psychoanalytikem, rozšiřuje o psychologii dvou osob (Mikota, 1993). Dlouhou dobu byl z psychoanalýzy interakcionismus aktivně vylučován (skrže za kacířství označené

a vypuzované myšlenky/zakázané pojmy – sugescce, interpersonální, environmentalistický, korektivní emoční zkušenost atd.) s neodvolatelným soudem „tohle není pravá psychoanalýza!“ (Mitchell, 2003). Pudové pojetí psychoanalýzy a pohled na lidskou bytost, která vyhledává slast (snížení napětí) postupně zapracovává původně Fairbairnovu postoj, že lidská bytost vyhledává vztahy a uspokojení v oblasti lidských vztahů (Schwartz, 1999). Ale ani toto rozšíření psychoanalytického paradigmatu samo o sobě nepřináší dostatečnou teoretickou a technickou výstavu: psychoanalytická teorie nebyla jednoduše použita pro pomoc párům a nestačila k vysvětlení interpersonálních jevů. Docházelo k tomu, že někteří analyticky trénovaní klinici se od analýzy odkláněli a rozpracovávali neanalytické přístupy založené více na komunikačních, konstruktivistických a systémových teoriích. Problémy nebo symptomy mají v jejich pojetí nepostradatelnou vztahovou funkci a nestačí je pouze odnaučit, zakázat, „od-educovat“ nebo „od-interpretovat“. Pozornost se přesouvá na systém jako celek a na jeho sebe-organizující rysy (koncepty členství, spojenectví, mocenských dohod, hranic, transakčních a interakčních vzorců). Intrapsychický rozměr partnerů (členů rodiny) ustupuje do pozadí. Jiní psychoanalyticky inspirovaní autoři se uchylovali spíše k manipulativním, hostilním, urážejícím intervencím nebo technikám.

Na pozadí tohoto vývoje rozpracovává Slavoj Titl ve spolupráci s Jaromírem Teichmannem, Vratislavem Strnadem a Karlem Kopřivou specifickou aplikaci psychoanalytického porozumění párům (a rodinám) a rozvíjí především naslouchání vnitřní psychické realitě obou partnerů i páru jako celku. V kontextu převážně poradensky a instruktivně zaměřených služeb 90. let (popularizovaných v publikacích Miroslava Plzáka), které se věnovaly hledáním „správné expertní rady“ a těžkostem s dodržováním poradenských doporučení, Titl rozvíjí mo-

difikaci psychoanalytického přístupu, který do sebe integruje zkušenosti interpersonálních psychoanalytických i neanalytických škol. Slavoj Titl nerezignoval na (často oprávněné) námitky mnohých psychoanalytiků, že páry nejsou léčitelné klasickou technikou, ani se nevydal cestou individuální práce s každým partnerem během párového sezení (práce s patologií jednotlivců), ale rozvíjí v diskusi se systemicky pracujícími kolegy vlastní osobitou cestu propojující dlouholetou praxi poradenského psychologa, později psychoanalytika a párového terapeuta. Všímá si nevědomé dynamiky párového vztahu a rozpracovává způsoby, jak rozumět dynamicky tomu, co jednotlivé páry propojuje a co jejich propojení brání. V roce 2004 zakládá spolu s Lucií Luckou, Lídou Padevětovou a Jaromírem Teichmannem Institut psychoanalytické párové a rodinné terapie (IPPART, www.ippart.cz) později spolu s Lucií Luckou v rámci České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP, www.cspap.cz) také čtvrtou sekci pro párovou a rodinnou terapii. Oba instituty poskytují akreditované vzdělání pro psychoanalytické párové a rodinné terapeuty (Holub, 2013). *Psychoanalytická párová terapie* je tak současně „destilátem“ poznatků předávaných v uvedených výcvicích. Frekventanti výcviku si osvojují přístup, který je „zaměřený na podporu partnerského páru či rodiny a rozvoj jejich vlastních schopností řešit vztahové problémy. Terapie nespočívá v poskytování souboru návodů a doporučení, jak má dospělý člověk nebo partnerský pár jednat nebo dokonce cítit a prožívat, ale projevuje se jako pomoc při objevování rezerv, jimiž každý člověk i vztah disponují.“

Psychoanalytická párová terapie není pouhou rešerší nebo encyklopedickým shrnutím psychoanalytických konceptů použitelných při práci s páry. Kazuistickými ukázkami prosycený text je především praktickou publikací. Slavoj Titl se v ní názorným způsobem dělí o to, co se jemu i jeho párům v konkrétních klinických situacích osvědčilo. Knihu tvoří tři části: 1. Úvod do psycho-

analýzy a její teorie, který vysvětluje na příkladech myšlenky psychoanalytických i ne-psychoanalytických autorů, ze kterých Titl ve své syntéze párové terapie vychází; 2. **Láska a partnerský vztah z psychoanalytického hlediska.** V této části se autor zabývá specifickými koncepty vázanými na párovou terapii: pochopením lásky, jejími předpoklady a překážkami, volbou milostného partnera a nevědomým obrazem milostného objektu. Rozpracovává význam idealizace „milovaného druhého“, shrnuje čtyři základní předpoklady k vytváření zralých vztahů a věnuje se nevědomé komunikaci mezi partnery. Autor neopomenul začlenit témata *Sex a vášně* a *Vášně a láska v dlouhodobém vztahu*, spolu s podkapitoly o pseudokoluzivních vztazích a vztazích bez vzájemnosti. Titl základy párové terapie shrnuje do čtyř hledisek, ze kterých lze na každý vztah pohlížet: a) vzájemná spolupodmíněnost reakcí a spárování vazby; b) přitažlivost jako důsledek oboustranných projekcí odštěpených/odmítaných části sebe; c) vztah jako kontrakt, „tichá dohoda“ s vědomými i nevědomými složkami a d) přitažlivost jako výsledek společného nevědomého přesvědčení o vztazích. Toto přesvědčení autor podrobněji vyjasňuje a formuluje tři související koncepty: nevědomé individuální přesvědčení (NIP), nevědomé vztahové přesvědčení (NVP) a základní komplementární sexuální fantazie. Tato kapitola také pomáhá čtenářům pochopit inspirující koncept propojení partnerů. 3. Třetí kapitolu autor zasvětil **Základní technice psychoanalytické párové terapie**, tj. rozpracování specifických párových konceptů do samotné praxe. Čtenáři si díky této kapitole mohou udělat představitelný obrázek, jak párový terapeut vytváří bezpečné podmínky, čeho si všímá a jaký terapeutický postoj vytváří. Lze se podrobně dozvědět o vedení úvodního interview, o čtyřech možných scénářích prvního setkání, o expertněji vedeném rozhovoru a jeho struktuře, o formulaci dohody a podmínkách terapie. Tato kapitola zasvěcená technice se, myslím oprávněně,

blíže zaobírá zvláštnostmi přenosu a protipřenosu při práci s párem a postuluje kromě přenosově-protipřenosových výměn mezi jednotlivými partnery a terapeutem a mezi sebou navzájem v rámci partnerského vztahu, také specifický jev přenosu terapeuta na vztah, jež lze v další práci využít. Považuji za velmi cenné podrobnější rozpracování terapeutické funkce párového terapeuta, jakož i osvědčené strategie (následování „Rozumím vám správně?“, cirkulární dotazování, advokacie obou partnerů, interpretace vztahového propojení, vytváření rekonstrukcí, interpretace párových snů). Terapeutická kapitola přibližuje testování přesvědčení udržujících problém, práci s truchlením v párové terapii a ukončování párové terapie.

Editorsky pečlivě připravený text neprobouzí mnoho kritických výhrad. Publikaci, která se dobře čte, by „slušelo“ bohatší rozpracování zajímavých témat (jako například sen v párové terapii) a pro studijní účely pojmový rejstřík na konci. Cením si zejména toho, že *Psychoanalytická párová terapie* není nezúčastněnou expertní rukověť, ale osobním pohledem na práci s páry, tak jak ji předznamenává autorovo svědectví v úvodu knihy: jeho objevování psychoanalýzy a schopnosti rozumět citové zkušenosti. Během gymnázia autor objevil „v tátově pracovně Freudovy spisy, které vnímal jako čistou vodu, jako něco zcela odlišného od toho, co do té doby četl“. V současné záplavě odborných publikací nabývá na váze umění vybrat několik málo knih, které otevírají obzory, jsou nám k užítku a zdrojem nového pochopení. Pokud stojíte před pomyslnou knihovnou a hledáte práci o párové terapii, kterou se vyplatí přečíst, anebo jen tak toužíte dozvědět se o tom, jak se lidé milují, o párovém fungování z psychoanalytického pohledu nebo o tom, co partnery na hlubší úrovni (často nepochopitelně) propojuje, pak *Psychoanalytická párová terapie* je tou čistou vodou, knihou zcela odlišnou, kterou když otevřete, jen s obtížemi ji budete odkládat.

LITERATURA

- Holub, D. (2013). Psychoanalytický přístup k terapii párů a úloha Tavistockého institutu manželských studií. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, XV/2; 7–9.
- Mikota, V. (1993). *O ovlivňování duševních poruch*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek.
- Mikota, V. (2002). Párová terapie a moderní psychoanalýza (kazuistická studie). *Revue psychoanalytická psychoterapie*, IV/2; 41–50.
- Mahler, M. (2012). Editorial – Sándor Ferenczi a vztahová psychoanalýza. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, XIV/1; 3–6.
- Mitchell, S. A. (2003). Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze. Praha: Triton, 18–19.
- Schwartz, J. (1999). *Dějiny psychoanalýzy*. Praha: Triton, 273.
- Torsti, M. (1999). Quo vadis psychoanalysis?. *Scandinavian Psychoanalytic Review* 22, 108–113.

MUDr. David Holub, Ph.D., odpovědný redaktor *Revue psychoanalytická psychoterapie*.
holub.mail@gmail.com

KNIHA PŮSOBÍCÍ JAKO TERAPEUTIKUM

Kosová, M. a kol. (2014). *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Miroslava Štěpánková

Publikaci otevírám s respektem a zvědavostí, taky trochu s obavou, jak se vypořádám s tím, že některé z autorů osobně znám, vážím si jich, učila jsem se od nich a stále se učím. Bráním se pozici recenzentky a zároveň přesvědčuji sama sebe, že je dobré dát druhým vědět, proč si tuto knihu koupit a co od ní, podle mě, čekat. Sama jsem před lety absolvovala výcvik v logoterapii a existenciální analýze u Marty Kosové. Myšlenky logoterapie mě provázejí profesně i osobně. Očekávám, že s knihou přijde inspirace, zamyšlení, říkám si, čím autoři překvapí a jak kniha jako celek vyní.

Už samotný fakt, že se titul z pera českých a slovenských autorů objevil, stojí za ocenění. Za projektem stojí vesměs lidé, kteří logoterapii praktikují a aplikují v různých oblastech, rozvíjejí ji, jak uvádí Martina Kosová, dlouholetou praxí, studiem nebo výzkumem. Zkušenosti a poznatky autorů mohou inspirovat odborníky i laiky při hledání zdrojů a podpory v samotném bytí a přispívání životu navzdory překážkám a obtížím. Inspiraci najde teoretik, praktik, zájemce o psychologii i člověk, který hledá odpovědi na otázky po smyslu a životního směřování. Těžko říct, kdo bude knihou osloven více. Faktem je, že kdo čeká vyčerpávající teoretický přehled o logoterapii a metodě práce s klientem bude nejspíš zklamáný. Více než učebnicí je publikace průvodcem existenciálními tématy z různých perspektiv (terapeutické, pedagogické, výzkumné, filozofické) a převážně odráží osobní i profesní zkušenost autorů, v tom je cenná. Nelze předpokládat, že čtenář pronikne do teorie logoterapie, ta je načrtnuta, komunikována spíše ve zkratce. Pokud jde o záměr a nutnost vzhledem k rozsahu publikace vybírat a redukovat na nezbytné, mohlo to být jako záměr komunikováno. Naopak záměrné vynechání Franklovy auto-



biografie, působí osvěžujícím dojmem v podobě vzpomínek Vladimíra Směkala na osobní setkání s Franklem. Úsporné zpracování témat, které docela dobře může souviset s koncepcí publikace a zamýšleným rozsahem, má však i svá pozitiva – čtenáře nutí k zamyšlení, hledání dalších odpovědí a paralel ve vlastní zkušenosti. Pokud čtu záměr autorského kolektivu dobře a jejich snahou bylo oslovení širokého čtenářského spektra, od laiků až po odborníky různých profesí, troufám si říct, že záměr vyšel.

Spojení autorského týmu přináší obojí – výhody i nevýhody. Výhodné je nabídnout širší souvislosti uvažování o logoterapii a její využitelnosti nejen v psychoterapii. Výhodou může být i různorodost a jedinečnost vzniklých příspěvků na daná témata v souladu s přesvědčením, že takto si každý

čtenář přijde na své. Z určitého pohledu však toto spojení ubírá na síle. Autorské příspěvky jsou osobité, ale publikace na první pohled působí nesourodě, podobně jako když listuji sborníkem, který spojuje téma, a někteří z prezentujících se tématu dotýkají z větší dálky než bych si představovala. Je obtížné zachovat provázanost a jednotný styl kapitol. Zařazení kapitol dává smysl, ale přesah k hlavnímu tématu a provázanost s logoterapií není vždy vytěžen.

Je přirozené, že jako praktika, za kterého se považují, mě táhnou témata, která v publikaci ukazují možnosti práce s klientem. V tomto smyslu se cítím být obohacena a nutno dodat, že kniha na mě působí také jako terapeutikum. Kapitoly, kde jsem ve svém živlu, a kde se probouzí můj zájem, souvisí se zacházením s existenciálními tématy v oddílu III (Logoterapie v praxi), kterého je autorkou Martina Kosová. I v tomto celku jsou kapitoly úsporné, tvoří střípky, jakousi existenciální mozaiku, nedokončenou inspiraci. Témata zůstávají otevřená ruku v ruce s technikou sokratovského dotazování - nutí čtenáře přemýšlet, nechat na sebe obsah působit, formovat vlastní postoj a revidovat svoji zkušenost. Podobně jako logoterapeut vede, nasvědčuje bílá místo v prostoru svobody, motivuje a někdy i burcuje, apeluje na osobní odpovědnost a učí klienta ji nést. Příklady, kterými je dokumentována cesta pomoci lidem, mi evokují lidskost, provázení, víru v člověka a jeho tvořivý potenciál. Osobně je mi velmi blízké téma odpovědnosti, které mi z logoterapeutického provázení vystupuje velmi intenzivně. Slovo a přístup terapeuta může stát za iniciací změny, která je v rukou člověka samotného. V době, kdy se občas setkávám se zaměřováním pomoci za asistenci nebo nabízení rad, které nemotivují druhé k převzetí iniciativy a odpovědnosti, a spíše vedou ke zbavování se odpovědnosti, si uvědomuji, v čem je pro mě metoda logoterapie blízká.

Přemýšlím, co v knize postrádám. Ne vždy jsme v životě konfrontováni s nepřízní osudu, reagujeme i na pozitivní výzvy života a ne

vždy smysluplnými volbami. Kapitola, která by logoterapii ukázala jako možnost péče o sebe a pozitivní směřování s nadhledem a humorem by mi připadala jako dokreslující záměr i osobní nastavení Frankla. Humor a jeho využití je představeno ve spojení s technikou paradoxní intence jako nezbytná součást umožňující nadhled, sebedistanční a uvolnění tvořivé síly, ale v přístupu má širší postavení. Druhá věc, která mi chybí je prezentace současného směřování logoterapie. Kniha reprezentuje pokračování Franklových cest v přístupu Lukášové, opomíjí směr dalšího Franklova žáka Alfreda Längleho, který se od původního Franklova pojetí odklonil a svůj přístup používá širěji. Längle je sice zmíněn v předmluvě, ale není citován v textu. Pro úplnost by stálo za to v kapitole, která se věnuje možnostem vzdělávání v logoterapii a existenciální analýze v české republice a na Slovensku, uvést pražskou SLEA (společnost pro logoterapii a existenciální analýzu), která se prezentuje jako Längleho větev, přestože v současné době, jak je mi známo, výcvik neplánuje.

Publikace je pozváním do přístupu, věřím, že pro mnohé čtenáře i otevření dveří novému poznání. V centru zájmu je člověk, který zaujímá místo v životě s různou mírou svobody a víry ve změnu, strachu, odpovědnosti, viny, osamělosti či utpení. Kniha je provázením o významu a povaze lidské existence, v její konečnosti, jedinečnosti a smysluplnosti. Příklady z praxe, které dokumentují život a životaschopnost logoterapeutického působení, jehož síla tkví v provázení existenciálními tématy a zkompetentňováním a povzbuzováním klienta k převzetí odpovědnosti za svůj život. Vnímám ji jako nadstavbu k teorii, ale může stát i samostatně jako inspirace pro ty, kteří nepotřebují znát kořeny logoterapie a nechají se vést k přemýšlení o vlastním bytí. Může podnítit i hlubší zájem o logoterapii a existenciální analýzu a dílo V. E. Frankla a jeho žáků.

Díky za možnost se zastavit a být konfrontována s výzvou.

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 rozlišuje 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 zaměřeni 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) poukazuje 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:

Kniha [uvádějte i podtitul]:

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

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

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