

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 10. ročník, 2016, číslo 1

Vychází třikrát ročně.

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

Doc. 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

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

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

MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe, Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií 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. Sárka 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 Plháčková, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

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

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

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

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

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

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty romhyt@gmail.com, tel. 0420 549 497 970

Bc. Lenka Bloudíčková, Mgr. Tatiana Sedláčková, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čevelíček

Adresa redakce:

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

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 1/2016 byla 20. 3. 2016, recenzní řízení bylo uzavřeno 21. 3. 2016. Vychází v dubnu 2016.

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 - - - 5

TEORIE / THEORY

Júlia Halamová: Špecifiká psychoterapie s vysoko sebakritickým klientom (Specifics of psychotherapy with highly self-critical client) - - - 6

Jakub Hučín: Spiritualita a sexualita jako intimní i náhradní prostor (Spirituality and sexuality as a space of intimacy or a surrogate space) - - - 16

E. Dubovská: Poetika starnutia: naratívna gerontológia a jej aplikácie v psychoterapii starších ľudí (Poetics of growing old: narrative gerontology and its application in psychotherapy of older adults) - - - 25

PRAXE / PRACTICE

David Skorunka: Povolání rodinný terapeut (Profession: family therapist) - - - 36

Leoš Zatloukal, Daniel Žákovský: Dvě lekce ze zahradnického umění – využití metafor v terapii zaměřené na řešení (Two lessons from the art of gardening – the use of metaphors in solution-focused therapy) - - - 51

DISKUSE / DISCUSSION

Jan Poněšický: Psychodynamické pojetí kognitivně behaviorální terapie (KBT) - - - 64

Michal Novák: Příspěvek k problematice úzkosti v kontextu současné uprchlické krize v Evropě - - - 68

RECENZE / REVIEWS

Sannwald, R., Schukte-Markwor, M., Resch, F. (ed.). (2015). Psychoterapeutické dovednosti (Karel Hájek) - - - 72

Xaver Amador (2015). Streitgespräche auflösen (Jan Vymětal) - - - 74

Jason A. Butler (2015). Archetypová psychoterapie (Barbora Petránková) - - - 77

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

s jarem přichází i první letošní číslo časopisu *Psychoterapie*, které letos „vykvetlo“ do trochu jiné grafické podoby. Jednak jsme mírně zvětšili písmo pro příjemnější zážitek z četby, jednak jsme doplnili některé informace do hlaviček článků pro větší komfort při vyhledávání citačních údajů. Věříme, že obě drobné úpravy uvítáte.

Jedním z témat, která v poslední době hýbou společnostmi nejenom v České republice, jsou otázky „bytí doma“ a s ním spojeným pocitem bezpečí, a naopak „bytí cizincem“, které se často spojuje s obavami. Ačkoli se tématu uprchlické krize věnuje explicitně jen jeden z diskusních příspěvků, pokud se na téma podíváme z většího odstupů, pravděpodobně nalezneme spojitosti i s ostatními texty, které se věnují autentické sexualitě a spiritualitě, růstu do stáří, způsobu zvládnání nadměry sebekritičnosti či nutných kompetencí pro práci s rodinou. Postačí k tomu možná i jednoduchá otázka: Cítím se doma nebo cize, například s procesem stárnutí?

Jsem přesvědčen, že pro kvalitní životní pohodu, o kterou jako terapeuti často usilujeme, potřebujeme nejen dovednost vytvořit si pocit bezpečného domova a vymezit se vůči tomu, co není domácí, ale cizí. Žádné kořeny, kotvy či hranice nám totiž nemožná natrvalo ustát tok života, tlak toho cizího, toho, co zůstává za hranicí a co je neznámé. Proto je pro životní pohodu stejně tak důležité šikovné vypořádání se s neznámým, které v nás může provokovat širokou škálu postojů od zvědavosti a otevřenosti až ke strachu, úzkosti a agresi.

O způsobech, jak neznámé zabydlujeme do pro nás známého světa, píše už mnoho let sociální psycholog Serge Moscovici, který v mládí osobně prošel zkušeností cizince. Dovolím si z výsledků jeho dlouhodobé výzkumné práce použít větu, že paměť má často navrch nad vnímáním. Proces aktualizace, ke kterému nezakreslené vnímání skutečnosti vede, je totiž energeticky náročný a sociální skupiny, stejně jako konkrétní osoby, svoji energii často šetří právě díky paměti. Čas nám pak ukáže, zda jsme skutečně ušetřili či nikoli.

O výhodách a limitech perspektivy cizince psal sociolog Alfred Schultz, který z pohledu jiné vědní disciplíny popisuje každodenní zkušenost dosud nevyhořelého psychoterapeuta – opětovně prožívanou zvědavost ale i nejistotu při snaze porozumět klientově cizí a někdy i ohrožující životní perspektivě. Proč ohrožující? Když vnímám, že neznámého je příliš mnoho, tolik, že se začínám ztrácet a přestávám rozumět, cítím osobně potřebu zakotvit se, udělat si pauzu a dát si čas a prostor strávit to, co je cizí.

Rozvedeme-li dále metaforu procesu trávení, připustíme si i fakt, že někdy některé skutečnosti zůstanou nestrávené a jsou odmítnuté. Dovolil jsem si tentokrát editorial věnovat pouze tématu domácí vs. cizí. Věřím, že jde o jedno z klíčových témat života osob i lidských společenství a že se vyplatí se mu věnovat i v jiných kontextech, než je aktuální uprchlická krize.

Vážení čtenáři, přeji vám příjemné čtení.

5. 4. 2016, Brno Roman Hytych

ŠPECIFIKÁ PSYCHOTERAPIE S VYSOKO SEBAKRITICKÝM KLIENTOM

Specifics of psychotherapy with highly self-critical client

doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D.

Ústav aplikovanej psychológie, FSEV UK Bratislava, SK; e-mail: julia.halamova@gmail.com

Psychoterapie. 10 (1), 6–15; ISSN 1802-3983

Štúdia bola vypracovaná v rámci grantu VEGA 1/0578/15.

ABSTRACT:

Self-criticism is a major conjoint factor in the background of many psychiatric diagnoses. In terms of psychotherapy, it is crucial that client's self-criticism substantially weakens the client's response to a treatment. That is why it is so important for a psychotherapist to know more about self-criticism and be more familiar with various ways to deal with it. The previous article „*Possibilities of intervention while working with highly self-critical client*“ provides an overview of various possible interventions in this area. This article is focused on psychotherapy with highly self-critical clients. It contains description of difficulties while doing psychotherapy with highly self-critical clients and reasons for these difficulties, typology of inner critics, basic psychotherapeutic approaches dealing with self-criticism and general principles of psychotherapy with the critics.

Key words: self-criticism, self-hate, self-compassion, self-reassurance, psychotherapy

ABSTRAKT:

Sebakritickosť je hlavný spoločný faktor

na pozadí mnohých psychiatrických diagnóz. Z hľadiska psychoterapie je kľúčová informácia, že prítomnosť sebakritickosti u klienta zásadným spôsobom oslabuje odozvu klienta na liečbu. Práve preto je pre psychoterapeuta dôležité vedieť o sebakritickosti viac a poznať rôzne možnosti ako s ňou pracovať. Predchádzajúci článok „*Možnosti intervencie pri práci s vysoko sebakritickým klientom*“ poskytuje prehľad rôznych intervencií použiteľných v tejto oblasti. Tento nadväzujúci článok je zameraný na psychoterapeutickú prácu s vysoko sebakritickým klientom. Obsahuje popis ťažkostí pri psychoterapii sebakritických klientov a dôvodov týchto ťažkostí, odlíšenie rôznych druhov vnútorného kritika, základné psychoterapeutické prístupy v práci so sebakritickosťou a všeobecné zásady psychoterapeutickej práce so sebakritikom.

Kľúčové slová: sebakritickosť, sebanávisť, sebasúcit, sebatpotvrdenie, psychoterapia

Cieľom tohto článku je poskytnúť základné informácie o osobitostiach psychoterapie s vysoko sebakritickými klientmi a terapeutickej práci s vnútorným kritikom. Článok nadväzuje na predchádzajúci článok „*Možnosti intervencie pri práci s vysoko sebakritickým klientom*“ (Halamová, 2015),

kde sú predstavené základné informácie o problematike sebakritickosti a sprostredkovaný prehľad intervencií v tejto oblasti. Whelton a Greenberg (2005) vo svojom experimente zistili, že všetci ľudia sú schopní kritizovať sa, ale iba niektorí ľudia nie sú schopní brániť sa týmto svojim vlastným útokom na seba. Týchto v článku označujem ako vysoko sebakritických klientov.

Sebakritickosť je spoločný faktor na pozadí mnohých psychiatrických diagnóz. Z hľadiska psychoterapie je kľúčové vedieť, že samotná prítomnosť sebakritickosti u klienta zásadným spôsobom oslabuje odozvu klienta na liečbu. Práve preto je pre psychoterapeuta dôležité priamo pracovať so sebakritickosťou, a kvôli tomu je potrebné o tejto problematike vedieť viac a poznať aj terapeutické postupy, ako s ňou pracovať.

DÔVODY ŤAŽKOSTÍ PRI PRÁCI SO SEBAKRITICKOSŤOU KLIENTA

V terapeutickom vzťahu je sebakritickosť prekážkou, ktorá bráni klientovi vyťažiť z terapie pre seba úžitok a zároveň je prediktorom slabej odpovede na psychologickú a aj farmakologickú liečbu (Shahar et al., 2015). Súvisí to hneď s niekoľkými faktormi. Hlavným faktorom je znížená schopnosť alebo v niektorých prípadoch až neschopnosť sebakritických ľudí vybudovať silnú terapeutickú alianciu s terapeutom, čo je prejavom ich celkovo ťažšieho budovania a udržiavania vzťahov. Interpersonálne ťažkosti sebakritických ľudí súvisia s ich závislým postojom voči potvrdeniu, schváleniu či podpore od ostatných a zároveň paradoxne na druhej strane s ich očakávaniami odmietnutia či kritiky. Preto je pre týchto ľudí veľmi ťažké prejaviť svoje potreby,

túžby, pocity, a preto tiež nie sú kongruentní ani autentickí vo vzťahoch a zriedka alebo nikdy nie sú iniciatívni (Stinckens et al. 2013a). Niektorí sebakritickí ľudia sa naopak izolujú a vyhýbajú intímite zdôrazňujúc nezávislosť a sebestačnosť. Iní zasa kritizujú druhých, aby sa cítili nadradene, sú agresívni a dominantní, pohrdajú ostatnými. Podľa kvalitatívnej analýzy Janzena (2007) sebakritickí klienti neustále hodnotia nielen svojich terapeutov, ale aj svoje zážitky v terapii. Je pre nich ťažké uveriť komplimentom od terapeuta, majú tendenciu nielen zmenšovať svoje potreby, ale zároveň aj výsledky terapie. Okrem toho im potreba schválenia a sociálna žiadúcnosť bráni byť otvorení a zdieľať sa. Podložené je to aj výskumnými zisteniami, z ktorých vyplýva, že čím väčšia sebakritickosť u klienta, tým negatívnejšie hodnotenie vzťahu s terapeutom (Horvath, Symonds, 1991) a tým viac ťažkostí s vytvorením a udrжанím terapeutickú aliancie (Whelton, Paulson, Marusiak, 2007).

Sebakritickosť vytrvalo a neoblomne odoláva zmene v psychoterapii podľa Firestone et al. (2002) aj kvôli tomu, že klientom dáva sebakritickosť pocit kontroly nad vlastným vnútorným svetom. Ak terapeut spochybňuje alebo sa čo i len zaoberá klientovou sebakritickosťou, rovnako ako aj keď klient prežíva úspech či rast, toto všetko klienta hlboko ohrozuje, pretože by to mohlo ovplyvniť či nebudaj zmeniť jeho osvedčené schémy seba, ktorým dôveruje a má ich odskúšané. Rané maladaptívne schémy tiež fungujú ako filter pri výbere a spracovávaní informácií (Stinckens et al., 2013a). Pozornosť sa automaticky zameriava na podnety, ktoré podporujú existujúce schémy a podnety v rozpore s nimi sú mini-

malizované alebo popreté. Tým sa schémy stávajú nemennými. Blatt (1995, 2008) vymenováva charakteristické problémy v spracovávaní informácii u vysoko sebakritických ľudí. Ide o negatívne očakávania ohľadom budúcnosti, prílišné zovšeobecňovanie, selektívna abstrakcia, dichotómne čiernobiele videnie seba a sveta, ktoré sa aktivujú v prípade ohrozenia existujúceho presvedčenia a modifikujú informácie tak, aby schémy zostali nezmenené.

Ďalším veľkým okruhom dôvodov slabej odozvy na terapiu je aj celkovo strach zo súcitu, ktorí býva často spojený s vysokou sebakritickosťou. Viaceré výskumy poukazujú na to, že niektorí vysoko sebakritickí jednotlivci majú ťažkosti pri rozlišovaní a reagovaní na súcit celkovo nielen od ostatných, ale i s generovaním súcitu voči sebe samému. V štúdiu Rockliff et al. (2008) zistili, že ľuďom s nižšou sebakritickosťou sa už i len pri predstave láskavého a súcitného človeka zvýši srdcová frekvencia (čo naznačuje fyziologické upokojenie) a zníži kortizol (stresový hormón), kým ľuďom s vysokou sebakritickosťou sa zníži srdcová frekvencia a nevyprodukuje žiadna zmena kortizolu. Podobne Longe et al. (2010) s použitím magnetickej rezonancie zistili, že jednotlivci vykazujúci vyššiu sebakritickosť mali väčšiu aktiváciu v oblasti mozgu, ktorá je spojená s hrozbou (amygdala). Toto potvrdzujú aj ďalšie klinické štúdie (McEwans et al., 2014). Vo výskume so zapojením eye trackingu účastníci s nižšou mierou sebakritickosti venovali zvýšenú pozornosť súcitným tváram. McEwans et al. (2014, s.2) zistili, že „čím viac boli účastníci sebakritickí, tým menej boli schopní identifikovať láskavé a súcitné tváre medzi kritických tvári.“

TERMINOLÓGIA – SEBAKRITIK RESPEKTÍVE VNÚTORNÝ KRITIK

V predchádzajúcom článku som zadefinovala sebakritickosť a v tomto článku zasa vyšpecifikujem termín sebakritik respektíve vnútorný kritik. Podľa Stinckens et al. (2013a, str. 61) je vnútorný kritik zadefinovaný ako „*dobře integrovaný systém kritických a negatívnych myšlienok a postojov k sebe, ktorý interferuje s organizmickým prežívaním jednotlivca.*“ Stinckens et al. (2013a, 2013b) vychádzajú z tradície na klienta centrovanej experienciálnej psychoterapie, čo sa odzrkadluje aj na jej samotnej definícii. Podobný koncept však môžeme nájsť aj v iných psychoterapeutických prístupoch pod inými názvami (Ondrisova, Menkynova, 2006; Stinckens et al., 2013a) ako napríklad „moralistické superego“ alebo „ego ideál“ v psychoanalýze, „ego stav kritický rodič“ v transakčnej analýze, „top dog“ v gestalt terapii, „negatívne presvedčenia“ v kognitívne behaviorálnej terapii, „negatívne automatické vzorce myslenia“ v racionálno-emocionálnej terapii, „cit menejcennosti“ v Adlerovskej psychoterapii, či „nízka sebaúcta“ v psychoterapii V. Satirovej.

IDENTIFIKÁCIA RÔZNYCH DRUHOV VNÚTORNÉHO KRITIKA

Z klinického hľadiska má hlas vnútorného kritika charakteristiky, ktorými sa dá jednoznačne odlíšiť od hlasu vnútorného prežívania (Stinckens et al., 2013a). Vnútorný kritik hovorí akoby proti klientovi, zatiaľ čo vnútorné prežívanie akoby za klienta. Vnútorný kritik pri tom používa nepriateľský, zlomyseľný a krutý tón, ktorým opakovane pripomína staré veci, vynucuje si staré požiadavky, odvoláva sa na „mu-

síš, mal by si, nikto, nikdy, každý, vždy“, formuluje deštruktívne odsúdenia, nemá pochopenie pre nuansy, nepovoľuje žiadne výnimky, atakuje ľahko predvídateľným spôsobom, ktorý je zjednodušený a zovšeobecnený. Vnútorňý kritik je zameraný na minulosť, kedy vyvoláva pocity viny alebo na budúcnosť, kedy straší, čo sa môže stať. Môže byť aktivovaný tak negatívnymi udalosťami (neúspechom, kritikou, zahánením, zosmiešnením), ako aj neutrálnymi či naopak pozitívnymi situačnými faktormi (pochvala), ale zväčša platí, že nezodpovedá udalostiam, ktoré sa aktuálne dejú. V dôsledku tejto sebakritiky sa klient cíti zle, hlavne sklúčený, úzkostný, nespokojný, depresívny, inhibovaný, zahánený, vinný, nekompetentný, neúspešný, menejcenný, čo sa dá vidieť aj na neverbálnej komunikácii v podobe tenzie v tvári, prekřížených nôh a rúk, ťažkého alebo plytkého dýchania a zvýšeného svalového tonusu. Na rozdiel od vnútorného kritika, vnútorný hlas prežívania hovorí priateľským, pokojným tónom, ukazuje niečo nové, vedie a podporuje, je kreatívny a prináša nádej, poskytuje úľavu, energizuje, je špecifický a osobný. Na neverbálnej úrovni sa manifestuje ako úsmev, uvoľnenie svalového tonusu, hlboké dýchanie a otvorený a relaxovaný postoj tela.

Podľa Elliotta et al. (2004) môže sebakritik nadobúdať rôzne podoby dysfunkčnosti v závislosti od toho do akej miery blokuje prežívanie. Napríklad ak kritik spochybňuje alebo posudzuje či straší určité aspekty klienta („Si nevšímavý!“; „Nevieš dodržať termín!“), ohrozuje to integráciu seba, ale nie nevyhnutne to blokuje prežívanie. Naopak ak má kritik maladaptívnu podobu, s ktorou sa klient identifikuje až do takej miery, že

sa stáva časťou seba („Si hovno!“; „Nikto ňa nikdy nebude milovať!“) a neostáva časťou prihovárajúcou sa zvonka, potom je pre klienta ťažké uveriť, že má aj pozitívne časti seba a blokuje akékoľvek prežívanie, ktoré je v rozpore s týmto presvedčením.

Stickens et al. (2013a) rozoznávajú šesť základných druhov sebakritika, pričom prvé tri typy sú relatívne ľahko v terapii identifikovateľné, pretože ich klient sám vyjadruje, zatiaľ čo ďalšie tri môžu pozornosti terapeuta uniknúť lebo sú vyjadrené nepriamo.

1. typ Ponižujúci – Klient neustále pripisuje sám sebe negatívne charakteristiky.

2. typ Trestajúci – Klient je presvedčený, že si zaslúži trest, je neschopný odpustiť si minulosť.

3. typ Požadujúci – Klient má pre seba nastavené nesplniteľné ideály a štandardy a núti sa ich dosahovať za každú cenu.

4. typ Zanedbávajúci – Klient je pasívny, toleruje zlé zaobchádzanie so sebou a neprejavuje svoje potreby.

5. typ Vyhybavý – Klient je odstrihnutý od svojich emócií a potrieb, emocionálne odtiahnutý od iných ľudí a odmieta pomoc.

6. typ Dominujúci – Klient sa správa agresívne, manipulatívne, súťaživo a dominantne.

ZÁKLADNÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PRÍSTUPY V PRÁCI SO SEBAKRITICKOSŤOU

Na ilustráciu uvádzam aj konkrétne terapeutické prístupy po jednom z humanistickej, psychodynamickej i kognitívne behaviorálnej tradície.

KOGNITÍVNE BEHAVIORÁLNE PRÍSTUPY

Terapia zameraná na súcit (Compassion Focused Therapy CFT)

Paul Gilbert (2010, 2014) vytvoril terapiu zameranú na súcit, ktorá priamo pomáha rozvíjať zručnosť sebasúcitú. Základnou premisou tejto terapie je presvedčenie, že kultivácia súcitu je kľúčová pre adaptívne emocionálne reagovanie najmä pre klientov s vysokou sebakritickosťou a hanbou (Castillo et al., 2015). CFT techniky zahŕňajú nácvik všímvosti, imaginatívne techniky, vizualizáciu, nácvik súcitného rozmýšľania a reagovania. Tento terapeutický prístup sa v súčasnej dobe úspešne používa na liečenie napríklad porúch príjmu potravy (Goss, Allan, 2014), závislostí (Kelly et al., 2010), úzkostných porúch (Gilbert, 2010), psychóz (Brachler et al., 2013), a ďalších.

PSYCHODYNAMICKÉ PRÍSTUPY

Hlasová terapia (Voice Therapy VT)

Podľa Kanna a Levitt (2013) patrí medzi psychodynamické prístupy aj Hlasová terapia, ktorej zakladateľom je Firestone (2001). Hlasová terapia učí ozvučovať negatívne myšlienkové vzorce, ktoré tvoria základ maladaptívneho správania. Konečným cieľom hlasovej terapie je pomôcť klientom dosiahnuť väčšiu nezávislosť a slobodu v živote, pričom však majú zostať naďalej zraniteľnými voči „pozitívnym“ i „negatívnym“ emóciám v živote a zachovať si schopnosť primerane reagovať na pozitívne aj negatívne udalosti v ich živote. Hlasová terapia pozostáva z piatich krokov: 1) identifikovanie negatívnych myšlienkových procesov, 2) získanie vhladu do zdrojov negatívneho myslenia, 3) reagovanie na hlas a odolanie mu, 4) rozpoznanie sebadeštruktívneho

správania, 5) rozvíjanie korektívnych návrhov na vytvorenie zmeny (About Voice Therapy, 2015).

HUMANISTICKÉ PRÍSTUPY

Terapia zameraná na emócie (Emotion Focused Therapy EFT)

V Terapii zameranej na emócie je sebakritickosť koncipovaná ako konflikt medzi dvoma aspektmi ja, kde jedna časť seba tvrdo kritizuje, súdi, hodnotí, blokuje prežívanie a zdravé potreby druhej, submisívnej časti seba samého (Greenberg, Watson, 2005). Zmena sa navodzuje zmenou pohľadu častí na seba a ich reakcií na seba navzájom. Klient sa aj fyzicky presúva medzi dvoma stoličkami, pričom každá stolička reprezentuje jeden aspekt seba v snahe prehrať vnútorný dialóg medzi nimi. Myšlienky, pocity a potreby každej z častí sa preskúmajú a odkomunikávajú s cieľom dospieť k ich integrácii. Opätovné privlastnenie si oboch strán je čiastočným rozriešením. Plné rozriešenie vyžaduje určitý druh vzájomného porozumenia alebo prispôbenia medzi týmito dvoma časťami self, pričom jedna časť preskúmava svoje emocionálne schémy a potreby, kým druhá časť zmäkne voči prvej časti (Halamová, 2013). Na základe splnených kritérií je model terapie zameranej na emócie považovaný za empiricky podloženú liečbu pre problémy párov (Snyder, Castellani, Whisman, 2006). Pre krátkodobú individuálnu psychoterapiu zameranú na emócie sú doteraz vytvorené štandardizované postupy pre klientov s depresiou (Greenberg, Watson, 2005), komplexnou traumou (Paivio, Pascual-Leone, 2010) a najnovšie sa vytvárajú aj postupy pre sociálnu úzkosť (Elliott, 2013), generalizovanú úzkosť (Timulak,

McElvaney, 2012) a pracuje sa na vytvorení ďalších, ako napríklad protokol terapie zameranej na emócie pre poruchy príjmu potravy (Dolhanty, Greenberg, 2007).

VŠEOBECNÉ ZÁSADY PSYCHOTERAPEUTICKEJ PRÁCE SO SEBAKRITIKOM

V rôznych terapeutických prístupoch bolo naformulovaných viacero postupov pre prácu so sebakritikom. Hlavným princípom vo všetkých je aktivita, nakoľko sa sebakritik nezmení ani nezmyselné sám bez cieľného úsilia (Stinckens et al., 2013a, 2013b). Leijssen (1998) to dokonca formuluje tak, že pokiaľ sa so sebakritikom nepracuje priamo zostáva rovnaký a naďalej blokuje prežívanie. Stinckens et al. (2013a) na základe prehľadu literatúry a analýz terapeutických sedení vyextrahovali päť všeobecných stratégií pre prácu so sebakritikom, ktoré si postupne priblížime: 1. identifikovanie sebakritika, 2. oddialenie sa od sebakritika, 3. naladenie sa na sebakritika, 4. presun pozornosti na organizmický zážitok a 5. integrovanie rozličných aspektov seba.

1. Identifikovanie sebakritika

Podľa Leijssena (1998) terapeutická práca so sebakritikom začína terapeutovým identifikovaním sebakritika u klienta. Následne môže terapeut pomôcť klientovi identifikovať sebakritika u seba. A to najmä preto, že klienti si často nie sú vedomí, čo sa v nich deje, nachádzajú sa iba v tzv. globálnom distrese (Greenberg, 2011; Timulak, 2015) a cítia sa pritom v emocionálnej nepohode. Úlohou terapeuta je vysvetliť alebo priamo umožniť zažiť, ako si klient sám u seba vyvoláva tieto pocity tým, že sa posudzuje, odmieta, zosmiešňuje či uráža.

Pričom by intervencie mali byť zamerané na zvyšovanie uvedomovania si jedného obsahu, pôvodu ale aj procesu sebakritizovania (Kannan, Levitt, 2013). Zvyšovanie uvedomovania si sebakritickosti môže mať rôzne podoby v rôznych terapiách napríklad diskutovanie sebakritických myšlienok v kognitívnej terapii, preskúvanie prenosu v psychodynamickej terapii alebo práca so stoličkami v terapii zameranej na emócie (Dialóg na dvoch stoličkách viď Elliott et al., 2004; Halamová, 2013). Ak klient porozumie alebo aj zažije, ako sám seba kritizuje a čo to s ním robí, naučí sa rozlišovať medzi hlasom sebakritika a hlasom vnútorného prežívania a dostane tak do svojho uvedomovania proces blokovania vlastného prežívania.

2. Oddialenie sa od sebakritika

Ak je už sebakritik identifikovaný, terapeut potrebuje pomôcť klientovi sebakritika a jeho negatívne myšlienky o sebe oddeliť od seba samého (Stinckens et al., 2013b) a uvedomiť si, že negatívne myšlienky o sebe sú iba časťou klienta a nie jeho celé bytie (Stinckens et al., 2013a). Môže sa tak stať aj prostredníctvom jednoduchej reformulácie klientových slov terapeutom. Klient hovorí: „Som bezcenný!“ a terapeut to preformuluje na: „Niečo vnútri vo vás samých si myslí, že ste bezcenný.“ Terapeut to môže urobiť aj prostredníctvom požiadania klienta, aby si predstavil kritika pred sebou alebo dokonca fyzicky posadením klienta v roli sebakritika do druhej stoličky než je stolička vlastného prežívania (Elliott et al., 2004). Ďalšie oddialenie sebakritika sa môže stať prostredníctvom jeho negovania alebo ignorovania (Müller, 1995). Gendlin (1996) navrhuje, aby te-

rapeut facilitoval kontakt klienta s tým, čo cítil tesne pred tým než sebakritik na neho zaútočil bez toho, aby klient venoval pozornosť sebakritikovi samotnému. Iný prístup zase uprednostňuje zdôrazňovanie zdravej časti seba a svojho prežívania cez potrebu sebaakceptácie a sebaaktualizácie (Rogers, 1961). Iní zasa preferujú aktívne poslať sebakritika preč napríklad v podobe priamej reči voči sebakritikovi („Chod preč! Nezaslúžim si, aby si sa ku mne takto choval.“) alebo si ho podať s humorom vidieť domáca úloha pozostávajúca z toho, že klient napíše svoj vlastný obľúbený recept na to, ako sa dostať do problémov spolu so zoznamom ingrediencií, ktoré k tomu potrebuje (Stinckens et al., 2013b).

3. Naladenie sa na sebakritika

Naladenie sa na sebakritika je obzvlášť efektívne, ak sebakritik hrá protektívnu úlohu v živote klienta (Stinckens et al., 2013a). Terapeut vtedy pomáha klientovi odhaliť, ako sa takýto sebakritik vytvoril a akú úlohu hrá v klientovom živote a či je ešte táto úloha stále pre neho potrebná alebo túto úlohu môže už teraz nahradiť nejaký zdravší spôsob fungovania klienta. Terapeut si pri tom môže pomôcť aj neverbálnymi spôsobmi vyjadrenia, ako napríklad nakreslením alebo vymodelovaním kritika či jeho statickým znázornením prípadne aktívnym zahráním. V Dialógu na dvoch stoličkách (Elliott et al., 2004) je tento krok reprezentovaný posadením kritika do vlastnej stoličky a vyjadrovaním sa za nej, rozlišovaním vlastných štandardov od štandardov iných ľudí a zistením, čo chce kritik dosiahnuť svojou kritikou. Niektorí autori (Stinckens et al., 2013b) dokonca odporúčajú voči sebakritikovi

zaujať akceptujúci a priateľský postoj, aby sa sebakritik zrelaxoval a začal odhaľovať emócie na pozadí svojho správania (bojí sa, cíti sa menejcenný...), s ktorými sa dá už ďalej pracovať.

4. Presun pozornosti na organizmický zážitok

V tomto kroku (Stinckens et al., 2013b) terapeut pomáha klientovi preskúmať, ako sa cíti pod takýmto tvrdým kritickým a požadovačným zaobchádzaním sebakritika. Týmto spôsobom pomáha klientovi dostať sa do kontaktu s prežívaním, ktoré bolo kritikom potlačené (Leijssen, 1998). Tento proces je veľmi boľavý, terapeut v ňom pomáha klientovi prepracovať sa cez svoje emócie k svojim skutočným potrebám a túžbam, ktoré mu kritik neumožnil prejavíť. Podľa Kannan a Levitt (2013) sa rozriešenie sebakritickosti realizuje posilnením self a nie vykorenením sebakritickosti, pričom sa zvyšuje sebasúcit a asertivita. Spoločné pre rôzne terapie je zmena spôsobu porozumenia a spracovania sebakritickosti u klienta, napríklad v kognitívnej terapii sa klienti učia nahradiť sebakritickosť asertivitou a pripísaním viny externým a nie interným faktorom. V psychodynamickej terapii terapeut pomáha klientovi uvedomovať si svoju nevedomú sebakritickosť s cieľom integrovať pozitívnejšie videnie seba a budovať sebaúctu. V terapii zameranej na emócie (Elliott et al., 2004) sa klient v stoličkách učí transformovať sebaštruktívneho sebakritika do mäkšej a protektívnej podoby adoptovaním sebasúcitu voči sebe a asertívneho hnevu voči sebakritikovi.

5. Integrovanie rozličných aspektov seba

Tento krok je v porovnaní s prechádzaj-

úciami (Stinckens et al., 2013b) menej prepracovaný, pretože väčšina terapeutických prístupov sa zaoberá primárne odstránením blokovania prežívania a sprístupnením organizmického prežívania. Integrovanie rozličných aspektov seba možno nájsť napríklad v terapii zameranej na emócie – v Dialógu na dvoch stoličkách, kedy sa klient presadá zo stoličky kritika na stoličku svojho prežívania a na každej stoličke preskúmava svoju perspektívu a zároveň aj pozíciu voči druhej strane, čím sa jednotlivé póly stále viac a viac zblížujú a integrujú do spoločnej perspektívy (Elliott et al., 2004; Halamová, 2013). Niektorí autori (Stinckens et al., 2013b) proces vyjednávania medzi týmito dvomi pólmi riešia prostredníctvom písania si na papier. Na jednej strane papiera sú introjektované normy a na strane druhej osobné potreby a človek píše raz za jednu a raz za druhú stranu a občas ho terapeut vyzve, aby sa pozrel na tieto dva póly z nadhľadu. Týmto sa klientovi pomáha integrovať oba póly. Iným variantom tejto techniky je symbolický boj anjela s diablom, ktorí klientovi našepkávajú rôzne posolstvá do ucha a ten ich artikuluje nahlas a terapeut klientovi pomáha naštartovať proces vyjednávania medzi nimi. Podľa Stinckens et al. (2013a) proces integrácie aspektov seba možno rozdeliť do troch etáp: prežívanie opozície a konfliktu medzi časťami seba (uvedomenie si vnútorného boja pričom vnútorný kritik ovláda prežívanie), asimilácia a diferenciacia (vnútorný kritik sa vyšpecifikuje so svojimi požiadavkami a očakávaniami a hlas vnútorného prežívania prejde od sekundárnych emócií (beznádej, bezmocnosť, zúfalstvo) k primárnym emóciám (smútok) a potrebám (blízkosť), akomodácia a integrácia častí (vnútorný kri-

tik zmäkne a zníži svoje očakávania, zatiaľ čo hlas vnútorného prežívania sa naopak zaktivizuje, zosilnie a zasertívnie, zároveň však obe časti pritom berú do úvahy potreby a očakávania druhej strany).

ZÁVER

Práca s vnútorným kritikom je náročná a dlhodobá záležitosť, pri ktorej je hlavným princípom aktivita. Pokiaľ totiž psychoterapeut priamo nepracuje s vnútorným kritikom, tento zostáva nezmenený. Na základe rôznych terapeutických prístupov boli naformulované všeobecne platné zásady psychoterapeutickej práce so sebakritikom takto (Stinckens et al., 2013a, 2013b): identifikovanie sebakritika, oddialenie sa od sebakritika, naladenie sa na sebakritika, presun pozornosti na organizmický zážitok a integrovanie rozličných aspektov seba.

Stinckens et al. (2013a, 2013b) však varujú pred uniformným prístupom k sebakritickosti. Vnútorný kritik máva toľko podôb aj u jedného človeka že najefektívnejším sa podľa nich ukazuje flexibilný prístup, kedy terapeut neustále prispôsobuje svoje terapeutické intervencie neustále sa meniacemu a stále inak manifestovanému sebakritikovi. Terapeut prepína medzi identifikovaním kritika, jeho oddiaľovaním alebo naladením sa na neho či prepnutím pozornosti na organizmické prežívanie klienta a jeho potreby v závislosti od toho, ako sa sebakritik prejavuje v terapii tu a teraz. Naopak sa zistilo, že v prípade rigidného prístupu k vnútornému kritikovi to spomalilo alebo aj poškodilo samotnú terapiu.

LITERATÚRA:

About Voice Therapy. (2015). Downloaded from <http://www.glendon.org/post-topic/voice-therapy/>

- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50 (12), 1003–1020.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199–21.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Duarte J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal Of Clinical Psychology*, 71(9), 856–870.
- Dolhanty, J., Greenberg, L. S. (2007). Emotion-Focused Therapy in the Treatment of Eating Disorders. *European psychotherapy*, 7, 97–116.
- Elliott, R. (2013). Person centered experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12, 14–30.
- Elliott, R. Watson, J. C. Goldman, R. N. Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused therapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Firestone, Robert. (2001). *Voice Therapy: A Psychotherapeutic Approach to Self-destructive Behavior*. Santa Barbara: The Glendon Association.
- Firestone, R.W., Firestone, L., Catlett, J., Love, P. (2002). *Conquer your critical inner voice*. A revolutionary program to counter negative thoughts and live free from imagined limitations. Oakland: New Harbinger Publications.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy: CBT Distinctive Features*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41.
- Goss, K., Allan, S. (2010). Compassion Focused Therapy for Eating Disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 141–158.
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-focused therapy: Theories of psychotherapy series*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L., Watson, J. (2005). *Emotion-focused therapy of Depression*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Halamová, J. (2013). *Terapia zameraná na emócie*. Bratislava: Vydavateľstvo UK.
- Halamová, J. (2015). Možnosti intervencie pri práci s vysoko sebakritickým klientom. *Psychotherapie*. Under review.
- Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139–149.
- Janzen, G. D. (2007). What highly self-critical clients experience during therapy. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Sciences*, 68, 4196.
- Kannan D., Levitt, H. M. (2013). A Review of Client Self-Criticism in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166–178.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L., Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (7), 727–755.
- Leijssen, M. (1998). Focusing microprocesses. In L.S. Greenberg, J.C. Watson, G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (s. 121–154). New York: Guilford Press.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849–1856.
- McEwan K, Gilbert P, Dandeneau S, Lipka S,

- Maratos F, et al. (2014). Facial Expressions Depicting Compassionate and Critical Emotions: The Development and Validation of a New Emotional Face Stimulus Set. *PLoS ONE*, 9(2), e88783.
- Müller, D. (1995). Dealing with self-criticism: The critic within us and the criticized one. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Psychotherapy*, 23(3), 151–165.
- Ondrisova, S., Menkynova, S., (2006). *Inner Criticism from the Process Oriented Psychotherapy Point of View*. Downloaded from <http://www.processwork.sk/en/articles/innercritic.htm>
- Paivio, S. C., Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132–139.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., Levit-Binnun, N. (2015). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 346–356.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 57, 317 – 344.
- Stinckens, N., Liettaer, G., Leijssen, M. (2013a). Working with the inner critic: Process features and pathways to change, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(1), 59–78.
- Stinckens, N., Liettaer, G., Leijssen, M. (2013b). Working with the inner critic: Therapeutic approach, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(2), 141–156.
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy. An emotion-focused approach*. London: Routledge.
- Timulak, L., McElvaney, J. (2012). *Emotion-Focused Therapy for Generalised Anxiety Disorder*. Paper presented at conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Antwerp, Belgium.
- Whelton, W.J., Greenberg, L.S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.
- Whelton, W., Paulson, B., Marusiak, Ch. (2007). Self-criticism and the therapeutic relationship. *Counselling Psychology Quarterly*. 20(2), 135–148.
- Doc. Mgr. Júlia Halamová, PhD. Je psycholožka, psychoterapeutka se soukromou praxí. Kofacilitátorka výcviků a cvičná psychoterapeutka pro budoucí terapeuty. Koučka a trenérka komunikačních a manažerských dovedností. Vyučuje na Univerzitě Komenského v Bratislavě. Při své práci vychází z výcviků v individuální i párové terapii zaměřené na emoce v Irsku, Itálii, Norsku, Kanadě, Slovensku a z dlouhodobého výcviku v systemické psychoterapii. Kontakt: Web: www.terapiavbratislave.sk; www.juliasadovska.com; e-mail: julia.halamova@gmail.com*
- Došlo do redakce 28. 5. 2015, v revidovaném znění 19. 1. 2016. K publikaci přijato 25. 1. 2016.*

SPIRITUALITA A SEXUALITA JAKO INTIMNÍ I NÁHRADNÍ PROSTOR

Spirituality and sexuality as a space of intimacy or a surrogate space

Jakub Hučín

soukromá psychoterapeutická praxe, Praha, CZ; e-mail: jhucin@seznam.cz

Psychoterapie. 10 (1), 16–24; ISSN 1802-3983

Text byl přednesen ve formě přednášky a následně upraven jako článek pro časopis Psychoterapie

ABSTRAKT:

Pro zakladatele logoterapie Viktora Frankla je spiritualita důležitou součástí osobnosti člověka. Vychází podobně jako sexualita z lidské schopnosti vytvářet vztahy. Je výrazem osobního a intimního vztahu a vyžaduje zralou osobnost schopnou žít autenticky, jinak se stává únikem z reality. Článek uvádí také pohled na to, jakým způsobem se může utvářet deformovaná spiritualita například u člověka s poruchou osobnosti.

Klíčová slova: Spiritualita, sexualita, vztah, intimita, sebetranscendence, autenticita, obranný mechanismus

ABSTRACT:

According to Viktor Frankl, founder of Logotherapy, spirituality is an important part of human personality. It is based as well as sexuality on the human capacity to create relationships. It is a manifestation of personal and intimate relation. It requires a mature personality able to live an authentic life. In a different way it becomes an escape from reality. The article presents as well a perspective of the roots of deformed

spirituality for example in the case of personality disorder patient.

Key words: Spirituality, sexuality, relationship, intimacy, autotranscendence, authenticity, defense mechanism

Může se nám na první pohled zdát, že nejsou vzdálenější témata, než je spiritualita a sexualita. Pokud se ale na ně podíváme z úhlu Franklovy logoterapie i současné existenciální analýzy, zjistíme, že obě tyto dimenze mají společného jmenovatele – schopnost člověka vytvářet vztah. Obojí je totiž zakotvené ve vztahu, obojí je intimní, obojí je dle Frankla ukryto hluboko v našem nevědomí (Frankl, 1974, 2006), obojí může být výrazem autentického sebezpřesahujícího prožívání člověka, ale obojí může také sloužit jako útek a náhradní realita.

Viktor Frankl¹ mluví o lidské religiozitě a spiritualitě ve své knize *Der unbewusste Gott – Nevědomý nebo Neuvědomovaný Bůh* (Kösel-Verlag München, 1974, 8. vydání 1991). U nás byla tato kniha přeložena pod titulem *Psychoterapie a náboženství*

¹ Viktor Emil Frankl (1905–1997) – rakouský neurolog a psychiatr, zakladatel logoterapie a existenciální analýzy. Žák Sigmunda Freuda a spolupracovník Alfreda Adlera. Vůči Freudovi a jeho sexuálnímu determinismu se vymezuje a obhájuje schopnost člověka svobodně volit a zaujímat postoj.

(Cesta Brno, 2006). Frankl v ní polemizuje s Freudem, jehož žákem byl a vůči kterému se ve svých dílech občas ostře vymezoval. Nejvíce mu vadil Freudův determinismus, tvrzení, že lidské prožívání a jednání je zásadně určeno nevědomím, resp. sexualitou. Frankl hájí svobodu člověka se rozhodovat, on sám není podle svých slov „ochotný žít pro své obranné mechanismy ani zemřít kvůli svým reaktivním formacím“ (Frankl, 1994). A i když připouští, že lidský život probíhá v určitých, někdy i omezujících podmínkách, vždy podle něj zůstává člověku možnost k situaci zaujmout postoj a svobodně se rozhodnout (Frankl, 1996). Jen takto může člověk nacházet a žít smysl ve svém životě.

Nejinak je tomu podle Frankla i u sexuality a spirituality. Připouští nevědomou pudovost, jak o ní mluví Freud, ale kritizuje ho za to, že se ve svém zkoumání lidského nevědomí omezil pouze na tuto pudovost, Id a že nevědomí ztotožňuje právě jen s Id (Frankl, 1974, 2006). Podle Frankla je kromě sexuality, pudovosti, v lidském nevědomí stejně silně přítomna i duchovně-existenciální osoba, „Já“ schopné zaujímat postoj, rozhodovat se, být svobodné, být ve vztahu, a to i ve vztahu k absolutnu (Frankl, 1974, 2006). Existenciální osoba², která je centrem našeho bytí, je nereflektovatelná, proto nevědomá. Jsme schopni

² Dle Frankla je pojem „osoby“ totožný s niterným „já“, mluví o „středu“ lidského bytí (Frankl 1974, 2006). Toto niterné „já“ je schopné zaujímat postoj, rozhodovat se, volit smysluplné, přijímat odpovědnost a žít autenticky. Nejniternější já dle Frankla nemůže onemocnět (Frankl, 1996), ale může být do značné míry překryto neurotickou dynamikou, obrannými mechanismy, nebo psychickou poruchou. V takovém případě ale člověk není schopen svobodného rozhodování a autentického prožívání.

ji zachytit pouze v jejích projevech, třeba při zaujímání postoje, rozhodování apod. (Frankl, 1974, 2006).

Ačkoli je podle Frankla jak pudovost-sexualita, tak i duchovně-existenciální osoba zakořeněna v nevědomí, neklade obojí na stejnou úroveň, ale naopak do protikladu. Nevědomá pudovost vede k nutnosti, determinuje lidské jednání, nevědomá existenciální osoba vede ke svobodě.

A v prostoru „osoby“ v nitru člověka probíhá vnitřní dialog. Tento dialog není nikdy uzavřený sám v sobě, vždy vede k nějakému Ty, vždy vede k sebetranscendenci, ke vztahu, a to jak v rovině mezilidských vztahů, tak i v rovině vztahu k absolutnu. Proto Frankl klade ve své knize několikrát paralelu mezi partnerskou lásku a religiozitu. Stejně tak, jako je partnerská láska výrazem svobodného rozhodnutí, kdy „Já“ volí Ty a vytváří s Ty intimní vztah, je i religiozita jakožto niterný vztah k absolutnu něčím nesmírně intimním. Je to dle Frankla to „nejvnitřnější“ v nás. O Bohu mluví jako o někom, kdo je partnerem naší nejintimnější vnitřní rozmluvy (Frankl, 1974, 2006). Zda je tento niterný transcendentní vztah potom i nějak nábožensky formulovaný, tedy zda je vyjádřený v rámci nějakého náboženského systému nebo náboženské praxe, nebo zda zůstává na osobní intuitivní a nekonkretizované úrovni, je pak už sekundární.

Vidíme tedy, že pro mezilidský vztah a religiozitu platí podobné zákonitosti – jsou výrazem hlubokého niterného vztahu a odehrávají se hluboko v nitru. A spirituální intimita je podle Frankla dokonce ještě křehčí. Frankl zmiňuje, že mluvit o své víře, o svém spirituálním prožívání, bylo pro mnohé jeho pacienty těžší, než mluvit

o své sexualitě (Frankl, 1974, 2006). Ze své terapeutické zkušenosti mohou tento Franklův postřeh potvrdit. Pokud se u klientů v terapii objeví spirituální téma (víra, vztah k Bohu, k církvi), bývá to jedno z posledních témat, které přinášejí, a to ne proto, že by pro ně nebylo důležité, ale proto, že se potřebují cítit v terapeutickém vztahu hodně bezpečně, aby si troufli ho přinést.

SEXUALITA A SPIRITUALITA – PROSTOR INTIMNÍHO VZTAHU

Sexualita je, respektive může být, vyjádřením hloubky vztahu, patří k naplnění partnerského vztahu a je to prostor nejniternějšího sdílení, v němž často nejsou vůbec důležitá slova a setkání probíhá v rovině celé bytosti, nejen v rovině slov nebo myšlení. Sexualita má bezesporu svoje významné pudové pozadí, ale není, respektive nemusí být výrazem pouhé pudovosti, není jenom nutností, ale je i výrazem vztahovosti člověka, je i svobodnou volbou.

Podobně i spiritualita je, nebo může být, hlubokým a intimním prožitkem absolutna, prožitkem transcendence, může to být projev vztahovosti – vztahu k něčemu, co člověka přesahuje, k absolutnímu (Štampach, 2000; Längle, 2007). I zde jde víc o niterný prožitek než o intelektuální popis. Proto religiozita, spiritualita, je něco jiného než teologie (Längle, 2007). Religiozita, spiritualita, se týká vnitřního prožívání, teologie teoretického a intelektuálního popisu. V případě spirituálního vztahu jde podobně jako u partnerského vztahu o celostní prožitek – zahrnuje v sobě intelektuální, emocionální rovinu, ale i fyzické prožívání. Je vyjádřením toho základního lidského – jeho niterné a intimní vztahovosti.

Schopnost být ve vztahu ale není automa-

tická. Ačkoli vztahovost k člověku bytostně patří, je v mnoha případech deformovaná osobní dynamikou či dysfunkčními schémata, jež si člověk ve svém dětství i v pozdějším životě osvojuje. V takovém případě člověk nedokáže žít svůj život autenticky a není schopen být autentický ani ve svých vztazích. Zmiňovali jsme pojem „osoby“, resp. existenciální osoby², což je pro logoterapii i existenciální analýzu důležitý pojem.

Obojí – schopnost skutečného intimního sexuálního i spirituálního vztahu totiž předpokládá aktivovanou „osobu“, tedy stav, kdy je člověk v kontaktu se svým nitrem, se svým svědomím³ – vnitřním hlasem, dokáže vnímat a prožívat své hodnoty a dokáže vnímat a prožívat jako hodnotu i sám sebe. Mohli bychom říci, že skutečného vztahu k druhému člověku i skutečně plného spirituálního i sexuálního prožívání je schopný člověk, který žije plně autenticky, svobodně. Není pod tlakem své dynamiky, svých neuspokojených potřeb. A jak víme, to vůbec není jednoduché. Žádný člověk by nemohl bezesbýtku říci, že žije zcela svobodně a autenticky. K autenticitě se celý svůj život přibližujeme a učíme se ji. Zároveň se nám do našeho vlastního prožívání a jednání stále přimíchávají naše vlastní vnitřní dysfunkční schémata, rozpory a tlaky – tedy něco, co nás odvádí od reality a vede k různým obranným postojům. Proto pro nás také není jednoduché žít své vztahy skutečně

³ Pro Frankla je svědomí intuitivní funkcí při hledání toho, co dotyčný člověk vnímá jako dobré (Frankl 1974, 2006). Na rozdíl od Freudova pojetí Frankl neztotožňuje svědomí s neurotizujícím superegem, které obviňuje a nutí, ale spíše s vnitřním hlasem, citem, který nabízí to hodnotné v dané situaci.

oprávdově, niterně a autenticky. Podobně ale není vůbec jednoduché žít autenticky a reálně i svou spiritualitu. Skutečně autenticky prožívaná spiritualita je vzácná, i když zde máme různá náboženství a církve s miliony členů. Podobně jako partnerských vztahů jsou miliony, ale jen některé z nich jsou skutečně niterné a autentické.

SEXUALITA A SPIRITUALITA JAKO OBRANNÝ MECHANISMUS

Vraťme se na chvíli k funkci obranných mechanismů. Máme tendenci je používat tehdy, pokud se ocitneme v nepříznivé realitě, mají nám pomoci si odlehčit, zjemnit těžkou a třeba drsnou realitu (Reddemann, 2009). Mají za úkol realitu upravit, aby se nám v ní žilo snáze, zejména v situacích, kdy naše potřeby nejsou naplňované, a my jsme frustrovaní. Sice někdy realitu upraví natolik, že realita přestává být realitou a stává se spíše fikcí, představou, přáním, ale žije se v ní lépe. Neustále žít pouze v holé realitě není pro člověka jednoduché a potřeba si ji zjemnit je přirozená. Člověk tak žije neustále na hranici reality a fikce, pořád si potřebuje očistovat svůj pohled na svět, jestli to, co vidí, co si myslí, je opravdu tak, nebo jestli to není spíš jeho přání věci takto vidět.

Pro naše téma je z hlediska obranných mechanismů zcela zásadní ten fakt, že sexualita i spiritualita nejsou jen oblasti niterného a skutečně intimního prožívání, ale i oblasti, které se nabízejí jako náhradní realita, tedy jako náhradní prostor, který slouží jako únik od nepříznivé reality (Štampach, 2000), jako prostor vytvořený naším obranným mechanismem, který nabízí sice příjemné, ale zároveň fiktivní prožitky. Skutečnou, zároveň náročnou

nebo obtížnou realitu zjemňují, zpříjemňují, zároveň nás ale od ní vzdalují.

Mechanismus fungování obranného mechanismu u spirituality a sexuality si můžeme vysvětlit právě na příkladu sexuality, s níž se v terapii setkáváme přeci jen častěji, než se spiritualitou. Uveďme si pro ilustraci dva příklady prožívání sexuality jako úniku, obranného mechanismu, s nimiž se v terapeutické a poradenské praxi můžeme opakovaně setkat a které často v okolí klientů budí na první pohled údiv, ale jen do té chvíle, než si uvědomíme funkci sexuality právě v těchto situacích. Jsou to sexuální vztahy mezi lékaři a zdravotními sestrami a nevěry mužů v období těhotenství partnerky nebo během péče o malé děti v rodině.

Sexuální vztahy mezi lékaři a zdravotními sestrami, politiky, manažery a jejich sekretářkami jsou oblíbenými mediálními či filmovými schémata. Méně se věnuje pozorností tomu, proč tyto vztahy vznikají. Zdravotnický personál, podobně jako politici či manažeři jsou součástí pracovního prostředí s vysokou mírou stresu, které je u lékaře jakožto pomáhající profese navíc ještě zatíženo určitou jednostranností ve vztahu lékař – pacient. Přetížení z vysoké odpovědnosti, zahlcení sociálními kontakty, konfrontace s lidským utrpením a se smrtí a navíc nemožnost o své frustraci s někým mluvit, ventilovat ji, vytváří kolotoč, ze kterého potřebuje lékař alespoň na chvíli uniknout do prostoru, kde je alespoň zdánlivě hezky, příjemně, kde nemusí nic řešit, nemusí nikomu nic dávat, naopak si může brát, konzumovat. Dle slov jednoho klienta, mladého lékaře: „Když jsem vyčerpaný a frustrovaný z práce a je toho na mě moc, je dost těžké odolat příležitosti a nestrávit příjemné a vzrušující chvíle s přitažlivou

přijímající ženou, která je se mnou ve službě a která se mi sama nabízí. Cítím, že mě to nabíjí.“ Čím větší stres, případně horší situace v osobním životě, tím větší pravděpodobnost vzniku takového vztahu. V jednom exponovaném nemocničním provozu měly takové vztahy dokonce podporu nadřízených a lékařům měly sloužit jako určitá forma odreagování.

Druhým příkladem jsou poměrně časté nevěry mužů v situacích, kdy bychom čekali, že naopak více přilnou ke své rodině – kdy je jejich partnerka těhotná či v rodině je malé dítě, tedy kdy rodinný systém prožívá určitou mimořádnou situaci, ale zároveň i mimořádnou zátěž – fyzická únava, ztráta vlastních aktivit, oslabení partnerského vztahu včetně vztahu sexuálního. To vše znovu vede k potřebě z náročné reality uniknout do náhradního prostoru nevěry, v němž muž čerpá příjemné emocionální a sexuální prožitky, které v jeho momentálním životě zcela chybí.

Ani v jednom z těchto případů bychom nemohli mluvit o skutečně hlubokém a autentickém prožívání vlastní sexuality. Sexualita zde není prostor intimního vztahu, hlubokého intimního sdílení, ale prostor úniku před náročnou a těžkou realitou. Nejde o přiblížení se realitě, ale naopak od reality vzdaluje. A je jen otázkou času, kdy dotyčný člověk začne intenzivně vnímat nesmyslnost svého jednání, resp. své životní situace. Únik od reality nepřináší pocit naplnění, smysluplnosti, naopak přináší prázdnotu.

Potřeba náhradního prostoru v zátěžové životní situaci není pochopitelně jedinou příčinou, proč nevěry v podobných situacích vznikají, už proto, že sexuální prožívání a chování (podobně jako spirituální) je

ovlivňované mnoha oblastmi lidské psychiky, nevědomím, osobnostním uspořádáním jedince, mírou jeho osobnostní zralosti apod., nejen tedy aktuální životní situací. V tuto chvíli nám jde pouze o zdůraznění jedné z rovin osobního prožívání, které souvisí s pojednávaným tématem a které může toto chování významným způsobem ovlivňovat.

NÁHRADNÍ PROSTOR SPIRITUALITY

Analogicky se setkáme s obranným mechanismem útěku od těžké reality i u spirituality, kdy se manifestuje v určitém konkrétním náboženském systému (tradičním, nebo alternativním), který začne fungovat jako náhradní psychická struktura a náhradní opora v situaci, kdy jedinec ve svém životě přirozenou oporu ztratí, a tak začne plnit funkci obranného mechanismu (Štampach, 2000). Těží z toho zejména sekty a různé radikální náboženské skupiny při získávání nových členů, ale nutno říci, že tuto úlohu plní spiritualita i u velké části věřících tradičních církví, kdy se spiritualita, víra, stává spíše únikem z reality a odlehčením od života v „slzavém údolí“ (Štampach, 2000). U těchto lidí se setkáme s určitým typem rozdělení reality na dvě části: jedna realita je ta, kterou ve svém životě žijí – například partnerské konflikty, nepochopení, opuštěnost, životní selhání a zklamání, a druhá realita – ideální a idealizovaná duchovní realita, kde zažívají, že vše je v pořádku, kde mají pocit síly a vlivu. Kde se cítí přijati. Pocit příjemného sám o sobě není špatný, ale kámen úrazu spočívá v tom, že tato spirituální realita nemá s životní realitou nic společného, jsou to dva oddělené světy, mezi nimiž jedinec

přechází tak trochu jako muž-partner mezi náročnou a vyčerpávající situací v rodině a nekomplikovanou idealizovanou milenkou. Podobně i zde příjemné ještě neznamená smysluplné a toto rozdělení realit nakonec stabilitu a pocit životní spokojenosti nepřináší. Jde o trvalý únik a dotyčný člověk vynakládá nemalé úsilí, aby si toto zdání ideálu udržel.

Právě proto se misionářské aktivity sekt cíleně zaměřují na jedince, kteří jsou v těžké životní situaci, například po rozpadu partnerského vztahu, nebo po úmrtí blízkého člověka. Nabídnou podporu, přijetí, jež samy mají o sobě terapeutický účinek, zároveň ale následují zjednodušené interpretace reality a jednoduchých řešení, obvykle za cenu vzdání se kritického úsudku. Jasná a nekomplikovaná interpretace životní reality je velmi lákavá a přitažlivá, tedy obdobně přitažlivá a příjemná jako odlehčení za použití náhradní reality sexuálního vztahu, který se v tu chvíli zdá také jednoduchý, jasný a přímočarý.

Podobný typ náhradní spirituální reality najdeme i v prostředí různých ezoterních skupin, zejména těch, které odkazují na určitou tajemnou idealizovanou realitu, například ve formě vesmírných bytostí, energií, zprostředkování zázračných uzdravení, nebo se jedná o skupiny soustředěné okolo osoby, která se vydává za mesiášskou figuru. U mnoha členů těchto skupin se setkáme s jedním společným prvkem – jejich osobní život je problematizovaný určitou okolností či okolnostmi, s nimiž se nedokáží vyrovnat, například vztahovou nebo profesní neúspěšností, kombinovanou případně se silně problematickým vztahem k sobě samému. Ezoterní prostředí je tak pro ně náhradní příjemnou a uspokojivou

realitou, která tu skutečnou nedoplňuje, ale nahrazuje. Jde vlastně o psychodynamiku, pro kterou je typický odskok od těžké a nepříjemné reality do reality vnější, lákavé, zdánlivě nekomplikované a ideální.

Abychom mohli posoudit, zda jde o náhradní realitu, nebo o autentické vyjádření spirituality, je dobré se podívat do osobního života člověka a na to, nakolik je dotyčný člověk ve svém životě spokojený a prožívá celý svůj život autenticky. Pokud prožívání spirituality koresponduje s celkovým prožíváním člověka, s mírou jeho životní spokojenosti, bude i jeho spirituální prožívání s největší pravděpodobností autentické. Pokud bude spirituální prožívání od jeho života oddělené, jde pravděpodobně o náhradní prostor.

Autentická spiritualita podobně jako autentický partnerský vztah se komplikovanosti reality a života nevyhýbá, nepotřebuje ho zjednodušovat, akceptuje, že „život je těžký“, připouští nejistotu a pochybnost (Štampach, 2000). Zároveň má podobu otevřenosti k absolutnu „navzdory“ této komplikované a někdy těžké životní realitě. Tedy postoj, který nacházíme u existenciálních filosofů, jimiž se Frankl inspiroval (např. Jaspers).

RELIGIOZITA U ČLOVĚKA S PORUCHOU OSOBNOSTI

V úvodu jsme mluvili o franklovském konceptu spirituality, která je hluboko zakotvena v lidském nitru jako přirozená otevřenost k transcenci, k absolutnu. Mluvili jsme o tom, že tato schopnost předpokládá aktivovanou „osobu“ – přístup k vnitřnímu prožívání, k vnitřnímu hlasu svědomí, schopnost svobodně zaujímat postoj.

Co se ale stane, pokud člověk k „osobě“ v sobě přístup nemá, kdy je „osoba“ ukryta pod bolestí traumatu, vnitřní prožívání je odštěpené a dotyčného člověka řídí jeho momentální impulsy nebo podněty zvenčí, tedy když mluvíme o člověku s poruchou osobnosti? Jak se vlastně utváří spiritualita člověka s poruchou osobnosti?

U klientů s poruchou osobnosti spadá prožívání spirituality a religiozity do širšího kontextu prožívání vztahů obecně. Vztahovost je u některých forem poruch osobnosti, např. u narcistní, histriónské nebo hraniční poruchy obecně oslabená, resp. vztahovost neprožívají jako bezpečný a stabilní prostor, naopak je pro ně spíše ohrožující a vztahy prožívají s nedůvěrou a velkou ostražitostí, anebo se silnou ambivalencí (Reddemann, 2009). Je pochopitelné, že největší zátěž jim přinášejí vztahy, s nimiž jsou bezprostředně konfrontováni, tedy vztahy k blízkým osobám i negativní vztah k sobě samotnému. Spirituální vztah k absolutnu nebývá obvykle tak palčivým tématem, proto se s tématem spirituality u těchto klientů setkáme ve větší míře spíše tehdy, pokud sami vycházejí z náboženského prostředí, ať už co se týče biografie – tedy že jejich původní rodina byla nábožensky zaměřená, nebo žijí v nábožensky orientovaném prostředí ve svém aktuálním životě a spirituální vztah je pro ně podobně silně ohrožující jako jiné vztahy.

Rád bych se na chvíli zastavil u obrazu poruchy osobnosti, se kterou se v náboženském světě – křesťanském, ale i například muslimském, nejčastěji setkáme. Z klinického hlediska jde o narcistickou poruchu s více či méně hraničními rysy. Vzniká obvykle v dysfunkčním silně nábožensky založeném rodinném prostředí, které je

striktní a omezující a kde děti vyrůstají podle jasných představ rodičů a za odchýlení se od těchto představ jsou odmítány nebo fyzicky trestány. Tento přístup je kombinovaný s tlakem na plnění náboženských nebo morálních pravidel, například povinnost navštěvovat bohoslužby nebo bezvýhradně poslouchat všechny příkazy rodičů a náboženských autorit. Jakýkoli svobodný, přirozený a autentický projev je interpretován jako zlobení nebo hřích a dítě je vystaveno strachu, že zhřešilo, že se „vševědoucí Bůh“ na něj zlobí a spočítá mu to.

Z hlediska existenciální analýzy dle A. Längleho došlo k narušení na úrovni tzv. 3. základní osobní motivace, tedy v otázce, zda „mohu být takový, jaký jsem“, což je jedna z nezbytných podmínek k tomu, aby člověk mohl žít autenticky a byl schopný nacházet smysl ve svém životě (Längle, 1994). Při narušení na úrovni této základní osobní motivace dotyčný člověk neprožívá možnost být takový, jaký je, je nucen se přizpůsobit očekávání okolí, neprožívá své vlastní pocity jako dostatečně dobré a správné, ale naopak jako špatné a hříšné a je nucen, a poté se i sám chce ztotožnit, s představovaným ideálem. V tu chvíli ale ztrácí kontakt se svým niterným prožíváním, se svojí „osobou“, se svojí autentickou spiritualitou. Chybí zde svoboda, prožívání vlastní spirituality je spojené s hrozbou, strachem, pocitem nedostatečnosti a selhání (Frielingsdorf, 1995). Člověk se nemůže opřít o svůj vnitřní hlas, o své svědomí, o svoji „osobu“, nemůže zaujmout dospělý autentický postoj, zůstává v pozici dítěte, jež vedle sebe potřebuje jistotu rodiče. Když ne biologického rodiče, potom alespoň rodiče zvnitřnělého.

Prožitek této vlastní vnitřní nejistoty je předpokladem pro to, že se začne opírat o narcistní superego, které mu jasně vymezení co je správné a co hříšné. Vnitřní rodič či introjekt – superego, si je obvykle poměrně dost jisté, rozlišuje správné a nesprávné podle stejného klíče jako kdysi biologický rodič, tedy velmi striktně a s tendencí trestat nesplnění pravidel a povinností, a to až na úrovni sebepoškozování a sebezatravování (Reddemann, 2009). Není to ale vnitřní hlas, hlas svědomí, hlas autentické religiozity, ale hlas rodiče zvnějšku. Obraz Boha se v tu chvíli ztotožní se superegem (Frielingsdorf, 1995; Hučín, 2009).

Mohli bychom předpokládat, že terapie takto deformované religiozity bude snadná – odhalíme falešný obraz Boha, který se ztotožnil se superegem, klientovi se uleví a radostně přitaká laskavému hlasu své niterné autentické religiozity. Rychlá změna ale nenastane, a to ze stejných důvodů jako u dalších témat při terapii narcistických klientů – odložení narcistického obrazu hrozivého Boha-superega by sice klientovi na jednu stranu přineslo úlevu, na druhou stranu to ale pro něj znamená vystavit se nejistotě. Superego pro něj nakonec znamená určitou oporu, vedle které v tu chvíli nemá alternativu. Dalším důvodem, proč nedokáže tento deformovaný spirituální obraz odložit, je nejistota, jestli onen narcistický obraz náhodou přeci jen není ten skutečně správný. Spiritualita je empiricky těžko měřitelná a podle čeho si tedy může ověřit, jaký obraz Boha, jaké spirituální prožívání je to správné a autentické? A za třetí: změna spirituálního prožívání a posunu od deformovaného k autentickému prožívání je jen jedna z částí terapeutické práce na posílení „osoby“ a jde

ruku v ruce s celkovým posilováním „osoby“ ve všech oblastech klientova života (Reddemann, 2009), což je u klientů s poruchou osobnosti práce často na dlouhé roky.

Vidíme, že klíčem k autentické spiritualitě je „osoba“, tedy ono svobodné „já“ v každém člověku, které se rozhoduje, vymezuje, ale zejména vztahuje – k druhému člověku, a to jak intimně v sexuálním prožitku, anebo neméně intimně k transcendentnu, absolutnu ve formě spirituality. A pokud člověk nemá k této své niterné „osobě“ přístup, ať už z důvodu momentálního přetížení ve svém životě, nebo kvůli traumatické celoživotní zátěži, bude si jeho intimní prožívání, ať už sexuální nebo spirituální, hledat náhradní prostor, který ale už autentický není.

LITERATURA:

- Frankl, V. E. (1974). *Der unbewusste Gott*. München: Kösel-Verlag.
- Frankl, V. E. (2006). *Psychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (1996). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (1994). *Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Frielingsdorf, K. (1995). *Falešné představy o Bohu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Hučín, J. (2009). *Práce s náboženskými obrazy v psychoterapii, Závěrečná práce odborného psychoterapeutického vzdělání v logoterapii a existenciální analýze*.
- Längle, A. (1994). *Sinnvoll leben*. Wien: Niederösterreichisches Presshaus.
- Längle, A. (2007). *Spiritualita v psychoterapii?* In Längle S., Sulz M. (2007). *Žít svůj vlastní život*. Praha: Portál, str. 37–51.

Reddemann, L. (2009). Léčivá síla imaginace. Praha: Portál.
Štampach, I. (2000). A nahore nic. Praha: Portál.

tenciální analýzu (SLEA) a lektor psychoterapeutických výcviků SLEA. Kontakt: jhucin@seznam.cz

Jakub Hučín, psychoterapeut, pracuje v soukromé psychoterapeutické praxi v Praze, člen Společnosti pro logoterapii a exis-

Došlo do redakce 12. 8. 2015, v revidovaném znění 7. 1. 2016, a v konečné úpravě 12. 2. 2016. K publikaci přijato 17. 2. 2016.

Institut rodinné terapie Praha čtvrt století

popětadvacáté otevíráme na podzim 2016 úvodní cyklus
komplexního vzdělání v systemické a rodinné terapii.

Základní trenérský a lektorský tým:

PhDr. Šárka Gjuričová, Mgr. Jiří Kubička, MUDr. Lea Brodová.

Spolupracují Mgr. Uhlířová-Chladová, PhDr. Vyhnáková,
doc. PhDr. Lečbych, Ph.D., dr. Chytrý, dr. Loumová a dr. Křepelová,
PhDr. Presslerová

Jsme tým s dlouhou praxí v systemické terapii, máme mnoho zkušeností
s rodinami, s dětmi a adolescenty, pracujeme i s dospělými, jednotlivci a páry.

Máme bohatou publikační činnost, frekventantům nabízíme vlastní učebnici.

Program byl opakovaně schválen komisí jako komplexní vzdělání
v systemické a rodinné terapii pro zdravotnictví
(poprvé schválen-akreditován v roce 1999)

Příhlášky do 30. dubna 2016.

www.rodinnaterapie.cz

POETIKA STARNUTIA: NARATÍVNA GERONTOLÓGIA A JEJ APLIKÁCIE V PSYCHOTERAPII STARŠÍCH ĽUDÍ

Poetics of growing old: narrative gerontology and its application in psychotherapy of older adults

Dubovská, E.^a, Chrz, V.^b, Tavel, P.^c

^a Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha, CZ; e-mail: eva.dubovska@centrum.cz

^b Psychologický ústav Akademie věd ČR, Praha, CZ

^c Institut sociálního zdraví, Palackého Univerzita, Olomouc, CZ

Psychoterapie. 10 (1), 25–35; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Naratívna gerontológia je mladou disciplínou, ktorá študuje spôsob, akým si starší ľudia vytvárajú príbehy, vďaka ktorým rozumejú svojim životom; čo všetko tieto príbehy a proces ich utvárania ovplyvňuje, aká je „poetika“ staroby. Aplikáciou naratívneho prístupu v psychoterapii starších osôb je takzvaná naratívna starostlivosť, jej najčastejšie používané štrukturované podoby sú reminiscenčná terapia a terapia life-review. Význam naratívnej starostlivosti súvisí predovšetkým s prevenciou a liečbou depresie v staršom veku.

Kľúčové slová: Naratívny prístup, naratívna gerontológia, reminiscenčná terapia, terapia life-story, starší ľudia

ABSTRACT:

Narrative gerontology is young discipline that studies how older people create stories to understand their lives; what are the main influences on the stories and on process of their creation; what is the “poetics” of old age. Narrative care is the application of narrative approach in psychotherapy of older people. Reminiscence therapy and life review therapy are the most frequently

used structured types of narrative care. Significance of narrative care is related mainly to prevention and treatment of depression in older age.

Key words: Narrative approach, narrative gerontology, reminiscence therapy, life review therapy, older adults

Poetika starnutia nie je úplne správnym prekladom výrazu „poetics of growing old“: v slovenčine, a ani v češtine žiaľ nevieme elegantne povedať „rásť do staroby“. Naopak v angličtine sa v odborných kruhoch gerontológov, ktorí si obľúbili naratívny prístup, vžila fráza „growing old, not getting old“. Inými slovami, staroba je životným obdobím, do ktorého môžeme dorásť. Pohľadom skrz životné príbehy má tento rast svoju poetiku, a to aj v ťažkých chvíľach. Poetika starnutia a všetko čo s ňou súvisí je predmetom štúdia mladého oboru, tzv. naratívnej gerontológie.

Za účelom ozrejmenia východísk naratívnej gerontológie sa v prvej časti príspevku budeme venovať hlavným myšlienkam naratívneho prístupu, ako aj novým poznatkom o fungovaní autobiografickej pa-

mäte. Následne predstavíme hlavné pojmy naratívnej gerontológie a vybrané formy psychoterapie, ktoré z tohto prístupu vychádzajú.

NARATÍVNY PRÍSTUP VO VEDÁCH O ČLOVEKU

Naratívny prístup sa do rôznych oblastí humanitných vied rozšíril „následkom diferencovaného vývoja myslenia, predovšetkým v literárnej teórii, filozofii a lingvistiky“ (Čermák, 2003, s. 518)¹ a vyvolal vzrastajúci záujem o tzv. metaforu životného príbehu (Sarbin, 1986). Základným predpokladom naratívneho prístupu je pochopenie naratívnej konštrukcie ako princípu štruktúracie skúsenosti: skrz svoju naratívnu organizáciu dostáva život tvar, súvislosti, smerovanie a zmysel (Chrzą & Čermák, 2007, 2015).

Prostredníctvom naratívnej štruktúry si vysvetľujeme príčinnosť a sme schopní rôzne zážitky integrovať do koherentného celku. Slovanmi neurovedca Antonia Damasia „mozog má tendenciu organizovať toto množstvo materiálu ako filmový editor, aplikujúc ucelenú naratívnu štruktúru, kde určité deje vyvolávajú určité efekty“ (Damasio, 2010, s. 134)². Najvyššia úroveň self, tzv. autobiografické self, nám umožňuje uchopiť svoj život vcelku ako životný

príbeh (Damasio, 1999). A ako tvrdí jeden z prvých naratívnych psychológov Jerome Bruner: „kde nie je príbeh, nie je self“ (Bruner, 1999, s. 8) a „self je pravdepodobne najúžasnejší kus umenia, aký kedy vyprodukuje“ (Bruner, 2002, p. 14).

Klasik naratívnej teórie identity, Dan P. McAdams, vníma životný príbeh podobne, ako „internalizovaný a neustále sa vyvíjajúci a integrujúci príbeh self, na ktorom človek pracuje celý život“ (McAdams, 2010, p. 242). V kontexte modelu identity ako životného príbehu McAdams vymedzuje tri hlavné fázy naratívneho vývoja. Prvá je pre-mýtická fáza, ktorá prebieha v dojčenskom veku a celé detstvo, keď „zbierame materiál“ na to, čo sa neskôr stane naším životným príbehom. V mýtiskej fáze, od obdobia adolescencie do dospelosti sa zámerné zaoberáme naráciou self. V neskoršej dospelosti sa presúvame do post-mýtiskej fázy, keď sme zamestnaní vytváraním nášho „generatívneho scenára“. V tejto fáze života ľudia, s vedomím bilancovania v pozadí, prehrávajú, revidujú a prerozprávajú si svoje vlastné príbehy tak, že „minulosť rodí prítomnosť a budúcnosť, začiatok, stred a koniec dávajú zmysel samy o sebe“ (McAdams, 1996, s.143). Čiže proces starnutia implikuje autobiografickú prácu, revidovanie svojho príbehu a jeho

¹ Podrobný prehľad o „vynoreni sa“ naratívneho prístupu v psychológii a o naratívnom myslení spracoval Čermák (2003, 2004b)

² Narativita je podľa Damasia jednou z funkcií ľudského vedomia. V diele „The Feeling of What Happens“ Damasio (1999) rozlišuje tri dynamické úrovne self: proto-self, core-self a extended self. Proto-self je určitá informačná citlivosť, ktorá predchádza vedomiu, je to nevedomý zber a spracovanie informácií, ktoré ešte neprechádzajú vedomím a jeho hlavným účelom je automatizované riadenie organizmu. Core-self

vzniká, keď si uvedomíme sami seba ako vnímajúce bytosti, oddelené od predmetu nášho vnímania, zjednodušene povedané obsahuje momentálne percepcie seba v interakcii s objektmi. V rámci integratívnej funkcie najvyššej úrovne self, tzv. autobiografického self, sa momentálne percepcie umiestňujú do širšieho kontextu spomienok na minulosť a očakávaní ohľadne budúcnosti: „minulosť aj očakávaná budúcnosť sú pociťované spoločne s tu a teraz v pohľade natoľko rozsiahlom, že môže pripomenúť epickú novelu“ (Damasio, 1999, s. 19).

zmyslu. Životné príbehy sú vždy hypotetickým konštruktom, keďže v žiadnej fáze nie sú definitívne a ucelené (McAdams, 2001; Pasupathi & Mansour, 2006). Pri práci so životným príbehom máme na zreteli, že je tvorený vždy v reakcii na určité sociálne kultúrne požiadavky, s určitým účelom a v rámci určitého normatívneho kultúrneho kontextu (Pasupathi & Mansour, 2006; Randall et al. 2015).

AUTOBIOGRAFICKÁ PAMÄŤ

Jednou z oblastí kognitívnej psychológie, ktorá úzko súvisí s naratívitou, je výskum autobiografickej pamäte. Autobiografická pamäť je jedinečne ľudská forma pamäte, ktorá integruje individuálne skúsenosti self s kultúrnym rámcom, v ktorom rozumieme identitám a životom (Fivush et al. 2011). Okrem základných charakteristík situácie (kto, kde, čo, kedy) obsahuje aj spomienky na to ako k situácii došlo, čo to znamená a prečo je to dôležité.

Autobiografická pamäť je základom životného príbehu (Vlčková & Blatný, 2005), bohatým na interakcie a vzťahy a vlastne sprostredkúva pocit self (sense of self) a naratívnu identitu (Randall et al., 2015). Čermák (2005) v tejto súvislosti navrhuje koncept naratívnej pamäte, a poukazuje na to, že autobiografická pamäť je vždy „faktom umeleckej fikcie“, čo sa prejavuje ako v spomínaní tak aj v zabúdaní, dôležitý je aj sociálny kontext autobiografickej pamäte (Čermák, 2004a).

Pri výskumoch autobiografickej pamäte sa ukázalo, že pacienti s depresiou majú pri reakcii na kľúčové slová ťažkosti s vybavovaním si konkrétnych spomienok viažucich sa ku konkrétnym udalostiam, namiesto toho produkujú takzvané kategorické spo-

mienky – hovoria o životnom období, prípadne o sérii udalostí. Tento fenomén bol nazvaný ako overgeneral memory effect (Williams et al., 2007) a inšpiroval tvorbu niektorých terapeutických programov, zameraných na posilňovanie vybavovania konkrétnych spomienok.

Autobiografické spomienky predstavujú stavebné prvky, z ktorých sú konštruované životné príbehy, ale nie všetky autobiografické spomienky sa súčasťou životného príbehu skutočne stanú. Niektoré nie sú dosť dôležité na to, aby sa do životného príbehu dostali, navyše ľudia sa častejšie vzdávajú negatívnych spomienok zatiaľ čo sa identifikujú viac s pozitívnymi spomienkami (Wilson & Ross, 2003). Najlepšie si pamätáme pozitívne zážitky z obdobia neskorej adolescencie a včasnej dospelosti (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). U negatívnych spomienok nám navyše pripadá, že sa udiali vo vzdialenejšej minulosti, než sa skutočne udiali, a máme tendenciu si ich pamätať skôr z pohľadu pozorovateľa, zvonku (Berntsen & Rubin, 2002).

Životný príbeh je teda výberom autobiografických spomienok, ktoré kolektívne vysvetľujú ako sa človek stal tým, kým je (Pasupathi & Mansour, 2006). Ďalšou z funkcií koherentného životného príbehu je udržovanie pocitu naratívnej kontinuity, ktorý sa vytvára skrz reinterpretáciu a editovanie toho, čo a ako si pamätáme (McAdams, 2001). Táto transformácia závisí na schopnosti rozprávača tematicky prepájať rôzne komponenty svojho života a dať do súvislosti životné udalosti so súčasným konceptom self (Habermas & Kober, 2015; Prebble, Addis, & Tippett, 2013).

Jedným z hlavných procesov, ktorým transformujeme naše spomienky do život-

ného príbehu je takzvané „autobiografické zdôvodňovanie“ (autobiographical reasoning): schopnosť vytvárať prepojenia medzi rozdielnymi aspektmi self a skúsenosťami z minulosti a z prítomnosti (Prebble et al., 2013). Autobiografické zdôvodňovanie je akýmsi cvičením v osobnej integrácii, udalosti sa spájajú v naratívnych vzorcoch, ktoré potvrdzujú zmysel a účel života (Habermas & Kober, 2015) a jeho intenzita stúpa s vekom (Bauer, McAdams, & Pals, 2008; Pasupathi & Mansour, 2006).

NARATÍVNA GERONTOLÓGIA

Naratívna gerontológia je mladou disciplínou, ktorá študuje spôsob, akým si starší ľudia vytvárajú príbehy, vďaka ktorým rozumejú svojim životom; čo všetko tieto príbehy a proces ich utvárania ovplyvňuje, aká je „poetika“ staroby (Bohlmeijer, Westerhof, Randall, Tromp, & Kenyon, 2011). Naratívna gerontológia v podstate nadväzuje na dielo Erika Eriksona, ktorý pre záverečnú etapu ľudského života vytýčil cieľ dosiahnutia integrity (Erikson, 1998). Z naratívneho pohľadu sa integrita v staršom veku dá pochopiť ako vyrovnanie sa so svojím životným príbehom.

Predmetom štúdia naratívnej gerontológie sú procesy, ktoré sú špecifické pre poslednú, post-mýtickú fázu utvárania naratívnej identity. V sledovanom období života podľa mnohých autorov stúpa význam naratívnej aktivity (Kenyon, 2004; Randall, 2013; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010) a so stúpajúcim vekom sa u niektorých osôb zlepšuje (samozrejme v závislosti na kognitívnych dispozíciách) naratívna schopnosť – schopnosť tvoriť „dobrý životný príbeh“ (Prebble et al., 2013). Dochádza často k opätovnému „čítaniu a prepisovaniu“

príbehu alebo jeho častí, self funguje ako autor, rozprávač, hlavná postava, čitateľ, editor a kritik v jednej osobe (Randall & McKim, 2008).

Proces tvorby životného príbehu je vnímaný ako zmysluplný, pokiaľ je v príbehu rovnováha medzi naratívnou stabilitou a otvorenosťou (Bohlmeijer et al., 2011). Jeden z často používaných termínov v naratívnej gerontológii je naratívne preduzavrenie (narrative foreclosure), čo značí predčasné presvedčenie, že životný príbeh skončil a už nebudú pridané žiadne nové kapitoly, žiadne nové významy, ktoré by zmenili porozumenie svojmu životu (Bohlmeijer et al., 2011; Freeman, 2010). Tento fenomén bol pomenovaný aj ako „uväznené starnutie“ (arrested aging) (McCullough, 1993). Preduzavrenému naratívu chýba predstavivosť, vitalita a nádej (Randall & McKim, 2008). Aj kultúrne podmienené „master narratives“, ktoré predpokladajú zhoršovanie a úpadok v starobe (tzv. „narratives of decline“) môžu mať veľký vplyv na osobné životné príbehy a internalizácia podobných kultúrnych naratívov môže podnietiť preduzavrenie (Freeman, 2010). Naratívne preduzavrenie je jedným zo sprievodných znakov depresie v staršom veku. Opakom naratívneho preduzavrenia je naratívna otvorenosť (narrative openness), ktorá je typická pre resilientných starších ľudí. Naratívna otvorenosť znamená otvorenosť nielen k novým životným možnostiam ale aj významom (Randall et al., 2015).

Jednou z novších tém v naratívnej gerontológii je resiliencia, teda schopnosť vysporiadať sa s advezitou, vyrovať sa s nepriazňou osudu. Ukazuje sa, že resilientní starší ľudia konštruujú svoje príbehy

určitým špecifickým spôsobom. Okrem naratívnej otvorenosti sa tu stretávame s radosťou zo života a zvýrazneným aktérstvom (agency) (Randall et al., 2015). Podľa Randalla v príbehoch starších resilientných ľudí prevláda ironický žánér, pre ktorý sú charakteristické zmysel pre rozporuplnosť a mnohoznačnosť, skepsa a emocionálny odstup (Randall et al., 2015). Iným označením pre tento spôsob stvárnenia skúsenosti je „senior coolness“ (Zimmermann & Grebe, 2014).

V súvislosti s naratívnou štruktúrou resiliencie bol dôležitý výskum Jennifer Pals ohľadne toho, ako ľudia využívajú „exploratívne naratívne spracovanie“ (explorative narrative processing) na pochopenie a spracovanie ťažkých životných udalostí. Negatívne udalosti si obecné vyžadujú viac autobiografickej práce. Pals ale zistila, že pokiaľ sme schopní rozprávať príbeh o ťažkej situácii alebo ťažkom životnom období tak, že vyústi do koherentného a pozitívneho záveru, potom príbehy, ktoré si ohľadne danej ťažkej situácie vytvoríme, sa s veľkou pravdepodobnosťou stanú sebadefinujúcimi pre naše self. Budú to spomienky, ktoré nám v najťažších chvíľach budú pripomínať našu schopnosť vyrovnáť sa s adverzitou (Pals, 2006). Podobne neschopnosť dosiahnuť pozitívne vyústenie súvisí s nízkou úrovňou resiliencie (Randall et al., 2015).

APLIKÁCIE NARATÍVNEJ GERONTOLÓGIE V PSYCHOTERAPII STARŠÍCH LUDÍ

Psychoterapia starších ľudí sa vo svojej podstate nijak zvlášť nelíši od psychoterapie dospelých, na jej priebeh však môžu mať vplyv situačné a kontextové premenné,

ako napríklad pobyt klientov v domovoch dôchodcov alebo v LDN, vyšší podiel fyzických zdravotných problémov, vo vyššom veku to môžu byť aj zhoršené kognitívne schopnosti (Knight, 2009). Psychoterapia pracuje s podobnými postupmi a metódami ako u dospelých, častejšie sa uplatňuje práca so stratou, trúchlenie, existenciálne témy a samozrejme už zmienené bilancovanie, slovami naratívnej gerontológie „opakované čítanie a prepisovanie“ životného príbehu.

U starších osôb sa môžu aplikovať všetky typy psychoterapie, ktoré z väčšej časti nemusia byť nijak štrukturované a ich postup sa nelíši od bežnej psychoterapie. V tomto texte si preto priblížime vybrané štrukturované krátkodobé intervencie, ktoré boli vytvorené a prispôbosené špeciálne pre potreby tejto cieľovej skupiny klientov. Najznámejšími sú reminiscenčná terapia a terapia life review.

Prirodzenou reakciou človeka na zmenu a straty v staršom veku je premýšľanie o zmysle života a bilancovanie. Ak je potenciál k vybavovaniu spomienok vhodne aktívovaný, proces spomínania pomáha starším ľuďom udržať si vedomie svojej osobnej integrity a zvládania (Butler, 1963; Wong & Watt, 1991). Štrukturovanie traumatizujúcich udalostí a prežitkov do naratívnej formy prispieva k integrácii myšlienok a pocitov, ktoré sú s týmito udalosťami spojené. To je nutným predpokladom procesu zvládania (Pennebaker & Seagal, 1999). Proces spomínania a bilancovania prispieva najviac k adaptácii vtedy, keď integruje autobiografické spomienky s identitou spomínajúceho (Wong & Watt, 1991).

Cappeliez a O'Rourke (2006) vyvinuli model, ktorý rozlišuje tri typy funkcií re-

miniscencie - pozitívne, negatívne a pro-sociálne. Medzi pozitívne funkcie radia: funkciu identity, riešenie problémov a prípravu na smrť. V rámci funkcie identity sú spomienky aktívne využité pre rozvoj identity skrz objavovanie, vyjasňovanie a kryštalizovanie dôležitých dimenzií toho, kým sme. Riešenie problémov je funkciou self a posilňovaním spomienok na úspešné vyriešenie problémov v minulosti sa zvyšuje kompetencia a aj motivácia k zvládaniu nových problémov. Príprava na smrť je funkciou spomínania, v rámci ktorej pochopenie minulosti môže pomôcť dosiahnuť kľudný a akceptujúci postoj k smrti a smrteľnosti (O'Rourke, Cappeliez, & Claxton, 2011).

Ako negatívne funkcie reminiscencie boli identifikované: oživenie zatrpklosti, redukcia nudy a udržovanie intimity. Oživenie zatrpklosti je tiež otázkou identity, ale v negatívnom zmysle, prejavujúcim sa častým sťažovaním sa. Namiesto toho, aby boli negatívne spomienky integrované, sú neustále opakované prinášané do terapie. Pri znižovaní nudy je hlavným cieľom únik z prítomnosti romantizovaním minulosti. Udržiavaním intimity je myslený proces, pri ktorom sú opakované oživované kognitívne a emocionálne reprezentácie (väčšinou zomrelých) blízkych osôb. Spoločným znakom týchto troch funkcií spomínania je to, že spomínajúci človek uviazne vo vytrvalom hľbaní a rozjímaní o minulosti a všetky majú negatívnu súvislosť s psychickým zdravím (Cappeliez & O'Rourke, 2006; O'Rourke et al., 2011). Takzvaná obsesívna reminiscencia je prejavom neschopnosti vyrovnáť sa s negatívnou minulosťou od ktorej sa človek nedokáže, alebo nechce oddeliť, definuje

seba pomocou tejto negatívnej spomienky (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Podobne úniková reminiscencia je spôsobom, ako sa vyhnúť nepríjemnej prítomnosti. Negatívne funkcie reminiscencie sa prejavujú častejšie pri krízach v starobe – napríklad po odchode do dôchodku, úmrtí partnera, sťahovaní do domova dôchodcov.

Popri pozitívnych a negatívnych funkciách boli identifikované ešte sociálne funkcie, a to konverzačná a vzdelávacia / informačná. Tieto dva typy reminiscencie vykazujú pozitívnu súvislosť s fyzickým aj psychickým zdravím, a to vďaka svojmu vplyvu na emočnú reguláciu (Cappeliez & O'Rourke, 2006).

Do skupiny krátkodobých terapií, ktoré aplikujú naratívny prístup so staršími ľuďmi, môžeme zaradiť predovšetkým reminiscenčné intervencie, life review intervencie a life review terapiu a ich rôzne modifikované varianty, pričom v poslednom období sa na západ od našich hraníc uprednostňujú časovo ohraničené formy s počtom 8 až 20 sedení.

Reminiscenčné intervencie najčastejšie smerujú ku zlepšeniu sociálnych funkcií (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Stimuluje sa vybavovanie a zdieľanie pozitívnych spomienok a hlavným cieľom býva zlepšenie nálady a budovanie spoločenstva. Často sa pri tom používajú napríklad rodinné fotografie, hudba, prípadne iné kultúrne artefakty, ktoré podporujú vybavovanie spomienok (Kenyon, 2004). Life review intervencie obsahujú systematickejšie zhodnotenie a integráciu pozitívnych a aj negatívnych spomienok zo všetkých životných období, a sú vhodné pre starších ľudí, ktorí stratili zmysel života a vyčítajú sami seba veľa vecí z minulosti (Cappeliez & O'Rourke, 2006).

Tretia forma, life review terapia, sa zameriava aj na zmenu maladaptívnych štýlov spomínania na minulosť, ktoré môžu blokovat ďalší vývoj, cieľom je zlepšenie psychického stavu a redukcia (najčastejšie depresívnych) nežiadúcich psychických symptómov znížením výskytu obsesívnej a únikovej reminiscencie a posilňovaním pozitívnych funkcií reminiscencie. Tieto intervencie sa teda zameriavajú na dosiahnutie zmeny v tom, ako pacient vníma seba a svoju minulosť.

Efektivita všetkých zmienených troch typov intervencií bola opakovane potvrdená, niekoľko metaanalýz ukázalo, že reminiscenčné intervencie zlepšujú životnú pohodu a znižujú depresívne symptomy (Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2007; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Zatiaľ najobsiahlejšia metaanalýza 128 štúdií (Pinquart & Forstmeier, 2012) ukázala stredne silné zlepšenie v depresii a integrite ega a menší efekt pri životnej zmysluplnosti, príprave na smrť, životnej pohode. Najsilnejšiu účinnosť mala life review terapia, a to podobné veľkosti účinku ako pri kognitívne – behaviorálnej terapii pre starších ľudí (Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof & Bohlmeijer, 2014).

U nás vyšla monografia Hany Janečkovej a Marie Vackovej (2010), ktorá sa venovala reminiscencii a reminiscenčnej terapii, prevážne z pohľadu jej praktického využitia v domovoch seniorov. Autorky vidia rozdiel medzi reminiscenčnými skupinami, ktoré sú formou psychosociálnej intervencie a môže ich facilitovať tzv. reminiscenčný asistent a na druhej strane life-review terapiou podľa Butlera, ktorá už je formou psychoterapie a vyžaduje vedenie terapeuta s absolvovaným výcvikom (Janečková & Vacková, 2010).

Na základe už spomínaných zistení ohľadne špecifičnosti autobiografickej pamete (overgeneral memory effect) sa autori, ktorí presadzujú spomienkovú terapiu a terapiu životných príbehov orientujú na posilňovanie vybavovania konkrétnych pozitívnych spomienok (Serrano et al., 2013). S týmto cieľom bol vyvinutý protokol pre štrukturované life review, cielený na starších dospelých s depresiou. Life review protokol pozostával z náviku vybavovania spomienok, trval 4 týždne a každý týždeň bol zameraný na iné obdobie – detstvo, adolescenciu, dospelosť a posledný týždeň pozeral na život v celku.

Najdôležitejšie pri tomto type intervencie je podpora vybavovania pozitívnych spomienok. Samozrejme participanti si môžu vybaviť aj situácie, ktoré sú sprevádzané negatívnymi emóciami – v tomto prípade sa doporučuje venovať im pozornosť, nechať o nich hovoriť, ale pokúsiť sa čo najskôr dostať naspäť k pozitívnejším spomienkam, samozrejme s rešpektom k pocitom participanta (Serrano et al., 2013).

Silná skupina zástancov naratívnej gerontológie a life review terapie funguje v Holandsku, okolo E.T. Bohlmeijera a G. J. Westerhoffa na univerzite Twente. V rokoch 2008 až 2009 realizovali klinickú štúdiu (n=200) so svojím life review programom, nazvaným „Príbehy, ktoré žijeme“. Program prebiehal v ôsmich dvojhodinových stretnutiach v skupine štyroch až šiestich participantov a bol zameraný na osoby staršie ako 55 rokov, trpiace stredne ťažkou depresiou. Cieľom liečby bolo vytvorenie alternatívnych, pozitívnejších a komplexnejších životných príbehov.

Životné príbehy starších depresívnych pacientov často obsahovali témy ako napr.

vlastná neschopnosť, sklamanie, zranenie, sebaľútosť. S podobnými témami sa pracovalo s pomocou dekonštrukcie a rekonštrukcie, procesov, ktoré sú ústredné v naratívnej psychoterapii. Príkladom dekonštrukcie je napríklad otázka „boli nejaké výnimky, napríklad radostné chvíle, v tomto ťažkom období?“. Príkladom rekonštrukcie je otázka „ako ste to zvládli?“ alebo „teraz, o mnoho rokov neskôr, dalo by sa povedať že ste sa z toho obdobia života aj poučili?“ (Korte, Bohlmeijer, Cappelliez, Smit, & Westerhof, 2012). Ďalším dôležitým komponentom bolo systematické zhodnotenie života, s dôrazom na integráciu negatívnych a pozitívnych udalostí v rámci príbehov. Intervencia sa snaží zasadiť minulé problémy a udalosti do súvislostí životného vývoja, každé stretnutie sa venuje inej životnej téme, napríklad „naše korene“, „mladosť“, „práca a starostlivosť“, „láska a konflikty“, „straty a ťažké chvíle“, „vývoj života“, „budúcnosť“. Pracuje sa aj s nepovinnou domácou prípravou, v rámci ktorej participanti vypracujú kreatívne zadania k jednotlivým témam. Tretím komponentom intervencie bol dôraz na špecifickosť pozitívnych spomienok, ktoré sú špeciálne pre určité obdobie života participanta. V randomizovanej klinickej štúdií dosiahla táto forma Life review therapy dobré výsledky pri liečbe ľahkej až stredne ťažkej depresie u osôb starších než 55 rokov: miera účinku $d = .60$ na konci terapie, $d = .50$ pri 3 mesiacnom follow-up. Intervencia sa osvedčila aj pri redukcii úzkostných symptómov a celkovom zlepšení duševného zdravia (Korte et al., 2012; Westerhof et al., 2010).

Nové trendy v naratívnej starostlivosti (narrative care) o starších ľuďoch sú napríklad rozvoj svojpomocných programov

(Lamers, Bohlmeijer, Korte, & Westerhof, 2015), alebo intervencií poskytovaných cez internet (Anderson et al. 2012). Holandský vzdelávací program „zelení a šediví“ (Green and Grey) sa vymedzil proti vekovej segregácii spoločnosti tým, že umožnil zdieľanie životných príbehov medzi dvoma generáciami – študentmi a seniormi, v skupinách kde sú traja až piati študenti a podobný počet seniorov. Neskôr sa vyvinula ešte verzia pre individuálnu intervenciu (G. J. Westerhof, 2010). Zjavné budúce smerovanie v obore naratívnej starostlivosti o starších ľuďoch je predovšetkým k prevencii a liečbe depresie.

So skupinou starších klientov pracujú úspešne aj iné formy psychoterapie, ako napríklad existenciálne a humanistické prístupy, ale aj kognitívne behaviorálna psychoterapia. Sme presvedčení, že niektoré uvedené techniky reminiscenčnej a life-review terapie môžu byť ku prospechu klienta aplikované aj v rámci zavedených psychoterapeutických prístupov.

Táto publikácia bola podporená z projektov GAČR 14-35577S; TAČR TD020339; a z grantového projektu RVO 68081740, ako časť stratégie AV21.

LITERATURA:

- Anderson, K., Egan, A., O'Grady, R., O'Rourke, J., & Collins, R. (2012). Internet Based Reminiscence Therapy. *Irish Journal of Medical Science*, 181, S243–S243.
- Bauer, J. J., McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2008). Narrative identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 81–104. doi: 10.1007/s10902-006-9021-6.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad,

- traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17(4), 636–652.
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Randall, W., Tromp, T., & Kenyon, G. (2011). Narrative foreclosure in later life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 364–370.
- Bruner, J. (1999). Narratives of aging. *Journal of Aging Studies*, 13(1), 7–9.
- Bruner, J. (2002). *Making Stories: Law, Literature, Life*. New York: Harvard University Press.
- Butler, R. N. (1963). *Life review – an interpretation of reminiscence in aged*. *Psychiatry*, 26(1), 65–&.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(4), P237–P244.
- Čermák, I. (2003). Psychologie v narativní tónině se vynořila v souvislostech. *Československá Psychologie*, 57(6), 513–532.
- Čermák, I. (2004a). Autobiografická paměť a životní příběh. *Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské university*. Studia minora fakultatis. Philosophicae Universitatis Brunensis, P8, 29–41
- Čermák, I. (2004b). Narativní myšlení a skutečnost. *Československá psychologie*, 58(1), 17–26.
- Čermák, I. (2005). Narativní paměť. In P. Macek, J. Dalajka (Eds.), *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. Brno: Masarykova Univerzita, 25–36.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens*. New York: Mariner Books.
- Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon Books.
- Erikson, E. (1998). *The Life Cycle Completed (Extended Version)*: W. W. Norton & Company.
- Fivush, R., Habermas, T., Waters, T. E. A., & Zaman, W. (2011). The making of autobiographical memory: Intersections of culture, narratives and identity. *International Journal of Psychology*, 46(5), 321–345.
- Freeman, M. (2010). Narrative Foreclosure in Later Life: Possibilities and Limits. In G. Kenyon, E. Bohlmeijer, & W. L. Randall (Eds.), *Storying Later Life: Issues, Investigations, and Interventions in Narrative Gerontology* (pp. 3–19): Oxford University Press.
- Habermas, T., & Kober, C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23(5), 664–674.
- Chrz, V., & Cermak, I. (2007). Genre as a tool of interpretation: The individual in the context of culture. *Československá Psychologie (Supplement)*, 51, 70–79.
- Chrz, V., & Cermak, I. (2015). Narativní komplexita. *Československá Psychologie*, 59(1), 1–16.
- Janečková, H., & Vacková, M. (2010). *Reminiscence*. Praha: Portál.
- Kenyon, G. (2004). The Meaning / Value of Personal Storytelling. In J. E. Birren, G. Kenyon, & R. Jan-Erik (Eds.), *Aging and Biography: Explorations in Adult Development* (pp. 21–39): Springer Publishing Company.
- Knight, R. (2009). *Psychotherapy and Older Adults Resource Guide*. Retrieved from: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychotherapy.aspx>
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(6), 1163–1173.
- Lamers, S. M. A., Bohlmeijer, E. T., Korte, J., & Westerhof, G. J. (2015). The Efficacy of Life-Review as Online-Guided Self-help for Adults: A Randomized Trial. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 24–34.
- McAdams, D. P. (1996). Narrating the self in adulthood. In J. Birren, G. Kenyon, J. E. Ruth, J. Schroots, & T. Swenson (Eds.), *Aging and biography: Explorations in adult development*. New York: Springer.

- McAdams, D. P. (2001). *The person: An integrated introduction to personality psychology*. New York: Harcourt.
- McAdams, D. P. (2010). Personal Narratives and the Life Story. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality. Theory and Research. Third Edition*. (pp. 242–262): The Guilford Press.
- McCullough, L. (1993). Arrested aging: The power of the past to make us aged and old. In T. Cole, W. Achenbaum, P. Jakobi, & R. Kastenbaum (Eds.), *Voices and visions of aging: Toward a critical gerontology* (pp. 184–204). New York: Springer.
- Pals, J. L. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences: Pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of Personality*, 74(4), 1079–1109.
- Pasupathi, M., & Mansour, E. (2006). Adult age differences in autobiographical reasoning in narratives. *Developmental Psychology*, 42(5), 798–808.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645–657.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. New York: Suny Press.
- Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2013). Autobiographical Memory and Sense of Self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815–840.
- Randall, W., Baldwin, C., McKenzie-Mohr, S., McKim, E., & Furlong, D. (2015). Narrative and resilience: A comparative analysis of how older adults story their lives. *Journal of Aging Studies*, 34, 155–161.
- Randall, W. L. (2013). Aging, irony, and wisdom: On the narrative psychology of later life. *Theory & Psychology*, 23(2), 164–183.
- Randall, W. L., & McKim, E. (2008). *Reading Our Lives: The Poetics of Growing Old*: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1984). *Time and Narrative*, Volume 1. Chicago: Chicago University Press.
- Ricoeur, P. (1991). *From Text to Action. Essays in Hermeneutic II*. London: The Athlone Press.
- Sarbin, T. R. (1986). *Narrative psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. Praeger.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Segura, L. R., Ricarte, J. J., Bravo, B. N., Corcoles, M. J., & Nieto, M. (2013). Promoting well-being in older adults. Life review therapy recalling specific positive events (revised). *Gerontologist*, 53, 79–79.
- Vlčková, I., & Blatný, M. (2005). K narativnímu pojetí autobiografické paměti: výzkumné možnosti metody čáry života. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV* (pp. 183–199). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Westerhof, G. J. (2010). Green and Gray. In G. Kenyon, W. L. Randall, & E. T. Bohlmeijer (Eds.), *Storying Later Life: Issues, Investigations, and Interventions in Narrative Gerontology*. New York: Oxford University Press.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, 697–721.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107–114.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., van Beljouw, I. M. J., & Margriet, A. (2010). Improvement in Personal Meaning Mediates the Effects of a Life Review Intervention on Depressive Symptoms in a Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*, 50(4), 541–549.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C.,

- Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122–148.
- Wilson, A. E., & Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11(2), 137–149.
- Wong, P. T. P., & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging. *Psychology and Aging*, 6(2), 272–279.
- Zimmermann, H. P., & Grebe, H. (2014). „Senior coolness“: Living well as an attitude in later life. *Journal of Aging Studies*, 28, 22–34.

Mgr. Ing. Eva Dubovská je odbornou asistentkou na Pražskej vysokej škole psychosociálnych štúdií a študentkou doktorského štúdia na Filozofickej fakulte UP v Olomouci. Jej výskumnými záujmami sú proces skupinovej psychoterapie a resiliencia v staršom veku.

Doc. PhDr. Vladimír Chrz, Ph.D., pracuje ako výskumník v Psychologickom ústave AV ČR. Prednáša na Katedre psychologie FF KU v Ružomberku a na Katedre psychologie PedF UK v Prahe. Z hľadiska naratívneho a psychosémiotického prístupu skúma témy, ako sú expresivita, resiliencia a ďalšie.

Prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D., je dekanom Cyrilometodejskej teologickej fakulty UP v Olomouci a riaditeľom Inštitútu sociálneho zdravia na UP v Olomouci. Okrem toho prednáša na Katedre psychológie FF UP a na PVŠPS, medzi jeho výskumné zábery patrí kvalitatívny výskum zdravia a nemoci a sociálne a spirituálne determinanty zdravia.

Došlo do redakcie 6. 12. 2015, v revidovanom znení 21. 3. 2016. K publikácii prijato 21. 3. 2016.

POVOLÁNÍ: RODINNÝ TERAPEUT¹

Profession: family therapist

David Skorunka

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze, CZ;
e-mail: skor@lfhk.cuni.cz

Psychoterapie. 10 (1), 36–50; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Příspěvek se zabývá specifickými rysy rodinné terapie. Autor se zamýšlí nad tím, k jakým specifickým aspektům terapeutického procesu musí být pozorný terapeut, který se odváží pracovat s párem a/nebo rodinou. V této souvislosti je příspěvek věnován dovednostem, které jsou pro rodinnou terapii nezbytné. Jsou uvedeny příklady klíčových dovedností pro praxi rodinné terapie, jak jsou uváděny v zahraniční odborné literatuře a rozvíjeny v příslušných vzdělávacích programech a supervizi. Součástí textu je zamyšlení nad významem životních zkušeností, potřebou tzv. sebe-zkušenosti a působením těchto vlivů na práci rodinného terapeuta.

Klíčová slova: rodinná terapie, systémická perspektiva, dovednosti, aliance, zkušenost, vzdělávání, supervize

ABSTRACT:

The article focuses on specific attributes of family therapy. It is argued that family therapy process brings unique challenges and demands on the therapist, who dares to work with couples and/or families. Thus the article reviews competencies that are essen-

tial for family therapy practice. The review is drawn on the international discussion in the field including debates about training standards recommended by professional bodies. Significance of life experience, professional experience, and personal therapy and their influence on family therapist's professional development are discussed.

Key words: Family therapy, systemic perspective, competences, alliance, experience, training, supervision

ÚVOD – ZVLÁŠTNOSTI RODINNÉ TERAPIE

Před tím, než se budeme věnovat dovednostem, jež jsou nezbytné pro praxi rodinného terapeuta, musíme věnovat pozornost zvláštnostem rodinné terapie. Jedinečnost rodinné terapie spočívá v prostém faktu, že terapeut se v jedné místnosti ocitá s několika lidmi najednou. Více lidí účastnících se terapeutických konverzací znamená více podnětů. Dochází k interakcím na verbální i neverbální rovině, mnohé z neverbálních signálů jsou během konverzace snadno přehlédnutelné, ale jejich potenciální významy se mohou projevit v následujících fázích terapie nebo jsou zpětně viditelné při sledování videonahrávky sezení. V interakcích mezi samotnými členy rodiny a mezi některými členy rodiny a terapeutem dochází často k emotivním „výměnám“.

¹Text vychází z přednášky, jež byla přednesena na 5. ročníku Mezinárodního psychoterapeutického sympozia v Brně 21.–23. 5. 2015.

Klidný rozhovor s vysokou mírou doprovodné reflexe všech zúčastněných není samozřejmostí.

Ve více či méně otevřeně vyjádřených emocích se odrážejí konflikty, dilemata a příběhy jednotlivých členů rodiny. Během postupné práce může (a často dochází) k tzv. přenosovým fenoménům, které jsou běžnou součástí komunikace obecně a terapeutické práce zvláště, bez ohledu na to, jestli jejich existenci terapeut „věří“ a vědomě s nimi pracuje (Dallos, Draper, 2015). Všechny tyto zjevné i méně zřetelné roviny komunikačních a meta-komunikačních procesů představují bohatou dynamickou směs podnětů, již není snadné pro jednoho terapeuta vnímat, bezprostředně zpracovat a následně terapeuticky (ve prospěch rodiny) využít. Rozmanitost a intenzita podnětů může být zahlejující nejen pro začínajícího rodinného terapeuta. Není proto divu, že právě v oblasti rodinné terapie došlo k rozvoji takových forem terapeutického aranžmá, jako je ko-terapie či využívání reflektujícího týmu (Friedman, 1995).

Terapeutická práce s několika lidmi najednou se odehrává i v případě skupinové terapie, ale při práci s rodinou se terapeut setkává s několika lidmi, kteří mají mezi sebou navzájem specifické vazby (Carr, 2010). Jde o různé formy tzv. citové vazby (*family attachments*), ať již jsou součástí vztahů biologické či nebiologické povahy. Dále jde o vztahy partnerské, rodičovské, sourozenecké a další, jejichž síla spočívá v emočním náboji, citových potřebách, očekáváních apod. Jak připomíná Ugazio: „*Lidé v individuální (pozn. nebo skupinové) terapii také hovoří o svých manželkách, partnerech, sourozencích nebo rodičích, kteří se od nich často tak liší, ale jejich*

vyprávění jsou pouhým popisem. Je to něco zcela jiného, když jste v přímém kontaktu s jejich manželkami, partnery, sourozenci a rodiči během rodinné terapie.“ (Ugazio, 2013, s. 21).

Náročnost práce s rodinou se může projevit hned v prvním setkání s rodinou. Důvodem je rozdílná ochota a motivace ke spolupráci mezi jednotlivými členy rodiny, odborně vyjádřená pojmem tzv. připravenosti ke změně (Prochaska, Norcross, 1999). O těchto rozdílech mezi členy rodiny, jež se účastní rodinné terapie, budeme hovořit podrobněji v části věnované terapeutické alianci. Zde jen uveďme, že ochota a motivace k terapii je ovlivněna již tím, jaká očekávání a představy o terapii jednotliví členové mají. To může částečně ovlivnit ten, kdo (a jakým způsobem) rodinu k rodinnému terapeutovi doporučuje. Do některých zařízení, v nichž je rodinná terapie nabízena, docházejí také rodiny, které se k tomuto kroku nerozhodli dobrovolně. Může jít o doporučení nebo nařízení ze strany sociálních služeb (například orgán sociálně-právní ochrany dítěte) nebo soudu, v jiných případech „tlak“ na docházení do párové či rodinné terapie přichází od samotných členů rodiny. Tyto vlivy předcházející prvnímu setkání s rodinným terapeutem mohou komplikovat rozvíjení terapeutické aliance a výsledek spolupráce.

V následující tabulce uvádíme ve zkratce možná očekávání rodin nebo některých členů rodiny v souvislosti s návštěvou rodinného terapeuta, která zmiňují Rivett a Street (2009). Z vlastní zkušenosti je možné doplnit očekávání některých rodin spojené s potřebou zkušenosti svědectví: „*Potřebujeme to někomu říct!*“ Každé očekávání spojené s jinými okolnostmi, jež

Cesta rodiny k rodinnému terapeutovi

(upraveno podle Rivett a Street, 2009)

- **Zdráhající se rodina:** „Přišli jsme jen proto, že nás sem poslali.“
- **Očekávání akce:** „Mysleli jsme si, že byste s tím mohli něco udělat.“
- **Hledání názoru:** „Chceme slyšet váš názor na to, co je špatně.“
- **Hledání rady:** „Chceme, abyste nám řekli, co máme dělat.“
- **Hledání teorie:** „Chtěli bychom rozumět tomu, proč...“
- **Zájem o terapii:** „Mysleli jsme si, že kdybychom si o tom promluvili, možná bychom s tím pak mohli něco udělat.“

předcházejí první návštěvě rodinné terapie, představuje pro terapeuta mírně odlišné nároky a rizika. Jejich detailní zpracování přesahuje zaměření a možný rozsah textu.

TERAPEUTICKÁ ALIANCE V RODINNÉ TERAPII

V psychoterapeutickém výzkumu je za hlavní faktor ovlivňující výsledek terapeutické spolupráce považován terapeutický vztah neboli tzv. terapeutická aliance (Wampold, Imel, 2015; Horwath, Bedi, 2002). Výzkum v této oblasti a výsledná zjištění se až do relativně nedávné doby týkaly individuálních psychoterapeutických směrů. K podobnému zjištění, co se týče významu terapeutického spojení mezi rodinným terapeutem a členy rodiny, dříve nebo později dojde každý terapeut v praxi. A v současné literatuře je dostatek tzv. vědeckých důkazů, z nichž je klíčová práce autorů Friedlander, Heatherington a Escudera (2006), kteří se výzkumu terapeutické aliance v rodinné a párové terapii věnovali dlouhodobě. Vytvořili systém na pozorování a posuzování terapeutické aliance v rodinné terapii (SOFTA; *System*

for Observing Family Therapy Alliances). Lze ho využít jak ve výzkumu, tak v klinické praxi a je jedním ze současných nástrojů zkoumání procesu rodinné terapie.

Nejprve je třeba říci, že stejně jako v předchozí části diskutovaná specifika rodinné terapie, i terapeutická aliance je v mnohém odlišná od terapeutického vztahu v individuálních psychoterapeutických směrech. Tuto odlišnost lze shrnout větou: při práci s rodinou je terapeutická aliance komplexnější. Ale v čem? Friedlander (2006) na toto téma uvádí: a) terapeutická aliance v rodinné terapii je komplexnější, protože její součástí je i vztahování se ke vztahu mezi členy rodiny; b) jednotliví členové rodiny mají různá očekávání, různou motivaci a různé potřeby ve vztahu k terapii; c) každý člen rodiny se obvykle k terapeutovi vztahuje v různé formě tzv. citové vazby (*attachment patterns*), což platí i ve vztazích mezi členy rodiny navzájem; d) mezi členy rodiny je různá míra moci ve vztahu k dění v rodině; e) členové rodiny jsou v různé fázi individuálního vývoje a životního cyklu rodiny; f) gender a pohlaví členů rodiny a terapeuta/terapeutů hrají

významnou roli a nelze se vždy vyhnout vzniku tzv. vztahových trojúhelníků a triangulace.

Terapeut má rozhodující vliv na vytváření a udržování „dost dobré“ kvality terapeutické aliance, včetně předcházení a případného „ošetřování“ nevyhnutelného narušení terapeutického spojení (*alliance ruptures*) v určitých fázích terapeutického procesu. Ale zodpovědnost a vliv v této věci mají i členové rodiny, i když samozřejmě každý v jiné míře a také v různé dimenzi. Friedlander, Heatherington, a Escudero (2006) rozlišují čtyři hlavní dimenze terapeutické aliance v párové a rodinné terapii: a) angažovanost v terapeutickém procesu; b) emoční vztah s terapeutem; c) sdílený pocit sounáležitosti v rodině; d) bezpečí v terapeutickém systému. Angažovanost v terapeutickém procesu a emoční vztah s terapeutem ovlivňují postoj a motivaci jednotlivých členů rodiny ke spolupráci. Emoční vztah s terapeutem a pocit bezpečí v terapeutickém systému ovlivňují míru „afektivního“ zapojení členů rodiny do terapie. Angažovanost v terapeutickém procesu a sdílený pocit sounáležitosti v rodině ovlivňují míru „kognitivně-behaviorálního“ zapojení členů rodiny do terapie. A sdílený pocit sounáležitosti v rodině spolu s pocitem bezpečí v terapeutickém procesu jsou klíčové dimenze pro „dostatečnou“ terapeutickou alianci.

Terapeut může ovlivnit vytváření terapeutické aliance různými způsoby v různých dimenzích. Například může mít vliv na zapojení rodiny (zajímá se o to, o čem potřebují jednotliví členové mluvit; zjišťuje, zdali jsou ochotni provést nějaký interakční experiment nebo realizovat nějaký úkol). Afektivní zapojení členů rodiny do terapie

může terapeut ovlivnit tím, že podporuje přiměřené vyjádření a sdílení prožitků, jejich regulaci a porozumění. A také tím, že přijímá a sdílí úsměvné momenty nebo humornější aspekty setkání s rodinou. K vytvoření pocitu bezpečí v terapeutickém systému přispívá terapeut například upozorněním, že terapie může zahrnovat i rizika, např. diskusi o citlivých tématech. Dále pak tím, že pomáhá členům rodiny hovořit otevřeně a zároveň aktivně mírní a pomáhá zvládat projevy hostility, obviňování, emoční necitlivosti apod. S jistou nadsázkou lze říci, že terapeutická aliance v rodinné terapii je (stejně jako v jiných psychoterapeutických směrech), základnou pro využívání rozmanitých terapeutických dovedností, intervencí a technik. Jejich využívání je navíc úzce spjaté s terapeutovými hypotézami tom, co se v rodině děje, co může být příčinou prezentovaných potíží apod. Poetičtěji řečeno: „*Je-li terapeutické spojení motorem, který pohání terapeutický proces, pak formulace hypotéz je mapou, která nám radí, jakým směrem se vydat.*“ (Carr, 2010, s. 271).

PROŽITKY A MYŠLENKY TERAPEUTA

S dynamikou rozmanitých interakcí odehrávajících se při práci s rodinnou nevyhnutelně souvisí bohatý tok prožitků a myšlenek terapeuta. Jak již bylo zmíněno, setkání s několika členy rodiny představuje expozici mnoha podnětů najednou, z nichž některé jsou velmi intenzivní, někdy konfliktní, často vyžadující přiměřené vyladování terapeuta na jednotlivé členy rodiny. Představme si například konzultaci, při níž se terapeut setkává se zástupci tří generací najednou, nebo spolupráci s růz-

nými částmi více rodin prolínajícími se např. v péči o děti. V systemické praxi není výjimkou společné sezení s členy rodiny a zástupci tzv. třetích stran (např. právní zástupce, sociální služby, zaměstnavatel atd.). Může jít o dlouhodobě problematické, někdy bezvýchodné, situace, kdy se nedaří dosáhnout nějaké změny nebo zvolit jednoznačný postup. Je zřejmé, že takové situace terapeut nějak prožívá a přemýšlí o nich, což ovlivňuje jeho působení v rámci terapeutické spolupráce s rodinou, ale i se zástupci tzv. třetích stran. Ti navíc nemusí mít povědomí o systemickém uvažování a mohou od terapie očekávat jednoznačný verdikt nebo rychlou změnu.

V některých fázích vývoje rodinné terapie nebyly prožívání a myšlenkové pochody rodinného terapeuta v centru pozornosti. Ta byla soustředěna na rodinný systém a jeho různé atributy (např. komunikační vzorce, systémy přesvědčení). Terapeut byl považován za pozorovatele a experta, jehož cílem je posoudit dění v rodině a iniciovat změnu prostřednictvím terapeutické intervence. Pohled na interakci terapeuta s rodinou a terapeutický proces obecně se postupně proměňoval a pozornosti se dočkal i tzv. vnitřní svět terapeuta. Podle různých prací věnovaných prožitkům rodinného terapeuta jsou nejčastější emocemi, jež terapeut prožívá před a během setkání s rodinou, strach a zlost (Rober, 2011). Dalšími uváděnými prožitky jsou pocit bezmoci, rozhořčení, rozpaky apod. Není to tak překvapivé, uvědomíme-li si, že rodinný nebo systemický terapeut se setkává převážně s rodinami, v jejichž „vztahovém poli“ často strach, zlost a pocit bezmoci převažují. Mnohé z rodinných příběhů zahrnují rozmanité (a někdy těžko pochopitelné)

formy utrpení, jehož původci jsou v některých případech samotní členové rodiny. Zachovat si nezúčastněnou pozici a odstup a neprožívat s některými členy rodiny empatické souznění a s jinými naopak pocit rozhořčení, může být v některých situacích náročnou výzvou i pro zkušeného terapeuta. Je nesporné, že terapeutovo prožívání ovlivňuje i jeho přesvědčení a pohled na rodinu a její situaci. Koncept tzv. neutrality v této souvislosti navrhovaný milánskou školou (Jonesová, 1996) byl předmětem kritických diskusí. Jako jeden z prvních kritiků, Boszormenyi-Nagy (1981) hovořil o tzv. stranění všem (*multilateral caring*), dále se ke konceptu neutrality z různých pozic kriticky vyjadřovali např. Luepnitzová (1992) nebo někteří terapeuti hlásící se k teorii sociálního konstrukcionismu. Sám Cecchin et. al (1993), jeden ze členů milánského týmu, se později k radikálnímu pojetí tzv. neutrality vyjádřil kriticky a nabídl jiný pohled.

Pro mnohé rodinné terapeuty může být uklidňující názor Robera (2011), podle kterého je zažívání tzv. negativních emocí (např. zlost, strach) nevyhnutelnou součástí komplikovaného a nepředvídatelného procesu terapie a nejde o projev toho, že terapeut je nezkušený nebo že dělá svou práci špatně. Náročnost práce s rodinou kromě těchto emocí někdy vede i k tomu, že terapeut pochybuje o svých dovednostech, o své práci. Součástí psychoterapeutické práce obecně a rodinné terapie zvlášť je nejistota týkající se zvládnutí všech nároků a výsledku terapeutické spolupráce. V naladění rodinného terapeuta na začátku terapie (ale i před jakýmkoli dalším sezením s rodinou) může převažovat napjaté očekávání společně s neodbytnou otázkou:

Jak zvládnou/přežiju toto sezení? Význam emočních prožitků (a myšlenkových procesů) dokládá i výzkum zaměřený na tzv. vnitřní konverzace terapeuta v průběhu terapeutických sezení s rodinou (Rober et al. 2008). Na základě videozáznamů terapeutických sezení, jejich přepisů a následné analýzy s pomocí metody zakotvené teorie autoři výzkumu rozlišili 282 kategorií ve čtyřech hlavních doménách – tematických oblastí terapeuta přemýšlení v průběhu terapeutického procesu. Nejvíce kategorií bylo zahrnuto právě do oblasti týkající se vlastního prožívání a pak také do oblasti týkající se ovlivňování terapeutického procesu. S doménami uvedenými dle výzkumu v následující tabulce úzce souvisejí předpokládané dovednosti, jež jsou pro praxi rodinného terapeuta nezbytné.

DOVEDNOSTI/KOMPETENCE

Náročnost procesu rodinné terapie včetně rozmanitých výzev a nejednoznačných situací naznačuje, že k výkonu povolání rodinného terapeuta bude zapotřebí několika dovedností. Uvědomovali si to v minulosti samotní rodinní terapeuti, o čemž svědčí jeden z prvních důkladných textů na toto téma vydaný v sedmdesátých letech minulého století. V něm autoři Tomm a Wright (1974) rozlišili tři hlavní skupiny dovedností, jež byly podle nich nezbytné pro praxi rodinné terapie: a) dovednosti percepční/observační, b) dovednosti koncepční/teoretické, c) dovednosti exekutivní.

Percepční/observační dovednosti jsou nezbytné k tomu, aby byl terapeut schopen vnímat, co se děje během terapeutického sezení. Nejde jen o pozorovatelné dění

„Vnitřní“ konverzace rodinného terapeuta

(zpracováno dle Rober et.al., 2008)

- **Pozornost věnovaná „procesu“ rodiny/klienta.**
Např. zjišťování, co klient/rodina potřebuje, o čem chtějí hovořit apod.
- **„Zpracování“ příběhu, který klient/rodina vypráví.**
Např. posuzování vážnosti situace.
Např. hypotetizování o partnerském vztahu.
- **Pozornost věnovaná vlastnímu prožívání. *****
Např. uvědomování si vlastních prožitků, regulace vlastních prožitků.
Např. sdílení vlastní zkušenosti.
- **Ovlivňování a „zvládnutí“ terapeutického procesu. *****
Např. tzv. reflektování cílů spolupráce.
Např. využití konkrétní „intervence“.

mezi aktéry terapeutické konzultace, ale i o vnímavost k vlastním prožitkům v reakci na dění v terapeutické místnosti. Koncepční/teoretické „dovednosti“ jsou úzce spjaté se znalostmi, které v případě práce s rodinou mohou pocházet z různých oblastí poznání. Jedná se o znalosti z vývojové psychologie, tzv. rodinné psychologie, o znalosti různých teoretických modelů týkajících se tzv. etiopatogeneze problémů v rodině (např. systemická teorie, strukturální model S. Minuchina, feministická kritika, teorie sociálního konstrukcionismu, teorie citové vazby, narativní psychologie atd.). Vedle těchto znalostí je třeba zmínit poznatky o různých formách práce s rodinou a procesu rodinné terapie, přičemž ty mohou vycházet ze současného výzkumu zaměřeného na proces a účinnosti rodinné terapie (*process and outcome research*), včetně aktuálního vývoje v oboru (Skorunka, 2015). Šíře teoretických poznatků, které mohou být pro rodinného terapeuta relevantní a přínosné, může zájemce o tento přístup odradit. Na druhou stranu podle Dallose a Draper (2015) právě tento intelektuální záběr rodinné terapie a systemické praxe činí tuto oblast poznání atraktivní. Případný „děs“ z přílišného studia teorie může zmírnit vyjádření zaslechnuté v komunitě rodinných terapeutů inspirovaných narativním přístupem: „*Teorie je pro rodinného terapeuta stejně důležitá, jako ornitologie pro ptáka*“. Odbornější diskuse na toto téma je k dispozici v mnoha publikacích, například v těch, jež se zabývají tzv. *not-knowing approach* a dialogickými přístupy v terapii (Skorunka, 2013; Anderson, Gehart, 2007; Guilfoyle, 2006; Goolishian, Anderson, 1993). Mezi exekutivní dovednosti podle Tomma a Wright (1974) patří základní

psychoterapeutické dovednosti, budování terapeutického spojení, znalost nejrůznějších intervencí/technik, jež vycházejí z různých modelů rodinné terapie, jakož i schopnost jejich adekvátního výběru a načasování v závislosti na dané klinické situaci. Samostatnou dovednostní kategorií by mohly být dovednosti experienciální, které ale citovaní autoři v té době nevymezili. Vzhledem k současným poznatkům a výzkumům z oblasti prožitkových terapií, výzkumu a neurovědy je zřejmé, že práce s vlastními emocemi a projevy emocí členů rodiny v průběhu terapeutického procesu je klíčovou součástí rodinné terapie. V podstatě jde o schopnosti týkající se uvědomování/vnímání, významové atribuce, regulace a využívání emočních prožitků ku prospěchu rodiny (Rivett, Street, 2009).

Rozvíjející se poznání, výzkumné práce a dění ve společnosti vedlo na počátku nového tisíciletí k výraznému rozvoji v oblasti rodinné terapie a systemické praxe (Heatherington, et al., 2015). Pozornosti se dostalo i problematice terapeutických dovedností. V roce 2002 Americká asociace manželských a rodinných terapeutů (AAMFT) ustanovila pracovní skupinu, jejímž cílem bylo vypracovat seznam klíčových dovedností, jež je třeba v rámci vzdělávacích programů v rodinné terapii rozvíjet. O dva roky později byl zveřejněn seznam 128 různých dovedností, rozdělených do 6 domén, každá s 5 subkategoriemi, jejichž rozvinutí umožňuje rodinnému terapeutovi pracovat samostatně v rámci oprávněné profesionální licence. Jakkoli se tento vývoj může jevit absurdně, je dokladem nevyhnutelné institucionalizace oboru, důsledkem různých politických, společenských a profesních procesů. Je také projevem snahy o důklad-

né poznání toho, co se během terapeutické spolupráce může odehrávat a jaké postupy jsou na místě. V následující tabulce jsou uvedeny základní domény a jejich subkategorie, jak byly definovány v rámci pracovní skupiny AAMFT.

zahrnuje monitorování a posuzování průběhu a výsledku terapeutické spolupráce včetně posuzování vlastního působení. Profesionální subkategorie se týká schopnosti držet se profesních a etických standardů dle jejich definování odbornou společností. Tří-

Kompetence rodinného terapeuta v 6 dimenzích (Gehart, 2010, s. 4–5)

1. Vstup do terapie

- Započítí terapie

2. Klinické posouzení a diagnostika

- Diagnostika „fungování“ rodiny/jedince

3. Plánování „léčby“ a zvládnání „případu“

- Plánování a koordinace léčby s dalšími odborníky

4. Terapeutické intervence

- Podpora změny během terapie

5. Legislativa a etické standardy

- Znalost právních a etických aspektů praxe

6. Výzkum a hodnocení terapie

- Znalost relevantního výzkumu a schopnost posuzování výsledku terapie

Subkategorie v každé dimenzi

- a) Konceptuální
- b) Percepční
- c) Exekutivní
- d) Evaluační
- e) Profesionální

ŽIVOTNÍ ZKUŠENOST, TZV. SEBE-ZKUŠENOST, SUPERVIZE

Projekt kompetencí AAAM rozšiřuje práci Tomma a Wrightové (1979). Konceptuální subkategorie zahrnuje teoretické poznatky, které terapeut získává v průběhu studia a vzdělávání. Percepční subkategorie zahrnuje schopnost vnímat a pozorovat dění v terapeutické místnosti (např. interakce mezi členy rodiny), ale také vlastní prožitky a úvahy, jež s děním v terapeutické místnosti souvisí. Dovednosti zahrnuté v exekutivní subkategorii se týkají aplikace nabytých poznatků a zkušeností v různých klinických situacích. Evaluační kategorie

dění dovedností v dimenzích a kategoriích lze demonstrovat následovně: dovednost *hypotetizování* (schopnost rozvíjet hypotézy týkající se např. vztahových vzorců, jejich vlivu na prezentovaný problém, dále vlivu faktorů vně terapeutické místnosti na rodinu apod.) patří do kategorie *percepční dovednosti* v rámci dimenze *Klinické posouzení a diagnostika*. Pochopitelně *hypotetizování*, jako jedno z možných *percepčních dovedností*, může být využito i jako intervence v případě, že své hypotézy sdělíme s rodinou. Tím se dostáváme do kategorie *exekutivní* anebo rovnou do jiné dimenze – *Terapeutické intervence*. Z toho

je zřejmé, že v reálné terapeutické situaci může být nesnadné ostře rozlišit v jaké kategorii či dimenzi se zrovna nacházíme, neboť např. tzv. *diagnostické posuzování* může působit jako intervence směřující k dosažení změny. A z jiného soudku, teoretické znalosti ovlivňují naše percepční schopnosti a profesně-etické mantinely zase možnosti terapeutické intervence.

Příklad americké asociace rodinné a manželské terapie (AAMFT), ukazuje, jak detailně je možné se problematikou dovedností v profesi rodinného terapeuta zabývat. S problematikou dovedností úzce souvisí otázka, jak má vypadat vzdělávání budoucích rodinných terapeutů. To je téma na samostatný článek. Zde je nutné zmínit, že Evropská asociace rodinné terapie (EFTA) v koordinované spolupráci se zástupci národních organizací rodinné/systemické terapie členských zemí vytvořila seznam minimálních výcvikových standardů, které schválili národní organizace včetně české Společnosti pro rodinnou terapii (SOFT). Přesto mezi evropskými zeměmi nadále v této věci existují rozdíly, které jsou dané mimo jiné tím, zdali je v dané zemi rodinná terapie samostatnou profesí (např. Velká Británie), nebo nikoli (např. Česká republika).

ŽIVOTNÍ ZKUŠENOST A/NEBO SEBE-ZKUŠENOST²?

Bez ohledu na míru rozvinutí terapeutických kompetencí, se rodinný terapeut ve víru terapeutického dění projevuje také

jako člověk s osobitým terapeutickým stylem, se svou aktuální životní situací a osobní historií. Osoba terapeuta je jedním z významných faktorů, jemuž byla a je v psychoterapeutickém výzkumu věnována pozornost, zejména v souvislosti s vytvářením a rozvíjením terapeutického vztahu/spojenectví. Ve srovnání míry efektu různých faktorů ovlivňujících výsledek terapie není osoba terapeuta dle dostupných výzkumů nejvýznamnější, přesto slovy Wampolda a Imela (2015, s. 176) je „*osoba terapeuta ztělesněním esence psychoterapie*“. Neplatí to jen pro individuální psychoterapeutické směry.

Způsob práce terapeuta s rodinou kromě aktuálního naladění, prezentovaného problému a konkrétní rodiny ovlivňuje terapeutova rodinná historie a s ní související způsoby vztahování se, tendence k určité formě citové vazby včetně různé tzv. afektivně-kognitivní distorze v percepci a zpracování podnětů v terapeutické situaci. I rodinný terapeut má své potřeby, preference, předpojatosti, motivace, svůj temperament, různou frustrační toleranci a míru zranitelnosti. Kromě těchto vlivů v rámci tzv. terapeutova *Self* je důležitý i sociální a kulturní kontext, jehož je osoba terapeuta součástí. To vše nemusí být překážkou v praxi, pokud si terapeut vliv těchto faktorů na průběh terapie uvědomuje, je schopen ho průběžně reflektovat a pracovat s ním tak, aby zdárný průběh terapie nenarušovaly. Ke zvýšení míry uvědomění, sebe-poznání včetně schopností být se sebou v souladu

² Pojem sebe-zkušenost není zcela výstižný, přesto je v psychoterapeutické komunitě hojně používán, často s různými významy. V anglicky mluvících zemích se v odborné literatuře v této souvislosti užívá zejména pojmu *personal therapy*. Britská Association of Family

Therapy (AFT) pro osobní a profesní rozvoj (*personal and professional development*) považuje za důležité poznání (*orig. exploration*) toho, jakým způsobem aspekty terapeutova *Self* (jak osobní, tak profesní) ovlivňují klinickou práci s klienty a vše, co s ní souvisí.

a zvládat své „problematičtější“ rysy je zapotřebí pravidelná práce „v doprovodu“ zkušenějších kolegů nejprve v rámci výcviku (tzv. sebe-zkušenost) a později v supervizi.

Tzv. sebe-zkušenost bývá v širší psychoterapeutické komunitě považovaná za nezbytnou součásti přípravy na psychoterapeutickou profesi a následného celoživotního vzdělávání. Je dokonce uváděna jako jeden ze tří hlavních zdrojů profesionálního rozvoje spolu s klinickou praxí a formální supervizí (Orlinsky, Ronnestad, 2005). Ale v otázce tzv. sebe-zkušenosti jako součásti výcviku rodinného terapeuta nebyla vždy shoda mezi předními reprezentanty rodinné a systemické terapie. Přesto se postupně tzv. sebe-zkušenost stala součástí odborného vzdělávání rodinných terapeutů i v zemích, kde na toto téma probíhala diskuse mezi hlavními lektory výcviků v této oblasti (Skorunka, Hajná, 2013). Přitom již v sedmdesátých letech minulého století se Murray Bowen domníval, že terapeut, který se „vypořádal“ s prožitými těžkostmi ve vlastní rodině, bude efektivnější v klinické práci s rodinami (Bowen, Kerr, 1989). Zatímco v širší psychoterapeutické komunitě bylo otázky tzv. sebe-zkušenosti a vlivu osobních zkušeností na klinickou praxi věnováno mnoho pozornosti, prací na toto téma není v rodinné terapii a systemické praxi mnoho. Někteří autoři se obecně zabývají osobou rodinného terapeuta ve vztahu ke klinické praxi (Lum, 2002), jiní přímo uvádějí, že ocitnutí se v tzv. slepé uličce v průběhu terapie (*therapeutic impasse*) je důsledkem podobnosti mezi situací rodiny a osobní situací a/nebo historií terapeuta (Carlson, Ericson, 2001).

Mezi ojedinělými texty na toto téma jsou

výjimečné dvě práce. Autoři Woodcock a Rivett (2007) provedli zajímavý experiment, kdy do výcviku rodinné terapie zahrnuli požadavek na to, aby frekventanti výcviku zažili situaci v pozici klientů a absolvovali několik sezení se svou rodinou, blízkými osobami, či přáteli. Celých 70 % frekventantů absolvovalo tato sezení se svou rodinou a diskutovalo o reálných problémech, které ve vztazích zažívali. Autoři článku a iniciátoři tohoto odvážného experimentu připouštějí rizika tohoto kroku a poukazují na nutnost dalšího zkoumání, přesto hodnotili tuto vzdělávací inovaci pozitivně. Rigoróznější přístup zaujali následovníci Williams, Carpenter a Timms (2015), kteří vystavili terapeuty-účastníky výzkumu podobné zkušenosti a vše důkladně metodologicky zpracovali s využitím interpretativní fenomenologické analýzy. Z výsledků je zřejmé, že takový unikátní způsob vzdělávání může být z hlediska osobního a profesního rozvoje velmi přínosný, zároveň může mít velmi nepříjemné důsledky nejen pro frekventanta, ale i jeho blízké. Podobný experiment zahrnující terapeutovy členy rodiny přináší etické otázky, které nesouvisí pouze s poměřováním míry rizika a potenciálního přínosu pro budoucí terapeuty. S ohledem na klinickou praxi je zřejmé, že ani sebelepší zvládnutí systemických otázek, dialogických konverzací nebo externalizujících metafor nemůže být dostatečným obranným mechanismem vůči různě míře emoční angažovanosti, empatickému svědectví (Kleinman, 1988) a lidské účasti, které jsou součástí práce s rodinami v těžkých životních situacích.

Druhou věcí je, nakolik prostor k tzv. sebe-zkušenosti v rámci vzdělávání může nahradit životní zkušenost. I když je na mís-

tě udržovat přiměřenou hranici mezi profesním a osobním životem, vzájemnému ovlivňování těchto dvou základních dimenzí terapeutova života nelze zcela zabránit. Rodiny, s nimiž rodinný terapeut pracuje, totiž obvykle do terapie přinášejí témata takřka univerzální, jež jsou v různé míře a v různé životní fázi taktéž součástí terapeutova života. Kvalita citových vazeb s blízkými, intimita a sexualita, rodičovství, nemoc a smrt v rodině, smysl a naplnění života, to jsou typická témata, kolem kterých často bývá organizován příběh sdílený rodinou s terapeutem. Tato témata jsou hlavními těžišti, kolem nichž se může odvíjet životní příběh terapeuta ve stejném čase, kdy se setkává s danou rodinou. Terapeutův pocit zvládnání (nebo jeho absence), prožití úspěchy i nezdary, a obecně získané zkušenosti s různým emočním nábojem ve všech těchto oblastech ovlivňují míru využití specifických dovedností v terapeutické spolupráci s rodinami. Těmto okolnostem je v komunitě rodinných terapeutů věnována dlouhodobě pozornost v rámci již citovaného výzkumu, ale také v rámci konvergence rodinné terapie a současné psychoanalýzy, jež probíhá přibližně posledních 15 let. Na význam osoby rodinného terapeuta v terapeutickém procesu, včetně jeho myšlení, prožitků, osobní „zranitelnosti“ apod. neupozorňují jen autoři reprezentující současné psychoanalytické myšlení, ale i rodinní terapeuti zabývající se také výzkumem citové vazby (Crittenden, 2013) a rodinní terapeuti integrativně zaměřeni (Dallos, Draper; 2015; Rivet, Street, 2009; Dallos, Vetere, 2009).

Někteří odborníci v oblasti vývoje dítěte a rodiny dokonce naznačují, že profesi rodinného terapeuta by se měli věnovat

lidé až s dosažením určité životní zkušenosti (Crittenden, 2013). Lze namítnout, že samotná životní zkušenost není zárukou „dost dobré“ terapeutické práce. Stejně tak není možné zažít všechny možné situace a rodinné scénáře, aby byl terapeut dostatečně připraven na práci se všemi rodinami. Na druhou stranu specifická zkušenost (nebo její absence) může hrát zásadní roli v tom, jakého vyladění a míry porozumění bude rodinný terapeut schopen, setká-li se s rodinou, jejíž problémy se odehrávají v některé z hlavních dimenzí lidského života (např. partnerský vztah, rodičovství, nemoc v rodině apod.). Domnívám se, že životní zkušenost a zejména schopnost reflektovat její dopad na vlastní postoj, prožívání a vztahování k rodině, s níž pracuji a jejíž problém se s touto životní zkušeností v různé míře prolíná, je stejně důležitým faktorem v terapeutickém procesu jako jiné, snáze definovatelné terapeutické kompetence. Prolínání životních témat a problémů rodiny s životními tématy a dilematy terapeuta v různých fázích jeho života a profesní dráhy je nevyhnutelná a sebevětší šíře teoretických poznatků nebývá dostatečnou ochranou proti tomu, aby toto prolínání ovlivňovalo nebo přímo komplikovalo terapeutickou spolupráci.

Tím se dostáváme k tématu supervize a jejím variantám jako forem opory v rámci celoživotního vzdělávání. Stejně jako v jiných psychoterapeutických modalitách i v rodinné terapii může supervize sloužit různým cílům, např. jako forma opory, nabídnutí jiného úhlu pohledu, podpora sebe-reflexe jako součást sebe-poznání, podpora integrace, prevence syndromu vyhoření apod. (Trapková, 2013; Šikl, 2012; Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010).

Jde o tak významnou součást psychoterapeutické profese a celoživotní osobního a profesního rozvoje v této profesi, že si jí všímají i kulturní média v zemích, kde má psychoterapie dlouhou historii a tradici (Skorunka, 2012). Supervize v rodinné terapii a systemické praxi je široké téma, které si zaslouží samostatný článek a je k němu v anglické literatuře několik publikací. Zde uvedu pouze pár osobních postřehů. Z vlastní zkušenosti s různými supervizory v oblasti rodinné/systemické terapie v Čechách i v zahraničí si dovoluji zdůraznit některé faktory, které přispěli k tomu, že jsem danou supervizní zkušenost vnímal jako přínosnou a podpůrnou zároveň. Na prvním místě je to zkušenost supervizora s různými klienty, s různou problematikou a působením v různém pracovním kontextu. Za druhé, lidský přístup supervizora, který je vyjádřený mimo jiné opravdovým zájmem o způsob práce terapeuta, snahou podpořit ho v náročné práci s rodinou; schopnost vystihnout a posilovat dovednosti i v situacích, kdy si terapeut neví rady; schopnost citlivě upozornit na ty projevy a faktory, které mohou terapeutovi práci s danou rodinou komplikovat (včetně schopnosti věnovat adekvátní pozornost terapeutovým prožitkům, „zkreslením“ apod.).

Zjednodušeně řečeno, jde o to, aby terapeut odjížděl ze supervize s nějakým důležitým uvědoměním a s ním související představou o tom, jak s rodinou dále pracovat, na co se zaměřit apod. a nikoli s pocitem, že je všechno špatně a je třeba změnit profesi. Vnímavost a vyladěnost supervizora na situaci terapeuta včetně jeho osobních prožitků a zápasů je podle mého soudu důležitější, než další vrstva expert-

ního pohledu na supervidovanou situaci rodiny a terapeutického procesu. Práce supervizora v podstatě vyžaduje některé z podstatných terapeutických kompetencí, mimo jiné schopnost pracovat v tzv. zóně proximálního vývoje terapeuta, jež supervizi navštěvuje. Jde o tu samou dovednost, která je potřeba při práci s jedincem, párem i rodinou, a kterou někteří současní rodinní terapeuti považují za zcela zásadní pro úspěšnou terapii (Dallos, Vetere, 2009). Je otázkou, zdali není výhodné, když je supervizor schopen integrovat různé modely v rámci praxe i supervize a neprosazuje ortodoxně jen jeden model rodinné terapie. Může být přínosné, když je schopen nahlédnout situaci a prezentovaný „případ“ i jinou optikou než je systemická perspektiva. V supervizi rodinné terapie může být výhodou integrativní přístup, v němž je vyvážený prostor pro afektivní, kognitivní, behaviorální, tělesnou, vztahovou a kontextuální dimenzi v terapeutickém procesu včetně supervize. Nepřímo se v tomto duchu vyjádřil Asen (2004) v diskusi o současném pojetí systemické terapie. Integrativní přístup může být výhodný zejména pro tzv. komplikované případy s dlouhou historií problému, s opakovaným a vícečetným kontaktem s různými tzv. pomáhajícími profesemi, s existencí více problémů/potíží na individuální i vztahové úrovni a v neposlední řadě i u dlouhodobých a závažných zdravotních potíží, jež komplikují život nemocnému i jeho rodině (McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013).

ZÁVĚR:

V textu jsme se zabývali specifiky rodinné terapie a systemické praxe. Detailně jsme popsali dovednosti nezbytné pro praxi

rodinné terapie tak, jak o nich diskutovali rodinní terapeuti v minulosti a jak je o tomto tématu diskutováno v současné zahraniční komunitě rodinných terapeutů. Doplnili jsme také několik osobních postřehů k tématu supervize v rodinné terapii s využitím některých nedávno publikovaných textů na toto téma v zahraničí. Je zřejmé, že s ohledem na mnohé společenské a odborné faktory bude problematice kompetencí v psychoterapii a rodinné terapii i nadále věnována pozornost. A to i přesto, že rozlišování kompetencí, jejich nácvik a rozvoj a v neposlední řadě posuzování jejich reálného naplňování v klinické praxi představuje nelehký úkol pro odborné společnosti a samotné terapeuty (Stratton et al., 2011). Zároveň není třeba slepě podléhat dobovým trendům, jejichž popularita, zdánlivá pokrokovost a vliv mohou být součástí širších souvislostí a změn v pojetí vzdělávacích procesů. Ty vždy nemusí, navzdory proklamacím jejích propagátorů, znamenat obrat k lepšímu, jak upozorňuje ve své kritické rozpravě na téma narůstající nevdělanosti ve společnosti rakouský pedagog a filozof Konrad Paul Liessman (2015). Podle něj má orientace na kompetence v současném vzdělávání kořeny v ekonomii a jejím cílem je učinit vše, zejména pracovní výkony, měřitelnými a tím optimalizovanými, což není žádnou zárukou lepší vzdělanosti a důkladnějšího vědění. Kde se ve vzdělávání zprostředkovávají kompetence, vyplňují se testy, studuje se v nejrůznějších modulacích a neustále se srovnává, nejlépe v mezinárodním měřítku, tam je praxe nevdělanosti nejefektivnější (Liessman, 2015, s. 38–48). I když není důraz kladený na kompetence v přípravě k praxi rodinného terapeuta na místě bagatelizovat, postřehy

založené nejen na zkušenosti, ale také na důkladné znalosti historie a současných širších souvislostí vybízejí k opatrnosti. Historie psychoterapie a rodinné terapie zahrnuje momenty, kdy nekritické vlivy z jiných oblastí poznání formovaly příliš jednostranně a úzce psychotherapeutickou teorii a praxi. Jedním z takových vlivů přicházel a přichází z biomedicíny a přínos tohoto procesu je minimálně rozporuplný (Wampold, Imel, 2015). Je otázkou, zdali vliv ekonomie bude mít větší úspěch.

LITERATURA:

- Anderson, H., Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that make a Difference*. Hove: Routledge.
- Asen, E. (2004). Collaborating in promiscuous swamps – the systemic practitioner as a context chameleon? *Journal of Family Therapy*, 26: 280–285.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D. (1981). Contextual family therapy. In A. S. Gurman, P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 159–186). New York: Brunner/Mazel.
- Bowen, M. Kerr, M. (1989). *Family Evaluation. An approach based on Bowen theory*. New York: Norton.
- Carlson, T.D., Ericson, M.J. (2001). Honouring and privileging personal experience and knowledge; ideas for a narrative approach to the training and supervision of new therapists. *Contemporary Family Therapy*, 23, 199–220.
- Carr, A. (2010). *Family Therapy; Concepts, Process, and Practice*. New York: Wiley-Blackwell.
- Cecchin, C., Ray, W.A., Lane, G. (1993). *Irreverence: A Strategy for Therapist's Survival*. London: Karnac.
- Crittenden, P. (2013). *Raising Parents; Attachment, Information Processing, and Treatment*. Hove: Routledge.
- Dallos, R., Draper, R. (2015). *An Introduction for Family Therapy, 4th Edition*. Berkshire: Open University Press.

- Dallos, R., Vetere, A. (2009). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Hove: Routledge.
- Dynáková, Š., Kožnar, J., Hermanová, M. (2010). Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Psychoterapie*, 6 (3–4).
- Friedlander, M. (2006). *New developments of SOFTA research. Therapist contributions to family therapy alliances and alliance-outcome links to conjoint treatment*. Přednáška na konferenci SPR 2006, Edinburgh, 21.–24. 6. 2006
- Friedlander, M., Heatherington, L., Escudero, V. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy; an Empirically Informed Guide to Practice*. Sage Publications.
- Friedman, S. (Ed.). *The Reflecting Team in Action; Collaborative Practice in Family Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Gehart, D. (2010). *Mastering Competencies in Family Therapy*. Belmont: Brooks/Cole.
- Goolishian, H., Anderson, H. (1993). The Client is the Expert; a Not-Knowing Approach to Therapy. In S. McNamee, S., K. J. Gergen, (Eds.), *Therapy as Social Construction*. (s. 25–39), New York: Sage.
- Guillfoyle, M. (2006). Using power to question the dialogical self and its therapeutic application. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 89–104.
- Heatherington, L., Friedlander, L. M., Diamond, M. G., Escudero, V., Pinosof, M. W. (2015). 25 Years of systemic therapies research; Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 2(3), 348–364.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The therapeutic alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist relational contributions to effective psychotherapy* (s. 37–69), New York: Oxford University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Jonesová, E. (1996). *Terapie rodinných systémů*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Liessman, P., K. (2015). *Hodina duchů; praxe nevzdělanosti, polemický spis*. Praha: Academia.
- Luepnitz, D. (1992). *The Family Interpreted. Psychoanalysis, Feminism, and Family Therapy*. New York: Basic Books.
- Lum, W. (2002). The use of self of the therapist. *Contemporary Family Therapy*, 24, 181–197.
- McDaniel, S., Doherty, W, Hepworth, J. (2013). *Medical Family Therapy and Integrated Care, 2nd Edition*. Washington: APA.
- Orlinski, D., E., Ronnestad, M.H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: DC: APA.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada.
- Rivett, M., Street, E. (2009). *Family Therapy; 100 keypoints and techniques*. Hove: Routledge.
- Rober, P., Elliot, R., Buysse, G, Loots, G., de Corte, K. (2008). Positioning in the Therapist's Inner Conversation: A Dialogical Model Based on a Grounded Theory Analysis of Therapist Reflections. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 406–421.
- Rober, P. (2011). The therapist's experiencing in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 33(3), 233–255.
- Skorunka, D. (2012). Psychoterapie očima televizní produkce. *Psychoterapie* 8(3–4).
- Skorunka, D., Hajná, D. (2013). Family Therapy in the Heart of Europe. *Contemporary Family Therapy*, 35(2), 212–222.
- Skorunka, D. (2013). Kdy(ž) se dialog nedaří. *Psychoterapie*, (9)1, 172–186.
- Skorunka, D. (2015). Tisíc tváří rodinné terapie; současná teorie a praxe. In M. Lečbych, M. Friedlová (Eds.) *Symposium rodinné terapie; sborník příspěvků z konference*, (s. 8–29), Olomouc: UPOL.
- Stratton, P., Reibstein, J., Lask, J., Singh, R., Asen, E. (2011). Competencies and occupational standards for systemic therapy and couples therapy. *Journal of Family Therapy*, 33, 123–143.
- Šikl, J. (2012). Supervize jako rituál péče o změnu a tradici. *Psychoterapie*, 8(3–4).
- Tomm, K. M. Wright, L.M. (1979). Training in family therapy: perceptual, conceptual and executive skills. *Family Process*, 18(3), 227–250.

Trapková, L. (2013). Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. *Psychosom*, 11(2), 17–27.

Ugazio, V. (2013). *Semantic Polarities and Psychopathology in the Family. Permitted and Forbidden Stories*. Hove: Routledge.

Wampold, B., Imel, Z. (2015). *The Great Psychotherapy Debate*. Hove: Routledge.

Williams, B., Carpenter, J., Timms, J. (2015). Family and systemic psychotherapists' experiences of personal therapeutic consultations as a tool for personal and professional development in training. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 563–582.

Woodcock, J., Rivett, M. (2007). Bringing the self into family therapy training: personal and professional consultations with trainee families. *Journal of Family Therapy*, 29, 351–354.

MUDr. David Skorunka, Ph.D., je psychiater a psychoterapeut s preferencí systematické a narativní perspektivy a s občasnou snahou o integraci poznatků z jiných směrů. Je odborným asistentem na LF UK v Hradci Králové a externím lektorem na FSS MU v Brně. Kontakt: skor@lfhk.cuni.cz

Došlo do redakce 26. 1. 2016, po úpravách přijat k recenznímu řízení 27. 1. 2016. Revidované znění došlo 30. 10. 2015. K publikaci přijato 7. 3. 2016.

SPOLEČNOST TRANSFORMAČNÍ SYSTEMICKÉ TERAPIE ČR, z.s.

otevřívá:

ČTYŘLETÝ UCELENÝ SYSTEMATICKÝ VÝCVIK V RODINNÉ TERAPII DLE PŘÍSTUPU TRANSFORMAČNÍ SYSTEMICKÉ TERAPIE V. SATIROVÉ – MOVISA 6

Výcvik je akreditován u MZ ČR.

Bližší informace na stránkách
[www. satir-institut.cz](http://www.satir-institut.cz)

PŘIHLÁŠKY MOŽNO ZASÍLAT NA ADRESU:
info@satir-institut.cz

Tel.: +420 604 578 923

DVĚ LEKCE ZE ZAHRADNICKÉHO UMĚNÍ – VYUŽITÍ METAFOR V TERAPII ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ

Two lessons from the art of gardening – the use of metaphors in solution-focused therapy

Leoš Zatloukal^a, Daniel Žákovský^b

^aUniverzita Palackého, Dalet, Olomouc, CZ; e-mail: leos.zatloukal@dalet.cz

^bDalet, Olomouc, CZ; e-mail: daniel.zakovsky@dalet.cz

Psychoterapie. 10 (1), 51–63; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Článek se zaměřuje na využití metafor v terapii zaměřené na řešení. V první části autoři nabízejí svůj pohled na metafory a jejich možné propojení s přístupem zaměřeným na řešení. Dále se text zaměřuje na dva druhy metafor – metafory nabízené klientem a metafory nabízené terapeutem. V obou případech předkládají vodítka pro využití metafor doplněná příklady z praxe autorů.

Klíčová slova: terapie zaměřená na řešení, metafora, využití

ABSTRACT:

The article concerns the use of metaphors in solution-focused therapy. In the first part of the text authors offer their view on metaphors and their possible connections to solution-focused therapy. Following parts are devoted to two types of metaphors – client generated metaphors and therapist generated metaphors. Authors offer clues to utilize both types of metaphors as well as case examples from their practice.

Keywords: solution-focused therapy, metaphor, utilisation

„Věcí ze všech daleko největší je stát se mistrem metafor.“

(ARISTOTELES, POETIKA)

„Rozsévač rozsívá slovo... ti, u nichž je zaseto do dobré země slyší slovo, přijímají je a nesou úrodu.“

(BIBLE, MARKOVO EVANGELIUM 4, 14 A 20)

Jerzy Kosiński ve své knize „Byl jsem při tom“, která se stala předlohou ke stejnojmennému filmu, vypráví příběh prostoduchého zahradníka Příhody, který se vyzná jen ve dvou věcech – v zahradničení a v televizních pořadech. Tento muž se zvláštní shodou okolností dostane do domácnosti bohatého podnikatele a finančníka Randa. Protože Příhoda mnoho let působil jako zahradník, reaguje na různé Randovy otázky zásadně tím, že mluví o zahradě, ve které dříve pracoval. Na Randa překvapivě udělají jeho komentáře, které vnímá jako příklady a analogie, takový dojem, že jej dokonce přizve na setkání s prezidentem. Prezidenta, stejně jako většinu občanů v té době, trápí finanční krize. Diskutují s Randem o finanční krizi a o aktuální situaci a přizvaný Příhoda vůbec ničemu z jejich řeči nerozumí. Dokonce v duchu dochází k závěru, že se před ním oba muži baví schválně šifrovanou řečí, aby jim rozumět

ani nemohl. Najednou se na něj prezident přímo obrátí s dotazem: „A co vy? Co si myslíte o tom špatném období na burze?“ Příhoda je v první chvíli zaskočený, ale poté se uchýlí k ověřené strategii a začne vyprávět o zahradě, kterou dříve obhospodařoval: „V zahradě všechno roste podle toho, jaké je období. Není jen jaro a léto, ale taky podzim a zima. A po nich zase jaro a léto. Pokud nejsou poškozené kořeny, je všechno v pořádku a dobře to dopadne.“

„Musím uznat,“ ozval se prezident, „že jsem takhle povzbudivé a optimistické stanovisko už dlouho neslyšel... Mnozí z nás zapomínají, že příroda a společnost mají společný základ! Ano, přestože se snažíme od přírody odříznout, jsme stále její součástí. Náš ekonomický systém se chová – stejně jako příroda – z dlouhodobého hlediska stabilně a logicky, a proto se nesmíme bát toho, že jsme mu vydání na milost. Radujeme se ze střídání ročních období v přírodě, ale období, jimiž prochází naše hospodářství, nás zlobí! Jsme my to ale hlupáci! Závidím vám váš pevný, vyrovnaný náhled. Přesně tohle chybí našemu Kongresu.“ (Kosiński, 2010, s. 56–57)

Tento příběh krásně ukazuje, jakou transformující sílu může mít vhodně zvolená metafora – dokáže změnit nejen význam dané situace, ale i prožívání a chování aktérů a interakci celého systému. Kromě toho je zajímavé si všimnout, že – jako v tomto případě – může být volba užitečné metafory v podstatě nelogická, iracionální. Takovému silnému prostředku změny, ovšem v kontextu psychoterapie, chceme věnovat tento článek. Snažíme se v něm ukázat několik možností, jak se lze stát pomyslným „zahradníkem“ pečujícím o výhonky a kvítky nových možností při práci s klienty.

1. CO JSOU METAFORY?

Pojem „metafora“ pochází z řeckého slova „metaférein“, které se skládá z „pherein“ (nést), „meta“ (přes). Jde tedy o přenos významu na základě vnější nebo vnitřní (strukturální) podobnosti (O’Hanlon, 1986; Battino, 2002). V příběhu o zahradníkově Příhodovi uvedeném výše se přenáší finanční krize do nového kontextu – péče o zahradu. Využívání metafor coby speciálních jazykových útvarů má dlouhou tradici v našich kulturních dějinách – Ježíš v evangeliích mluví skoro neustále v podobnostech, Platónův slavný obraz jeskyně pomáhá uchopit jeho nauku o idejích elegantněji než dlouhá spekulativní pojednání, tradiční i nové pohádky nás už od dětství učí orientovat se ve světě a filmy i knihy nabízející nejrůznější příběhy a symboly mají stále poměrně velký okruh příznivců. Zvláštní roli mají metafory právě při snaze o uchopení toho, co se uchopuje nejobtížněji, a co zároveň bývá v životě člověka nejdůležitější (Lakoff, Johnson, 2002; Battino, 2002).

Metafory vzhledem k jejich provázanosti na poznávání, prožívání i chování nabízejí velmi slibný prostředek terapeutické změny (Battino, 2002; Kopp, 1995). V kontextu psychoterapie lze rozlišit tři základní typy metafor (Combs, Freedman, 1990):

- **symboly** – nejmenší jednotky metafor, slova, objekty, mentální obrazy apod., v nichž je obsaženo bohatství významů
- **příběhy** – jde o komplexnější metafory, zahrnující nějaký děj, pointu i drama a sdělující něco na různých rovinách (vědomé i nevědomé)
- **rituály** (obřady) – soubor aktivit, které mají symbolický význam pro lidi, které

je provádějí; mohou utvrzovat stávající stav a symbolicky posilovat stabilitu a kontinuitu nebo naopak vyjadřovat a symbolicky stvrzovat změny ve vztazích či rolích (Bertolino, O’Hanlon, 2002).

2. METAFORY A PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ŘEŠENÍ

Terapie zaměřená na řešení je svébytný psychoterapeutický přístup, který je charakteristický (De Jong, Berg, 2008) zaměřením na preferovanou budoucnost, zdroje a malý krok (čím začít, jak uvést terapeutickou změnu „do pohybu“). Principy terapie zaměřené na řešení jsou detailně popsány jinde (např. De Shazer et al., 2011; De Jong, Berg, 2008; Zatloukal, 2011). Jednou z možností, jak jim porozumět, je srovnání toho, na co se klade důraz a na co nikoli (McKergow, Korman, 2009). Přehledně lze obojí vidět v tabulce (upraveno podle McKergow, Korman, 2009):

V literatuře věnované terapii zaměřené na řešení se specificky práci s metaforami

příliš pozornosti nevěnuje. Přesto se domníváme, že metafory nejsou pro tento způsob práce něco cizorodého nebo dokonce něco, co by s ním bylo v rozporu. Naopak, terapie zaměřená na řešení obsahuje sama o sobě mnoho metaforických prvků. Asi nejznámější technika tohoto přístupu – tzv. „zázračná otázka“ – pracuje velmi strukturovaně a pečlivě s metaforou zázraku, který způsobil zmizení problému nebo změnu k lepšímu (De Shazer et al., 2011; Zatloukal, 2009). Podobně je tomu s další slavnou technikou – škálami. Ty vlastně přinášejí jednoduché symbolické znázornění situace klienta (De Shazer, Berg, 1993).

V našem pojetí práce s metaforou se kromě samotného přístupu zaměřeného na řešení, který tvoří základní rámec našeho způsobu práce, významně inspirujeme rovněž prací Milтона H. Ericksona (Zeig, 2010; Lankton, Lankton, 1983; Dolan, 1985; Battino, 2002; Rosen, 1982). Jedním z důležitých prvků Ericksonovy práce s metaforou byl předpoklad o komplexním

Tab. 1: Srovnání toho, co terapeuti zaměřeni na řešení obvykle dělají a nedělají

CO TERAPEUTI ZAMĚŘENÍ NA ŘEŠENÍ OBVYKLE DĚLAJÍ	CO TERAPEUTI ZAMĚŘENÍ NA ŘEŠENÍ OBVYKLE VŮBEC NEDĚLAJÍ
Zaměření se na to, co klient (a další zúčastnění) říkají, že chtějí, a na rozdíly, které to způsobí v běžném každodenním životě.	Zaměření se na to, co je špatně a proč.
Zvědavost na to, co klientovi pomáhá k posunu směrem, který si přeje.	Zvědavost na to, co klienta blokuje nebo omezuje.
Využívání klientových popisů toho, co chce a co se již podařilo k tomu, aby se všichni zúčastnění mohli rozhodnout, v čem je pro klienta nejužitečnější pokračovat a dělat toho více. Jinými slovy, „diagnostikujeme“ na čem se s klientem shodneme, že funguje dobře.	Diagnostika patologie nebo využití různých teorií k porozumění tomu, co v klientově životě nefunguje.
Využívání jednoduchého a konkrétního jazyka k budování na klientových popisech.	Vnášení abstraktního – mentalistického nebo systemického – jazyka do konverzací s klienty v kterékoli fázi terapie.

působení metafor na vědomé i nevědomé úrovni (Zeig, 2010; Lankton, Lankton, 1986). Kromě základní linie metafory sledujeme podle Ericksona nevědomě i různé impulzy pro nová učení a zkušenosti, často ve formě nepřímých sugescí (Lankton, Lankton, 1986; Rosen, 1982; Erickson, Rossi, 2010). Lanktonovi (1986) to demonstrovají na jednoduchém příkladě: pokud sledujeme nějaký horor, například slavného „Vetřelce“, pak na vědomé úrovni po jeho skončení víme, že šlo jen o smyšlený příběh, který navíc dopadl dobře (tedy likvidací dotyčné příšery). Přesto se však při cestě do koupelny plížíme, jako by na nás měla příšera každou chvíli vyskočit, a pokud by v tuto chvíli sousedova kočka vyskočila na parapet našeho okna, mohli bychom snadno propadnout panice. Důvod je jednoduchý – kromě základní linie příběhu, který jsme vědomě sledovali, proběhla i spousta nevědomého učení (Lankton, Lankton, 1986): učili jsme se podezřívavosti (příšera se mohla změnit v kohokoli), naléhavosti (vesmírná loď mohla každou chvíli vybuchnout, celý děj filmu se odehrával v šíleném tempu „boje s časem“) či bezmocnosti (příšera nebylo možné zabít, neustále se přeměňovala a napadala další členy posádky). Příběh, který plně zaujal pozornost diváka, vytvořil prostor pro nové intenzivní prožitky a zkušenosti, a tím i ideální prostředí pro nové učení (Goleman, 2014). Zvláštními zdroji inspirace jsou pro nás rovněž podněty Bradforda Keeneyho, zejména jeho důraz na improvizaci, drama a utilizaci při využívání metafor (Keeney, 2009; Keeney, Keeney, 2012). V oblasti systematické práce s metaforami nabízenými klienty je naším zdrojem inspirace rovněž Kopp (1995).

Existují četné typologie terapeutických metafor. Kromě již dříve uvedeného základního členění na symboly, příběhy a rituály (Combs, Freedman, 1990) je z našeho pohledu ještě užitečné rozlišovat metafory nabízené klientem a metafory nabízené terapeutem (Battino, 2002). V prvním případě přináší do terapeutického rozhovoru metaforu klient a terapeut ji „zachytí“ a dále ji rozpracovává. Ve druhém případě přichází s danou metaforou jako první terapeut. Tento rozdíl vnímáme v rámci terapie zaměřené na řešení jako významný z několika hledisek:

- Využití metafory, se kterou přichází klient, koresponduje s principem úspornosti („Ockhamovy břitvy“) či jednoduchosti (De Shazer, 1994; McKergow, Korman, 2009). U metafor nabízených terapeutem hrozí riziko zbytečného komplikování terapeutického procesu a přehlížení možností, které jsou k dispozici a lze je jednoduše využít.
- Práce s metaforou, kterou nabízí klient, posiluje připojení ke klientovi a zejména práci s jeho jazykem a „klíčovými slovy“ (De Jong, Berg, 2008); pečlivé naslouchání klientovi a práce s jazykem, který používá klient, podporuje terapeutickou pozici „nevědění“ či „zvědavosti“ (Anderson, 2009), naopak nabízení metafor ze strany terapeuta může posílit tendenci terapeuta k zaujetí role experta na život klienta (Anderson, 2009; Walter, Peller, 2000), což v přístupu zaměřeném na řešení vnímáme jako rizikové (Walter, Peller, 2000; De Jong, Berg, 2008).
- Nabízení metafory terapeutem umožňuje přinést i velmi neobvyklé a tvořivé pohledy, které jsou vzdálené klientově zkuš-

nosti a jeho používání jazyka, což může být velmi užitečné a obohacující pro terapeutický proces (Keeney, 2009); úskalím může být možnost ztráty připojení ke klientovi a riziko „terapeutické arogance“ – hlavním „hrdinou“ terapie by měl z našeho pohledu být klient (nebo popřípadě klient společně s terapeutem) a nikoli – jakkoli brilantní – terapeut samotný (Duncan, Miller, Sparks, 2004).

- Nabízení metafory terapeutem umožňuje terapeutovi připravit si nějakou metaforu předem, což v případě využívání metafor klientem není možné – tuto výhodu ocení zejména začínající terapeuti nebo terapeuti, kteří preferují přípravu na průběh sezení předem spíše než „terapeutickou improvizaci“ (Keeney, 2009).

Oběma typům metafor se budeme věnovat v následujících dvou částech. Rádi bychom předeslali, že s oběma variantami pracujeme, vážíme si jich a vnímáme je jako potenciálně užitečné. Z našeho pohledu se vyplácí mezi oběma variantami v praxi rozlišovat, dbát na specifika práce s nimi (dále v textu je stručně zmiňujeme) a uvědomovat si jejich přínosy, ale i nároky, které kládou na terapeuta, a možná rizika jejich využití.

3. METAFORY NABÍZENÉ KLIENTEM

Uvedli jsme, že metafory tvoří běžnou a nedílnou součást naší běžné komunikace. Totéž platí i pro komunikaci s klienty v psychoterapii. Z našeho pohledu nejelegantnější způsob práce s metaforami je zachytit a využít metafory, které do terapeutického rozhovoru přináší sám klient. Při práci s metaforami nabízenými klienty

lze náš přístup nejsnadněji popsat ve čtyřech krocích:

1. Zachycení metafory nabízené klientem

Prvním a základním předpokladem je pozorné a pečlivé naslouchání klientovi v pozici „ne-vědění“ či „terapeutické zvědavosti“ (Anderson, 2009). Za užitečné považujeme zejména zachytit „klíčová slova“ klienta, která mají většinou podobu nějaké metafory a mají pro klientovo vnímání a prožívání zásadní význam (De Jong, Berg, 2008; Zatloukal, Vítek, 2016). Alternativně lze požádat klienta, aby nějakou metaforu své situace nabídnul (Kopp, 1995). Tento způsob využíváme méně často, protože konverzace sama většinou přináší dostatek metaforického materiálu. Na druhou stranu nám může pomoci se cíleně zaměřit na práci s metaforami.

Příkladem využití metafory nabízené klientem může být situace z praxe jednoho z autorů (L. Z.), kdy klient popisuje jako problémové ty situace, kdy „vybuchne“. Tato metafora „výbuchu“ byla zachycena a tvořila pak určitou páteř společné terapeutické práce.

2. Prozkoumání metafory

Zachycenou metaforu lze prozkoumat, a to v rovině významové i prožitkové (Kopp, 1995). K tomu lze využít i různé formy imaginace nebo psychodramatu (Kopp, 1995; Berg, Steiner, 2003). Na druhou stranu mnohdy stačí jen hrubé základní porozumění nebo lze rovnou využít záměrného „nedorozumění“ jako dramatického a humorného prvku (Cade, 1986), a tím se rovnou přesunout k další fázi. V případě zmíněném v předchozím bodě bylo prozkoumávání metafory velmi stručné,

pokud bychom jej chtěli více rozvinout, mohli bychom klienta například požádat, aby stručně přiblížil jak takový „výbuch“ konkrétně vypadá (v pojmech chování a interakcí s druhými) a jaké pocity a myšlenky má s takovým výbuchem spojené.

3. Tvořivé rozvinutí metafory novým způsobem

Zachycenou metaforu lze v souladu s principy terapie zaměřené na řešení tvořivě a hravě rozvíjet různými způsoby, například:

- **využít metaforu pro rozvíjení preferované budoucnosti** – metaforu lze jednoduše zakomponovat do otázek zkoumajících preferovanou budoucnost klienta; v případě „výbuchů“ se lze například ptát: „Jak budou ty situace, kdy „vybuchnete“, v budoucnosti vypadat, abyste si mohl říct, že už to nepotřebujete řešit?“ Lze hravě nabízet i různé metaforické varianty: „Přál byste si zmenšit sílu výbuchu? Nebo byste chtěl vybuchovat méně často? Nebo vám spíš jde o to, aby to byly „řízené výbuchy“ a ne něco, co přijde nečekaně a nadělá to paseku?“ atd.
- **využít metaforu pro rozvíjení výjimek** – lze se zaměřit jak na výjimky z problémového vzorce, tak i na předzvěsti řešení (De Jong, Berg, 2008), například se lze ptát: „Podařilo se vám někdy předejít „výbuchu“?“
- **využít metaforu pro rozvíjení zdrojů** – v rámci metafory lze (často opět metaforicky) zachytit a popsat i zdroje, které již klientovi nějakou měrou pomáhají a na nichž lze stavět další terapeutickou změnu; v případě výbuchu lze například pracovat se situací, kdy klient popsal, že se mu podařilo zvládnout hrozící „vý-

buch“ (výjimka) a zkoumat zdroje: „Jak se vám podařilo odvrátit hrozící „výbuch“?“ „Jak se vám podařilo „uhasit roznětku“ a zabránit tak „výbuchu“?“ „Kdo vám v takové „výbušné situaci“ pomáhá to zvládnout?“ apod.

- **využít metaforu pro prožitkové vytváření rozdílů** – metaforicky lze popsat problémovou situaci i řešení a prozkoumat s tím spojené prožívání a poté hledat možnosti, jak tyto metaforické aspekty propojit s reálným životem klienta; tento postup nejvíce koresponduje s postupem „prozkoumávání a transformace metafor klienta“ popsaným Koppem (1995) a vyžaduje důkladné zpracování předchozího kroku (prozkoumávání metafory). Příklad z praxe ukazuje, jak lze tento postup využít.

Příklad z praxe: Bichle

Klient popisoval terapeutovi (D. Ž.) svůj život jako neotevřenou knihu se spoustou stránek, které ještě nikdy nikomu neukázal a i jemu samotnému nejsou stránky knihy pořádně známy. V rámci imaginace klient popisoval knihu i své prožívání. Kniha byla velká a tlustá. Pořádná bichle. A ležela na srdci. A protože byla těžká, to srdce tížila. Poté terapeut nabídnul klientovi, aby v rámci metaforického obrazu učinil nějakou změnu. Klient přišel s tím, že pokud by knihu otevřel a s někým listoval jejími stránkami, byla by lehčí a srdce by tolik netížila. Společně s terapeutem zkoumali, jak to bude vypadat, když se rozhodne stránky s někým prohlížet. Klient hovořil hodně o otevřenosti vůči své rodině. Referoval i o změnách v prožívání. Terapeut klientovi nabídnul, že pokud bude chtít, může mu na dalším sezení ukázat nějakou stránku z této knihy. Na další sezení tedy klient přichází s jedním silným příběhem ze svého života, o kterém ještě nikdy s nikým nehovo-

řil. Dále je vidět, že podniká kroky pro to, aby byl více otevřený i vůči své rodině.

- **využit metaforu pro přerámování a humor** – metafora sama o sobě nabízí skvělou příležitost pro přerámování (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974), s nímž je často spojen i prvek překvapení a humoru (Cade, 1986); v případě s výbuchem tento aspekt splnila zmínka o „řízených výbuších“ (klient předpokládal, že je nutné „výbuchy“ zcela eliminovat, nikdy jej nenapadlo uvažovat o řízeném (a tedy záměrném a plánovaném!) výbuchu jako o strategii řešení.

4. Ukotvení v životě klienta

Poslední fází při práci s metaforami je propojení metafory s životem klienta či její ukotvení. V zásadě lze ukotvení provést třemi způsoby (Kopp, 1995; Battino, 2002):

- **konkretizace metafory** – jednou z možností je detailně s klientem rozebrat, co daný metaforický obraz v jeho životní situaci znamená a jaké nové možnosti přináší; ve výše zmíněném příkladě s „výbuchem“ by klient mohl vnímat „výbuch“ jako metaforu pro situace, kdy jej ovládá silný hněv a reaguje nekontrolovaně a metafora výbuchu mu nabízí nové možnosti, jak tyto situace vnímat a jak s nimi zacházet.
- **využit metaforu pro experiment** – v rámci přístupu zaměřeného na řešení jsme zvyklí nabízet klientům experimenty jako něco nového a bezpečného, co lze vyzkoušet (např. ve formě pozorování rozdílů či zdrojů, předvídání změn, realizace malých krůčků, tréninku nové dovednosti nebo předstírání zlepšení apod.); v rámci experimentů lze pracovat přímo s metaforou – v případě s „výbuchem“ lze klienta například požádat, aby pozoroval, kdy se mu „výbuchy“ daří lépe zvládat, nebo aby sledoval různé typy výbuchů a třídil si je na tři skupiny: výbuchy, které by si chtěl ponechat, výbuchy, kterých by se chtěl zbavit a výbuchy, u kterých si to ještě musí rozmyslet. Popřípadě lze klientovi nabídnout, aby v určité situaci „prodloužil zápalnou šňůru“ (a mohl se skrýt do bezpečí), trénoval v různých situacích „neutralizaci výbušnin“; v nouzi nejvyšší vyhledal „pyrotechnika“ nebo naplánoval řízené výbuchy na příští měsíc do kalendáře na vhodné dny a vhodná místa. Kromě toho lze o experimentech samotných uvažovat jako o samostatném druhu metafor (rituály). Potom lze experimenty vnímat jako dvojnásobnou či dokonce „vnořenou“ metaforu (Lankton, Lankton, 1983).
- **zaměřit se na „nevědomé učení“** (Erickson, Rossi, 2010) – protože terapeutická práce s metaforou z povahy věci nabízí „facilitaci nového učení vedením asociací“ (Erickson, Rossi, 2010) a má tedy četné „sugestivní aspekty“, lze využít efekt tzv. „posthypnotické sugesce“ (Erickson, Rossi, 2010) v širším slova smyslu. V takovém případě lze nechat působit sugesce (ve smyslu „podnětů pro nové učení“) spojené s metaforou beze snahy o vysvětlování, vyjasňování a vědomé porozumění metafoře ze strany klienta; tuto strategii lze využít nejen při explicitní hypnoterapii, ale při jakékoli terapeutické práci s metaforami, zejména s příběhy. Příklady práce s metaforou ve formě příběhu s využitím posthypnotické sugesce lze najít například v Rosen (1982),

Zeig, Munion (2008) nebo Zatloukal (2011).

Příklad z praxe: Dostat ho z hlavy

Pracoval jsem (L. Z.) s klientkou, která mě požádala o hypnoterapii. Když jsem se jí ptal, co by bylo pro ni dobrým výsledkem takové úspěšné hypnózy, vysvětlila mi, že pořád „musí“ myslet na svého bývalého přítele, se kterým si čas od času napíše, ačkoli on už žije v zámoří a vztah z jejího pohledu nemá „absolutně žádnou perspektivu“ a už před dvěma měsíci se oficiálně rozešli. Začala mi popisovat, že díky tomu nemůže pořádně spát, má zdravotní problémy (se žaludkem), práce jí nejde a ani se na ni nedokáže soustředit. Když jsem znovu zaměřil její pozornost k tomu, podle čeho pozná, že hypnóza zabrala a že se to zlepšilo, popsala, že „by ho dostala pryč z hlavy“ a popisovala další změny v práci i v osobním životě, které by to přineslo. Ptal jsem se na detaily s využitím jejího obratu „dostat ho z hlavy“: „Až ho dostanete pryč z hlavy, co bude jinak? A co dalšího se změní, až ho dostanete pryč z hlavy?“ atd. Když jsme takto detailně popsali její představu preferované budoucnosti, pronesl jsem s naprosto vážnou tváří: „Mluvili jsme o tom, jak se váš život změní, až ho dostanete pryč z vaší hlavy. Řekněte mi, kam ho tedy chcete přesunout?“ Klientka na mě nejdříve chvíli zmateně koukala, zatímco jsem rukou ukazoval, jak se „něco“ přesunuje z hlavy někam jinam, a u toho jsem pokračoval: „Možná by pro vás bylo zajímavé ho dostat pryč z hlavy a přesunout ho tak, aby vám ‚vlezl na záda‘... anebo abyste ho ‚měla v paži‘... možná bude lepší mít ho raději ‚v patě‘ nebo ho pro jistotu pořádně ‚mít na krku‘... anebo uvítáte, když vám prostě bude ‚u zadku‘...?“ Už během mé řeči klientka pochopila, kam mířím a začala se usmívat, ale v tomto bodě dostala úplný záchvat smíchu a několik minut jsme se smáli. Když se trochu vzpamatovala,

okamžitě s potutelným úsměvem zareagovala: „Pro mě je to úplně jasné, chci, aby mi byl úplně u prdele!“ To pro změnu rozesmálo mě. Na to jsem ocenil, že může být rozumné jej zatím jen přesunout na nějaké místo, kde nebude tolik rušit a obtěžovat, ale zatím ho úplně neodhazovat pryč. „Někdy je prostě užitečné jít po menších krocích“, uvažoval jsem nahlas... potom jsem se ještě ujistil, zda by uvítala jeho umístění spíše u levé nebo u pravé pŕlky (opět výbuch smíchu, poté zvolila pravou). Následně jsem začal s hypnotizací a během hypnózy jsem postupně sugeroval „jeho“ přesun z hlavy směrem na to „pravé místo“, které si zvolila. Od té doby myšlenky na bývalého přítele výrazně polevily, ale občas se ještě objevovaly. Společně s klientkou jsme na dalším sezení vytvořili přímo pro ni určitý „autohypnotický rituál“ pro situace, kdy se neodbytné a trýznivé myšlenky na bývalého přítele opět objeví. Při tomto postupu klientka při relaxaci postupně imaginovala „přesun“ z hlavy na „to pravé místo“, a tím došlo k úlevě. Požádal jsem ji, aby tento postup vyzkoušela v situaci, kdy se nějaké podobné myšlenky objeví. Na dalším sezení mi klientka vyprávěla, že „autohypnotický postup“ vůbec nevyužila, protože když se objevily obtěžující myšlenky, stačilo jí vzpomenout si na to, kam „ho“ chce přesunout, a to ji natolik pobavilo a rozesmálo, že už nic dalšího nepotřebovala. V tomto případě je k dispozici kombinace několika z výše uvedených prvků – využití metafory při práci s preferovanou budoucností, využití přerámování a humoru i metaforický experiment.

Zejména při práci s dětmi (ale nejen s nimi) lze při práci s metaforou využít rovněž kreslení či přehrávání (dramatizaci). Známostou technikou využívající kresbu je komiks, v němž lze do jednotlivých políček kreslit například problém, řešení, cestu

k řešení a symbolického pomocníka (Mills, Crowley, 1986; Berg, Steiner, 2003). Podobně si lze vybrané situace (pomyslná políčka z komiksu) s klienty přehrát formou krátkých scének (Furman, 2004; Berg, Steiner, 2003).

4. METAFORY NABÍZENÉ TERAPEUTEM

Alternativním přístupem je místo zachycování metafor klienta a jejich využívání přicházet s vlastními metaforami ze strany terapeuta. Ačkoli je to v tomto případě terapeut, kdo nabízí metaforu, měl by podle našeho soudu co nejvíce vycházet z jedinečnosti klienta. Náš způsob práce s nabízením metafory terapeuta lze rovněž shrnout do čtyř kroků:

1. Vyjít z klientovy zkušenosti

Zvlášť cenným zdrojem informací pro terapeutovu tvorbu metafor na základě klientovy zkušenosti je „popovídání“ („small talk“), v němž se zaměřujeme na to, co klienta baví, co mu přináší radost do života, co je pro něj v životě důležité a co (alespoň trochu) umí (De Jong, Berg, 2008).

Jinou alternativou je požádat klienta, aby si vybral nějakou metaforu z předložené nabídky (např. ve formě obrázků či kartiček). Pokud klienta zaujme nějaký obraz, například dům nebo květina, lze dále tento obraz strukturovaně rozvádět.

2. Nabídnout metaforu

Pokud se terapeut rozhodne nabídnout nějakou metaforu, měl by si ujasnit, s jakým záměrem ji nabízí (Lankton, Lankton, 1983). Na základě toho lze nabídnout jednoduchou metaforu ve formě symbolu nebo i složitější metafory ve formě příběhů či rituálů. Při tvorbě příběhů je užitečné dbát na to, aby příběh měl nějaký děj, tedy nějaký začátek, střední část i zakončení (Lankton, Lankton, 1983; Battino, 2002). Příběh může kopírovat „tříaktovou strukturu“ terapeutického sezení (Keeney, 2009) a nabídnout v metaforické rovině paralelu k problému, tvořivému přemostění (zdroje) i potvrzení a rozvinutí změny (Keeney, Keeney, 2012). Pro samotné vyprávění příběhu je vhodné pracovat s prvkem dramatickosti a zaujetí pozornosti klienta. Základní dramatické prvky pro vyprávění příběhů v terapii jsou shrnuty v tabulce (Lankton, Lankton, 1983).

Z našeho pohledu je důležité, aby metafora byla pro klienta nabídkou, kterou může odmítnout, nikoli nějakým závazným odborným stanoviskem, které by měl přijmout. Často terapeutovu nabídku metafory uvozujeme například slovy „napadá mě k tomu příběh...“, „připomnělo mi to...“, „jak jste říkal XX, vzpomněl jsem si, že nedávno jsem slyšel...“.

Tab. 2: Dramatické prvky pro konstrukci příběhu

Dramatický prvek	Klient	Protagonista příběhu
Napětí	Ví, co se děje nebo nastane (ale neví, kdy nebo jak přesně)	Neví, co se děje nebo co nastane
Záhada	Neví, co se děje nebo co nastane	Ví, co se děje nebo co nastane
Překvapení, šok, humor	Neví, co se děje nebo co nastane	Neví, co se děje nebo co nastane

3. Rozvinout metaforu

Při nabízení metafory vnímáme jako užitečné sledovat reakce klienta s ohledem na to, nakolik ho daná metafora zaujala. Stejně jako je z našeho pohledu užitečné umět nějakou metaforu nabídnout, je užitečné i od nějaké metafory zavčas upustit, pokud není užitečná.

Pokud klienta metafora nějakým způsobem zaujme a inspiruje, je možné ji dále rozvíjet, doptávat se klienta na další nápady, přidávat různé terapeutické sugesce a návrhy možností či zkoumat s klientem prožitkovou rovinu metafory. Z naší zkušenosti se ukazuje, že různí klienti mají různé preference z hlediska délky setrvání v „metaforickém světě“. Někteří mohou s chutí pracovat na metaforické rovině celé sezení nebo i několik sezení, jiní naopak poměrně záhy přecházejí ke konkrétní aplikaci a „ukotvení“ metafory v kontextu svého života. Podobně to ovšem pravděpodobně platí i o terapeutech a jejich preferencích.

4. Ukotvit v životě klienta:

Při ukotvování v životě klienta postupujeme obdobně jako u metafor nabídnutých klientem, tedy buď zaměřením se na konkretizaci metafory, na experiment nebo zaměřením na „posthypnotické sugesce“ a nevědomé učení. Následující příklad ukazuje první z těchto variant.

Příklad z praxe: Eliáš

Přišla ke mně (L. Z.) asi pětadesátiletá klientka, která se dlouhodobě léčila s depresí, brala již několik let léky a pravidelně navštěvovala psychiatra. Ještě než jsem se jí stačil na cokoli zeptat, předložila mi zprávu od lékaře, kde byla uvedena její diagnóza i léky, které bere. Když jsem se jí zeptal, co očekává od naší spolupráce, mluvila o tom,

že by zmizely deprese. Když jsme si povídali o tom, jak bude její život vypadat, až deprese zmizí, překvapila mě jasnou a zároveň neobvyklou vizí: „Budu moci zase mluvit s Bohem.“ Poté mi vysvětlila, že je velmi silně věřící a mnoho času věnuje různým formám modlitby a čtení Bible. Dříve byla nějak schopná Boha vnímat a všechno bylo v pořádku, ale od jisté doby již Boha „necítí“. Jakmile bude moci zase vnímat Boha, bude vše v jejím životě v pořádku. Někjaký čas jsme ještě strávili popisem změn v jejím životě, které nastanou poté, co deprese zmizí. Přitom jsem si v duchu kladl s určitým znepokojením otázku, zda nejde spíše o případ pro nějakého kněze či duchovního. Na mou otázku v této věci klientka uvedla, že sama se v žádné církvi neangažuje, ale dříve měla svého „duchovního učitele“ a nyní čerpá inspiraci z různých přednášek a knih a žádné duchovní doprovázení vyhledat nechce (když tak jí bude někdo „poslán“). Když jsme si dále společně povídali o změnách v jejím životě, vzpomněl jsem si při nějaké klientčině zmínce o Bibli na biblický příběh o Eliášovi. Zmínil jsem se jí o něm a zeptal jsem se, zda jej zná. Řekla, že navzdory tomu, že Bibli čte hodně, tento příběh nezná, a byla na něj velmi zvědavá. V příběhu (1 Kr18) se vypráví o proroku Eliášovi, který se utkal s kněžími pohanského boha Baala. Baalovi kněží i Eliáš měli připravit hranici pro zápalnou oběť, a pak požádat svého Boha, aby seslal oheň a hranici sám zapálil. Zatímco Baalovi kněží neuspěli, Eliášovi se podařilo oheň z nebe přivolat. Prorok slavil velký triumf a měl silný duchovní zážitek. Vzápětí však přišla děsivá zpráva – královna Jezebel, která byla nakloněna Baalovým kněžím, vydala rozkaz Eliáše najít a popravit. Eliáš utekl do pouště. Tam po několika dnech trpěl žízní i smutkem, rezignoval a přál si umřít. A stal se zázrak – Bůh poslal anděla, který mu přinesl chléb a vodu. Tento zázrak se opakoval několik

dní. Eliáš nebyl schopen ničeho jiného než jen ležet a čekat na chléb a vodu, které jej udržovaly při životě. Bůh poté Eliáše vyzval, ať se vydá na cestu. Po 40 dnech dorazil „v síle toho pokrmu“ až k hoře Choreb, kde prožil silný mystický prožitek. Vyprávěl jsem ten příběh dramaticky a pomalu a vkládal jsem tam různé komentáře. Na konci klientka zamyšleně řekla: „Možná jsem teď právě na poušti... také si často přeji umřít a je to hrozné, ale mám tam alespoň chleba a vodu, abych to nějak přežila.“ Poté se rozloučila a odešla. Na dalším setkání hned na začátku po přivítání spustila: „Minule po našem sezení jsem si šla sednout do jednoho chrámu a přemýšlela jsem o tom příběhu, který jste vyprávěl, a znovu jsem si ho i celý přečetla v Bibli. A už vím, kdo je ten anděl... to jste vy!“ Musím se přiznat, že se mi nestává každý den, aby mě někdo nazval andělem, proto jsem poděkoval a navázal jsem: „Zdá se, že jako anděl mám za úkol vám nabídnout nějakou posilu, abyste to na poušti dokázala zvládnout a dokonce sebrala síly a vydala se na cestu dojít až k hoře Chorebu... s jakou posilou byste chtěla odejít z dnešního sezení?“ Podobným způsobem jsme pracovali asi 20 sezení v průběhu asi dvou let, během kterých se klientce podařilo zvládnout závažný zdravotní zákrok, dramatický rozvod mladšího syna, úmrtí psa i další životní a vztahové těžkosti. Nakonec se stav klientky zlepšil natolik, že jsme se dohodli na ukončení spolupráce s tím, že se v případě potřeby může kdykoli na mě obrátit. O tom, zda již dorazila ke svému Chorebu, zatím zprávy nemám.

Obdobně jako v případě metafor nabízených klientem lze i při práci s metaforami nabízenými terapeutem využít grafické či dramatické prvky. Většinou se v takovém případě jedná již o předpřipravené a jasné strukturované materiály: standardizované obrázky, dokreslovací pomůcky nebo předem definované scénky.

ZÁVĚREM

V úvodu tohoto textu jsme terapeuta přirovnali k zahradníkovi. Doufáme, že bylo patrné, že nám nešlo o to, aby terapeut vše, co rozhovor s klienty přináší, jednoduše převáděl po vzoru pana Příhody na své oblíbené téma, tedy kupříkladu na zahradničení. Spíše lze podle našeho soudu chápat práci s metaforami v nejširším slova smyslu jako zahradnickou práci. Znamé Ježíšovo podobenství o rozséváči je zajímavé tím, že metaforicky popisuje způsob, jakým se lze dívat na používání metafor. Terapeutické metafory mohou představovat drobná semínka, která postupem času přinášejí v životě klientů úrodu a užitek. Mnohé z nich nepadnou na úrodnou půdu, ale některá se mohou uchytit. Některá semínka dokonce přicházejí od klienta (klientem nabídnuté metafory), s jinými může přijít terapeut. V obou případech lze roli terapeuta vnímat jako (znovu)zasévání těchto semínek a péči o nové konstruktivní učení klienta, které z nich vzejde. V tomto smyslu je práce s metaforami v pravém slova smyslu tvořivá, protože vytváří něco zcela nového a užitečného.

LITERATURA:

- Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: Postmoderní přístup k terapii*. Praha: NC publishing.
- Battino, R. (2002). *Metaphoria: Metaphor and Guided Metaphor for Psychotherapy and Healing*. Carmarthen: Crown House publ.
- Berg, I. K., De Shazer, S. (1993). *Making numbers talk: Language in therapy*. In Friedman, S. *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: The Guilford press, s. 5 – 24.
- Berg, I. K., Steiner, T. (2003). *Children's solutionwork*. New York: W. W. Norton and comp.
- Bertolino, B., O'Hanlon, B. (2002). *Colla-*

- borative, competency-based counseling and therapy.* Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Cade, B. (1968). *The uses of humour in therapy.* In De Shazer, S., Kral, R. (eds.) *Indirect approaches in therapy.* Rockville: Aspenpubl., Inc., s. 64–76.
- Combs, G., Freedman, J. (1990). *Symbol, story and ceremony: Using metaphor in individual and family therapy.* New York: W. W. Norton and comp.
- De Jong, P., Berg, I. K. (2008). *Interviewing for solutions.* 3rd ed. Pacific Groove: Brooks/Colepubl.
- De Shazer, S. (1993). *Klíče k řešení v krátké terapii.* Trenčín: Galanta.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic.* New York: Norton & co.
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., Berg, I. K. (2011). *Zázračná otázka: Krátká terapie zaměřená na řešení.* Praha: Portál.
- Dolan, Y. M. (1985). *A path with a heart: Ericksonian utilization with resistant and chronic clients.* New York: Brunner/ Mazel publ.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy.* 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. (2010). *Hypnotická psychoterapie: Kniha případových studií.* Brno: Emitos.
- Furman, B. (2004). *Kids' Skills: Playful and practical solution-finding with children.* Bendigo: St. Luke's Innovative Resources.
- Goleman, D. (2014). *Pozornost: Skrytá cesta k dokonalosti.* Brno: Jan Melvil publ.
- Keeney, B. (2009). *The creative therapist: The art of awakening a session.* New York: Routledge.
- Keeney, H., Keeney, B. (2012). *Circular Therapeutics: Giving Therapy a Healing heart.* Phoenix: Zeig, Tucker and Theisen.
- Kopp, R. R. (1995). *Metaphor therapy: Using client-generated metaphors in psychotherapy.* New York: Brunner/ Mazel publ.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2002). *Metafory, kterými žijeme.* Brno: Host.
- Lankton, S. R., Lankton, C. H. (1986). *Enchantment and Intervention in Family Therapy: Training in Ericksonian Approaches.* New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S. R., Lankton, C. H. (1983). *The answer within: A clinical framework of ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel publ.
- McKergow, M., Korman, H. (2009). In between – neither inside nor outside: The radial simplicity of solution-focused brief therapy. *Journal of Systemic Therapies* 28, s. 34–49.
- McNeilly, R. B. (2009). *Healing the Whole Person.* New York: John Willey and sons.
- Mills, C. M., Crowley, R. J. (1986). *Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within.* New York: Brunner – Routledge.
- O'Hanlon, B. (1986). *The use of metafor for treating static complaints in psychotherapy.* In De Shazer, S., Kral, R. (eds.) *Indirect approaches in therapy.* Rockville: Aspenpubl., Inc., s. 19 – 24.
- Rosen, S. (1982). *My Voice Will Go with You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson.* New York: W. W. Norton and comp.
- Walter, J. L., Peller, J. E. (2000). *Recreating brief therapy: Preferences and possibilities.* New York: W. W. Norton and comp.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton & Company.
- Zatloukal, L. (2009). „Zázračná otázka“ a její využití v krátké terapii. *Psychoterapie*, 3/2009, s. 179–191.
- Zatloukal, L. (2011). Jak odehnat slony – přístup zaměřený na řešení. *Psychologie dnes* 17, č. 5, 2011, s. 48–52.
- Zatloukal, L. (2011). Práce s „podvědomím“ v (hypno)terapii zaměřené na řešení popsána na příkladu z praxe. *Psychoterapie* 5/2011, s. 26–40.
- Zatloukal, L., Vítek, P. (2016). *Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností.* Praha: Portál, (v tisku).
- Zeig, J. K. (2010). *Výukový seminář s Miltonem H. Ericksonem.* Brno: Emitos.

Zeig, J. K., Munion, M. W. (2008). *Milton H. Erickson*. Praha: Triton.

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D., je absolventem doktorského studia klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a sociální práce na Ostravské Univerzitě v Ostravě. Absolvoval komplexní 750h výcvik v systemické psychoterapii (ISZ), výcviky v hypnoterapii (prof. Kratochvíl, Dr. Zíka) a další kurzy a výcviky pod vedením předních tuzemských i zahraničních lektorů. Vyučuje poradenství a terapii a vybrané manažerské dovednosti na katedře sociální práce Univerzity Palackého v Olomouci a spolupracuje s několika dalšími vysokými školami (FSS MU, FF MU, Newton College), působí v soukromé praxi (Olomouc) a v manželské a rodinné poradně (Brno). Je spoluzakladatelem týmu terapeutů, koučů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení „Dalet“ (www.dalet.cz), lektorem komplexního psychoterapeutického

výcviku v terapii zaměřené na řešení, výcviku v hypnoterapii zaměřené na řešení a dalších kurzů a výcviků. Kontakt:leos.zatloukal@dalet.cz

PhDr. Daniel Žakovský absolvoval studium psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a četné další kurzy a výcviky v systemickém přístupu, integrativní psychoterapii a hypnoterapii. Působí v soukromé praxi (Kroměříž). Je spoluzakladatelem týmu terapeutů, koučů a lektorů přístupu zaměřeného na řešení „Dalet“ (www.dalet.cz), je lektorem komplexního psychoterapeutického výcviku v terapii zaměřené na řešení, výcviku v hypnoterapii zaměřené na řešení a dalších kurzů a výcviků. Kontakt:daniel.zakovsky@dalet.cz

Došlo do redakce 10. 2. 2016, po úpravách přijat k recenznímu řízení 17. 2. 2016. Revidované znění došlo 9. 3. 2016. K publikaci přijato 10. 3. 2016.

PSYCHODYNAMICKÉ POJETÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT)

Psychodynamic view of cognitive behavioral psychotherapy (CBT)

Jan Poněšický

ABSTRAKT

Cílem této publikace je diskuze možnosti obohacení KBT o psychodynamický, resp. psychoanalytický interakční rozměr. Autor též poukazuje na kognitivně behaviorální chápání psychodynamické psychoterapie. Na příkladu publikace Vyskočilové a Praška (2015) demonstrující KBT postup, ukazuje, jak v praxi není dostatečně reflektována interakce mezi pacientem a terapeutem, který se pravidelně ocitá pod tlakem přijetí komplementární role. Tomu se snaží čelit některé terapeutické psychodynamické a interakčně psychoanalytické postupy, které by bylo možno integrovat do KBT, aniž by utrpěla její specifika týkající se teorie učení.

Klíčová slova: psychodynamická, psychoanalyticky interakční psychoterapie, KBT, integrace

ABSTRACT

The aim of this publication is the question how to enrich and integrate psychoanalytic interactional concept to the CBT. In contrary it is possible to understand psychodynamic psychotherapy from the point of view of the CBT. An example (Vyskočilová, Praško, 2015), which demonstrates CBT method, reveals how the therapeutic practice does not sufficiently respect the interaction between the patient and the therapist, who finds himself under the temptation to accept the complementary role. This problem could be solved by some psycho-

dynamic and psychoanalytic interactional concepts, which could be integrated to the CBT without loss of its specifics based on the learning theory.

Key words: psychodynamic, psychoanalytic interactional psychotherapy, CBT, integration

ÚVOD A TEORIE

Behaviorální psychoterapie prodělává vývoj, který ji přibližuje psychodynamické a psychoanalytické psychoterapii. V jejích publikacích se hovoří o egu a superegu, o přenosu a protipřenosu, o odporu atd. Mně půjde o to, zda KBT využívá všechny svoje potenciály, vycházející z teorie učení, a zda se může ještě více obohatit psychodynamickým pohledem, aniž by ztratila svůj specifický přístup.

První kognitivní obrat rozšířil pracovní model od stimulu k reakci o účast kognitivních schémat na výsledném chování, o vliv interpersonálních vzorců chování, na které se tradičně soustřeďuje psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie, byť klade větší důraz na jejich emocionální ukotvení.

V posledních letech se KBT ještě ve větší míře zabývá pohledem zevnitř, introspekci, tím co v pacientovi určitá situace vyvolává. Doporučuje pozorovat s jistou distancí reakce, pocity, emoce, myšlenky, stará předsevzetí a impulsy k jednání (mindfulness). Představou je, že se dle nich klient nemusí ihned chovat. Spíše se má zamýšlet nad tím,

jaké výsledné jednání by odpovídalo jeho hodnotám a cílům. Tímto postupem se vyznačuje jak metakognitivní psychoterapie tak i ACT. Tento důraz na vhléd i náhled je opět typický pro psychoanalytické a psychodynamické směry. Na druhé straně lze proces náhledu pomocí interpretací popsat jako kondicionální učení (podmíněně reflexní), v jehož světle je možno chápat nejen traumaterapii, ale i narativní přístup. Slova a řeč označují, resp. symbolizují skutečnost, na niž zprostředkovaně reagujeme. Vnímání situace (či vzpomínka na ni) – má vždy individuální význam. Reprezentuje kognitivně i emocionálně (druhosignálně) určitou konkrétní situaci, na kterou reaguje pacient např. úzkostně či depresivně. Pakliže pacienta na jím subjektivně definovanou situaci desenzibilizujeme, či v rozhovoru s ním její význam pozměníme, změní se i patologická reakce na ní. Podobně je tomu, když převyprávíme jinak jeho život, který tím získá nový význam.

Zde vidím příležitost jak definovat přenos a protipřenos na pozadí konceptu KBT: jde o stále stejné (podmíněně reflexní) reagování na situace, které se podobají dřívějším situacím a reakcím na ně, zvl. jsou-li kognice, emoce i tělesné prožívání úzce (neuronálně) propojeny (např. důsledkem stresu).

Domnívám se, že ještě významnějším krokem k rozšíření KBT by mohl nastat integraci interakčního principu v terapii.

Zajímavý a paradoxní je fakt, že se tímto v podstatě behaviorálním tématem, jak na sebe reagují pacient a terapeut, intenzivně zabývá psychoanalyticky fundovaná interakční psychoterapie (PiP) (Streeck, 2007). Místo principu interpretace volí princip selektivně-autentické odpovědi, jež může vést k nové interpersonální zkušenos-

ti, k internalizaci nové vztahové interakce. Přináší více uspokojení, např. sebedůvěru a hrdost na sebe. Terapeut reaguje zvláště na maladaptivní jednání dle principu: když se chováš tak a tak, tak to ve mně vyvolává to a to (tělesné prožitky, afekty, myšlenky a impulzy k jednání), což vede k porozumění interpersonálních konfliktů a valastnímu podílu na nich. Stejně důležité je pozitivně reagovat na impulzy vedoucí k novému chování. Tuto zpětnou vazbu klientovi poskytuje terapeut jak selektivně-autenticky ve vzájemné aktuální interakci, tak i zástupně, za lidi s kterými je pacient ve styku. Pacient tím získá možnost se s terapeutem identifikovat, což je další způsob učení.

Je třeba si uvědomit, že ať chceme či nechceme, stále svým postojem a intervencemi něco posilujeme. Či spíše odmítáme, očekáváme, nebo si přejeme – což pacient empaticky vnímá. Proč by to tedy neměl terapeut v terapeuticky vhodné formě dát explicitně najevo? Samozřejmě si musí uvědomit svůj subjektivní postoj a přezkoumávat, zda společně s klientem neaguje na základě vlastní problematiky. Stejně tak je zřejmé, když je terapeut velmi racionální a ztěžuje tak rozvoj emocionalitu u pacienta.

PŘÍKLAD Z PRAXE

Velmi mne potěšilo, že se přenosem a protipřenosem začala zabývat i KBT. Na příkladu kazuistického zlomku z nedávného článku Vyskočilové a Praška v Československé psychiatrii 3/2015 se pokusím demonstrovat, na jakém bodě však zůstává KBT v praxi stát: totiž že se dostatečně nevěnuje vzájemné aktuální interakci, což by měla být její doména. Vždyť terapeut neustále svým chováním něco posiluje, na něco nereaguje a na něco reaguje averzivně, verbál-

ně i neverbálně, jde tudíž o operantní učení.

V předložené publikaci jde o pacientku trpící neustálým strachem z odmítnutí proto, že by 100% nefungovala ve vztahu k matce, partnerovi i v zaměstnání. Aktuálně se cítí špatně, poněvadž nepřinesla domácí úkol a přišla pozdě, za což se omlouvá. Terapeutka velmi dovedně a přesvědčivě objasňuje tento její vztahový vzorec chování a poukazuje na jeho přenos na sebe, poté se znovu vrací k podobným tendencím pacientky dělat vše perfektně v zaměstnání, kde se neustále obává kritické reakce šéfa, ale jelikož žádné chyby nedělá, cítí se tam „nejspokojenější“.

Jak na to reaguje terapeutka? Odvětil: „Teď jste taky bezchybná, jak pěkně jste to pospojovala, opravdu moc se mi to líbí...“ Co to znamená, co to způsobí? Terapeutka honoruje její bezchybnost, tudíž posiluje její starý vzorec chování a nenabízí nový druh vztahu. Jistě, honorevala tím i vzhled do jejího opakujícího se vzorce chování. To vše by bylo přínosné, kdyby terapeutka dodala: „Teď jsem se přistihla při tom, že i já chválím vaši bezchybnost.“ Navíc si nevšímá vzájemného rozdělení rolí: terapeutka, vedoucí velmi dovedně pacientku k náhledu na její typické chování, a pacientka jako vzorná žačka splňuje její očekávání. Pacientka „nabízí“ terapeutce roli autority a sama zůstává v komplementární roli učenlivé klientky.

DISKUZE

Nedovolím si posuzovat, zda byla intervence psychoterapeutky kontraproduktivní. V jiném kontextu nežli KBT se mohlo jednat o terapeuticky účinný moment setkání (Stern, 2007), resonance, vzájemného porozumění.

Jak by reagoval psychoanalytik? Asi by jen řekl: „Teď jste také bezchybná.“, ovšem ne jako pochvalu, spíše jako poukaz na to, že i v situaci bezpečí se její vztahový vzorec opakuje. Možná by si vzpomněl na koncept testování, totiž na to, že pacienti zprvu prezentují své staré vzorce interpersonálního chování a tím testují terapeuta. Nejen zda ho neodsoudí, ale i zda si dá tu práci, prohlédne to a bude se zabývat i tím, co tak pacient vytěšňuje, co se neodvážá žít a zda nabídne jiný druh vztahu.

Nevím, zdali by interakčně pracující psychoanalytik v této situaci zareagoval, ale mohl by např. říci: „Představte si, že se cítím volněji, když nepřinesete domácí úkol, než když se mnou vzorně spolupracujete“. Anebo: „Teď pozoruji, jak mi jde to vaše omlouvání a snaha vše ode mne akceptovat na nervy.“

Relacionální psychoanalytik si navíc kladde otázku po tom, co jej vede k tomu, že pacientku pochválí. Co znamená ta vznikající atmosféra harmonické spolupráce, která je i jemu příjemná? V příhodném okamžiku by to oslovil, a např. řekl: „Mám dojem, že nám teď jde oběma o to, aby probíhala terapie bezchybně a v harmonické atmosféře. Avšak vlastně jste se jí vy odvážila vašim pozdním příchodem i nesplněním úkolu narušit. Zdá se, že jste odvážnější nežli já.“ Problém vězí totiž v tom, co se mezi pacientem a terapeutem vytváří (např. normy vzájemného chování). Vzniklá intersubjektivita získá postupně vlastní autonomii a může vymezovat to, co se ve vzájemné interakci má a smí projevovat a co je tabuizováno.

Tak např. převzala jedna kolegyně roli maminky u padesátiletého muže, jenž vyrůstal jako nechtěné dítě, jemuž ztroskotalo

manželství a je nyní bez práce. Na otázku, zdali jej může vidět jako dospělého, či dokonce atraktivního muže odpověděla záporně. Tím mu však nedává šanci si tuto roli osvojit, resp. zkusit. Vzniklá atmosféra matky které je líto bezmocného dítěte stojí v cestě zralejšímu vztahu a prospěšné konfrontaci.

Závěrem lze podotknout, že v interakci mezi pacientem a terapeutem se jedná o oboustrannou regulaci jejich vzájemného vztahu a jednání. Oběma stranám jde o regulaci prožívání sebe sama a nastolení takového vztahu, který zabezpečuje jistotu, sebeúctu a potvrzení vlastní identity, resp. interakční základní potřebu ve vztahu: být viděn, být vítán, potřebu responsibility. Ta je frustrována zejména u strukturálních poruch osobnosti, kde zážitky vzájemné rezonance v komunikaci mezi matkou a dítětem chyběly. To je spojeno s přáním po vyřešení konfliktu, problematické životní situace atd.

V podstatě jde v KBT i psychodynamické psychoterapii o to samé, což vynikne při srovnání v rámci společné neuropsychoterapeutické platformy: mozek coby „sociální orgán“ je strukturován našimi zkušenostmi, identifikacemi a reakcemi na různé situace, nervové buňky konkurují o přístup k novým podnětům. Jak KBT tak i psychoanalytická psychoterapie se snaží, každá z jiné perspektivy a jiným způsobem, o změnu: nabízí nový vztah, nové zkušenosti, nové identifikace i nové vidění zátěžových situací. Jde o společné hledání významu.

Společný cíl i rozdílnost cest, jež k němu vedou, spočívá mimo jiné v tom, že psy-

chodynamický terapeut se otvírá tomu, co pacient nežije či čeho se nedvažuje, kdežto KBT terapeut to samé doporučuje, např. prosazení se ve formě nácviku. Mnozí KBT terapeuti by mohli namítnout, že kladou ve výcviku i vlastní praxi důraz na vzájemnou interakci. Skutečností zůstává, jak pozorují v supervizích v Česku i v Německu, že zůstává stále v popředí role terapeuta experta s přáním po objektivitě a se zanedbáním role vlastní subjektivity.

Na Česko-slovenské psychoterapeutické konferenci 2016 v Jeseníku jsem se zabýval s tím spojenými problémy: když se pacient s terapeutem identifikuje, a navíc terapeut nevědomky averzivně reaguje na to, co odporuje jeho názorům, pacient se stále více podobá terapeutovi, jenž tudíž analyzuje v pacientovi sebe sama. Avšak i terapeut je ovlivňován pacientem – jak je pak možná objektivní diagnostika? Dokonce i terapeut se vlivem působící terapeutické situace snaží nevědomky řešit svůj (aktualizovaný) problém v interakci s pacientem.

Závěrem poznámka: V následujícím čísle České a Slovenské psychiatrie uveřejnili oba autoři vynikající stať o protipřenosu, tedy o problematice, kterou zde diskutuji.

LITERATURA:

- Stern, D. N. (2007). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Streck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Vyskočilová, J.; Praško, J. (2015). Přenos v kognitivně-behaviorální terapii a jeho etické souvislosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2/111. Praha: ČLS JEP.

PŘÍSPĚVEK K PROBLEMATICE ÚZKOSTI V KONTEXTU SOUČASNÉ UPRCHLICKÉ KRIZE V EVROPĚ

Michal Novák

ÚVODEM NĚKOLIK OTÁZEK

Je možné usuzovat u silných odpůrců uprchlictví na větší zastoupení či převahu paranoidně schizoidní úrovně psychiky (dle M. Kleinové) než u smířlivěji uvažujících Evropanů? Mohou někteří ze sympatizantů s uprchlíky vykazovat projevy štěpení mající zdroj v téže paranoidně schizoidní pozici, máme-li na mysli hlavně tu část sympatizantů, kteří se zapojují do debat s odpůrci imigrace nebo se ve věci jinak aktivně angažují? Jakou roli hraje v problematice uprchlické krize úzkost? Je možné tuto bezprecedentní situaci, jíž Evropané čelí, zvládnout bez uchýlení se k primitivním psychickým obranám?

POSTOJ „PROTI UPRCHLÍKŮM“

Někteří psychoanalytičtí autoři upozorňují, že ve stavu velkého ohrožení může člověk i v dospělosti pociťovat podobné masivní pocity úzkosti jako kdysi v raném dětství. V tomto období, kdy jako kojeneček či batole čelil anihilační úzkosti v souvislosti se zážitkem „špatného prsu zlé matky“, zaujímá jedinec dle M. Kleinové tzv. paranoidně schizoidní pozici. Frustrace z nenaplnění vlastních potřeb (především odepření mateřského mléka) vede u dítěte ke zlosti na matku, kterou však připisuje své matce, čímž aktivně přijímá úlohu perzekuovaného. Veškerá dobrá zkušenost s matkou je náhle zapomenuta, resp. odštěpena, jako by odpírající matka (špatná zkušenost) byla docela jinou osobou od té

jindy velkorysé a štědré (dobrá zkušenost). Jinými slovy dítě čelí tak silnému ohrožení, že jej není schopno zvládnout, aniž by jeho zdroji, ohrožujícímu objektu (v původní situaci matce odpírající mléko), nepřikládalo velkou moc a nebezpečnost. Později při normálním vývoji dospívá dítě k tzv. depresivní pozici, kdy je schopno integrovat dobré a špatné zkušenosti s matkou, čímž se otevírá cesta k rezignaci na část idealizovaných představ o matce a vytvoření reálnějšího obrazu o její osobě.

Tento klasický vývojový model se zdá být dostatečně výstižný pro jeho aplikaci i v případě silně odmítavých reakcí na nápor uprchlíků cestujících do Evropy. Nepředstavitelné válečné utrpení, kterému obyčejní Syřané čelí ve své zemi (dobrá část), je odštěpeno od těchto konkrétních jedinců, kteří jsou některými Evropany bráni jako útočníci na jejich pohodlný způsob života (špatná část), k čemuž odkazují třeba spiklenecké teorie o vyprovokování uprchlické krize jinými státy (bez ohledu na jejich reálný či fantazijní podklad). Pro psychiku mnohých odpůrců imigrace je zřejmě únosnější, a tedy do jisté míry žádoucí, vnímat uprchlickou krizi jako ohrožení vlastní bezpečnosti (pozice paranoidně schizoidní), např. selektivním vnímáním mladých mužů mezi uprchlíky a ignorováním rodin s malými dětmi než být v kontaktu s utrpením uprchlíků (depresivní pozice).

POSTOJ „PRO UPRCHLÍKY“

Ač by se zdálo, že postoj „pro uprchlíky“ je bez diskuze odrazem vyspělosti psychiky člověka dosahujícího úrovně depresivní pozice, i tady platí rčení: ďábel se skrývá v detailech. Zastánci uprchlíků se mohou dopouštět na intrapsychie úrovni i navenek (např. ve vášnivých debatách a příspěvcích na sociálních sítích) podobného štěpení, které má stejný cíl jako u jejich názorových odpůrců, tj. neutralizovat vlastní úzkost, jen k němu vedou jiné cesty, které se promítají do: 1. způsobu nazírání na uprchlíky, popř. obsahu domyšlených informací o osobách uprchlíků a 2. zaměření pozornosti na odpůrce uprchlíků. Obě skupiny jeví se mohou vyskytovat společně a zahrnovat angažovanost či aktivismus v problematice uprchlictví a vzájemné ujišťování se s podobně smýšlejícími o názorové pomýlenosti členů opačného tábora (analogicky to činí odpůrci uprchlíků se zastánci migrantů).

1. Štěpení zde nabývá opačných znamének než u odpůrců imigrace; uprchlíci pro své zastánce pak představují výhradně objekty s odštěpenými, absentujícími „špatnými částmi“, čili masu lidí utvářených „dobrymi částmi“, což se blíží rané představě dítěte v paranoidně schizoidní pozici o osobách ve svém okolí, které jsou rovněž dobré, NEBO špatné, ale ne obojí. Výsledkem může být extrémní poloha názoru, kdy by trpící měli mít jakýsi automatický nárok na přesídlení do Evropy a kdy jsou všechny pochybnosti (resp. úzkosti) o přijímání uprchlíků odmítnuty jako projev extremismu.

2. Zastánci přijímání uprchlíků, hanlivě označovaní jako „sluníčkáři“, se rekrutují

většinou z liberálnějších a vzdělanějších skupin obyvatel, u nichž předpokládáme i sofistikovanější psychické obrany. Primitivní úzkost z bezprostředního zahlcení cizorodým prvkem v podobě exodu kulturně odlišných uprchlíků do Evropy u této skupiny lidí nebude zřejmě tak naléhavá. Patrně ji bude možné odvrátit, či překrýt „vyšším stupněm úzkosti“, tedy strachem z růstu extremismu, radikalizace společnosti ve smyslu hrozící perzekuce odlišně smýšlejících obyvatel (podobně jako za vlády KSČM před r. 1989 v Československu nebo v době Hitlerova Německa). Tento skličující pohled na společenskou situaci zůstává neotřesen i ve světle faktu, že ve srovnání s nedávnou i dávější minulostí žijeme my Češi v nebývale svobodné společnosti. Zkrátka: strach z extremismu zde slouží jako obrana proti strachu z uprchlíků. Vlastní strach z uprchlíků je projikován do „extremistů“, kteří na sebe vážou původně vytěsňené obsahy „sluníčkářů“ a nyní představují sice ohrožující avšak akceptovatelný (protože vnější) objekt.

Pochopitelně, jak v případě odpůrců imigrace, tak i jejich zastánců, nelze veškerý projevený nesouhlas či naopak souhlasný postoj s uprchlíky připsat psychickým obranám. Nutno zdůraznit, že výše uvedený text se snaží s určitým zjednodušením zachytit určité trendy na obou koncích názorového kontinua. Jinými slovy, každý praktikující klinik ví, jak zrádné je usuzovat na motivy či příčiny chování svého pacienta v terapii, jehož vídá v psychoterapii po mnoho měsíců či roků. S úměrně větší rezervou, neboť zde spekulujeme o celých skupinách obyvatel, je třeba pohlížet na výše zmíněné úvahy.

MÁME SE BÁT ÚZKOSTI?

Důležité je zdůraznit, že uprchlická krize a systematické ničení celého státu a jeho obyvatel kdekoliv ve světě v době globálních médií JE DĚSIVOU okolností, s níž je potřeba se vyrovnat i zde v Evropě. Ať už se bojíme svých sousedů pro jejich extrémní názory či samotných uprchlíků hrozících rozvrátit náš systém, nakonec je to vždy naše úzkost, kterou je potřeba unést či kontejnovat (W. Bion). Termín kontejnování je používán zejména v psychoterapii a označuje umístění neúnosných obsahů jedné osoby do osoby druhé, vnitřní přepracování či očistění těchto obsahů a jejich navrácení původnímu vlastníkovu (např. dítě se uhodilo, pláče a matka jej utěšuje, resp. činí původně neúnosný afekt dítěte zvladatelným). V daném kontextu můžeme vnímat spory obou táborů (eventuálně i vznik politických uskupení typu IVČRN), jakožto příležitosti ke kanalizaci psychického napětí a úzkosti, případně chápat sociální síť a další média jako platformu k těmto účelům.

Jinou otázkou zůstává, zda se máme bát údajného růstu radikalizace, viz demonstrace proti imigrantům s kulisami šibenic, apod.? Kdo se vlastně účastní těchto demonstrací a shromáždění? Spíše než „nebezpeční radikálové z přesvědčení“ (ve smyslu povahových odchylek či poruch osobnosti), to jsou zřejmě ti lidé, kteří jsou schopni hůře kontejnovat vlastní úzkost. Stručně řečeno: ti, kteří se bojí. Skupina stejně smýšlejících poskytuje svým členům tolik potřebnou úlevu od vlastní úzkosti. Nedávný rozhovor časopisu Respekt (35/2015) s člověkem, který jako první přišel s nápadem demonstrovat se šibenicí, odhalil především jeho úzkost z uprchlíků a touhu dosáhnout něčeho významného.

Obtíže při nakládání s vlastní úzkostí ilustruje i hněv odpůrců imigrace na politickou reprezentaci, která v jejich očích jedná neúčinně, protože stále ještě neuzavřela hranice. Analogicky je možné u přívrženců extrémní pravice spekulovat o „extrémní“ a těžko zvladatelné úzkosti ve srovnání se zbytkem populace. Může platit rovnice: čím více úzkosti, tím více radikalismu? Podobně lze přemýšlet o motivech mnohem vzácnějších antixenofobních uskupení vymezujících se „proti nenávisti“, apod. I u nich lze usuzovat na úzkost jako na významný motiv k účasti na demonstracích.

V souvislosti s občas slychaným názorem, že lhostejnost veřejnosti zapříčinila vznik Hitlerovského Německa, máme se tedy obávat nárůstu nekontejnované úzkosti ve společnosti? Pokud je třeba jednat, potom jak? Psychoanalýza nás upozorňuje na skutečnost, že přítomnost pocitů (úzkosti) není ekvivalentní k přítomnosti (agresivního) jednání. To od pocitů dělí vždy určitá vzdálenost. Na banální tezi „zažívat neznamená konat“ jsou založeny i dynamické psychoterapie odvozené od psychoanalýzy. Mechanismus psychoterapeutických sezení, v nichž pacienti verbalizují, prožívají či odehrávají své niterné obsahy, nakonec vede k rozšíření jejich schopnosti kontejnovat vlastní pocity a hlavně mnohdy působí jako prevence např. agresivního jednání v reálném světě, neboť pudová energie se vybije přímo na sezení. Vybijet či zvládat vlastní pocity lze improvizovaně i v řadě obyčejných mezilidských situací: například v rozhovoru s druhými či sofistikovaněji s využitím technologie na sociálních sítích. V boji s nenávistnými či „xenofobními návrhy“ části „radikální veřejnosti“ jen sotva zafungují výsměšné či povýšené

reakce odpůrců „radikálů“, kteří takový postoj pochopí právem jako akt nepřátelství a zlehčování složité společenské situace; na úrovni prožívání pak jako bagatelizaci vlastních pocitů úzkosti.

Autoritářské režimy vládnoucí pevnou rukou mají v kritických dobách zřejmě tu výhodu, že disponují silnými nástroji pro rozhánění obav svých obyvatel (např. prostřednictvím propagandy, filtrováním informací v médiích, cenzurou na internetu). V demokratické společnosti jsou její elity vystaveny o poznání náročnější zkoušce, a to zejména ve chvílích hodnotového a mravního vakua, o němž slyšíme v našich zeměpisných šířkách stále častěji. Na politické reprezentaci pak stojí především úkol nikoli ochránit vnější hranice národního státu, ale své občany před jimi samotnými, tedy při zvládnání vlastní úzkosti. Ideálně pak nejlépe tím, že její představitelé projeví dostatečnou morální a hodnotovou integritu a půjdou veřejnosti sami nehysterickým

příkladem. Pokud politici těmito kvalitami nedisponují, daleko snáze podlehnou svodům populistické taktiky v podobě laciného získávání volebních preferencí a manipulování občanů prostřednictvím jejich úzkosti. Selhání nejen politiků, ale i dalších elit společnosti bude mít pravděpodobný následek v podobě poskytnutí prostoru novým vůdcům nabízejícím pocit „bezpečí“ výměnou za osobní svobody, jak se to již děje v některých zemích východní Evropy.

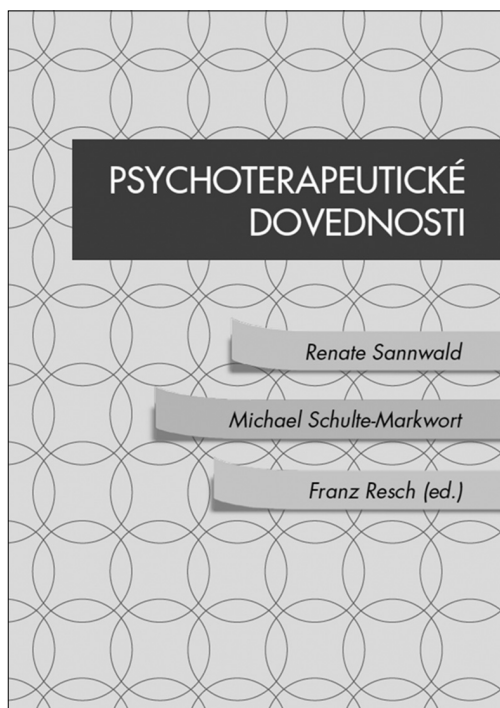
Michal Novák je psycholog; absolvent katedry psychologie na FFUK. Po studiích na VŠ nastoupil do personální agentury, později se věnoval diagnostice a psychoterapii v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovic. Nyní provozuje soukromou psychoterapeutickou praxi. Ve své práci uplatňuje principy psychoanalytické psychoterapie.

Kontakt: m.novak@praha-psychoterapie.cz, Soukromá psychoterapeutická praxe.

PSYCHOTERAPEUTICKÉ DOVEDNOSTI

Sannwald, R., Schukte-Markwor, M., Resch, F. (ed.): Brno, Emitos 2015, 172 stran., přeložil Petr Babka

Karel Hájek



Název této knihy vyvolává možná představu manuálu, jak si osvojit psychoterapeutické řemeslo. Takové jednoduché „know how“, které když si přečtete, budete vědět jak a co. Hned v úvodu musím ty, které to také napadlo, vyvést z omylu. Kniha vyšla z pera německých psychoanalytiků, zabývajících se především léčbou dětí a mladistvých. Vychází z psychoanalytické praxe. Ať se nám to jeví v době psychoterapeutické integrace jako podivné, psychoanalýza si svou intenzivní vztahovou nabídkou své odlišnosti a jedinečnost ponechává.

Nejprve si ale udělejme obrázek o knize jako takové. Sestává se z osmi kapitol, každá má svého autora. Literatura je umístěna v závěru knihy a dělena dle jednotlivých kapitol. Následuje už jen představení autorů a obsah. V předmluvě se dočteme, že knihu iniciovalo odborné setkání nazvané jako „9. langeoogské dny psychoterapie dětského a mladistvého věku“ na stejnojmenné téma. Forma knihy je v zásadě propracovanější sborník ze sympózia.

Obsah kapitol se věnuje psychoterapeutickým dovednostem z různých úhlů pohledu. Jejich výběr je poplatný psychoanalytickému přístupu.

První článek je nazván „Naslouchat a dívat se“. Najdeme zde úvahy o tom, jak se získává „klinické oko“ psychoterapeuta. Filozofující začátek týkající se subjektivity je spojen s biologickým popisem vnímání. Navazující psychoterapeutická témata se dají dobře popsat otázkami: Jak utváříme terapeutický proces? Jak jej vnímáme? Co přehlízíme? Zmínky o rovnoměrně rozložené pozornosti připomenou integrační koncept všímavosti (mindfulness).

Druhá kapitola „Rozumět“ se věnuje kompetencím dobrého terapeuta. Dělí je na odborné (vědomosti o postupech, školách a metodách), metodické (rozumění, výklad, analýza přenosu, vedení rozhovoru atd.), osobní (autenticita, empatie, umění odhadu) a sociální (komunikace o konfliktech, kritice atd.) Hermeneutika a neu-

robiologie jsou integrovány s hlubinným principem uvědomování nevědomého. Porozumění je popsáno jak v psychoterapii tak supervizi.

Část nazvaná „Výklad“ je dle mne nejkonkrétnější a nejvíce vztahovaná k praxi. Na kazuistických příkladech jsou ukázány jednotlivé nuance umění interpretace. Další kapitola pod názvem „Učení a logika psychoterapeutické kompetence“ se zabývá účinnými procesy při tréninku psychoterapeuta. Proces abdukce (v kontrastu indukce a dedukce) je spojen s vnímáním a emocemi. Učení se nikdy neuzavírá a psychoterapeut slovy autora „má být schopen se odnaučovat“ ve smyslu: Try again. Fail again. Fail better.

Kapitola „Abstinence a jednání v psychoterapii“ se snaží uvést na pravou míru požadavky na abstinenci psychoterapeuta. Vyplývá z ní, že dřívější požadavek pasivního terapeuta hrajícího bílé plátno na projekce vede k pacientově frustraci, která je neúměrná. V současné podobě by měl požadavek abstinence zejména chránit pacienta i terapeuta před sexuálním zneužíváním pacientů v rámci psychoterapeutického procesu. Abstinence je pojata jako princip bránící jednání, které vede k uspokojení sexuálních tužeb zúčastněných během a po ukončení terapie. Ze způsobu, jak rozsáhle se autor tématu věnuje, mi dochází, jaké je psychoanalýza intenzivní a dlouhodobé setkávání. Představme si takovou formu důvěrné spolupráce mezi ženou a mužem v přirozených podmínkách (např. v zaměstnání). Nikdo by se asi nedivil, kdyby skončila v posteli. Nicméně psychoterapie je vztah umělý, za cílem léčby. Toto uměle vytvořené prostředí pro léčbu formuje právě požadavek abstinence sexuálního jednání.

Následují tři závěrečné kapitoly, které se postupně věnují: pracovnímu spojení a přenosu v psychoterapii dětí a mladistvých; úvahám o vzájemném působení užívání psychofarmak a psychoterapie; ukončování psychoterapeutické a psychoanalytické terapie. V posledním tématu kromě historického kontextu se dozvídáme i empirické zajímavosti: Německé pojišťovny proplácejí mladistvým 300 hodin psychoanalýzy, ze zkoumaného vzorku 52,5 % pacientů bylo s ukončením spokojeno, pro 9 % přišla terapie příliš dlouhá, 2 % přerušila dříve a pro 36,5 % zkoumaných pacientů bylo ukončení předčasné.

Po představení obsahu knihy ještě krátká poznámka k překladu z němčiny aneb formulace, které mne pobavily: „nastoluje srozumění o určitých souvislostech...“, „psychologický psychoterapeut“, „psychologický psychoanalytik“. První je o těžkém převodu odborné němčiny a druhé dva označují německé odborníky, kteří v češtině nemají obdobu.

I když jsem možná v úvodu odradil všechny „neanalytické psychoterapeuty“ v závěru recenze se je pokusím pro knihu získat. I když platí, že psychoanalýza má osobitý formát, právě v ní formulovaná témata mohou obohatit odborníky jiných směrů. Kniha je psána velice srozumitelným odborným jazykem, každý popisovaný psychoanalytický termín je definován v historickém kontextu. Je tedy možné říci, že dobrým způsobem zprostředkovává současné „psychoanalytické know how“ širší psychoterapeutické veřejnosti. A jak víme, pohled jiné školy nám může nabídnout další koncepty, díky nimž zvýšíme citlivost pro svou praxi.

XAVER AMADOR: STREITGESPRÄCHE AUFLÖSEN

(Wie Sie gemeinsam zum Ziel kommen). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2015, 318 s.

Prof. PhDr. Jan Vymětal



Volný překlad recenzovaného titulu „Jak se nehádat“ spolu s podtitulem „Jak společně dosáhnout cíle“ nás informují o obsahu knihy a autorových záměrech. Jedná se o překlad z angličtiny, původní práce vyšla v roce 2008.

Autor Xavier Amador je hostujícím profesorem psychologie na State University New York a zakladatelem institutu věnujícího se komunikaci.

Knihla čtenáře seznamuje s postupem, jehož prostřednictvím v rozhovoru řešíme střet protichůdných zájmů. Místo hádky a různého taktizování postupujeme dle

osvědčených a praktických zásad, jež lze ve zkratce vyjádřit akronymem NESP. N (naslouchání), E (empatie), S (shoda), P (partnerství). Objevitelem postupu je sám autor knihy. Princip spočívá v tom, že podle přesných pravidel nedopustíme, aby se partner rozhovoru stal při hledání a dosahování řešení protivníkem či dokonce nepřítelem. Je důležité zamezit upevnění postoje, kdy se každá ze stran domnívá, že má pravdu a druhá nikoli. V takové situaci se stává spor - konflikt těžko řešitelným, obzvláště tehdy, je-li doprovázen negativním hodnocením druhého, případně urážkami. Výsledkem případného „řešení“ je destrukce vzájemného vztahu, kdy jedna ze stran jasně zvítězí a druhá jasně prohraje. Jako vhodnou a osvědčenou alternativu Xavier Amador nabízí právě postup NESP, kdy druhého nejdříve pozorně vyslechneme, aniž bychom slyšené hodnotili (N), dále se prostřednictvím vcítění (E) vžíváme do duševního života protějšku a zjišťujeme, jaké procesy a okolnosti sporu v něm probíhají (např. nejistota, hněv, údiv). Toto mu taktně sdělujeme pomocí reflexí. Následuje snaha o nalezení společného jmenovatele (S), tedy toho společného, co nás spojuje, v čem jsme si blízcí. Závěrem hledáme přijatelné řešení (P), tedy řešení, které je vyvážené a spravedlivé pro obě strany. Poslední dva kroky lze přirovnat ke společnému sledování filmu.

Vzpomínám si, že při skupinové či párové psychoterapii bývala (a možná i dosud je)

používaná tzv. konstruktivní hádka (technika čestného boje). V našich podmínkách ji rozšířil Stanislav Kratochvíl, doyen české a moravské psychoterapie. Vraťme se však k recenzované příručce. Sestává ze třech částí.

Prvá část je přípravou na bližší seznámení s autorovým postupem (NESP) při řešení konfliktů. Dočteme se o řadě psychologických poznatků týkajících se řízení komunikace. Čtenáře nepřekvapí, že mnohé z toho známe z psychoterapie – kupř. z ne-direktivního rogersovského přístupu.

Druhá část poskytuje zevrubné seznámení s metodou NESP. Jednotlivé kroky jsou podrobně popsány a na příkladech objasněny, včetně řešení obtížných míst. Důležité je průběžně ukazovat naši dobrou vůli k porozumění druhému a k vyřešení problému. Do umění rozhovoru patří i použití omluvy v pravou chvíli a přiznání, že se mohu mýlit. Takto vyjadřujeme náš respekt k druhému a ochotu věc řešit po dobrém. Klíčovými slovy jsou zde partnerství a společné hledání. Dozvíme se, že změna v postoji mívá nejednu paradoxní podobu: uznáme-li právo partnera rozhovoru na jiné mínění či názor, než je námi zastávaný, podpoříme jeho otevřenost vůči problému a rozhovor se dále vyvíjí pozitivním směrem. Předmět sporu se stává řešitelným.

Třetí část knihy čtenáře seznamuje s použitím metody NESP při řešení svízelných situací a „slepých uliček“ doma, na pracovišti, s nemocnými popírajícími svoji chorobu apod. Vždy musíme zjistit, co je pro obě strany nejdůležitější, na to se pak soustředíme. Případnou patovou situaci se nenecháme vyprovokovat ani odradit.

Knih a různých příruček tematizujících

meziosobní komunikaci u nás vychází každoročně více. Jedná se nejen o překlady, ale i o původní české práce. Mají společnou snahu o optimalizaci vzájemné verbální interakce způsobem, který lze nazvat manipulativním. Druhý je nahlížen de facto jako objekt, prosazován je zpravidla zájem jedné strany, jenž nemusí být vždy zájmem etickým nebo všeobecně přijatelným. Četbou takových prací se vyzbrojujeme a připravujeme na střet, kdy druhý je protivníkem a my chceme nad ním zvítězit. Předchozí věty však neplatí o recenzované knize. Klinický psycholog Xavier Amador čtenáře učí řešení problémových ba i konfliktních situací způsobem, založeným na respektu k druhému člověku a na vzájemnosti. Nejde o souboj, nýbrž o společné hledání shody a vyřešení problémové situace. Nikoli boj, ale spolupráce - tím je tato knížka sympatická a inspirativní.

Práce „Jak se nehádat“ je napsána (a přeložena) jasně, srozumitelně, vlastně až jednoduše, což je v případě příručky didakticky cenné. Proložena je mnoha příklady, ukázkami rozhovorů vedoucích k vyřešení různých svízelných situací. Důraz je položen především na názornosti.

Při kritickém pohledu na recenzovanou publikaci bych upozornil na tendenci autora po přílišném zobecňování. Pomocí strategie NESP lze jistě mnohé „slušně“ vyřešit, nikoli však všechno. Asi bychom se nesetkali s úspěchem v případech nesených silně emočně, u apriori nenávistných postojů vůči nám a v interakci s lidmi trpícími některými poruchami osobnosti (např. u paranoidních jedinců). Za nedostatek považuji i to, že knížka postrádá závěrem seznam použité literatury, jež je průběžně uváděna pod čarou.

Závěrem shrnuji, že se jedná o příručku popularizující psychologické poznatky – především z oblasti meziosobní komunikace a řešení konfliktu. Obsahuje užitečné a v praxi použitelné informace. Pro němec-

ky čtoucí psychoterapeuty a psychology je proto vhodným čtením.

*Prof. PhDr. Jan Vymětal,
ÚHSL, 1. lékařská fakulta UK,
Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2*

IMAGINÁLNÍ SETKÁNÍ S JAMESEM HILLMANEM

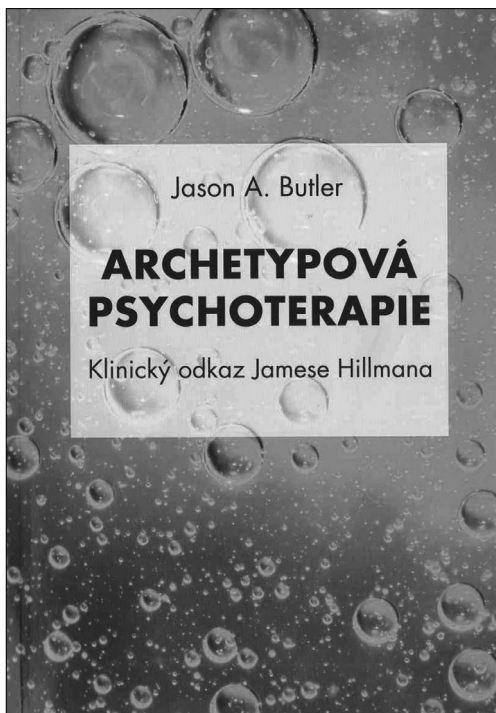
Jason A. Butler: Archetypová psychoterapie. Klinický odkaz Jamese Hillmana.
Brno: Emitos, 2015, 199 s.

Barbora Petránková

Nakladatelství Emitos přineslo v závěru roku 2015 na české pulty překlad zajímavé publikace amerického analytika Jasona A. Butlera, nazvanou *Archetypová psychoterapie. Klinický odkaz Jamese Hillmana*. Kniha čítá celkem 199 stran, za šesti kapitolami a poděkováním v ní najdeme přehledný seznam literatury, vcelku obsáhlý rejstřík a stručný obsah.

Aniž hlavním publikem recenzovaného titulu budou s největší pravděpodobností právě čtenáři s Hillmanovým dílem již seznámení a snad dychtící po dalším úhlu pohledu na jeho neotřelý přístup, čtení této knihy nutně nevyžaduje předchozí znalost Hillmanovy práce a jeho textů. Těžko se bude číst tomu, kdo svou mysl v analytických vodách nesmočil nikdy, takovému publiku ale práce není ani primárně adresována. Díky rozsáhlému úvodu dokáže autor Jason A. Butler čtenáře uvést do souvislostí a nastínit základní podstatu Hillmanovy práce. Přehledně nás usazuje v tématu užitečným utříbením základních pojmů a oblastí zájmu archetypové psychologie, srozumitelně vyjasňuje její vztah k Freudovým i Jungovým myšlenkám. Úvodní kapitola skrývá i některé podnětné detaily, díky kterým zůstává zajímavou četbou i pro ty, kteří se v dané oblasti již orientují.

V druhé kapitole pojmenované *Imaginální praxe* autor už v detailu popisuje koncepty archetypové psychoterapie, které tento přístup vyhraňují od jiných psychologických a terapeutických směrů. Po-



chopitelně se tedy zabývá hlavně konkrétními aspekty práce s obrazem a také objasňuje, proč sám Hillman nazýval svůj přístup imaginální praxí. Právě tato kapitola se pro mě osobně stala nejnáročnější ke čtení. Moje pozornost se místy ztrácela ve skladbě teoretických úvah a útržkovitých ukázkách z praxe. Hned v úvodu kapitoly se prostřednictvím citace jungovy myšlenky setkáváme s jednou z podstatných premis archetypového přístupu: „Veškeré duševní dění je obraz a obrazo-tvornost“ (str. 47). Nejen zde autor, společně s archetypovou psychologií, klade důraz na udržení hojnosti

významů, kterými obraz přirozeně oplývá. Vyzdvihuje důležitost kontextu, nálady a aranžmá. Zároveň jako by onen kontext, náladu a aranžmá opominul, když nás s ničím z toho neseznamuje v útržkovitých ilustračních příkladech z praxe. (Jde-li vůbec o ukázky z praxe.) Uprostřed pojednání o některém z konceptů dojdeme například ke slovům: „Jako příklad poslouží následující sen: ...“. Následuje stručný popis děje snu na několika řádcích. Nedožíváme se, zda jde o sen autorův, některého z jeho klientů, nebo snad jen smyšlenou názornou ukázkou pro účel vysvětlení textu. Vzhledem k autorovu průběžnému utvrzování o důležitosti kontextu obrazu pro jeho správnou interpretaci a nejedno varování k unáhlelosti před interpretováním vůbec, mi takový přístup přišel protichůdný a odrazující od dalšího čtení.

Třetí kapitola *Archetypová psychodynamika* je uvedena užitečnou a příjemně přehlednou podkapitolou o vývoji pojmu přenosu. Přes pojetí Freudovo, Melanie Kleinové a Alfreda Biona, teorie objektivních vztahů, přínos Heinze Kohuta a Jungův pohled se autor postupně propracovává až k pojetí Jamese Hillmana. Na základě přesvědčení, že „přenos je vždycky situován mytologicky“ (str. 106), následuje vysvětlení provázanosti psychopatologie a mytologie a uvedení do specifického pojetí několika základních mýtů, se kterými se můžeme v průběhu terapeutického procesu setkat (Narkissos, Démétér a Persefoné, Oidipús). Kapitulu uzavírá inspirativní a srozumitelná kazuistika, uvedená trefnou předmluvou: „Následující přehled pacientovy anamnézy a průběhu léčby je, podobně jako všechny klinické charakteristiky, fantazií“ (str. 124). Zde tedy přišel prostor

pro léčení mé frustrace z kapitoly minulé. Škoda, že takových šfavnatých „fantazií“ nenajdeme v knize více – jistě by oživily sice poutavé a inspirativní, přece jen ale místy hůře stravitelné čtení.

Čtvrtá kapitola *Slovo a obraz* nás přivádí k uvědomění zásadní představy psychoterapeutické praxe: „slova jsou nositelé duše... osoby s úplnou mytologií“ (str. 135). Pojednání pokračuje citlivým popisem potřeby individualizovaného jazyka. Stručně vystihuje souvislosti mezi užitím slov a jejich účinku v přístupu k obrazům, jeden z oddílů je věnován přímo vedení dialogu. Autor zde nezapomíná přizvat hlasy důležitých aktérů v této oblasti, jako například Ludwiga Wittgensteina. Přes zmínku chápání a užití metafory v archetypové psychologii se Butler dostává k velkému tématu analytické a archetypové práce: alchymii. Zbytek čtvrté kapitoly je tak věnován preciznímu průzkumu Hillmanovy práce na tomto poli.

V předposlední části pojmenované *Estetická citlivost se* autor soustředí na pozdější Hillmanovy myšlenky, především na „estetickou psychoterapii“, která podle autora „představuje silnou protiváhu k mechanizovaným formám léčení podle příručky, které jsou naprostou negací jedinečnosti a smyslové odezvy“ (str. 162). Nabízí se nám tu zajímavý pohled na celkový účel a směřování psychoterapie jako takové. Současné analytické působení totiž autor spolu s Hillmanem vidí následovně nevesele: „Energie, která by mohla být využita k sociální změně, se obrací do nitra, kde způsobí, že se z jedince stane citlivější introvert“ (str. 166). Podněty k nadějnějšímu pojetí čekají na pečlivé čtenáře právě v této části knihy. Celý text je ukončen krátkou

kapitolou *Reflexe a nezdár*, ve které Butler trefně shrnuje svoje úsilí a „marnou snahu kodifikovat tradici, která, pokud chce zůstat věrná sama sobě, musí být merkuriální a polycentrická“ (str. 170).

Já místo důkladné reflexe zakončím lehkou osobním dojmem: Mnohé části textu mne zaujaly a přinesly inspirativní zamyšlení a nové úhly pohledu na uvažování o mé vlastní praxi. Na některých místech jsem ztrácela pozornost ve spleti teoretických úvah a převládalo nutkání přeskóčit pár stran, dostat se k živějšímu čtení.

Ve všech takových případech ale trpělivost k dalšímu čtení přinesla nový zájem a svěží podněty. Jako plus jsem vnímala také četné úryvky z nepublikovaných Hillmanových textů. Celkově bych knihu označila za příjemnou možnost vstoupit do imaginálního prostoru, který má co nabídnout, aby rozproudil vaši obrazotvornost a myšlenky o archetypové psychoterapii a klinickém přínosu Jamese Hillmana. Počítejte ale s tím, že takový vstup si vyžádá větší míru vašeho soustředění a svůj čas na to, abyste jej kvalitně strávili.

