

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 10. ročník, 2016, číslo 3

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 Timuřák, 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 Sedláková, 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 3/2016 byla 22. 10. 2016, recenzní řízení bylo uzavřeno 28. 10. 2016. Vychází v prosinci 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 - - - **181**

TEORIE/ THEORY

Viktor Dočkal: Dlouhodobý výcvik v DvT, Dramaterapeutický výcvik s arteterapeutickým přesahem (Long-term training in DVT, Dramatherapy training with Art Therapy overlap) - - - **182**

VÝZKUM / RESEARCH

Jan Roubal: V depresi společně: klinické implikace kvalitativního výzkumu prožívání terapeutů s depresivním klientem (Together in depression: clinical implications of a qualitative study of therapists' experience with a depressive client) - - - **196**

Denisa Smetanová, Tomáš Řiháček: Zkušenost párových terapeutů s přitažlivostí ke klientům (Couple therapists' experience of attraction to their clients) - - - **211**

Ondřej Sekera: Faktory psychoterapeutického výcviku ovlivňující jeho frekventanty (Factors of the psychotherapeutic education which influence its trainees) - - - **224**

PRAXE / PRACTICE

Lenka Fojtová: Prožívání vdovectví ve starším věku – kazuistika (Experiencing widowhood in older age – case study) - - - **238**

ROZHOVOR / INTERVIEW

Jakub Hučín: Hranice není jenom omezení, ale jasně vymezený prostor, rozhovor s Karlem Koblicem, předsedou České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP - - - **250**

Jakub Hučín: Jsem rád za nadšené lidi, rozhovor se Zdeňkem Mackem, předsedou České asociace pro psychoterapii - - - **255**

KONFERENCE / CONFERENCE

Hana Pašteková Rupertová: 10. konference kognitivně behaviorální terapie - - - **260**

OHLÉDNUTÍ / LOOKING BACK

Michal Miovský: Když já jsem takovej kanál... nekrolog Mirko Frýby - - - **263**

Jan Vymětal: Jaroslav Skála: Ber a dávej - - - **269**

RECENZE / REVIEWS

S. Weigel, G. Scharbert (Eds.) (2016). A Neuro-Psychoanalytical Dialogue for Bridging Freud and the Neurosciences (Martin Hajný) - - - **272**

Vilayanur S. Ramachandran (2016). Krátký výlet po lidském vědomí. Praha: Portál (Zbyněk Vybíral) - - - **276**

Rudi Dallos, Ros Draper (2015). An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice, 4th Edition. Open University Press (David Skorunka) - - - **280**

Filip Caby, Andrea Caby (2014). Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou. Praha: Portál (Michal Mužík) - - - **284**

Staples, L. H. (2016). Vina: Prométheovský úděl. Praha: Portál. (Tarinová Adéla) - - - **286**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.



SUR, Institut pro vzdělávání v psychoterapii, z.s., vás srdečně zve na

**SYMPOSIUM O SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII: PŘÍSTUPY, PRAXE, VÝCVIK
K 50. výročí výcvikového systému SUR a 101. výročí narození Jaroslava Skály**

čestná předsedkyně PhDr. Hana Junová

čestný předseda prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

Symposium, pořádané k 50.výročí výcvikového systému SUR a k 101.výročí narození Jaroslava Skály, jednoho ze zakladatelů, se bude konat ve dnech 6.-8.3.2017 v kongresovém hotelu Jezerka, Seč.

Záměrem Symposia je zabývat se soustředěně skupinovým tématem v současné české psychoterapii: z pohledu škol/směrů, které zde působí, z pohledu výcviků, které vzdělávají skupinové psychoterapeuty i z pohledu reálné psychoterapeutické praxe. V neposlední řadě chceme připomenout historii a současnost výcvikového systému SUR.

V programovém kolegiu Symposia přijali účast zástupci předních českých výcvikových institutů v okruhu skupinové psychoterapie, kteří zde představí své přístupy.

Navržená další témata:

- konflikt rodičů a sourozenecké vztahy
- skupinové nevědomí
- proč děláme individuální psychoterapii, když máme skupinový výcvik
- skupinová psychoterapie a farmakoterapie
- předčasné ukončení výcviku

Je možné přihlašovat i sdělení mimo tato témata, workshopy, panely a postery.

Přihlášky k aktivní účasti zasílejte prosím do 15.12.2016 prostřednictvím webových stránek symposia <http://symposium.psychoterapeuti.com> , v případě potíží na e-mailovou adresu předsedy programového výboru (viz níže).

Přihlášky k pasivní účasti prosíme nejpozději do 31. 1. 2017 rovněž prostřednictvím webových stránek symposia.

Přihlášky k ubytování bude přijímat kongresový hotel Jezerka ve speciální sekci symposia na www.jezerka.cz . V blízkém okolí je několik dalších hotelů a penzionů, kde se můžete ubytovat.

Konferenční poplatek: do 15.12. 2016 800 Kč (spojeno s přihláškou k aktivní účasti); do 31.1.2017 1000 Kč; ve výjimečných případech na místě v hotovosti 1200 Kč.

Další informace naleznete na: <http://symposium.psychoterapeuti.com> .

Děkujeme vám za váš zájem a těšíme se na vaši účast. Pro případné dotazy jsme vám k dispozici na naší e-mailové adrese.

Za správní radu SUR:

PhDr. Věra Rašková, předsedkyně
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., 1.místopředseda

SUR, Institut pro vzdělávání v psychoterapii, z.s.

Akátová 257, 262 62 Horoměřice

IČO: 6934 6267; účet o.s. SUR: 158588553/0300; Mail: sur@sur.cz

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

úvodník dnes začnu výbornou zprávou pro náš časopis: Psychoterapie byla zařazena do další prestižní databáze – tentokrát do databáze odborných časopisů EBSCO. Osobně mě tato skutečnost velmi potěšila, protože ji vnímám jako další krok na cestě kultivace oboru psychoterapie v České republice. S obdobným záměrem byly v tomto čísle vedeny idva rozhovory s předsedy společností, které u nás psychotherapeutickou profesi zastřešují. Věřím, že budou pro vás nejen zajímavým čtením, ale také možností, abyste si sami pro sebe odpověděli na položené otázky směřující k představám a přáním týkajících se vývoje psychoterapie u nás.

Přestože v recenzovaných rubrikách hraje v aktuálním čísle primát výzkum, chtěl bych začít rubrikou Praxe, v níž najdete případovou studii prožívání vdovství ve starším věku. Formát případové studie zve k propojení praxe a výzkumu a publikovaný text Lenky Fojtové je toho dobrým příkladem. Případová studie se z longitudinální perspektivy zabývá procesem truchlení a jeho souvislostí s poradenskou a psychotherapeutickou podporou. Doplněk letošního tematického čísla tvoří dva články. Prvním je text Viktora Dočkala věnovaný dramatickému výcviku, druhá studie Ondřeje

Sekery přináší výsledky výzkumu zaměřeného na faktory působící v psychotherapeutickém výcviku modelu Virginie Satirové.

Článek Denisy Smetanové a Tomáše Řiháčka se věnuje zkušenosti párových terapeutů se zážitkem přitažlivosti ke klientům a nabízí tak rozvíjející linku k textu publikovanému v loňském ročníku, v němž je sexuální přitažlivost zkoumána z perspektivy supervizorů. Jako závěr pozvánky k vánočnímu čtení vám chci nabídnout článek Jana Roubala, který se věnuje tématu „V depresi společně“. Článek představuje výsledky kvalitativního výzkumu s ústřední kategorií „prožitková oscilace“ popisující pulsování mezi sdílením prožitku s klientem a oddalování se od něj při psychotherapii deprese. Pokud by se vám text zalíbil, mohu vřele doporučit jeho podrobné rozpracování v angličtině (viz Roubal, Řiháček, 2016).

Nakonec bych rád vyjádřil přání, aby nám v novém roce zachovaly přízeň nejen databáze odborných časopisů, ale především vy – naši čtenáři – a aby vás poslední číslo tohoto roku potěšilo jak vysokou kvalitou příspěvků, tak i větším rozsahem článků: vždyť celý letošní ročník dosáhl téměř tří set stran textu.

Vážení čtenáři, přeji vám příjemné čtení.

29. 11. 2016, Brno Roman Hytych

DLOUHODOBÝ VÝCVIK V DvT DRAMATERAPEUTICKÝ VÝCVIK S ARTETERAPEUTICKÝM PŘESAHEM

Long-term training in DVT Dramatherapy training with Art Therapy overlap

MgA. Viktor Dočkal

DADA Extraart, z.s., Praha, CZ; e-mail: dada.extraart@gmail.com

Psychoterapie. 10 (3), 182–195; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Základním vymezením článku je zaměření se na rozvoj a získávání kompetencí v rámci dlouhodobého dramaterapeutického výcviku s arteterapeutickým přesahem, zaměřeného na metodu Developmental Transformations (DvT). Frekventanti výcviku získávají kompetence jak ve skupinovém, tak individuálním přístupu. Základními stavebními kameny jsou práce s tělem, situace a vlastní jednání „tady a teď“ v hracím prostoru, setkání se – ve smyslu být v kontaktu se sebou i druhými a transformace jako možnost změny. Základní koncept je postaven na tvrzení, že naše zkušenosti a prožívání jsou neustále nové, neopakující se, což samo o sobě způsobuje nejistotu a nestabilitu našeho bytí. Realitu, kterou jsme schopni pojmout, zaměňujeme za skutečnost, čímž vytváříme další koncepty, abychom unikli zmíněné nestabilitě. Cílem DvT je nalézt rovnováhu v prostředí, které je ze své podstaty nestabilní, akceptovat risk a nalézt náhled a kontext vlastního jednání. Tímto vymezením a výše uvedenými základními kameny jsou frekventanti, v rámci výcvikové sebezkušenosti, neustále konfrontováni. Proces učení se je podpořen podáváním zpětné vazby, teoretickým kotvením i praktickým nácvikem dovedností.

V neposlední řadě je podpořen supervizí, metodickým vedením a individuální tréninkovou sebezkušeností (zaměřenou na metodu), které následují po sebezkušenostní části výcviku a jsou nedílnou součástí k jeho dokončení.

Klíčová slova: Developmental transformations (DvT), kompetence, proces učení se, nestabilita, tělo, hrací prostor

ABSTRACT

The basic definition of the article is to focus on the development and acquisition of competencies in the context of long-term Dramatherapy training with Art Therapy overlap, focusing on the method Developmental Transformations (DVT). The trainees acquire skills in group and individual approach. The method is based on embodiment, work in dramatic play, present moment, play space and encounter – in the sense of being in touch with yourself and others and transformations as the possibility of change. The concept is based on the claim that our expertise and experience are constantly new, nonrepeating, causing instability throughout Being. We are changing reality that we can accommodate for the facts and so do we create additional con-

cepts to escape the aforementioned instability. DvT aim is to strike a balance in an environment that is as inherently unstable, accept the risk and find insight and context of our being. By this definition the trainees are – in the framework of self-experience training – constantly confronted. The learning process is supported by the administration of feedback, anchoring theoretical and practical skills training. Finally, it is supported by supervision, methodological guidance and an individual self-experience-oriented on DvT method. These follow the training and are integral to its completion.

Keywords: Developmental transformations (DvT), competencies, learning process, instability, Embodiment, play space

1. ÚVOD

Dramaterapeutická metoda **Developmental Transformations (DvT)**, v Čechách též známá jako Vývojové proměny, zapustila svůj kořen v 70. letech v USA a jejím zakladatelem je dramaterapeut a klinický psycholog, profesor Yale University **Dr. David Read Johnson**.

U nás má tato metoda více než dvacetiletou historii. V polovině 90. let minulého století ji do České republiky přivezl další americký kolega Michael D. Reisman. Krom toho, že aktivně praktikoval v tehdejší Ateliéru Extraart, poskytoval také první vzdělávání, workshopy a krátkodobé tréninky, zaměřené na seznámení s metodou. Uplynulo pár let dalších vzdělávání, výcviků a supervizí a na jaře roku 2013 odstartoval 1. dlouhodobý výcvik v DvT (550 h), v parametrech stanovených standardy EASP, garantovaný profesní Asociací Dramaterapeutů České republiky

(ADCR) a DvT Institut New York, USA. Kromě dramaterapeutického kontextu nabízí také kontext arteterapeutický. Výcvik probíhá pod hlavičkou DADA Extraart, z.s., a vedou jej Dipl. KT. Beate Albrich a MgA. Viktor Dočkal ve spolupráci s Dr. David Read Johnson a dalšími extrémními lektory. Hlavním garantem je Mudr. Radmila Schneiderová.

Dramaterapeutický výcvik s arteterapeutickým přesahem, navíc zaměřený na konkrétní dramaterapeutickou metodu DvT, je v naší krajině zcela výjimečný a ojedinělý. A to v mnoha ohledech:

I. je pevně zakotven v terapeutické rovině dramatu

II. soustředí se na dynamický proces vedený přímo v metodě, na základě vlastního jednání, konání v herní a dramatické situaci, případně výtvarné tvorby. Ten je následně reflektován verbálně

III. nabízí sebezkušenost jak skupinovou, tak individuální

Předtím, než vstoupíme do procesu popisování, jak učit sebezkušenost v dramaterapeutickém výcviku, je třeba nastínit základní koncept metody Developmental transformations (dále DvT), jíž je výcvik veden. Zarámování je krátké, informativní, postavené na základním paradigmatu. Další rámování je součástí níže uvedených kapitol tohoto článku. Předmětem článku nejsou vysvětlení v čem je dramaterapie, potažmo arteterapie, léčivá. Tato vysvětlení je možné dohledat v jiných publikacích (např. Vybíral, Roubal, 2010). Autor se soustředí na proces učení sebezkušenosti, metodu a nezbytnou výbavu dramaterapeuta, praktikujícího v DvT metodě.

2. KONCEPT A ZDROJE DvT

Co je tedy DvT? V kontextu toho, co uvádí Johnson (2009) je DvT kreativní (performační), psychodynamický způsob terapie, ve kterém jsou klíčové pojmy **embodiment** (kognitivní a tělesná rovnováha, vnímání sebe sama v těle a prostoru), **playspace** (místo kde se terapeutický proces aktivně odehrává), **encounter** (setkání se sebou – vědomí/nevědomí, s vlastním příběhem, s ostatními – skupina/ID...), **transformace** (souvisí s vlastním jednáním, náhledem a možností změny) .

Základní **koncept** DvT je postaven na axiomu, že „naše zkušenosti a prožívání jsou **neustále nové**, neopakující se, což způsobuje nestabilitu našeho bytí.“ (Johnson, 2013, s. 12).

Vracíme se sice do stejných míst, opakujeme se, navštěvujeme stejné známé, chodíme do práce, každou středu k nám v 9hodin chodí stejný klient do terapie... přesto jsme v dané situaci vždy nově – jinak v čase, náladě, atmosféře, prostoru. I když se snažíme svět kolem nás fixovat, on se přesto neustále mění, točí se, čas plyne, my se vyvíjíme nebo více a více stagnujeme. Svět kolem nás i realita, kterou vnímáme, jsou v neustálém pohybu. Což je samo o sobě velmi znejišťující a destabilizující. Skutečnost, kterou jsme schopni pojmout, jak dále dokládá Johnson (2013) ve své teorii nestability, je vždy:

- **nekompletní** – vidíme vždy jen část celku, nikdy celek samotný
- **nepřesná** – máme jasná pojmenování, kterými označujeme věci, lidi, fakta, situace atd., které jsme si domluvili takto označovat. Ta ovšem nemusejí vyjadřovat to, co opravdu myslíme. Například říká-

me „strom“, všichni máme jasnou představu – ovšem stromu svého, spojeného např. se svou vzpomínkou či pocitem.

- **ne-akorát** – když už bychom se mohli shodnout, zjišťujeme, že jednotlivá slova a vjemy nepasují. Např.: „Líbí se mi tvoje zelené šaty.“ „Díky, ale jsou modré.“ „No modré, takové zelenkavé.“ „Spíš tyrkysovové, ne?“ „Nechtěl jsem tě naštvat.“ „Já nejsem naštvaná, jsem jenom zaskočená.“ „Připadáš mi podrážděná.“ „Víš, jak vypadá podrážděná?!“ ...

- **neustále těkavá**, rozbíhající se – naše vědomí neustále těká, v okamžiku kdy získáváme povědomí a pocit o tom, že víme o čem je řeč, naše pozornost mizí – začneme si vytvářet hypotézy, přemýšlíme jinam, ztrácíme se. Vrací nás až podnět, který zpátky upoutává naši pozornost.

Cesta jak uniknout výše uvedené nestabilitě tedy není ve fixaci něčeho, co ze své podstaty fixovat nelze, ale v hledání rovnováhy. Toho docílíme tak, že jsme plně a vědomě v přítomném okamžiku, jsme ochotni přijmout nerovnováhu spolu s příležitostmi autenticky reagovat na podněty, které k nám přicházejí.

Pojmenováváme-li tedy **cíle**, jsou jimi:

- tolerance a akceptace nestability
- tolerance risku a uchopení kontextu vlastního jednání, což se děje za pomoci tzv. dimenzionalizace – otevření prostoru ve smyslu vnímání, prožívání a jednání (více níže v textu)
- získávání kompetence k vlastnímu jednání

2.1 ZDROJE DvT

Zdroje, z nichž DvT čerpá, jsou rozvrstveny do několika proudů, které jsou důležité k uchopení teoretických aspektů této metody. Bližší popis těchto zdrojů a jejich představitelů není opět předmětem článku, uvádím je zde především z důvodu lepší orientace a kotvení celkového obrazu.

Každá z kreativních terapií – arte, muziko, taneční, poetry, drama – mají svůj základ ve svém uměleckém/řemeslném proudu, který je naprosto nezbytný pro uchopení dané modality. Potřebujeme vědět, na jaké půdě se pohybujeme. V DvT sledujeme stopu divadelní – zajímá nás například co je dramatická situace, jednání, postava a role, a jaký je mezi nimi rozdíl. Je důležité vědět, jak pracovat s metaforou, konfliktem, prostorem atd. Souhrnně řečeno – jak pracovat a rozumět kontextu, ke kterému odkazujeme v rámci dramaterapeutického „settingu“. Z divadelní teorie nás konkrétně zajímá doba spojená především s tzv. II. divadelní reformou, jak dále dokládá Braun (1993), z autorů a divadelníků pak především Jerzy Grotowski a Viola Spolin.

Stejně důležitá je druhá strana téže mince – terapeutická část. V **psychologickém a psychotherapeutickém** kontextu je pro nás důležitá především vývojová řada Piagetova, dynamické směry – Freud se svou psychoanalýzou – především jeho volně řetězcí se asociace, Rogers a jeho PCA – především jeho “teď a tady”, kongruence atd. V neposlední řadě DvT čerpá z taneční terapie, zajímavá je pro nás především větev paní Whitehouse a její Authentic movement.

Filosoficky je DvT kotvena k existencialistům (Sartre), postmoderně (Deleuze & Guattari, Derrida) a k Buddhismu.

Studujeme-li pozorně teorii DvT, všechny prvky, zdrojové materiály a odkazy je možné vyčíst v jinak poměrně komplikované teoretické bázi.

3. VÝCVIK

Výcviky v metodě DvT mají celosvětově svůj propracovaný systém vzdělávání. Abychom tento systém mohli překládat do poměrně profilovaného výcvikového systému v ČR, museli jsme hledat cesty, jak transformovat a absorbovat jedno do druhého. Na rozdíl od „světa“, kde je větší důraz kladen na sebezkušenost „učení se“, u nás více spoléháme na psychodynamiku skupiny. Více, než na propojenost s univerzitami, spoléháme na nezávislé instituty.

Výcvik v DvT s arteterapeutickým přesahem je koncipován na 550 h, v nichž frekventanti výcviku absolvují jak skupinovou tak individuální sebezkušenost. Zahrnuta je teoretická i nácíková část. Absolvování je provázeno závěrečnou prací a pohovorem, absolvent získává osvědčení o absolvování sebezkušenosti. Toto osvědčení ho opravňuje praktikovat v metodě pod pravidelnou odbornou supervizí.

Po sebezkušenostní části následuje individuální, praktická část, ve které mají frekventanti čas sbírat hodiny ve vlastní, tréninkové, individuální terapii (minimální rozsah činí 60 hodin) a v absolvované odborné supervizi (minimální rozsah činí 110h), která je spojena s vlastní praxí. Při naplnění těchto podmínek, může být frekventant/ka tzv. graduována v metodě. Proces je opět provázen závěrečnou prací a teoretickou zkouškou. Zkoušející osoby jsou nezávislé. Sleduje se celkový proces – schopnost propojovat teorii se svým vlastním individuálním procesem a teorie samotná. Graduační

probíhá na „celosvětovém plénu“ – utvoří se skupina lidí graduujících v daném období z různých zemí a výcviků (např. ČR, GB, NL, je možné se zapsat i do skupin zámořských USA, CAN). Počty požadovaných hodin jsou vztahovány ke kontextu požadavků EASP a DvT Institut, který má standardizované požadavky jak pro USA, tak i Evropu.

3.1 ROZVRŽENÍ VÝCVIKU DvT V JEJÍCH PODOBÁCH

Skupinová část má podobu jak verbální, tak kreativní – drama / arte. **Individuální část** má vždy podobu dramaterapeutickou, vedenou v DvT metodě. Pracujeme formou individuálu ve skupině, celá skupina je přítomná, stává se svědkem děje. **Teoretická část** je vedena formou aktivní participace ve stylu “learn to learn”, přičemž v 1. polovině jsou nositeli tématu teoretických částí lektori – domácí i externí. Ve druhé polovině mají na starost teorii frekventanti výcviku – témata vycházejí z vlastní teorie DvT, kontextů a propojujících příbuzných oborů (psychoterapie, kreativní terapie, divadelní a výtvarné umění), povinné a doporučené odborné literatury.

Součástí teoretických vstupů je taktéž klinická část – diagnostické skupiny, psychopatologie, neuropsychologie, indikace do terapie apod., v podání kvalifikovaných externích lektorů z oblasti zdravotnictví. **Nácviková část** probíhá ve skupině i malých skupinkách. Aktivně začíná nácviková část ve druhé části výcviku, kdy už mají frekventanti ve vědomí teorii a mají i zkušenost se sebou sama v procesu skupiny.

Běžný výcvikový den se skládá z:

- ranní verbální skupiny, která reflektuje předchozí den, noc, sny, pocity, nápady...

- následuje dramaterapeutická – DvT – skupina, která je více strukturovaná, ladící se – přesto však aktivně pracuje s tématy, která plynou z předchozí verbální skupiny
- arteterapeutická skupina, přikládá další dimenzi – rozvíjí či akcentuje témata z předchozích skupin nebo vrací kontext procesu skupiny
- teorie
- DvT dynamická skupina
- večerní verbální skupina – verbalizování témat, sdílení, reflexe

Od třetího roku výcviku se pak struktura posouvá takto:

- ranní verbální skupina, která reflektuje předchozí den, noc, sny, pocity, nápady...
- drama / arte skupina
- individuální část / případně nácviková část
- teorie
- DvT dynamická skupina
- večerní verbální skupina – verbalizace témat, sdílení, reflexe

3.2 JAK UČIT SEBEZKUŠENOST V DvT

Jako v každém jiném dynamickém výcviku, ať už verbálním, na tělo či jinak zaměřeném, je alfa a omegou učení se a sebepoznání, odráženo a rozpoznáváno dynamikou skupiny a aktivní práci s ní a v ní. To automaticky znamená práci se vztahy uvnitř skupiny, projekcemi, přenosy, protipřenosy, vazbami a nitkami přesahujícími nás samotné. Ve hře jsou vědomé i nevědomé proudy, zkoumání a osahávání si vlastních emocí. K sebepoznání docházíme tím, že tzv. vnášíme sebe do skupiny, nabízíme svá témata a aktivně, za pomoci

skupiny, témata zpracováváme a hněteme k výslednému vědomému obrazu sebe. Učíme se naslouchat druhým, účinně reagovat, intervenovat, rozlišovat příběh svůj od příběhu druhých, nabízet podněty, reagovat atd. V tomto směru se nijak nelišíme od jiných, podobně zaměřených výcviků.

Rozdíl je však v tom, **jak** se to děje. Akcent v kreativně terapeutickém procesu je kladen na tvořivost a sebeozdravný mechanismus s tvorbou spojený. V DvT akcentujeme hru, jednání a bytí v situaci. Přičemž jednáním rozumíme činnost v akci – v situaci, která je oproštěná od hraní či předvádění čehosi. Je postavena na autentickém bytí a prožívání dané situace v daném čase a prostoru, obrazu. Nebo jak také uvádí Pilátová: „jednání je činnost s intencí – partitura impulzů, která ještě nemusí být vědomá, ale dá se sledovat proměnami impulzů a napětí těla u zrodu akce a přivést k uvědomění“ (Pilátová 2009, s. 62).

V arteterapeutické části nás pak významněji zajímá materiál, výtvarné sebevyjádření a formát. Slovo přichází až následně, v k tomu určených, verbálních skupinách, aby nerozoměnilo „dojezdový“ proces, který s sebou každá plně (emocionálně, tělesně, kognitivně) zastoupená kreativní akce přináší.

Vstupujeme tedy do hracího prostoru, témata zpracováváme v akci, vstupujeme do barev a jiných výtvarných materiálů (převážně pak s hlinou), pracujeme s formátem, prostorem a tělem. Spoléháme na příčinnou souvislost umění a psyché, kdy se jedno v druhém odráží. Projekce je tedy jednou z hlavních součástí, kterou sledujeme. Vyjádření a vyjadřování se prostřednictvím umění – obrazem / prostřednictvím hry – je plně protkáno osobním vkladem a tedy „materiálem“, který je důležitý pro ucho-

pení sebe, a to jak v módu výcvikovém, tak terapeutickém.

Zcela výlučně se v DvT pracuje s improvizací, rychlou projekcí, která jednak umožňuje uvolnit výše zmíněný osobní materiál, jednak dovoluje aktuální vyjádření (expresi) – pocity, myšlenky, spontaneita, experiment. V neposlední řadě lépe než jakákoli struktura odráží realitu a přibližuje se tedy více k vlastnímu bytí.

Rozdílná je také práce s časem. Ve většině terapeutických oborů jsme zvyklí pracovat chronologicky – vyprávět svůj příběh, projíždět svou personální historii atd. V DvT pracujeme naopak. Prostřednictvím akce, jednání v přítomném okamžiku, hry, práce s metaforou a tělem, se postupně dostáváme k finálnímu vyprávění svého příběhu/personální historie, kterou uchopujeme v celkovém kontextu.

Neznamená to, že bychom na úkor „přítomnosti“ nepracovali s minulostí. Více než o minulosti však hovoříme o paměti. Paměti těla, evokaci obrazů, které spontánně vyplouvají z řetězcích se situací, opakováním a variováním téhož. Jedná se o nuanci a dalo by se hovořit o slovíčkaření. Ve vlastním prožitku a subjektivním vnímání reality se však jedná o dvě odlišné věci. Paměť je něco, co k nám bytostně patří, můžeme s ní lépe naložit a vzít ji za svou – je něčím živým. Stejně tak naše minulost, ta má však negativní nádech něčeho vzdáleného, distancovaného. Pohled zpět nás sice zajímá, ale zároveň – byť třeba iracionálně – děsí.

3.3 SEBEZKUŠENOST A KOMPETENCE V KONTEXTU DvT METOD

V níže uvedených oddílech se pokusím nastínit základní kameny metody. U názvů

jejich českých ekvivalentů jdu po obsahu, samotný překlad občas neseď (např. embodiment a tělo – v témže oddílu užívám ekvivalentů hned několik). Vězte, že se jedná stále o totéž a nenechte se tedy zmást.

- Hrací prostor (Play space)

„Hrací prostor, je místo, které stojí na vzájemné dohodě tvořené všemi zúčastněnými – že vše co se v prostoru odehrává, je reprezentací a zpodobňováním našeho bytí, bez ohledu na to, zda má tato reprezentace reálný či imaginární základ.“ (Johnson 2013, s. 39)

Hrací prostor je místo, kde se odehrává vše důležité. Protíná se v něm realita s fantazií, představy a očekávání se střetávají s chtěním a nároky, emoce střídá distancovaná rigidita, potkáváme se v něm samozřejmě fyzicky. Prostor je definován jednak jeho praktickým a hmatatelným uspořádáním – podlaha, zdi, stůl apod., stejně tak ale lidmi, potažmo skupinou, které se v prostoru pohybuje. Stejně jako skupina, je i hrací prostor vždy jasně definován. Má svá pravidla a ohraničení a čtyři základní elementy:

- předcházení zraněním a záměrnému ublížení si
- platí jasná dohoda o vzájemnosti a sdílení prostoru (prostor patří všem, stejně jako všechno, co je do něj vnášeno) – vše, co je do prostoru vnášeno, stává se automaticky součástí děje
- je počítáno s diskrepancí – realita je pohyblivá, pravda se protíná s fantazií, mohu jednat tak, jak situaci reálně prožívám, bez ohledu na to, zda mé prožívání spadá do konvencí či ne. Aktivně se pracuje s diskrepancí ve smyslu „to jsem já

a to jsem také já“ v různých proměnných.

- reversibilita rolí – aktivně pracujeme s možností výměny/záměny rolí. Často se to děje zcela automaticky – oběť vstupuje do role agresora atd. Pracujeme tedy opět s diskrepancí např. ve smyslu mocenskoosti a submitivity, traumatickou zkušeností v kontextu žité reality, včetně úzkostně nebo děsivě laděných situací, kterých se obáváme a jsou jinak běžnou součástí našeho fungování (např. návštěva zubáře, zkouška ve škole, operace, setkání se s úředním šimlem...)

Prostoru je věnována podstatná část výcviku. Přesná artikulace prostoru a jeho zvládnutí je zásadní pro vnímání a uchopení sebe sama v něm, a samozřejmě i vědomého jednání v něm. Platí taktéž souvztažnost tělo – prostor – prostor – tělo – skupina a jednotliví lidé v ní. V. Spolin (1963) hovoří v této souvislosti o „podstatě prostoru“, jeho procítění a hustotě. Zvládnutí prostoru v tomto kontextu znamená být vědomý – vnímat co, kde, kdo, jak právě dělá, jaké jsou možnosti a nástrahy a mít tak možnost účinně intervenovat a reagovat. Toto je pro dramaterapeuta absolutně nezbytné pro volný pohyb v hracím prostoru.

V arteterapii je tento prostor definován vhodně voleným formátem, povrchem formátu a výtvarným materiálem.

Každý vstup do hracího prostoru je vždy znovu akcentován, intervence směřují k všímavosti, vnímání nuancí, detailu, jak se prostor mění s atmosférou ve skupině, jak a kde se každý člen skupiny v prostoru pohybuje, co dělá, kde se nachází a jak se tato skutečnost odráží v těle pozorovatele. Hrací prostor má jasný „vchod“, kudy se do něj vstupuje a „východ“, kudy se vychází ven.

Vstup i výstup je ve většině případů ošetřen rituálem. Hrací prostor v DvT je prázdný – nepracujeme s rekvizitou ani kostýmem.

Důležité je také technické uspořádání prostoru – teplo, chlad, dominanty, které mohou přitahovat pozornost, vše co může ovlivnit a ovlivňuje dění.

Porozumění prostoru a jeho uchopení znamená také – mimo jiné – aktivně pracovat s bezpečím skupiny a důvěrou v to, že se – přeneseno do terapie – klient může uvolnit, „pustit se do těla“, sdílet a začít pracovat se svým příběhem.

• Tělo (Embodiment)

Hlavním nástrojem v prostoru je tělo a cílená – a pokud možno – vědomá práce s ním. Jak také vychází z předchozí kapitoly. Zmíněné „pokud možno“ samozřejmě souvisí s rozvojem dovedností a kompetencí frekventanta výcviku. Prostředkem i cílem je tzv. **embodiment**.

Embodimentem je v DvT rozuměno, že mysl a tělo jsou ve vzájemné interakci, jedno ovlivňuje druhé, a to jak na úrovni tělesné, tak kognitivní. Tělo spojené s vědomým prožitkem a porozuměním vlastního jednání je motor, který stále znovu startujeme. Proces, který je znovu a znovu vyvoláván, probouzen a provokován k životu. „Embodied self“ (vtělené já) je pak výsledkem. A je to právě ta část mysli, která má zkušenost v těle, aniž by ztratila kontakt mezi tělem a vnímáním sebe (2013, Johnson).

S pohledem do teorie – jak divadelní (např. Grotowski, 1990; Pilátová, 2009), tak terapeuticko–medicínsko–vědní (např. Gladwell, 2007; Chodorová, 2006; Piaget, 1997), víme, že naše tělo není pouze hardwarem naší existence, ale je její nezbytnou

a nezaměnitelnou součástí. Tělová zkušenost a jeho vědomí je taktéž nedílnou součástí naší vývojové řady. Z nejrůznějších výzkumů (Damasio, 1994, in Gladwell 2007), také víme, že tělem reagujeme na podněty a impulsy – libost/nebezpečí – mnohem dříve, než si uvědomujeme v kognitivní rovině. Grotowski (1990) hovoří ve svých textech o „tělo-paměti“, tedy o těle, které je absolutní hodnotou, je zdrojem inspirace, je naší pamětí, historií ve které je možné listovat a čerpat z ní – zapomenuté či zablokované emoce, zkušenosti, příběhy, které si neustále nosíme s sebou.

Tělo je tedy, v psychodynamickém kontextu, naprosto nezbytný zdroj materiálu, který je hněten a zpracováván – externalizován a následně znovu interiorizován a rozpoznáván v „embodied self“, kam směřuje naše snažení.

Správné čtení těla a citlivost na detail jsou opět klíčovou výbavou DvT terapeuta.

Jak se získává dovednost:

- opakováním, zaměřováním pozornosti na tělo, v jednotlivých cvičeních
- soustředíme se na rozvoj tzv. gnostických funkcí (rozeznávat a chápat viděné, slyšené, být citlivý na taktilní vjemy)
- rozvíjíme pozornost na tělo, na to, jak se v něm odráží jednotlivé zkušenosti, prožitky, co se nám v těle děje v situacích, které se odehrávají v hracím prostoru.
- cílem je samozřejmě orientovat se v sobě a následně být schopen tuto tělesnou zkušenost artikulovat.

Jednou ze součástí práce s tělem je také práce s dotykem, jakožto přirozenou součástí našeho bytí a fungování. Práce s dotykem má samozřejmě své pravidla

a podléhá etickým normám a etickým kodexům dramaterapeutickým.

- **Setkání se (Encounter)**

Setkat se s někým druhým, být součástí jeho příběhu a sdílet příběh svůj, není jednoduché. Stejně tak setkat se sám se sebou. Hovoříme-li o teorii nestability, je právě prostor „setkání se“ místem mnoha překážek – máme obavy, nevíme co očekávat, do hry se dostává důvěra a nedůvěra, představy, nároky, chtění a potřeby, které nemusí vůbec korespondovat a často i nekorespondují s potřebami jiných. Nezřídka ani potřebami vlastními. Nic není akorát, nemůžeme vidět celek. Potkáváme se v základních, obecných dohodách hodnot. Jejich výklady získané výchovou, zkušenostmi a vlastní historií, se ale dost často liší. Proces setkávání se je tedy živou formou a obsahem toho, jak se dostat k sobě navzájem, ale zároveň překonat různost a odlišnost. Odlišnost a různost se v divadelní řeči nazývá konflikt, který je hnací silou každé dramatické situace a zpřítomňuje tedy dění ve skupině. Je „o čem“ a „o co“ hrát. To celé opět plně koresponduje s psychodynamikou, vztahováním se, projekcemi atd. Do situace a hry se v DvT dostáváme prostřednictvím tzv. přítomného okamžiku, kterému je v teorii věnován velký prostor. Dovolím si pouze ve zkratce nastínit co je jím myšleno.

Přítomný okamžik

Součástí teorie nestability je tzv. „přítomný okamžik“, moment teď a tady, který nám pomáhá orientovat se a nabízí možnost opory. V normální realitě trvá jen pár vteřin a všichni ho známe, jen mu málokdy věnujeme naši pozornost. Odehrává se jednak

na úrovni percepční, jednak emocionální a tělové a jednak expresivně-exekutivní. Teorie DvT, prostřednictvím Johnsona (2013) fázuje tento okamžik do čtyř bodů:

1. vnímání – něco ke mně přichází – pohyb, zvuk, obraz, stimul..., který na úrovni percepční rozeznávám, a vede mě dále k emocionální reakci

2. pocit – v rovině emocionální se dostávám k pocitům či pocitu, který mě vede k reakci, která se odehrává v rovině tělové a vede mě k oživení a „rozchrání“ těla

3. animace – je reakcí těla na percepční a emocionální podnět, který je dále propojen do myšlení, a spolu s „embodied self“ směřuje dále k vyjádření

4. exprese – vyjádření, které je opřené o předchozí tři kroky, vyjádření probíhá v rovině verbální či neverbální a kolotoč se znovu rozbíhá.

V procesu skupiny, ale i individuálu, nás zajímá co se děje právě ve výše uvedeném přítomném okamžiku a kde v jaké rovině se pohybujeme. Kde zůstáváme zaseknutí, co nám zabrání pustit se do akce.

Být opravdu přítomný a vnímavý, slyšet co nám druhý říká a účinně na to reagovat, není vůbec jednoduché, přitom by to mělo být primární a samozřejmou výbavou každého terapeuta. Bez ohledu na přístup, kterým praktikuje. Dívat se, všimat si, být v kontaktu se sebou i ostatními, je další z důležitých bodů, který je neustále akcentován, v různých situacích.

Součástí skupinového děje jsou i lektori. Vstupující do projektivních rolí a obrazů, prostřednictvím nichž také intervenují a stávají se objektem či nástrojem uchopení tématu. Stejně tak je tomu i v individuálu.

V kontextu dynamiky skupiny tedy jednotliví aktéři vnášejí do skupiny sebe a svá

témata – externalizace. Ta jsou dále prostřednictvím hry či výtvarného vyjádření transformována, následně vracena svému majiteli – interiorizace.

Cílem lektorů je napomáhat k rozehrání těchto témat, aktivně pracují s projekcemi, které umožňují umělecké vyjádření a spolu s ním přinášení osobních témat. Jak již bylo řečeno výše, facilitují příběh, vstupují do antagonistických rolí či výzvy kladoucích projektivních figur. Pomáhají překládat realitu žitou do reality dramatické a naopak.

Úkolem výcvikových frekventantů je v první části výcviku pracovat se sebou sama, vlastním prožitkem, příběhem, vnímáním reality, vlastními stereotypy a nastavením. Od druhé poloviny pracujeme souběžně s prací na sobě, také na uchopování profesních kompetencí. V poslední třetině výcviku je věnována podstatná část tomu vědět **jak** ve hře pracovat a být v situaci. Frekventanti se v této fázi také spolupodílejí na vedení, tímto směrem, akcentovaných skupin.

Jak získáváme „**jak**“:

- opakováním
- nápodobou
- akcentované nácvikové skupiny – lektor vede skupinu/ID a nahlas říká, čeho si všímá, jaké kroky budou následovat a proč. Skupiny vede frekventant spolu s lektorem/dva frekventanti. ID vede frekventant.
- teorií
- v poslední fázi výcviku vlastní praxí, podpořenou odbornou supervizí (mimo výcvik)

• **Transformace (Transformation)**

Obrazy, role a figury, které přirozeně přicházejí v rámci jednotlivých skupin, jsou neustále rozvíjeny a proměňovány stejně tak jako okolnosti, které doprovázejí jejich příchod. Vracíme se opět k přítomnému okamžiku, k tomu co se aktuálně děje, ať už je to cokoliv – pohyb, zvuk, emoce. V rámci jednotlivých setkání je důležité neztratit potenciál, který přichází a je důležité dostat tento potenciál do hry, jakkoliv se bude děj následně vyvíjet.

Více než příběh, postavy v něm, hraní rolí atd., nás zajímá přirozený běh obrazů, volných asociací, které přicházejí, logika návaznost není důležitá, hrajeme o situaci samotnou a toho kde se pohybujeme a jak tomu rozumíme.

Proto také v DvT není žádný předepsaný scénář ani průvodce příběhem, hlavním prostředkem je improvizovaná hra, setkání se prostorem a jednání na základě vlastních intencí. Pro DvT terapeuta je důležité vidět, co se odehrává, co kdo dělá a jak reaguje. Tyto momenty následně oslovovat a dále je pak rozvíjet, řetězit a vnášet do hry. Proto také hovoříme o vývojových proměnách (developmental transformations). V rámci hlavní části pak cíleně pracujeme s tím, co přichází, což následně dále zpracováváme, facilitujeme, konfrontujeme a rozvíjíme, měníme úhel pohledu, distancujeme se, přibližujeme, zkoušíme jinak, a tedy transformujeme. Cílem je otevírat možnosti a získávat pro ně prostor – dimenzionalizovat.

Pro způsob a prostředek jakým se k transformaci dostáváme je v DvT užívané slovo „**varielation**“ což je kombinace a zkomo-lenina slov repetice a variace. Jedná se o neustálý pohyb – přiblížení se a oddálení, díky němuž je možné věci posouvat a měnit.

Přináší trochu jinou perspektivu, která je zároveň doprovázena akcí, což usnadňuje následně věci dělat a odvážit se ke změně. Je také součástí přítomného okamžiku a uchopování nových, neopakujících se elementů v segmentech našeho jednání. „Přirozená „variace“ je neustále se opakující oscilace mezi tělovou/orgánovou reakcí a reakcí smyslovou/senzorickou, mezi myšlenkou a konceptem nebo mezi racionem a imaginativními světy.“ (Johnson 2013, s. 50)

Aby změna mohla být takzvaně „žitá“, nestačí pouze moment rozpoznání, který nám umožní náhled na situaci, reakce nebo jednání. Je potřeba, aby se rozpoznání také událo, což umožní jeho přesah a odvahu tuto změnu komponovat do systému. Ačkoliv o „změně“ v terapeutickém kontextu často hovoříme, v reálném životě člověk nerad věci mění, máme rádi své pořádky, pečlivě vybudované systémy, konstrukty a přesvědčení. Je proto důležité, aby se změna děla bezpečnou cestou, aby se stala běžnou součástí. Abychom si dovolili „riskovat“ a dělat věci jinak, měnit úhly pohledu i nastavení. K tomu slouží v DvT podání výše zmíněná transformace.

Jak se frekventanti dostávají k transformaci v kontextu kompetencí:

- opakováním v rámci jednotlivých skupin a ID
- teoretickými vstupy
- postupným uchopováním sebe v procesu
- nácvikem – vedení „peer“ skupin, peer ID

3.4 PRÁCE S TÉMATY V RÁMCI SEBEZKUŠENOSTI A UCHOPOVÁNÍ KONTEXTU

Běžný výcvikový den kopíruje strukturu dramaterapeutického settingu: otevření pro-

storu – warm-up – startování hry – hlavní část – uzavření. V makropohledu zůstává tato struktura zachována. Má to svůj důvod jednak pro posílení a zažití si settingové struktury pro budoucí praxi frekventantů a jednak také v posílení celku. Celek je samozřejmě rozpoznáván frekventanty až v samotném závěru, v samotném procesu není, tento makro pohled, akcentován. Přesto zůstává dimenzí, která je plnohodnotně ve hře, mluvíme o ní v teorii. Je součástí „kultury“.

Vyzdvihovány jsou, na všech úrovních a neustále, výše zmíněné, v předchozích kapitolách podrobněji rozvedené, metody – tělo (embodiment), prostor (play space), setkání se (encounter) a proměna (transformation), podporovány teorií nestability a přítomného okamžiku.

Přítomný okamžik se (opět v makropohledu) samozřejmě promítá do způsobu vedení a řetězení jednotlivých sekvencí. V praxi to znamená, že každá skupina přímo reaguje na skupinu předchozí.

Příklad: z ranní verbální skupiny plyne nelad, ztracenost – následující warm-up skupiny je tematizován neladem a ztraceností, dostáváme téma do těla, prostoru. Z warm-up vyplývá, že více než o cokoliv jiného se jedná o obavy. Hlavním tématem skupiny je uchopení tématu a jeho zpracování, a to drama či arte cestou...

V praxi to tedy znamená setkání se s podnětem, následnou akcí a řetězením, práce s transformací, vývojem událostí, dimensionalizací a možností reagovat na to, co se nám aktuálně odehrává. Znovu se tedy jedná o vědomé propojování jednotlivých úrovní – co je dole, je i nahoře. A opět, pro

frekventanty výcviku je důležitá v první fázi „žitá“ část osobního příběhu, příběhu skupiny a uchopování teorie, nikoliv výše zmíněné propojení. Máme ověřeno, že tato část zapadá až v kontextu finálním, tedy zvědomovaném, a s profesní kompetencí uchopovaném „já“.

Velký důraz je také kladen na kontext a uchopování věcí, cvičení a témat v kontextu toho, co děláme a kam co patří. A to především v nácvikové části. Jakékoliv cvičení bez uchopení kontextu, zůstává pouze cvičením a praxe dokazuje jeho nefunkčnost v rámci celku. Hrozí mu nebezpečí technik – rychlost, „psychologizace“ a předčasná interpretace toho, co jednotlivé figury v dané situaci znamenají apod., z toho sic plynoucí zážitek, leč nepřenositelná zkušenost. V horším případě velmi dobře přenositelné trauma. Mnohem více se tedy soustředíme a vedeme frekventanty k vědomému propojování témat a postupné transformaci těchto témat, spolu se spoluodpovědností za proces, nežli k fragmentaci a rychlým zásekům a „ne-žitým“ změnám.

Individuální čas je v první fázi cílen na sebezkušenost, následně k získávání dovednosti vést individuální setkání. Stavební kameny jsou stejné jako v práci skupinové – tedy hrací prostor, tělo, setkání, transformace, variace, přítomný okamžik – se všemi náležitostmi, které jim přísluší. Teorie nabízí způsoby možných intervencí, které frekventanti získávají na 5 možných způsobů:

1. zažívají je na sobě v rámci svého individuálu
2. individuály probíhají ve skupině, kde mají všichni za úkol sledovat
3. teorie

4. komentovaný individuál – jeden lektor vede setkání, druhý lektor tiše komentuje skupině intervence

5. vlastní nácvik individuálu

Verbální část otevírá a uzavírá den. Cílem obou skupin není vysvětlovat ani reflektovat jednotlivé aktivity, cílem je pojmenovávat a hovořit o tom co skupina a jednotlivci v ní prožívají, jak se vztahují apod. – klasická dynamická skupina. Cílem je abstrahovat proces kreativní, dostat ho do slov, tím ho více konkretizovat a následně převracet zpět.

4. KOMPETENCE FREKVENTANTA DvT VÝCVIKU PO ÚSPĚŠNÉM ABSOLVOVÁNÍ

- schopnost porozumět vlastnímu příběhu i příběhu ostatních
- schopnost adekvátně reagovat na podněty a verbalizovat vlastní proces
- schopnost nahlížet sebe v situacích, vnímat své hranice i hranice ostatních
- schopnost účinně intervenovat a otvírat prostor pro druhé
- schopnost vést dynamickou skupinu v metodě
- schopnost vést individuál v metodě
- schopnost indikovat do terapie – schopnost rozlišit indikaci do kreativní či verbální terapie
- schopnost orientovat se v diagnostických skupinách
- porozumění kreativně terapeutickému procesu
- porozumění psychodynamickému způsobu práce
- porozumění specifik skupinové a individuální práce
- porozumění teorii DvT, dramaterapeu-

tické práce a vědomé užívání DvT metod v praxi

- vhléd do procesu arteterapeutické práce a způsobů přiměřené intervence, schopnost rozlišit způsoby práce a volit vhodný materiál a formáty
- porozumění kontextu – viz zdroje a příbuzné obory
- vědomí sebereflektujících a podpůrných nástrojů – supervize, vlastní terapie, další seberozvoj
- porozumění etickým otázkám a vědomé nakládání s nimi

5. ZÁVĚR

Výcvik v Drama & Arteterapii, zaměřený na metodu DvT, startuje v únoru 2016 svůj druhý běh. Komunita se rozrůstá, má svojí oporu na odborném, profesním poli, jak v Severní Americe, tak Evropě a začíná expandovat dále na východ.

K ověřování kompetencí slouží poměrně náročná „výstupní kontrola“ spojená se získáním finálního certifikátu (viz. kapitola výcvik). Jistě by nám slušel také výzkum, který v současné době bohužel nemáme.

Díky za podporu Asociaci Dramaterapeutů ČR (ADCR), která výcvik, ve spolupráci s DvT Institut New York, garantuje a odborně zaštituje. Díky Beate, Davidovi a Radce za podnětnou spolupráci a podporu v DADA Extraart, z.s., stejně tak děkuji za podnětnou spolupráci i všem frekventantům a frekventantkám našeho DvT výcviku.

LITERATURA:

- Braun, K. (1993). *Druhá divadelní reforma?*. Praha: Institut umění – Divadelní ústav.
- Deleuze G., Guattari F. (2011). *Tisíc plošin*. Praha: Herrmann & synové.
- Freud, S. (1945). *Úvod do psychoanalýzy*. Praha: Julius Albert Praha.

Gladwell, M. (2007). *Mžik. Jak myslet bez přemýšlení*. Praha: Dokořán.

Grotowski, J. (1990). *Texty I, II., III*. Praha: Institut umění – Divadelní ústav.

Chodorová, J. (2006). *Taneční terapie a hlu- binná psychologie. Imaginace v pohybu*. Praha: Triton.

Johnson, D. R., Emunah, R., (ed.) (2009). *Current Approaches in Drama Therapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.

Johnson, D. R. (2013). *Developmental Transformations: Text for practitioners Number Two*. New Haven: nepublikováno.

Pallaro, P., (ed.) (1999). *Authentic movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Piaget, J., Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál

Pilátová, J. (2009). *Hnízdo Grotowského: na prahu divadelní a antropologie* Praha: Institut umění – Divadelní ústav.

Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí*. Praha: Portál.

Sartre, J. P. (2004) *Existencialismus je humanismus*. Praha: Vyšehrad.

Spolin, V. (1963). *Improvisation for the Theater: A Handbook of Teaching and Directing Techniques (Drama and Performance Studies)*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.

Medailonek autora

MgA. Viktor Dočkal – dramaterapeut, absolvoval 1. LF UK obor ergoterapie; Specializační studium dramaterapie – Pdf UP; DAMU obor výchovná dramatika. Absolvoval dlouhodobý výcvik v oboru Dramaterapie (Fay Prendergast, Sue Jennings) dále funkčně specializován v dramaterapeutické metodě DvT (D. R. Johnson, M. Willemsen). Je kandidát supervízor ČIS. Dlouhodobě pracuje ve zdravotně sociální oblasti, s lidmi s psychiatrickou, převážně pak psychotickou zkušeností. Je aktivně participujícím členem v projektu

sociálního cirkusu – Circus Bombastico Praha. Participuje na školních projektech, převážně zaměřených na riziková chování či integraci žáků se specifickými potřebami. V současné době působí ve vlastní praxi v rámci atelieru DADA Extraart, z.s.. Je jedním ze zakladatelů profesní Asociace Dramaterapeutů ČR (ADCR), v současné době je jejím výkonným předsedou, současně je také ustavujícím členem Evropské Federace Dramaterapeutů (EFD). Je autorem

řady odborných článků a kapitol na téma Dramaterapie. Spolupořádal 1. a 2. Mezinárodní konferenci Expresivních Terapií Space for Art Therapies 2010 a 2013 v ČR.

Kontakt na autora: dada.extraart@gmail.com, www.dadaextraart.cz

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 14. 1. 2016. Revidované znění došlo 17. 5. 2016, k publikaci přijato 25. 5. 2016.

V DEPRESI SPOLEČNĚ: KLINICKÉ IMPLIKACE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU PROŽÍVÁNÍ TERAPEUTŮ S DEPRESIVNÍM KLIENTEM

Together in depression: clinical implications of a qualitative study of therapists' experience with a depressive client

Jan Roubal

Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;

e-mail: jan.roubal.cz@gmail.com

Psychoterapie. 10 (3), 196–210; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Práce s depresivními klienty představuje významnou zátěž pro psychoterapeuty samotné. Článek poskytuje teoretický rámec pro popis prožitků psychoterapeuta, které se objevují v terapeutické situaci s depresivním klientem. Text představí model vycházející z kvalitativní studie, ve kterém je prožívání psychoterapeutů konceptualizováno jako „Prožitková oscilace“ mezi sdílením depresivního prožitku s klientem a oddalováním se od něj. Vývoj této oscilace v průběhu psychotherapeutického sezení zachycuje výsledný teoretický model „Trajektorie spoluprožívání deprese“, který rozlišuje šest fází: **1. Sdílení depresivní zkušenosti, 2. Obrát k sobě, 3. Snaha o změnu symptomů, 4. Vzdalování se od depresivního prožitku, 5. Obrát ke klientovi, 6. Zaměření na vztah.** Výsledky studie jsou propojeny s terapeutickou praxí tak, aby byl model využitelný pro terapeuty při orientaci ve vlastních prožitcích a při jejich zvládnání. Závěrem text nabízí vyplývající vodítka pro psychotherapeutickou práci s depresivními klienty.

Klíčová slova: deprese, psychoterapie, prožitek terapeuta, kvalitativní výzkum, propojování výzkumu a praxe

ABSTRACT:

Working with depressive clients burdens therapists themselves significantly. This article offers a theoretical frame for describing therapists' experience, which appear in the therapy situation with a depressive client. A model resulting from a qualitative study is presented: the therapists' experience is conceptualized as “Experiential oscillation” between gravitating towards a clients' depressive experience and moving away from it. It's evolvement over the course of a session is depicted by a model of “Depression Co-experiencing Trajectory” with six phases: **1. Sharing depressive experience, 2. Turning to oneself, 3. Striving for symptom change, 4. Distancing from depressive experience, 5. Turning to a client, 6. Focusing on relationship.** Results of the study are connected with a psychotherapy practice so the model can be used for therapists to orientate themselves in their own experiences and to cope with them. Finally the text offer guidelines for psychotherapy work with depressive clients.

Key words: depression, psychotherapy, experience of therapist, qualitative research, connecting research and practice

„Hleďš-li dlouho do propasti,
nahlédne i propast do tebe.“

(F. NIETZSCHE)

ÚVOD

Sezení by už mělo být za chvíli u konce. Diskrétně se podívá na hodiny a zděší se, že od začátku uběhlo jen deset minut! Jakoby se ocitla v jiném světě, kde se čas plazí hrozivě pomalu. Nedokáže si představit, jak přežije do konce sezení ... jestli konec vůbec přijde. Nenapadají ji žádné terapeutické intervence. A pokud ji přece jen něco napadne, nevěří, že by to nějak mohlo pomoci klientovi, který sedí naproti ní. Beznaděj, bezmoc. Opustila ji kreativita a začíná pochybovat o užitečnosti svého úsilí zde i o smysluplnosti psychoterapie vůbec. Jakoby z ní něco vysávalo energii. Je skleslá, potýká se s ospalostí a vnímá únavu a tíhu v celém těle...

Takové prožitky psychoterapeuti zažívají specificky při práci s depresivními klienty. Jsou to prožitky nepříjemné, je ale možné je prozkoumávat bez toho, aby terapeut obviňoval sebe nebo svého klienta. Je možné je dokonce využít pro průběžnou pracovní diagnostiku jako popis specifického interpersonálního vzorce deprese. Následující text popíše fenomenologické pozorování a teoretickou konceptualizaci prožitků psychoterapeuta, které se objevují v tera-

peutické situaci s depresivním klientem. Text představí teoretický model vycházející z kvalitativní výzkumné studie¹ a propojí ho s terapeutickou praxí. Tento model mohou terapeuti využít, když se budou chtít zorientovat ve svých prožitcích a budou hledat způsoby, jak se s těmito prožitky vyrovnat. Text dále nabídne vodítka, která z uvedených poznatků vyplývají pro práci psychoterapeuta s depresivními klienty.

VZTAHOVÉ SPOLUVYTVÁŘENÍ DEPRESE

Člověk, který zažívá depresi, se do ní „propadá“² a tento pád ovlivňuje všechny složky jeho života. Klesá nálada a energie, ztrácí se iniciativa a radost. Pohyb dolů je pro depresi charakteristický. Nejde však jen o pohyb dolů, ale také o omezování, zužování. Člověk v depresi omezuje svoje aktivity a kontakty, zužuje spektrum svých zvládacích možností. Není schopen uniknout z depresivního způsobu fungování; propadá se hlouběji a hlouběji, ocitá se v bludném kruhu deprese. V tomto bludném kruhu se snižuje schopnost organismu vyrovnat se s vlastními mentálními i tělesnými procesy, stejně jako s vnějšími požadavky, což vede k častějšímu pocitu selhání, sebeobviňování a následnému prohlubování depresivního stavu, se kterým přichází další pokles kapacity organismu. Když dáme dohromady tyto tři druhy pohybu – pád, zužování a točení se v bludném kruhu – dostaneme obraz *víru deprese*, který člověka stahuje.

Lidé okolo depresivního člověka také hrají při vytváření stahujícího *víru deprese* svou roli. Interpersonální vztahy se uspořá-

¹ V tomto textu využívám své vlastní zkušenosti z práce s depresivními klienty v psychiatrické nemocnici a privátní praxi, své teoretické porozumění tématu deprese (Roubal, 2007; Francesetti, Roubal, 2013) a využívám výsledky kvalitativní studie prozkoumávající prožitky terapeutů během jejich sezení s depresivními klienty (Roubal & Řiháček, 2016). Text čerpá z kapitoly (Roubal, 2015) v knize G. Francesettiho(ed.) *Absence is the Bridge Between Us*.

² Deprese znamená etymologicky pokles, prohlubeň nebo propast.

dávají depresivním způsobem, okolní lidé spoluvytváří depresivní uspořádání vztahového pole³ a zároveň jsou jím ovlivněni. Spoluprožívají depresi: v kontaktu s depresivním člověkem rozhovor vážne, čas se vleče a na lidi kolem padá tíha a únava. Zároveň okolní lidé k depresi také aktivně přispívají. Nejprve se snaží depresivního člověka povzbudit, zaktivizovat a dostat ho z deprese: „No tak, vždyť to není tak hrozné. Pojď, někam si vyrazíme. Přijdeš na jiné myšlenky!“ Ale člověk v depresi nemá v tu chvíli kapacitu si něco užívat, být aktivní, změnit své myšlenky ani náladu. A i když se přesto nechá přemluvit a vyrazí do společnosti, funguje v ní jako automat, zůstává uzavřený sám do sebe a opět zažívá selhání. Vztahový prožitek dále ničí jeho naději, že by mohl vystoupit z drásavé samoty a způsobuje další a další propadání do víru deprese.

Po nějaké době takového neúspěšného úsilí vytáhnout člověka z deprese, začne být jeho blízký frustrovaný, ztrácí kapacitu k tomu, aby mu dále pomáhal se vzchopit. Rezignuje. Potřebuje chránit sám sebe, začíná se více zaměřovat na vlastní potřeby a aktivity. Depresivní člověk to vnímá jako další opuštění a vlastní selhání. Vír deprese se dále roztáčí a stahuje jej víc a víc.

³ V textu používám pojem „pole“ tak, jak ho jako teoretický koncept chápe gestalt terapie. Popisuje vzájemnou a dynamickou propojenost osoby a situace, self a druhých lidí, organismu a prostředí, individuálního a společného. Identita a kvalita každé události, objektu nebo organismu tak existuje pouze jako součást pole, v přítomnosti, a lze ji poznat jenom skrze situační uspořádání, vytvářené vzájemným ovlivňováním pozorovatele a pozorovaného (Yontef, 1993).

TERAPEUTŮV PROŽITEK

Terapeut se v přítomnosti depresivního klienta sám stává součástí pole, které se uspořádává depresivním způsobem. Prožívá ho a účastní se jeho vytváření, stejně jako ostatní lidé v přítomnosti depresivního člověka. V rámci vztahového pojetí tedy při psychoterapii nejde o kontakt mezi zdravým profesionálem a depresí narušeným klientem. Vír deprese se odehrává přímo „tady a teď“ v terapeutické situaci. Klient a terapeut jsou v depresivní situaci společně, společně ji spoluvytvářejí a lze říct, že „deprese“ společně (Roubal, 2007)⁴.

Velké množství klinické a empirické literatury popisuje, jak psychoterapie může pomoci depresivním lidem. Ve srovnání s tím se ví velmi málo o tom, co zažívá terapeut, který se pohybuje v těsné blízkosti hlubin klientovy deprese a snaží se klienta odtud vytáhnout. Je známo, že práce s depresivním klientem může zhoršit terapeutovu vlastní náladu a terapeut musí dávat pozor, aby sám do deprese nespádl (Rahn & Mahnkopf, 1999). Zkušenosti s klienty, kteří kvůli své depresi nejsou schopni reagovat, můžou terapeuta zatěžovat a postupně, nepozorovaně ničit terapeutův entuziasmus pro práci a jeho pohodu při ní. Wolf, Goldfried, and Muran (2013, p. 5) popisují toto plíživé břemeno takto: „Terapeuti se dívají na hodiny každých pět minut a vyhlížejí konec sezení. Při sezení s klientem, který je uzavřený do sebe a téměř nezaznamenává přítomnost terapeuta,

⁴ Takto popsany vztahový přístup k psychoterapii nabízí teoretickou oporu pro tento text. Když je v textu použit výraz „depresivní klient“, je to jen z důvodu stručnosti vyjádření. Myslí se tím člověk, který se účastní spoluvytváření depresivní organizace vztahového pole a který zažívá ve vztazích utrpění pozorovatelné jako depresivní symptomy.

terapeuti můžou začít kritizovat sami sebe, cítit se jako nedostateční a litovat, že pracují v profesi, která je nutí upozadovat jejich vlastní potřeby před potřebami ostatních.“

Terapeuti, kteří jsou vystavováni emocionálně silným depresivním stavům klientů, jsou na to většinou velmi málo připraveni. Učí se terapeutické otevřenosti a empatickému postoji, ale velmi zřídka také ochráně sebe sama před zprostředkovanými prožitky deprese. Koekkoek, van Meijel a Hutschemaekers (2006) zjistili, že klinici považují klienty s chronickou depresí za jeden z hlavních typů „těžkých pacientů,“ kvůli jejich náročnému, sebedestruktivnímu a závislému chování. Bezmoc a beznadějí depresivního klienta může spustit u terapeuta silnou negativní reakci (Levenson, 2013). Terapeut pak může uvíznout ve vlastních negativních emocích a vnímat sebe sama jako bezmocného, což může postupně vést u začínajících terapeutů k pochybnostem o vlastní profesionalitě a u zkušených profesionálů k cynismu (Wolf et al., 2013).

Práce s depresivními klienty nejenže narušuje terapeutovu profesionální sebedůvěru, ale také ho může ohrozit osobně. Výzkumné studie ukazují, že deprimovaní a depresivní klienti mají významný stresující dopad na terapeuty (Deutsch, 1984). Ve své kvalitativní studii prožitku protipřenosu u psychoterapeutů s vlastní historií psychiatrické hospitalizace, Cain (2000) odhalila, že tito „zranění pomáhající“ zažívali různé stupně identifikace se svými klienty a nedokázali sami sebe ochránit. Brody a Farber (1996) identifikovali depresivní klienty jako ty, kteří u svých terapeutů vyvolávají největší míru deprese. Specifickou povahu těchto depresogenních vlivů popisuje Coyne (1976a) ve své teorii

interpersonálních aspektů deprese a její nakažlivosti, což potvrzuje i Joiner (1994) ve své empirické studii.

Psychoterapeuty lze tedy vidět jako rizikové pracovníky, kteří jsou ohroženi vlastní depresí, jedním z nejčastějších projevů profesionální krize psychoterapeutů (Gilroy, Murra & Carroll, 2002). Přestože negativní prožitky s obtížnými klienty představují rizikový faktor pro rozvoj profesionální nepohody a syndromu vyhoření (Jenaro, Flores & Arias, 2007), terapeuti obecně mají sklon své prožitky s klienty marginalizovat jako idiosynkratické a subjektivní, nebo je dokonce znehodnocují jako obtěžující, kontraproduktivní a neprofesionální (Wolf, Goldfried & Muran, 2013). Tím, že své vlastní reakce terapeuti vnímají jenom jako „šum“ v terapeutickém procesu, nejen že zvyšují riziko rozvoje syndromu vyhoření, ale také „riskují, že přijdou o důležitý zdroj dat, která mohou přímo či nepřímo ovlivnit terapeutickou alianci a mít negativní vliv na výsledky léčby“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s. xiii). Když budou terapeuti ignorovat své vlastní prožitkové reakce na klienty, může to dokonce vést k poškození klientů (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010).

TRAJEKTORIE SPOLUPROŽÍVÁNÍ DEPRESE

Coyne (1976b) zkoumal interpersonální reakce vyvolané přítomností depresivního člověka a identifikoval dvě základní reakce: indukci depresivní nálady a odmítnutí depresivního člověka (přestože Coyneův výzkum nebyl zaměřený specificky na terapeuty, můžeme předpokládat, že tyto přirozeně lidské reakce se u nich také objevují). Specificky na terapeuty se zaměřila

kvalitativní studie prožitků terapeutů při práci s depresivními⁵ klienty (Roubal, Řiháček, 2016). Data od 30 terapeutů byla získána v individuálních rozhovorech a ohniskových skupinách, jako metodologický rámec byla použita metoda zakotvené teorie. Terapeuti popisovali, že se klientovi v průběhu psychoterapeutického sezení průběžně prožitkově „přibližují“, nebo se od něj „vzdalují“. Jeden z terapeutů to popisoval metaforicky jako pohyb nahoru a dolů ve studni: „Studna, jako hloubka té deprese a (...) povrch, to denní světlo. Mám pocit, že chci být v hloubce té deprese, být tam s tím klientem. A zároveň udržet kontakt [s povrchem nahoře]. (...) A buďto pustím klienta a naštvu se na něj anebo se pustím toho hořejšku a budu tam s ním [klientem] a začnu se s ním identifikovat. (...) [Ten hořejšek] je ta denní realita. To, jak jsem na tom normálně, že žiji ve svém světě.“

Proces terapeutovy *Prožitkové oscilace* mezi dvěma póly *Sdílení depresivního prožitku* a *Vzdalování se od depresivního prožitku* se postupně rozvíjí v průběhu terapeutického sezení. Je možné rozlišit jednotlivé fáze této trajektorie a jejich typickou sekvenci tak, jak je to znázorněno v obecném modelu *Trajektorie spoluprožívání deprese* (Roubal & Řiháček, 2016),

jehož jednotlivé fáze jsou stručně rozvedené v následujícím textu a ilustrované výpověďmi terapeutů.

Fáze 1: Sdílení depresivního prožitku

Na začátku se prožitek terapeutů začíná podobat prožitku jejich depresivních klientů.

Terapeuti zažívají pochybnosti o sobě, sebeobviňování, pocity selhávání, bezmoc, beznaděj a také celkový útlum a únavu. Zakoušejí příznaky deprese sami na sobě, jako by se propadali do spoluprožívání deprese s klientem. Ztrácejí odstup od prožitku klienta, postrádají nadhled a širší perspektivu, připadají si stahováni dolů do deprese ke klientovi: „Stává se mi (...) že se do toho nějak dostanu. Dolů. Že si říkám, vždyť to je strašně beznadějně. Vůbec se jim nedivím, z toho není cesty ven.“ Zažívají také smutek, úzkost, prázdnotu, strach o klienta i strach z vlastního selhání. Ztrácí schopnost jasného myšlení a koncentrace. Na tělesné úrovni pociťují ztuhlost, tíhu, slabost, vyčerpání a únavu: „Když tam s ním sedím, tak cítím strašnou únavu. Takový prostě, že mám pocit, že už ani nezvednu ruku.“ Dominantními pocity terapeutů je beznaděj, že „nic nemá smysl a nic nejde“. Terapeuti se dostávají prožitkově tak blízko ke klientovi, že přestávají vnímat sebe sama. Jejich prožitek v této fázi splývá s prožitkem depresivního klienta.

Fáze 2: Obrat k sobě

V návaznosti na předchozí fázi začínají terapeuti vnímat spoluprožívání klientovy deprese jako něco, co je nebezpečné pro ně osobně: „Klient mne táhne dolů, to mne ubíjí.“ Terapeuti se cítí situací ohroženi: „Abych se do toho příliš neponožila“. Inten-

⁵ Určení klientovy depresivity bylo založeno na klinickém posouzení terapeutů - respondentů. Přesnější specifikace depresivního stavu klientů nebyla provedena. Takto široká koncepce deprese představuje limit prezentovaného výzkumu a neumožnila rozlišit mezi reakcemi terapeuta na rozdílné depresivní stavy a různé druhy interpersonální dynamiky. Přesnější specifikace deprese ať už kvantitativní (za použití posuzovacích škál pro zhodnocení závažnosti deprese) nebo kvalitativních (upřesnění intrapsychické a interpersonální dynamiky deprese) by mohla být slibným krokem pro budoucí výzkum.

zita jejich depresivního prožitku stoupá, dokud nedosáhne bodu obratu, kdy přestávají souznít s klientovým prožitkem. Místo toho zaměří svou pozornost na sebe a instinktivně začínají chránit sebe sama: „Ochránit, no. Myslím, že takovou negativitu, jakou má ona vůči sobě... [Já se obávám o sebe,] kdybych to jako k sobě pustil...“

Jeden z terapeutů popisuje, jak sdílená deprese proměnila jeho vnímání sebe sama. Dostal se prožitkově tak blízko depresivnímu klientovi, že přestal vnímat sebe sama jako odborníka – člověka, která má kapacitu k tomu, pomoci druhému. Jednou jeho prožitek dosáhl takové intenzity, že se plně napojil na klienta a přestal vnímat sebe sama, svoji roli a svoje zdroje: „Tak jak se k němu dostávám v těch emocích, blíž k tomu klientovi, tak je nějaká mez, kdy já si [sám sobě] řeknu: ‚To je tak těžké!‘ [A ke klientovi:] ‚Ty bys měl jít, člověče, k psychologovi‘. Než mi dojde, že tam vlastně je! (...) Zapomenu, že jsem tam jako psycholog. Protože vnímám, jak moc je to pro mě těžké, když mi to popisuje. A myslím, že to je tou blízkostí (...) [A pak mi pomůže] uvědomit si, že jsem to já.“

Fáze *Obratu* k sobě znamená pro terapeuty okamžik intenzivního uvědomění sebe sama: „Snažím se třeba narovnat... Uvědomit si svůj dech, prostě dýchat víc... Přes tělo být v kontaktu s tím, co jsem já, aby mě to nespláchno.“ V tomto bodě se terapeutův prožitek začíná odpojovat od depresivního prožitku klienta.

Fáze 3: Úsilí o změnu symptomů

Po předchozím bodu obratu přestanou terapeuti na osobní rovině sdílet prožitek s klientem a zaujmou prožitkově odtažitější, bezpečnější pozici experta. Z této pozice se

pak zaměřují na příznaky deprese u svého klienta, depresivní prožitek tím externalizují a odosobňují. To jim umožní zastavit své další propadání do spoluprožívání deprese, získávají prožitkový odstup. Snaží se o efektivní léčbu deprese a berou na sebe zodpovědnost za změnu klientova stavu. Volí více direktivní přístup, dávají klientovi praktické rady a snaží se mu pomoci řešit jeho problémy: „Mě to svede k tomu, že hledám řešení.“

Intervence, které mají změnit symptomy deprese, slouží ale také terapeutům jako způsob úniku před vtažením do pocitů bezmoci: „Mě ten člověk aktivizuje. Začnu být najednou velice aktivní, začnu vymýšlet, začnu mít spoustu nápadů, začnu o něj pečovat, starám se o něj. Víím, že je to trošku taková past, do které se chytám. Že je to pro mě snazší, než s ním zůstat.“

Terapeutův prožitek se stává protikladem klientovy zkušenosti deprese: „Mně tam automaticky naskočí takový ten (...) napumpovací potenciál. Tedy čím ten dotýčný je skleslejší, tak o to já urputněji mobilizuji“. Terapeuti se snaží dodávat klientovi optimismus, proměnit jeho postoj k sobě a k okolnímu světu, odklonit ho od aktuálního depresivního prožívání a zaměřit ho na příjemné a pozitivní aspekty života. Oceňují klientovy přednosti a potenciál. Až později si terapeuti uvědomí, že tyto zásahy jim pomohly zvládnout vlastní prožitek: „Cítím tu tíhu (...) a zároveň mu říkám, jak je pro mě důležité, že... že si to tu dovolí [přinést vlastní těžkou zkušenost do terapie] ... Snažím se tam [ukázat] to propojení s tím, že vlastně už jen to, že přišel, má smysl. Jakože něco dělá. A mnohokrát jsem si uvědomila, že to dělám víc pro sebe v tu chvíli.“

Fáze 4: Vzdalování od depresivního prožitku

Snaha terapeutů o změnu symptomů deprese klienta však není v průběhu jednoho terapeutického sezení úspěšná. Jejich povzbuzování, aktivita a optimismus nevedou ke změně, terapeuti nevidí uspokojivé výsledky své snahy. Klient se nemění podle jejich očekávání, je stále depresivní a zůstává ponořen do prožitků prázdnoty, rezignace a beznaděje. Terapeutům připadá, že „tlačí někam, kde je zavřeno“, že se situace „zasekla na jednom místě“, nebo že klientka „ustrnula... v těch stejných cyklických se tématech a v těch stejných opakujících se jejích větách, že to stejně nic nemá smysl a že vlastně stejně už se toho [deprese] nikdy nezbaví a že stejně ten svět je takový jako neutěšený a...“.

Terapeuti jsou netrpěliví a frustrovaní, implicitně obviňují klienta za svá selhání, cítí hněv: „Mám prostě takový vztek. Jsem vyloženě jakoby naštvaný. (...) Ta nehybnost, ta inertnost [mě štve]. [Je to jako] když člověk volá do černé díry.“ Jak terapeutické sezení postupuje, terapeuti se prožitkově vzdalují od klienta do té míry, že ho přestávají vnímat jako člověka a vidí ho pouze jako nositele symptomů, které se nechtějí měnit podle jejich očekávání: „Pocit takový... že [bych řekl klientovi:] ‚Kdybys jenom trochu chtěl, trochu se víc snažil, tak ono to půjde!‘ Takže tohle to ve mně vyvolává.“

Terapeuti se vůči klientovi vymezují: „Jsem si říkala: Pane Bože, takhle bych nechtěla nikdy dopadnout.“ Jeho prožitek jim připadá nepochopitelný nebo ho zlehčují: „Připadá mi to neskutečné, že může něco takového [takový depresivní stav] existovat. Je to pro mě prostě naprosto neuvěřitelná

věc“. Terapeuti pocítují tendenci depresivního klienta odeslat k jinému odborníkovi a vyhnout se tak dalšímu kontaktu s ním.

Fáze 5: Obrat ke klientovi

Terapeuti se nyní natolik prožitkově vzdalili od klienta, že vůči němu ztrácejí empatii. Tak moc se chránili před tím, aby spoluprožívali depresi s klientem, že dočasně opouští svoji pomáhající pozici: „Bezmoc, naštvanost. Pocit, že to nemá smysl. (...) mě napadá, že by bylo asi dobré, kdyby tu sebevraždu spáchal, o které tedy stále hovoří... To mě napadne. A to mě taky zastaví! To je přesně ta stopka, která mě hodí zase zpátky... [Cítím] až takové zděšení a hanbu [v tu chvíli].“

Terapeuti se dostávají do dalšího bodu obratu, kde si musí připustit, že jejich snaha zbavit klienta symptomů deprese nebyla úspěšná. Jsou vyčerpaní a frustrovaní, přestávají usilovat o změnu a smiřují se se současnými omezenými možnostmi klienta i celé terapeutické situace. Začínají přijímat realitu aktuálního klientova stavu a proměňují svůj terapeutický přístup: „Já si uvědomím, (...) že je to moje unáhlenost nebo překotnost anebo tíha, že chci rychle, aby se to [změnilo]... Tak [to místo toho začnu dělat jinak a] jsem tam dál [s ním] (...) a víc mlčím zase. (...) Naladění se na to jeho tempo.“ Terapeuti vystupují z role experta, který působí změnu, a prostě zůstávají v přítomnosti klienta: „Můžu s ní sedět, ale nemůžu jí pomoci“.

V této fázi terapeuti zažívají vnitřní napětí mezi přirozenou tendencí ochránit sami sebe a svojí profesionální zodpovědností. *Obrat ke klientovi* představuje moment intenzivního uvědomění přítomnosti klienta jako člověka, se kterým se terapeut potkává.

Fáze 6: Zaměření na vztah

Po druhém bodu obratu se prožitek terapeutů začíná opět přibližovat k prožitku depresivního klienta. Terapeuti se nyní místo na symptomy zaměřují na vztah: „Já se k ní přidám. Že se sice nic nezlepší, jako nedojdeme k východisku, nedojdeme k ničemu [novému], ale jakoby tam může nastat nějaký kontakt. Jsem s ní, (...) [je tam] nějaký jako vztah.“

Jedná se nejen o změnu terapeutického přístupu směrem ke klientovi, ale i o způsob, jakým terapeuti zvládají své vlastní prožitky: „No, já mám pocit, že mně... pomáhá, když tam právě nastanou ty momenty nějakého hlubšího kontaktu. Že to začnu vnímat aspoň trochu smysluplně a nějak skrze to mohu mít toho člověka ráda i s tím vším. To pomůže, že tam není jen ta temnota, ale jakoby i něco živého vlastně. Něco opravdu živého. [Mně pomáhá,] že tam není jenom ta „smrt“ (...) [ale také] život je tam... Když jsem se dostala blízko k ní, že jsem necítila jenom tu její depresi, ale i ji jako bytost.“

Terapeuti redefinují svoji roli v dané situaci a to jim umožní opět se začít prožitkově přibližovat ke klientovi: „Že ho jako přestanu rozhýbávat, ale spíš se přidám k němu.“ Rezignací na změnu symptomů a zaměřením na vztah se pro terapeuty stává jejich práce znovu smysluplnou. To jim přináší úlevu a umožňuje dál zůstat s klientem: „To byla skutečně docela úleva, když člověk měl pocit, že to [zlepšení deprese] není jenom nějaká [moje] povinnost. (...) Že vlastně pro ni [jen samotné] to setkání (...) má i nějaký takový pozitivní přínos. (...) Tak to mě vlastně docela pomohlo.“

Terapeuti nyní nepřebírají veškerou zodpovědnost za proces terapie, jak to dělali

ve fázi *Snahy* o změnu symptomů, ale také nekladou zodpovědnost pouze na klienta, jako ve fázi *Vzdalování se od depresivního prožitku*. Považují nyní zodpovědnost za sdílenou terapeutem i klientem a to jim pomáhá zvládat svůj prožitek v přítomnosti depresivního klienta. Terapeuti také v této fázi zažívají ambivalenci. Prožívají jednak úlevu, když zanechali neproduktivního snažení, zároveň však setrvávají ve sdílení nepříjemného prožitku s klientem: „To bylo takové to, jakože se postavíš pevně na zem. Dosedneš jako... že se tam přestaneš zmítat v nějaké aktivitě, ale prostě usedneš. Tak jako sedíš, teď ta zeď je neprostupná. Na jednu stranu je to úleva od té aktivity, ale na druhou stranu sedíš jako v něčem blběm.“

PROČ SE TERAPEUTI NEPOUČÍ Z DŘÍVĚJŠÍCH ZKUŠENOSTÍ?

Výše popsaný průběh *Trajektorie spolu-prožívání deprese* se podle výpovědí terapeutů opakuje znovu a znovu při sezeních s depresivními klienty. Dokonce i velmi zkušené terapeuti referovali, že se opakovaně chytili do fixního vztahového vzorce s depresivním klientem. Proč se terapeuti nepoučí z dřívějších kontaktů s depresivními klienty? Následující text nabízí možná vysvětlení k diskusi.

„Nakažlivost deprese“ a neurovědy

Koncept „emoční nakažlivosti“ lze vysvětlit neustálou automatickou imitací a synchronizací behaviorálních vyjádření emocí (Hatfield a kol., 1993), které se dějí přirozeně a často nevědomky. Joiner a Katz (1999) ve své metaanalýze dokládají, že deprese je „nakažlivá“ nejen emočně, ale že se spíše jedná o komplex všech depresivních symptomů jako je bezmoc, únava, anhedonie

apod. Levenson (2013, s. 2014) popisuje, jak se tyto „automatické“ a „univerzální“ emoční odpovědi projevují také na tělesné úrovni a tvrdí, že terapeut do značné míry nemá na výběr, jestli je má ovládnout nebo vyjádřit. Le Doux (1996) ve svých neurovědných zjištěních rozlišuje tyto automatické emoční odpovědi přenášené amygdalou od emocí produkovaných thalamo-neokortikální cestou, která je pomalejší, ale umožňuje vědomější zpracování.

Premotorické kortikální neurony nazývané zrcadlové neurony (Gallese & Goldman, 1998) vykazují stejný vzorec aktivity jako v případě, kdy subjekt vykonává určitou na cíl zaměřenou aktivitu, tak i tehdy, když pouze pozoruje druhého, který tuto aktivitu vykonává. Taková neuronální aktivita je „primárně praktická...“, protože zahrnuje přímé párování nebo propojování vlastního těla a těla druhého. Zdá se, že dochází k okamžitému párování“ (Thompson, 2001, s. 9). Spojení mezi zrcadlovými neurony ve frontálních a parietálních oblastech kortexu a souvisejících oblastech tak „vytváří neuronální představu mentálního stavu druhého člověka (...). Představa intencionálního stavu druhého člověka je potom použita k zahájení behaviorální imitace a vnitřní simulace“ (Siegel, 2012, s. 176).

Je možné tedy vyvozovat, že terapeutův mozek se okamžitě páruje s mozkem depresivního klienta, a to ještě před tím, než si toho terapeut všimne a má možnost to vědomě ovlivnit. Tato terapeutova „vnitřní simulace“ klientova mentálního stavu vede k tomu, že terapeut spoluprožívá depresi s klientem. Zdá se, že díky automatické povaze takové odpovědi se jí terapeut nemůže vyhnout, dokonce i když ji prožíval a reflektoval již dříve ve své práci.

Přeskočit toto počáteční naladění by navíc mohlo být pro terapeutický proces škodlivé, protože tato reakce představuje cennou „bránu do empatie“ (Siegel, 2012, s. 165) a otevírá „intersubjektivitu vědomí“ (Thompson, 2001, s. 15). Thompson (2001, s. 15) ve své fenomenologické analýze empatie tvrdí, že „abychom vnímali druhého, musí zde již být přítomna otevřená intersubjektivita, která je nezbytná k prožitku vnímání“. „Sdílení základních posuzovacích a nabuzujících procesů vytváří základní způsob, jakým se člověk propojuje s druhým v rámci emočního vztahu“ (Siegel, 2012, s. 169). Vyšší neverbální synchronizace mezi klientem a terapeutem souvisí s tím, jak klienti sami hodnotí kvalitu terapeutického vztahu a také souvisí s větší redukcí symptomů (Ramseyer & Tschacher, 2011).

Když je terapeut na klienta naladěn, poskytuje to klientovi zkušenost, že ten druhý jeho afektivní stav vidí a sdílí (Greenberg, 2006). Terapeut tím, že se na depresivního klienta naladí, přemostuje interpersonální prázdnotu (Francesetti & Roubal, 2013) vytvořenou depresí. Toto přemostění je již samo o sobě léčivé, protože facilituje u depresivního člověka rozvoj paralelního prefrontálně probíhajícího procesu: „Důvěrná a vzájemná lidská komunikace může přímo ovlivnit neuronální systémy, které jsou zodpovědné za dodávání významu, flexibilní reagování a tvarování subjektivního prožitku emočně pulzujícího života“ (Siegel, 2012, s. 169). Na základě neurovědných nálezů Greenberg (2006) zdůrazňuje pravoemisférové a neverbální působení terapeutického vztahu, které nejúčinněji ovlivňuje klientovu afektivní seberegulaci a probíhá z velké míry bez uvědomování.

Deprese a truchlení

Terapeutova zkušenost je ve zmiňované kvalitativní studii (Roubal, Řiháček, 2016) odlišná v případě truchlícího a depresivního klienta. S truchlícím klientem terapeut prožívá *Sdílení depresivního prožitku*, ale nevnímá to jako zahlcující nebo nebezpečné, jak tomu je s depresivním klientem. Zůstávat prožitkově ponořen do smutku klienta je pro něj sice těžké, ale zároveň i naplňující a uspokojující. Terapeut je schopen v takovém sdílení zůstávat tak dlouho, jak klient potřebuje, necítí potřebu se prožitkově od klienta odtáhnout. Rozdíl může vycházet z rozdílné dynamiky truchlení a deprese, jak popisuje už Freud (1917) ve své stati *Smutek a melancholie*. V rámci vztahového pojetí ho lze charakterizovat takto: „Při truchlení člověk ztrácí toho, ke komu byl připoután, kdežto při depresi ztrácí podmínky, které takového připoutání vůbec umožňují.“ (Francesetti & Roubal, 2013).

Přirozený proces truchlení představuje efektivní způsob zpracování zásadní ztráty. Terapeut v takovém případě zůstává prožitkově blízko ke klientovi a podporuje ho, aby prošel tímto truchlícím obdobím a dokončil „úkoly truchlení“ (Sabar, 2000, s. 152–168). Pro terapeuta představuje prožitkové přiblížení se ke klientovi přirozeně lidský impuls léčitele.

Protože ale truchlící a depresivní klienti vykazují podobné symptomy, stane se to samé terapeutovi také s depresivním člověkem. Až když je terapeut *Vtažen do depresivního prožitku* s klientem, uvědomí si rozdíl. S depresivním klientem nemůže terapeut spoléhat na přirozený proces truchlení, který umožní postupné vynořování po proběhlém odtruchlení

ztráty. U deprese je takový proces narušen a namísto něj se roztáčí stahující vír deprese. Proto nemůže terapeut zůstávat prožitkově blízko klientovi s depresí. Vnímá nebezpečí, že bude sám vtažen do interpersonálního bludného kruhu deprese.

IMPLIKACE PRO KLINICKOU PRAXI

Co pomáhá terapeutům zvládat jejich vlastní prožitky při práci s depresivními klienty? Nejdůležitější je: „prostě to vydržet“. Deprese ovlivňuje vnímání klienta i terapeuta. Když je terapeut součástí pole uspořádaného depresivním způsobem, zdá se mu, že není žádná šance na terapeutickou změnu a že obtíže dosahují monstrózních rozměrů. Má dojem, že klientova deprese bude trvat pořád.

Z odstupu ale realita vypadá jinak. Nejhlubší část depresivní epizody může trvat například dva měsíce. Samozřejmě že je to dlouhá doba pro klienta, pro terapeuta to však znamená třeba osm sezení. To je snesitelné, není to nekonečné. Když se terapeut v duchu povzbudí „jenom to vydrž, nebude to trvat pořád,“ může už jen pouze touto změnou svého postoje přinést něco nadějnějšího do společně utvářeného pole. Ve sdíleném propadání do víru depresivního prožitku se může objevit nadějný opěrný bod.

Vydržet neznamená vzdát se, ani namáhat se příliš, ale prostě vytrvat. Když se terapeut snaží příliš klienta vytáhnout z víru deprese, oba jen sklouzávají níž a níž. Pokud ale terapeut klienta jen drží a soustředí se na vlastní pevný postoj, klient může přestat se zoufalými, marnými a vyčerpávajícími pokusy vyšplhat se co nejrychleji. To klientovi umožní postupně nabírat síly a hledat

podpůrné body, o které se bude moci opřít později ve své další cestě nahoru z deprese.

Vydržet neznamená rezignovat. Terapeut není pasivní. Naopak, musí být plně koncentrovaný na to, kde stojí a jak pevně. To mu umožňuje udržet nestabilní pozici na hraně mezi pádem do sdílené deprese a prožitkovým odpoutáním se od klienta, mezi souzněním a izolací. Držet tak vratkou pozici není snadné. Co v tom může terapeuta podpořit? Každý terapeut v těchto situacích využívá svůj vlastní systém sebedopory, nicméně dva základní způsoby bývají společné: získat od situace odstup, nebo se do ní naopak plně ponořit.

Odstup jako sebedopora

Terapeuti mohou pozorovat aktuální situaci z odstupu. Tím, že získají nadhled a emoční odstup, vymaní se ze zkrslujícího vlivu depresivního spoluprožívání a jsou schopni racionálně zhodnotit situaci, umístit ji do širšího kontextu času a prostoru. Terapeuti si také uvědomí, že mají kapacitu po určitý vymezený čas náročnou situaci s klientem ustát a potom z depresivně uspořádaného pole vystoupit. Terapeuti rozpoznají nejen svoji kapacitu, ale také své limity a ujasní si, co jsou schopni v přítomném sezení ovlivnit a co už ne. To, že terapeuti nespádnou do sdílené pasivity a zároveň se nevyčerpávají neproduktivní snahou o změnu, jim pomáhá vyrovnávat se s vlastním prožitkem.

Terapeuti si také uvědomí, že aktuálnímu depresivnímu stavu je třeba rozumět v širším časovém horizontu (Jak dlouho už trvají známky deprese? Jak se časem proměňovaly? Jak klient fungoval, než nebyl tolik depresivní?). Terapeuti se ukotví mimo

terapeutický vztah tím, že se spolehnou na vlastní teoretické znalosti deprese nebo si vzpomenou, co pomáhalo v terapii jiných depresivních klientů, a uvědomí si, že se s podobnou situací potýkali už dříve a mají kapacitu ji vydržet i teď.

Pro terapeuty je užitečné situaci porozumět, vytvořit si smysluplný koncept, který jim pomůže uchopit aktuální situaci. Uvědomí si například, že klient začal brát antidepresiva a tedy že úkol terapeuta je v tuto chvíli omezen na doplnění farmakologické léčby a podporu klienta předtím než antidepresiva začnou působit. Později může mít terapie ambicióznější cíle, ale v daný moment by snaha o vyšší cíle jen zvýšila frustraci a beznaděj.

Při práci s vlastní pozorností způsobem, který je popsán výše, terapeuti také vytahují sebe sama ze sdíleného bezčasí a beznaděje. Stále jsou jednou nohou ve víru sdílené deprese, ale druhou nohou stojí na pevné, bezpečné zemi. Uvědomují si kontext současné situace a ukotvují ho v čase a prostoru: toto je terapeutická místnost, zde se setkáváme jako terapeut a klient, naše setkání trvá určitý omezený čas, další setkání bude za týden... Díky takovému vlastnímu ukotvení už nesdílí klientovo narušené vnímání situace, kdy čas a prostor mizí ve víru deprese (Francesetti & Roubal, 2013).

Zaměření na živost

Terapeuti nemusí hledat sebedoporu jen v odstupu od situace, ale můžou zaujmout i opačnou strategii, větší ponoření se do situace. V depresivně uspořádaném poli se vnímání proměňuje specifickým způsobem. Do popředí se dostávají ty aspekty situace, které otupují, až umrtvují, zatímco oživující aspekty situace ustupují do pozadí.

Obvyklým prožitkem depresivních lidí je to, že vnímají svět jako prázdný a šedý. A až když se z deprese vynoří, vidí najednou zase barvy kolem sebe, oživující aspekty situace se opět dostávají do popředí.

Při psychotherapeutickém sezení terapeuti zažívají společně s klienty propadání do prázdnoty, šedi a mrtvolnosti. V případě, že si uvědomí, že tato mrtvolnost je pouze jednou stranou situace, pomůže jim to soustředit se na ty aspekty, které byly až doteď v pozadí. Terapeuti se ale nesnaží změnit situaci přinášením živosti zvenku („Ale vždyť se podívejte, je venku hezky...“), takovéto povzbuzování má spíše opačný efekt („No vidíte, a já si to nedokážu užít...“). Důležitějším se pro ně stává zaměření na živost, která je už v terapeutické situaci přítomná, byť v pozadí. Nachází živost přímo v situaci, v sobě, v klientovi a v terapeutickém vztahu.

Když se terapeut vzdá úsilí o okamžitou změnu a zaměří se na terapeutický vztah, zaměří také svoji pozornost od neživých symptomů směrem ke klientovi jako živému člověku. Přenesení vztahu do popředí představuje klíčový moment, kdy se ve víru deprese vytvoří pevná základna, o kterou se mohou terapeut a klient opřít.

Může se zdát, že terapeutický proces stagnuje a symptomy zůstávají stejné. Terapeutický proces však pouze nejde cestou zlepšení depresivních symptomů. Místo toho se pro tuto chvíli ubírá jinou cestu: prohlubuje se terapeutický vztah a tím se buduje nezbytný vztahový základ pro změnu. Pokud se tedy v terapii stane, že se klientova deprese nemění, terapeut tomu může porozumět jako signálu, že je třeba posílit vztahovou základnu; že potřeba vztahu se stává figurou a je pro tu chvíli třeba jí dát přednost před snahou o změnu symptomů deprese.

Paradoxní naděje

Nadhled a zaměření na živost přináší terapeutům naději a pomáhá jim vyrovnat se s vlastními prožitky v přítomnosti depresivního klienta. Tato naděje má ale paradoxní povahu „naděje v beznaději“ (Roubal, Řiháček, 2016): „I když tu naději nevidím, tak doufám, že ji zase uvidím.“ Pro tuto paradoxní naději je důležité, aby terapeuti rozlišovali mezi aktuálním prožitkem sdíleným s klientem a širším časovým kontextem. Můžou zažívat naději, že se změna dostaví, když o ni přestanou usilovat, když se smíří s aktuální beznadějí. Tento postoj je aplikací paradoxní teorie změny (Beisser, 1970) na specifickou situaci s depresivním klientem.

Nadhled a zaměření na živost pomáhá terapeutům snést nestabilní pozici na hraně víru deprese. Užíváním sebedoplnných strategií pro sebe je terapeuti také přinášejí do pole sdíleného s klientem. Je důležité si uvědomit, že sdílené pole není uspořádané jenom depresivním způsobem fungování, které přináší klient. Ve společném utváření situace se setkávají dva způsoby fungování. Spoléháním na vlastní sebedoporu terapeut také ovlivňuje prožitkové pole, které sdílí s klientem. Terapeutova schopnost nadhledu vytahuje oba z víru deprese a zaměření na živost narušuje sdílený bludný kruh deprese.

ZÁVĚR: SOUCIT SE SEBOU

Klient do terapeutického vztahu přináší rigidní vzorec depresivního fungování a výrazně ovlivňuje způsob, jakým se uspořádává pole terapeutické situace. Terapeut je touto dynamikou pole „sveden“ k tomu, aby reagoval stejným způsobem jako lidé kolem depresivního klienta. Jeho prožitek

je vtahován do víru deprese a terapeut cítí sebeprotektivní impuls odtáhnout se od klienta. Díky své schopnosti uvědomění má ale šanci všimnout si tohoto prožitkového vzorce a vystoupit z něj. Prezentovaný procesní model spoluprožívané deprese může pomoci terapeutům zvýšit jejich senzitivitu. Mohou si více všimát jemných signálů toho, že se jejich prožitek posunuje na jednu nebo na druhou stranu. To jim může pomoci ustát balancování na hraně víru spoluprožívané deprese.

Terapeutovu naladění na depresivního klienta lze rozumět nejen jako riziku pro vznik syndromu vyhoření u terapeuta, ale také jako přirozené a nevyhnutelné podmínce pro efektivní terapii deprese. „Zrcadlové schopnosti našich mozků nám umožňují empaticky si představovat, co se děje v druhém člověku. Vnitřní simulace – proces přijímání a rezonování s emočními stavy druhého – pokládáme za první stupeň soucitu neboli „sou-cítění“ s druhým člověkem“ (Siegel, 2012, s. 165). Ve snaze pochopit a přijmout perspektivu trpícího člověka terapeuti sami trpí a výsledkem takového neustálého naladování může být „vyčerpání ze soucitu“ (*compassion fatigue*) (Figley, 2002). Zásadně důležité proto je, jak terapeuti reagují na své vlastní negativní prožitky. Tyto prožitky „nemají být potlačeny anebo odmítnuty, ale naopak mají být rozpoznány tolerantním a sebpřijímajícím způsobem“ (Elliott, 2013, s. 76).

Teoretické koncepty prezentované v tomto textu, mohou nejen pomoci terapeutům, aby se při náročném psychoterapeutickém sezení s depresivním klientem ukotvili tím, že konceptuálně porozumí svému prožitku. Mohou také pomoci transformovat tyto často negativní pocity do soucitu. „Soucit

není jen vnímavost vůči utrpení klienta, je také vnímavostí k vlastnímu utrpení, s cílem porozumět interakci, která vytváří psycho-terapeutický vztah“ (Wolf, Goldfried and Muran, 2013, s. 5). Když terapeuti použijí výsledný model zde prezentované studie pro práci s depresivními klienty, mohli by porozumět vlastním prožitkům bezmoci, vyčerpání a beznaděje jako prožitkovému pohybu směrem ke klientovi, který posiluje terapeutický vztah jako nezbytný základ psychoterapeutické práce. Na druhou stranu by svým prožitkům netrpělivosti, vzteku a frustrace mohli porozumět jako prožitkovému pohybu od klienta, který terapeutovi umožňuje věnovat se i vlastním potřebám a přinášet do terapie perspektivu alternativní vůči klientovi.

Siegel (2010) ve své syntéze neurovědných a psychoterapeutických poznatků předkládá dobře známý příklad instrukcí na začátku letu letadlem, kdy je potřeba, abychom si nejdříve sami nasadili kyslíkovou masku a až potom začali pomáhat lidem kolem nás. V psychoterapii to přeneseně znamená rozvíjet terapeutovo porozumění sobě a soucit se sebou. To, že terapeut pečuje sám o sebe, je možné považovat za „prerekvizitu pro vykonávání psychoterapie“ (Wolf, Goldfried & Muran, 2013, s. 276). Radu Carla Rogerse: „Nemůžeš nikomu pomoci bez toho, abys riskoval sám sebe“ (in Anderson, 1997), je tedy možné doplnit o druhou část: „A také nemůžeš nikomu pomoci bez toho, aby ses staral i sám o sebe.“

LITERATURA:

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.

- Beisser A. (1970), The Paradoxical Theory of Change. In: Fagan, J., Shepherd, I. (eds.) *Gestalt Therapy Now*. New York, Harper Colophon Books. 77–80.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22–28.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34–49.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186–193.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28–40.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833–845.
- Elliott, R. (2013). Therapist negative reactions: A person-centered and experiential psychotherapy perspective. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients. From frustration to compassion* (pp. 69–90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
- Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (2013), Gestalt Therapy Approach to Psychopathology, in Francesetti G., Gecele M. and Roubal J., eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Franco Angeli, Milano, 59–75.
- Francesetti G., Roubal J. (2013), Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences, in Francesetti G., Gecele M. and Roubal J., eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Franco Angeli, Milano, 433–494.
- Freud, S. (1917). Trauer Und Melancholie. *Int. Z. Psychoanal.*, 4(6), 288–301.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493–501.
- Gilroy, P. J., Murra, J., & Carroll, L. (2002). A preliminary survey of counselling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research & Practice*, 33(4), 402–407.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. L., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Sciences*, 2, 96–99.
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80–87.
- Joiner, T. E. (1994). Contagious depression: Existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67(2), 287–298.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology and Science Practice*, 6, 149–164.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemackers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: A review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802.
- Le Doux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Levenson H. (2013), Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Working With Reactions to Chronically Depressed Clients, in Wolf A.W., Goldfried M.R. and Muran J.C., eds., *Transforming Negative Reactions to Clients. From Frustration to Compassion*. American Psychological Association, Washington, DC, 191–219.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (1999). *Lehrbuch*

- Psychiatrie für Studium und Beruf*. Bonn: Verlag.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284–295.
- Roubal J. (2007), “Depression. A Gestalt Theoretical Perspective”, *The British Gestalt Journal*, 16, 1: 35–43.
- Roubal, J. (2015), Depressing together. Therapist’s Experience in a Therapy Situation with a Depressed Client. In G. Francesetti, ed., *Absence is the Bridge Between Us. Italy: Istituto di Gestalt HCC, Gestalt Therapy Book Series*, 205–224.
- Roubal, J. & Rihacek, T. (2016). Therapists’ in-session experiences with depressive clients: A grounded theory. *Psychotherapy Research*. Oxford University Press, 26, 2, 206–219. doi:10.1080/10503307.2014.963731.
- Sabar S. (2000). Bereavement, grief and mourning: A gestalt perspective. *Gestalt Review*, 4(2), 152–168.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist*. New York: W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How the relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Thompson, E. (2001). Empathy and consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5–7), 1–32.
- Yontef G.M. (1993), *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*, Gestalt Journal Press, Highland NY.
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Introduction. In A. W. Wolf, M. R. Goldfried & J. C. Muran (Eds.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion* (pp. 3–18). Washington, DC: American Psychological Association.

MUDr. Jan Roubal, Ph.D. je psychoterapeut, psychiatr, supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků. Vyučuje na katedře psychologie FSS MU v Brně. Pracoval v psychiatrické nemocnici, nyní v soukromé praxi. Založil a vede Výcvik integrace v psychoterapii a výcvik Gestalt Studia. Je členem Evropské asociace pro psychoterapii (EAP), Evropské asociace pro gestalt terapii (EAGT – vede její výzkumnou komisi), Společnosti pro výzkum psychoterapie (SPR) a Společnosti pro zkoumání integrace v psychoterapii (SEPI). Publikuje texty převážně na téma psychoterapie v klinické praxi, spolu-editoval knihy „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010) a „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (FrancoAngeli, 2013).

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 8. 6. 2016. Revidované znění došlo 18. 8. 2016, k publikaci přijato 25. 8. 2016.

ZKUŠENOST PÁROVÝCH TERAPEUTŮ S PŘITAŽLIVOSTÍ KE KLIENTŮM

Couple therapists' experience of attraction to their clients

Denisa Smetanová, Tomáš Řiháček

Fakulta sociálních studií MU, Brno, CZ; e-mail: smetanova.denisa@gmail.com;

e-mail: tomas.rihacek@gmail.com;

Psychoterapie. 10 (3), 211–223; ISSN 1802-3983

Tato studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1007/2015, kterou poskytlo MŠMT.

ABSTRAKT

Studie se zabývá zkušeností terapeutů se situací, kdy se cítí být přitahováni jedním z klientů v párové terapii. Jejím cílem bylo prozkoumat prožívání a vyrovnání se terapeutů s touto situací a také jejich porozumění této zkušenosti a jejímu vlivu na terapeutický proces. Polostrukturované rozhovory s pěti párovými therapy byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Pomocí analýzy bylo identifikováno sedm témat. Z analýzy také vyplynuly některé rozdíly mezi muži a ženami, kdy ženy více zažívaly pocity úzkosti pramenící z přitažlivosti a měly též více než muži potřebu své pocity sdílet. Výsledky jsou diskutovány v kontextu existující empirické literatury.

Klíčová slova: Přitažlivost, sexuální přitažlivost, párová terapie, fenomenologická analýza

ABSTRACT

The study deals with therapists' experience of being attracted to one of the clients during a couple therapy. The aim of the study

was to explore therapists' experience of and coping with this kind of situation, as well as their understanding of the phenomenon and a perceived impact on the therapeutic process. Semi-structured interviews with five couple therapists were analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis. Seven themes were identified during the analysis. Some differences between male and female participants also emerged from the analysis: women experienced more anxiety stemming from the attraction and were also more likely to share their feelings than men. The results are discussed in the context of existing empirical literature.

Key words: Attraction, sexual attraction, couple therapy, phenomenological analysis

Používání terapeutických dovedností staví odborníka do velmi silné a vlivné pozice. Etika při terapeutické práci vyžaduje kompetence terapeuta, které mimo jiné zahrnují terapeutovu schopnost sebereflexe a jeho citovou vyrovnanost (Culley a Bond, 2008). Tyto schopnosti jsou vzhledem k blízkosti terapeutického vztahu a potřebě udržení hranic zásadní. Yalom (2004) ve své knize Chvála psychoterapie píše, že vztah terapeut – klient se příliš neliší od jiných potenciálně zneužitelných vztahů osob s rozdílnou mocí. Rozdíl ovšem

existuje v intenzitě terapeutického vztahu. Vzhledem k tomu, kolik toho bylo odhaleno, pochopeno, žádáno a dáno, se terapeutická vazba může stát tak silnou, že vznikne láska nejen u klienta, ale také u terapeuta. Ten ovšem musí své pocity udržet v určitých mezích a zabránit sklouznutí k erotice (Yalom, 2004).

Vzhledem k intimní povaze terapeutického vztahu je tedy přitažlivost mezi klientem a terapeutem, ať už je vnímána jako sexuální či nikoliv, poměrně běžná (Harris, 2001). Dříve byla přitažlivost v terapii chápána pouze v kontextu přenosu a protipřenosu (Rodgers, 2011). Dnes už většina terapeutických směrů pohlíží na pocity přitažlivosti v terapii jako na přirozenou věc, a to bez rozdílu toho, zda je nazývají přitažlivostí či protipřenosem. To, že přitažlivost terapeuta vůči klientovi není nic neobvyklého, ukazuje řada studií. Například ve studiích Bernsen, Tabachnick a Popa (1994), Popa, Keith-Spiegel a Tabachnik (2006) a Rodolfy et al. (1994) bylo zjištěno, že více než 80 % terapeutů vnímalo klienty jako přitažlivé. Také studie Giovazolias a Davise (2001) potvrdila, že téměř 80 % jejich respondentů někdy cítilo, že je klienti přitahují. Terapeuti, kteří byli někdy přitahováni svým klientem, pouze výjimečně zvažovali sexuální kontakt s klientem. Někteří z nich ovšem mívali o klientovi, který je přitahoval, sexuální fantazie (Ladany et al., 1997). Terapeuti přitahovaly jak klientovy fyzické vlastnosti (fyzicky atraktivní klient, terapeutův „typ“), tak i psychické charakteristiky. Některé z psychických charakteristik byly typické pro vztahy obecně, jiné byly specifické pro terapii – klient byl tzv. dobrým klientem, byl zranitelný, sexuálně vyzývavý nebo měl atraktivní osobnost (Ladany et al., 1997).

Typickými reakcemi na pocity přitažlivosti v terapii jsou podle výzkumu (Rodgers, 2011) zmatek, nejistota, stud, strach, zranitelnost, pocit nedostatku adekvátní přípravy během výcviku a nedostatku terapeutické podpory. Podobně na prožívání terapeutů nahlíží Luca (2014), podle níž pocity studu, viny, úzkosti a strachu mohou vést k poškození terapeutického procesu. Terapeut je často zaskočen intenzitou svých pocitů a snaží se od nich utéct, jak nejdál to jde (Luca, 2014). Také podle Giovazolias a Davise (2001) jsou reakce většiny terapeutů na přitažlivost ke klientovi provázeny silným rozrušením a stresem. Téměř 40 % respondentů v jejich studii zažívalo pocity překvapení, šoku a viny. Avšak 45 % terapeutů naopak situaci normalizovalo, přijalo své pocity a snažilo se je zpracovat pozitivní cestou (Giovazolias a Davis, 2001). Podle Harris (2001) je důležité, aby se terapeuti se svými pocity někomu svěřili. Nejčastěji se terapeuti svěřují s pocity přitažlivosti na supervizi, případně svému terapeutovi. Ve studii Ladanyho et al. (1997) více než polovina terapeutů vyhledala alespoň jednu supervizi a také Giovazolias a Davis (2001) zjistili, že polovina respondentů jejich výzkumu se svěřila s přitažlivostí ke klientovi svému supervizorovi.

Pocity přitažlivosti mohou, ať už pozitivně či negativně, značně ovlivnit terapeutický proces. Ve studii Giovazolias a Davise (2001) se 50 % dotazovaných terapeutů domnívalo, že přitažlivost ke klientovi měla pozitivní dopad na terapeutický proces, 43 % terapeutů zmínilo neutrální vliv na terapeutický proces a jen 6 % terapeutů z výzkumného souboru mělo pocit, že přitažlivost ovlivnila terapeutický proces negativně. Terapeuti, kteří vnímali vliv přitaž-

livosti na terapeutický proces jako pozitivní, uvedli, že díky svým pocitům lépe porozuměli terapeutickému vztahu i klientovým potížím a více se zajímali o klientovy problémy. Terapeuti, kteří zmínili negativní dopad přitažlivosti na terapeutický proces, uvedli, že city ke klientovi snížily jejich schopnost věnovat se klientovým potřebám, měly negativní dopad na to, jak se napojovali na klienta, a omezovaly možnosti jejich intervencí (Giovazolias a Davis, 2001).

Samostatnou otázkou pak je, zda terapeut může, má, či by naopak neměl své pocity klientovi odhalit. Novák (2011) ve svém článku uvádí, že existuje řada důvodů pro odhalení protipřenosových pocitů klientovi. Hlavním důvodem je předpoklad, že klient vytuší terapeutovy pocity, což může vést k nervozitě a úzkosti z nepředvídatelných změn v hranicích terapeutického vztahu. Dalším důvodem je terapeutova snaha kontrolovat své pocity úzkosti a viny, čímž odvádí klienta k bezpečnějším, ale méně důležitým tématům. Tohle chování ovšem klient může vnímat jako odmítání. Naopak taktní odhalení, jehož nedílnou součástí je správné načasování, může pomoci prohloubit terapeutickou práci (Lijtmaer, 2004). Podle Yaloma (2004) ale terapeut musí zvažovat zásadní věc – zda je odhalení v nejlepším zájmu klienta. Sebeodhalení by nikdy nemělo být nekritické a samoučelné (Yalom, 2004).

V kontextu párové terapie je tato otázka ještě komplikovanější, neboť vyjádření terapeutovy náklonnosti může výrazně ovlivnit vnímanou neutralitu terapeuta. Podporuje-li terapeut pouze jednoho z partnerů, může postupně ztratit důvěru druhého klienta či celého páru (Wile, 1981). Podpoření jed-

ného z partnerů může též vést k vystupňování konfliktu tím, že vyvolá protireakci toho druhého (Gjuričová a Kubička, 2003). Právě neutralita, která je pro párovou terapii klíčová, tedy může být do značné míry narušena přitažlivostí k jednomu z klientů a mít vliv na výsledek terapie.

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že přitažlivost v terapii je poměrně častým jevem. Pro řadu terapeutů přesto může představovat náročnou situaci a může, ať už pozitivně či negativně, významným způsobem ovlivňovat terapeutický proces. Vzhledem k tomu, že dosavadní empirické studie se zaměřovaly na přitažlivost v individuální terapii, rozhodli jsme se v naší studii prozkoumat zkušenost terapeutů s přitažlivostí ke klientům v párové terapii, v níž může tento fenomén nabývat dalších rozměrů.

METODA

Participantů

Terapeutů

Výzkumný soubor byl tvořen pěti psychoterapeuty (3 muži, 2 ženy) ve věku od 32 do 60 let ($M = 47$) s délkou praxe v rozmezí od 7 do 20 let ($M = 13$). Mezi primárními profesemi participantů byly zastoupeny psychologie, psychiatrie, sociální práce a sociálně-právní činnost. Všichni absolvovali dlouhodobý psychoterapeutický výcvik v některém z následujících směrů: systemická terapie, gestalt terapie a na osobu zaměřený přístup. Participantů pracovali jako terapeuti v soukromé praxi nebo poradně pro rodinu, kde se věnovali individuální i párové terapii. Všichni se hlásili k heterosexuální orientaci. Podmínkou pro zařazení do vzorku byla zkušenost s přitažlivostí k jednomu z klientů v párové

terapii, aniž by ovšem došlo k sexuálnímu kontaktu s klientem.

Prostřednictvím e-mailu bylo osloveno celkem 51 potenciálních participantů, z toho 22 mužů a 29 žen. Oslovení terapeuti pocházeli z různých částí ČR, pracovali na různých pracovištích (nejčastěji se jednalo o soukromé praxe a poradny pro rodinu) a byli vzděláni v různých terapeutických směrech. Na tuto výzvu odpovědělo 17 terapeutů, z toho 12 z nich účast na výzkumu odmítlo, protože neměli žádnou zkušenost s přitažlivostí v párové terapii. Pouze 5 oslovených terapeutů odpovědělo kladně a bylo ochotno poskytnout rozhovor. Nízká ochota k poskytnutí rozhovoru mohla být způsobena intimitou tématu této studie.

Výzkumníci

Článek vychází z diplomové práce první autorky (Smetanová, 2016), druhý autor se na něm podílel v pozici vedoucího práce. Samotná výzkumná otázka se zrodila na základě zvědavosti první autorky podněcené přednáškami odborníků v rámci studia. V době realizace studie byla první autorka frekventantkou výcviku v gestalt terapii. Druhý autor se považuje za integrativního terapeuta, je nejvíce ovlivněn gestalt terapií a psychodynamickou tradicí a má více než desetiletou praxi v párové terapii a poradenství.

Tvorba dat

S každým participantem proběhl polostrukturovaný rozhovor, který se zaměřoval na následující okruhy otázek: co v této situaci terapeut prožíval, jak o této situaci přemýšlel/jak své zkušenosti rozuměl, jak se terapeut s touto situací vyrovnával a zda (a případně jaký) vnímal dopad přitažlivosti ke klientovi na terapeutický proces.

Participantů byli předem s těmito tematickými okruhy obeznámeni a měli tedy možnost si promyslet, o čem budou mluvit. Konkrétní způsob práce s párem nebyl specifikován a participantů tedy mohli hovořit jak o párové terapii založené výhradně na společných sezeních s celým párem, tak o terapii obsahující individuální sezení s jedním či druhým partnerem. Rozhovory proběhly při osobním setkání na místě, které si participantů sami zvolili. Každý rozhovor začal sérií úvodních otázek zjišťujících, zda si participantů vybavují danou zkušenost a zda mají pro rozhovor vybrán konkrétní pár ze své praxe. Po úvodních otázkách probíhaly rozhovory plynule a vyvstávala při nich témata dotazovaných participantů. V některých chvílích bylo potřeba navést rozhovor zpět více k tématu nebo k osobnímu prožitku, když participant začal mluvit příliš obecně. Na konci rozhovoru dostal každý participant prostor, aby se ještě k tématu vyjádřil a mohl se podělit o své pocity z rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a doslovně přepsány. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 30 a 60 minutami.

Analýza

Rozhovory byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA, Kostínková a Čermák, 2013; Smith, Flowers a Larkin, 2009). Každý rozhovor byl první autorkou analyzován samostatně, od prvotních poznámek až po vynoření témat. Rozhovor vždy opakovaně přečetla, podtrhala to, co považovala z hlediska výzkumné otázky za důležité a na okraje zapisovala parafráze a poznámky. Z poznámek se postupně začala vynořovat témata a jejich vzájemné souvislosti. Některá téma-

ta byla vzhledem k nízkému výskytu (téma se v rozhovoru objevilo pouze jednou) nebo nerelevantnosti ve vztahu k výzkumné otázce, vyřazena. Jiná se stala nadřazená ostatním tématům. Takto bylo identifikováno sedm společných témat (každé z nich bylo uváděno alespoň čtyřmi participanty).

VÝSLEDKY

V rozhovorech bylo identifikováno sedm témat souvisejících s přitažlivostí terapeutů ke klientům v párové terapii. Některá témata vycházejí z emočního prožívání v situaci, kdy byli participanti přitahováni klientem, jiná souvisí s terapeutickým procesem a porozuměním účastníků dané situaci.

Vznik přitažlivosti jako přirozený proces

Participanti považovali přitažlivost za jev, který se v procesu terapie objevil přirozeně: „*Kdy byla ta první chvíle? To je těžké říct, je to mladá žena, takže se mi líbila*“ (M1). Někteří participanti vnímali přitažlivost jako přirozenou součást procesu po celou dobu, kdy terapie probíhala, jiní ji takto začali vnímat až později, například po supervizi. Nejčastěji jako důvod přitažlivosti ke klientovi uváděli jeho osobnostní charakteristiky. Obvykle to byly rysy jako síla či odolnost v náročné situaci. Jako významné se ukázaly i sdílené názory a způsob řešení problémů: „*A mně v tu chvíli došlo, že je mi velice blízko to, co říká, a cítím jakési souznění. Takhle zpětně si myslím, že od té chvíle jsem cítila vůči němu větší porozumění a snad si i poprvé všimla toho, že se jedná o atraktivního muže*“ (Ž5). Fyzická atraktivita pro participanty nebyla tolik významná jako osobnostní charakteristiky, přesto hrála také určitou roli. Klienti nebyli

pro participanty vždy přímo atraktivní, ale minimálně byli sympatičtí nebo zajímaví: „*...není to vyloženě krasavice. Ale je to zajímavá žena a líbí se mi, jak zvládá celou tu situaci*“ (M4).

Významným faktorem pro vznik přitažlivosti se ukázal být také kontext terapie. Dva participanti začali být více přitahováni klientem ve chvíli, kdy jej měli na individuálním sezení. Jeden z nich (M4) například uvedl, že se klientka pro něj stala „*viditelnější*“. S kontextem větší intimity při individuálním setkání souvisela také probíraná tematika. Jeden participant spojoval zvyšování a snižování intenzity svých pocitů vůči klientce během terapie s probíráním tématu neuspokojivého sexuálního života klientky: „*A mně se tam objevilo takové to: „Hm, to by bylo docela milý jí v tomhle vyjít vstříc, nějak být nápomocný, kdyby to bylo vzájemný“*“ (M1). Pocity přitažlivosti se objevily v jednom případě také v souvislosti s odhalováním klientky při kojení dítěte během terapie, kdy „*ten pocit nebyl takový, že bych po ní nějak hrozně toužil. Spíše to byly takové ty primitivní mužské impulzy...*“ (M4).

Cítý ke klientům jako zdroj radosti i nervozity

Participanti ve vztahu ke klientům často mluvili o sympatiích, pocitech blízkosti a spřízněnosti. Participanti-muži se v přítomnosti klientek cítili příjemně a hovořili o soucitu, který se u nich ve vztahu ke klientkám objevoval: „*Možná se tam objevil takový soucit, že nemá to, co by jako žena mít mohla. A trochu mé ješitnosti, že bych jí v tomhle mohl pomoci a rád a pak samozřejmě to, že je to absurdní*“ (M1). Participantky-ženy hovořily spíše o blíz-

kosti v názorech a pohledu na život, které je přitahovaly.

Zatímco muži prožívali přitažlivost pozitivně, ženy (Ž3, Ž5) popisovaly také pocity „zmatení“, „nejistoty“ a „nervozity“. Dále zmiňovaly pocity viny, studu a úzkosti ve vztahu ke své roli terapeutky: „*Taky jsem se cítila provinile, že tam s těmi klienty nejsem stoprocentně. Jako určitě to nebyly nijak příjemné pocity*“ (Ž3).

Erotickou přitažlivost popisovali pouze participanti-muži. Objevovala se např. v kontextu erotiky jako tématu terapeutického rozhovoru nebo při již popsáném fyzickém odhalení klientky v průběhu kojení. Mužští participanti také popisovali určitou otevřenost vůči erotickým pocitům, které směrem ke klientce zažívali: „*Není to nic, před čím bych utíkal*“ (M1). Ať už však participanti pociťovali ke klientům cokoliv, všichni se shodli na tom, že se jednalo o city, které byli schopni zvládnout.

Zpracování přitažlivosti – intenzita, která se dá zvládnout

Participanti pracovali s pocity přitažlivosti dvěma způsoby. Zatímco muži se soustředili na reflexi své terapeutické práce a se svými pocity se nikomu nesvěřovali, ženy naopak měly potřebu své city sdílet. Rozdílná potřeba sdílení vlastního prožívání u žen a mužů mohla být způsobena genderovými rozdíly i intenzitou a příjemností či nepříjemností vnímané přitažlivosti ke klientovi. Participanti-muži nevnímali přitažlivost jako něco, co by je v terapii rušilo nebo bylo nepříjemné: „*Je to v intenzitě, kterou jsem schopný zvládnout*“ (M2). Participantky (Ž3, Ž5) naproti tomu považovaly přitažlivost v terapii za něco, co je „omezovalo“ a „rušilo“ při práci. Sdílením zážitku při-

tažlivosti chtěly uvolnit úzkost z toho, že se jim nedaří být zcela profesionální ve své roli. Jedna participantka se rozhodla vzít téma přitažlivosti v terapii na supervizi, pro druhou participantku byl dostačující rozhovor s kolegyní. Pro obě bylo sdílení prospěšné: „*Díky tomu rozhovoru jsem si utřídila myšlenky a pocity, což bylo přesně to, co jsem v tu chvíli potřebovala*“ (Ž5). Dále bylo pro participantky důležité uvědomění, že přitažlivost v terapii je přirozená a ve své roli tedy neselhal.

Rozdílné bylo také vnímání toho, v jakém momentu byla přitažlivost zvládnuta. Pro participantky-ženy to bylo ve chvíli, kdy přestaly pociťovat úzkost a mohly se opět plně věnovat terapii. Obě byly nakonec spokojené s tím, jak situaci zvládly, stejně jako mužští participanti. Vzhledem k tomu, že přitažlivost ze strany participantů-mužů ke klientkám nebyla provázána negativními pocity, zvládnutí situace vnímali jinak. Jeden z participantů považoval situaci za zvládnutou i přesto, že mezi ním a klientkou přetrvávalo mírné napětí: „*Takže tam zůstává možná víc takové té statické elektřiny...že člověk občas cítí takové to šimrání*“ (M1).

Participanti-muži mluvili také o faktorech, které by jim mohly zvládnutí situace ztížit. Jeden z nich uvedl, že by pro něj bylo náročné přitažlivost ke klientce zvládnout, kdyby vnímal signál z její strany: „*Pak by to pokušení, řekněme, bylo o to silnější ...pak bych měl to dilema vevnitř trochu větší*“ (M1). Jiný participant považoval za důležitý faktor soukromý život terapeuta. Vzpomínal na dobu, kdy byl po rozvodu a bylo pro něj náročnější situací přitažlivosti zvládnout, než nyní, kdy žije ve vztahu. Po rozvodu si více všiml toho, jak jsou klientky atraktivní a jaké vysílají signály:

„Úplně jinak reaguji teď, v okamžiku, kdy mám naplněný vztah a nepotřebuji nic dalšího získávat z té interakce“ (M2).

(Ne)ovlivnění terapeutického procesu

Další významnou rovinou je participanty vnímaný dopad přitažlivosti ke klientovi na terapeutický proces. Všichni participanti zmiňovali, že přitažlivost ovlivňuje terapeutický proces. Ne vždy si to však v průběhu terapie uvědomovali a někdy si v odpovědích na toto téma protiřečili: „A když se mi ta klientka líbí, je to, jako když se mi líbí žena někde u stolu. Nereflektuju, že by tam bylo něco víc v tom procesu, že by byl nějak ovlivněn“ (M2). V pozdější části rozhovoru ovšem participant připustil změny ve svém chování vůči klientce, která jej přitahovala: „Já se určitě jinak chovám v tom smyslu, že chci vytvářet nějaký dojem, že mezi námi proudí něco“ (M2). Je možné, že si participant toto ovlivnění v průběhu terapie neuvědomoval nebo o něm nechtěl při rozhovoru mluvit.

Další participant si uvědomil možný vliv přitažlivosti na terapeutický proces teprve během rozhovoru: „Myslím, že jsem to ustál, že to proces neovlivnilo...I když, je otázka, kolik pozornosti člověk věnuje tomu kterému členu toho páru“ (M1). Ženy si vlivu své přitažlivosti ke klientovi na proces byly vědomy více než muži již během terapie, což mohlo být jedním z důvodů, proč v souvislosti s přitažlivostí zažívaly více nepříjemných a zúzkostňujících pocitů než muži, jak je uvedeno výše.

Tendence ke stranění a vědomé rozdělování pozornosti

Další významné téma je mimovolné stranění klientovi, ke kterému je participant

přitahován. Toto stranění se u participantů projevovalo tak, že podporovali názory a přání klienta, který je přitahoval, a věnovali mu více pozornosti. Všichni participanti si tohoto stranění byli vědomi a zdůrazňovali, že je třeba si na něj dávat pozor: „Je to potom spíše o té strannosti a nestrannosti, kdy možná mám tendenci podporovat spíše její pohled na věc než ten jeho. A to je něco, co si potom musím víc hlídat“ (M1). Přesto se ne vždy ubránili tomu, aby s klientem vytvářeli koalice: „...tak nějak jsem cítil, že ta žena mi je bližší ve smyslu, že mám tendenci s ní dělat nějakou koalici“ (M4).

Participantů často mluvili o své potřebě klientovi, který je přitahoval, více pomoci a měli tendenci o něj pečovat. Uvědomovali si, že je pro ně důležitější spokojenost přitažlivého klienta, než spokojenost celého páru: „...jde mi víc o to, aby byla spokojená ta klientka. Tak tam to možná trochu kulhá“ (M1). S větší péčí o jednoho z partnerů souvisí také to, že si participanti (M1, M4) pro jim přitažlivé klienty představovali či přáli „lepší“, „zajímavější“ či „atraktivnější“ partnery. Nelze ovšem říci, zda toto přání pramenilo z patrné nevyváženosti páru, o níž participanti mluvili, nebo zda tyto pocity vycházely z přitažlivosti, kterou participanti vůči jednomu z klientů zažívali.

Vzhledem k tomu, že si participanti uvědomovali, že nejsou nestranní, pracovali v terapii s vědomým rozdělováním své pozornosti klientům, a to dvěma způsoby. Jedním byla snaha poskytnout oběma partnerům stejný prostor a věnovat oběma stejné množství pozornosti. Druhým bylo soustředění více pozornosti na partnera, kterým participant nebyl přitahován: „Když jsem si uvědomil, že se to tam děje, že je tam nějaká moje převaha nad tím klientem, tak

jsem musel víc ubírat pozornost klientce a dávat jí víc jemu“ (M2).

Vědomí kontextu a zodpovědnost v roli

Všichni participanti během rozhovoru mluvili o své profesní roli, zodpovědnosti a vědomí terapeutického kontextu jako o důležitých faktorech, které jim pomáhaly přitažlivost ke klientovi zvládnout. Terapii vnímali jako situaci, která je naprosto odlišná od ostatních lidských kontaktů, má jasně stanovené hranice a „nemá sloužit k uspokojení terapeutických potřeb“ (M2). Zároveň ale bylo vědomí rozdílného postavení a moci v terapii zdrojem pokušení této situace využít: „Je to těžký, umět to oddělit a nevyužít toho nějak...Hlavně je třeba si uvědomit, že je to primárně o terapii a ne o sociálních vztazích“ (M2). Jeden z participantů se stavěl odlišně ke kontextu individuální terapie a párové terapie. Zatímco v párové terapii se snaží projevy větších sympatií omezovat, v individuální terapii, kde není přítomen partner klientky, s těmito pocity pracuje a více je sám sobě dovolí: „Já za sebe si můžu dovolit víc to pustit, třeba fantazie v duchu, které nesdělují. Nebo...třeba té klientce říct, že jí to sluší. Risknu si říct to takhle na rovinu, což bych v té párové neudělal. Řekl bych si, jak si to ten manžel vyloží“ (M4).

Mezi participanty byl rozdíl v tom, co pro ně jejich role v terapeutické situaci znamenala. Zatímco participanti-muži považovali svou roli a s tím související hranice za něco přirozeného, participantky-ženy zažívaly v tomto kontextu nepříjemné, až úzkostné pocity. Ty se obvykle objevovaly spolu s pocitem „závazku“ (Ž3, Ž5) vůči klientům: „Cítila jsem takovou zodpovědnost...Vnímala jsem jako svůj závazek vůči

klientům tu situaci nějak profesionálně zvládnout“ (Ž3). I muži považovali přitažlivost za svou starost. Neměli ovšem zodpovědnost v roli spojenou s pocity úzkosti, ale byl to pro ně faktor, který jim pomáhal udržet hranice. Participanti-muži si tak uvědomovali svou „převahu“ (M2) nad partnerem klientky, která je přitahovala. Tuto převahu považovali za přirozenou součást terapeutického procesu v párové terapii: „Je ale pravda, že jsem tam v hodně výhodné pozici. Ona tam má manžela, který jí nerozumí, nedokáže ovládat emoce, nemá na ni čas. A najednou já tam sedím jako chlap, který jí rozumí, ovládá emoce a má na ni čas“ (M4). Rozdíl v prožívané úzkosti mezi pohlavími by mohl pramenit z genderových rozdílů, ale také z neobvyklosti situace. Muži prezentovali přitažlivost v terapii jako prožitek, který zažili už několikrát a umí s ním pracovat. Naopak obě ženy popisovaly svou první zkušenost, kterou byly zaskočeny.

Sebeodhalení – co oni by s tím dělali

Téma odhalení pocitů před klienty úzce souvisí s předchozím tématem zodpovědnosti v roli. Všichni participanti považovali přitažlivost vůči klientovi za svou zodpovědnost, s níž by neměli klienty zatěžovat. Participanti uváděli různé důvody, proč by takovéto odhalení nebylo vhodné a kromě jedné participantky ani neuvažovali o možnosti sebeodhalení v párové terapii: „Přišlo mi, že bych sice byla více autentická a napětí ve mně by se zmenšilo, ale zároveň se mi takové odhalení zdálo velice nebezpečné... Tuto starost považuji za svou a měla bych ji tedy jako profesionál zvládnout“ (Ž5). Další čtyři participanti měli stejně jako citovaná participantka pocit, že by měli situa-

ci sami zvládnout a neměli potřebu o svých citech s párem mluvit: „*Myslím, že jim to nepatří, to je moje věc to zvládnout. Co oni by s tím dělali?*“ (M4).

Dva participanti pracovali s tématem odhalení či neodhalení svých citů na základě vlastních zkušeností, další tři spíše na základě svých domněnek a předpokladů. Jeden participant (M2) uvažoval nad sebeodhalením jako nad něčím, čím by terapii „*shodil, rozbil*“. Jedna participantka (Ž3) měla obavu o to, aby odhalení svých citů ke klientovi neublížila klientce nebo ji „*nepodrazila*“ komunikací s klientem bez jejího vědomí. Participant, který vycházel ze svých zkušeností, také zastával stanovisko neodhalování svých pocitů: „*V individuálních situacích jsem to v některých případech udělal...Měl jsem i zkušenost, kdy to vyvolalo touhu z druhé strany a museli jsme to potom spolu řešit*“ (M1).

DISKUZE

Studie se zabývala zkušeností terapeutů se situací, kdy jsou přitahováni jedním z klientů v párové terapii. Pomocí analýzy jsme identifikovali sedm témat, která zachycují vnímání a prožívání přitažlivosti ze strany terapeutů, stejně jako způsoby, jimiž terapeuti se svými prožitky zacházeli. Většina témat, která se během rozhovoru vynořila, se jeví být platná obecně a nejsou specifická pro párovou terapii.

Výsledky studie v mnohém korespondují s předchozími výzkumy, které ukázaly, že vnímání klientů jako přitažlivých není pro terapeuty ničím neobvyklým (Giovazolias a Davis, 2001). Participantů se cítili být přitahováni především ke klientovým osobnostním charakteristikám. Fyzická atraktivita se ukázala být méně důležitá,

i když také hrála určitou roli. Mezi muži a ženami v tomto výzkumu se projevila rozdíl v prožívání přitažlivosti, kdy muži zažívali spíše příjemné pocity, zatímco ženy cítily stud, vinu, nervozitu, stres a úzkost. Tento rozdíl ovšem mohl být způsoben i jinými faktory než pohlavím participantů a vzhledem k velikosti vzorku jej nelze automaticky zobecňovat. Převážně nepříjemné pocity zažívali participantů i v jiných studiích, kdy se vyjmenované emoce ukázaly jako typické reakce na přitažlivost v terapii (Nickell et al., 1995; Pope, Sonne a Holroyd, 2003). Podle Giovazolias a Davise (2001) mohou být pocity rozrušení a stresu způsobeny nedostatkem akceptace pocitů přitažlivosti nebo znalostí, jak s nimi pracovat. Tento faktor se mohl projevit i v našem výzkumném souboru, kde participantky popisovaly svou první zkušenost s tímto fenoménem a mohlo jim tak déle trvat, než své pocity akceptovaly. Naproti tomu muži-participantů v našem vzorku zažili tuto situaci vícekrát a zážitek přitažlivosti pro ně díky tomu mohl být méně zneklidňující. Jeden participant hovořil o pocitech vzrušení, což zažívali i někteří účastníci výzkumu Ladanyho et al. (1997). Podobnost s výzkumem Ladanyho et al. (1997) se ukázala také v otázce zvažování sexuálního kontaktu s klientem – reálně jej nezvažovali účastníci ani jedné studie.

Všichni participantů v tomto výzkumu měli dojem, že situaci zvládli. Také ve studii Nickell et al. (1995) uvedlo 96 % respondentů, že podle nich použili vhodné metody ke zvládnutí situace a byli se svým přístupem spokojeni. Muži v tomto výzkumu se s touto situací vyrovnávali samostatně za pomoci sebereflexy, zatímco ženy měly potřebu své pocity sdílet se supervizorem či

kolegyní. Vzhledem k charakteru tohoto výzkumu nelze tento rozdíl automaticky zobecňovat na rozdíl mezi pohlavími, koresponduje však se závěry Kolaříka, Lečbycha a Fülepové (2015). Sdílení obě participantky považovaly za přínosné. Také podle Ladanyho et al. (1997) byla pro terapeuty v jeho výzkumu supervize přínosná a pomohla jim se s pocity přitažlivosti vyrovnat. Díky sdílení získali podporu a ujištění, že jejich pocity jsou normální. V Ladanyho výzkumu si zároveň více než polovina participantů myslela, že pocity přitažlivosti nebyly dostatečně zpracovány a na konci terapie se ještě objevovaly city ke klientovi (Ladany et al., 1997). Také u některých participantů tohoto výzkumu city zcela nevymizely, avšak jejich přetrvávání sami participanté nevnímali jako problém.

V otázce vlivu přitažlivosti na terapeutický proces participanté-muži nejprve uváděli, že terapeutický proces ovlivněn nebyl, posléze však určité ovlivnění připustili. Je tedy možné, že si vliv prožívané přitažlivosti plněji uvědomili až v průběhu výzkumného rozhovoru (jeden z participantů tuto domněnku sám potvrdil). Ženy si naopak byly již v průběhu terapie vědomy negativního vlivu, kdy se nemohly dostatečně soustředit na potřeby klientů. Také v jiných studiích jako důvody negativního vlivu na proces respondenti uváděli sníženou schopnost věnovat se klientovým potřebám, menší objektivitu a rozptylující charakter svých pocitů (Giovazolias a Davis, 2001). V otázce odhalení svých citů v terapii smýšleli participanté této studie podobně, jako v předchozích výzkumech. Ve studii Nickell et al. (1995) jen 10 % terapeutů a 4 % terapeutek o svých po-

citech mluvilo přímo s klienty. Brock a Coufal (1994), kteří se zabývali párovými terapeuty, zjistili, že 80 % participantů považuje za neetické říct klientovi o pocitech přitažlivosti. Také v této studii považovali participanté za nevhodné sdílet s klienty své pocity přitažlivosti a ani jeden z nich tak neučinil.

Doposud jsme na výsledky této studie pohlíželi v kontextu přitažlivosti v terapii obecně. Co z výsledků je však možné považovat za specifické pro párovou terapii? Zaprvé, přestože vznik přitažlivosti je možné i v kontextu párové terapie považovat za přirozený a obvyklý jev, výpovědi některých participantů naznačují, že rozvinutí pocitu přitažlivosti může být u terapeuta snadnější v individuální terapii, kde může plnou pozornost věnovat jednomu klientovi. Tento poznatek tedy podporuje model terapeutické práce, který vyžaduje, aby na každém sezení v rámci párové terapie byli přítomni vždy oba partneři (Titl, 2014). Z druhé, vnímaná atraktivita jednoho z partnerů podle terapeutů ovlivňuje jejich vystupování vůči klientům, distribuci pozornosti mezi oběma partnery a množství podpory věnované jednomu či druhému partnerovi. Přestože tento terapeutův prožitek může být cenným zdrojem informací, je-li dovedně zpracován, představuje zároveň ohrožení terapeutovy neutrality (Schlippe a Schweitzer, 2001) či schopnosti „stranění oběma partnerům“ (Wile, 1981). Terapeut se může dokonce dostávat do pozice, kdy „soupeří“ s jedním z klientů o partnerskou roli v rámci páru (např. v tom, že dokáže být ke klientce-ženě citlivější než její partner). Zatřetí, výpovědi některých participantů naznačovaly, že terapeuti mohou mít v kontextu párové terapie tendenci více „cenzurovat“,

co ze svého prožívání odhalí. Shodovali se v tom, že zveřejnit své prožívání týkající se náklonnosti k jednomu z partnerů by představovalo zásadní ohrožení terapeutického vztahu.

Limity výzkumu

Jako určité omezení lze chápat získávání dat formou osobních rozhovorů. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivé téma, mohla tato forma sběru dat některé potenciální participanty odradit. Je možné, že terapeuti, kteří zažili silnou přitažlivost ke klientovi, neměli odvahu o této zkušenosti při osobním kontaktu mluvit.

Rozhovory nepokryly všechna témata, která s sebou přitažlivost v terapii přináší. V příštím výzkumu by se výzkumníci mohli zaměřit na hlubší probádání osobního života terapeutů v souvislosti se zvládáním přitažlivosti v terapii. V této studii bylo téma osobního života zmíněno jen okrajově jedním z participantů. Podle některých předchozích výzkumů ale může být pro vnímání přitažlivosti v terapii zásadní. Například ve studii Ladanyho et al. (1997) měli často terapeuti v době, kdy byli přitahováni klientem, neuspokojivé partnerské vztahy.

Studie byla založena na retrospektivních rozhovorech, které otevírají prostor pro selektivní vzpomínání či stylizaci odpovědí. Výpovědi participantů vyjadřují jejich subjektivní vnímání a prožívání terapeutické situace a nemusejí se nutně shodovat s objektivně zachytitelným chováním či měřitelnými efekty. Alternativou by bylo zkoumání přímé interakce za pomoci nahrávek sezení. Výpovědi participantů mohly být ovlivněny také tím, že participanté předem znali okruhy otázek. To mohlo na jedné straně vést k menší bezprostřednosti

odpovědí a jejich vnitřní cenzuře, na druhé straně to však mohlo přispět ke snadnějšímu vybavení si příslušných situací a větší bohatosti odpovědí.

Velikost vzorku odpovídá zvolené metodě, neumožňuje však automatické zobecnování poznatků na populaci terapeutů. Je možné, že při zahrnutí většího množství participantů by se vynořila další témata a jejich souvislost s pohlavím participantů, jejich sexuální orientací, délkou terapeutické zkušenosti či zastávaným terapeutickým přístupem.

Implikace pro praxi

Naše studie ukázala přitažlivost klientů pro terapeutu jako přirozený fenomén, který se nevyhýbá ani párové terapii. I když zkušenosti participantů naznačují, že v některých případech může terapeutovi pomoci ocenit kvality klienta, představuje přitažlivost zároveň určité riziko: může párovému terapeutovi zabraňovat v tom, aby byl k dispozici stejně oběma partnerům, aby jim věnoval stejnou míru pozornosti a podpory. Výpovědi participantů naznačují, že někteří terapeuti mohou být v pokušení tento fenomén z různých důvodů bagatelizovat. Je tedy žádoucí, aby terapeut své pocity netabuizoval (Luca, 2014), ale aby je přijal, refleктоval a nevyhýbal se ani zpracování tohoto tématu v supervizi (Kolařík et al., 2015). Zároveň ale není nutné toto téma demonizovat – ke klientům vždy něco cítíme (ať už je to zájem, sympatie, úcta, soucit, či naopak odtažitost, netrpělivost, podráždění nebo strach) a určitá míra pozitivního vztahu je podmínkou dobré pracovní aliance. Aby párový terapeut mohl zachovat neutrální či všem stranící postoj, potřebuje umět oddělit svou osobní

náklonnost od profesní role. Výsledky této studie nepodporují zveřejňování osobní náklonnosti k jednomu z partnerů v rámci párové terapie.

Výsledky studie mohou být využity při vzdělávání terapeutů na univerzitách či v terapeutických výcvicích. Mladí terapeuti tak mohou být předem připraveni na možnost vzniku přitažlivosti v terapii, díky čemuž se mohou cítit jistěji, když k této situaci dojde. Ve studii Martin et al. (2011) uvedla řada terapeutů, že příprava během výcviku je významným faktorem toho, jak situaci přitažlivosti ke klientovi zvládnou.

LITERATURA

- Bernsen, A., Tabachnick, B. G., Pope, K. S. (1994). National survey of social workers' sexual attraction to their clients: Results, implications, and comparison to psychologists. *Ethics & behavior*, 4(4), 369–388.
- Brock, G. W., Coufal, J. D. (1994). A national survey of the ethical practices and attitudes of marriage and family therapists. In G. Brock (Ed.), *American Association for Marriage and Family Therapy ethics casebook* (s. 27–48). Washington: AAMFT.
- Culley, S., Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Giovozialas, T., Davis, P. (2001). How common is sexual attraction towards clients? The experiences of sexual attraction of counselling psychologists toward their clients and its impact on the therapeutic process. *Counseling Psychology Quarterly*, 14(4), 281–286.
- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Harris, S. M. (2001). Teaching family therapists about sexual attraction in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(1), 123–128.
- Kolařík, M., Lečbych, M., Fülepová, M. (2015). Sexuální přitažlivost v psychoterapii z pohledu supervizorů. *Psychoterapie*, 9(3), 171–185.
- Kostínková, J., Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9–43). Brno: Masarykova univerzita.
- Ladany, N., O'Brien, K. M., Hill, C. E., Melincoff, D. S., Knox, S., Petersen, D. A. (1997). Sexual attraction toward clients, use of supervision, and prior training: A qualitative study of predoctoral psychology interns. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 413–424.
- Lijtmaer, R. M. (2004). The place of erotic transference and countertransference in clinical practice. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(3), 483–498.
- Luca, M. (2014). *Sexual Attraction in Therapy: Clinical Perspectives on Moving Beyond the Taboo – A Guide for Training and Practice*. London: John Wiley & Sons.
- Martin, C., Godfrey, M., Meekums, B., Madill, A. (2011). Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists' experiences of sexual attraction in therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 248–256.
- Nickell, N. J., Hecker, L. L., Ray, R. E., Bercik, J. (1995). Marriage and family therapists' sexual attraction to clients: An exploratory study. *The American Journal of Family Therapy*, 23(4), 315–327.
- Novák, M. (2011). Lesk a bída erotického přenosu a protipřenosu v klinické praxi. *Psychoterapie*, 5(2), 92–100.
- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., Tabachnik, B. G. (2006). Sexual attraction to clients: the human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *Training and Education in Professional Psychology*, 5(2), 96–111.
- Pope, K. S., Sonne, J., Holroyd, J. (2003). *Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists and therapists-in-training*. American Psychological Association: London.
- Rodgers, N. M. (2011). Intimate boundaries: Therapists' perception and experience of

- erotic transference within the therapeutic relationship. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 266–274.
- Rodolfa, E., Hall, T., Holms, V., Davena, A., Komatz, D., Antunez, M., Hall, A. (1994). The management of sexual feelings in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(2), 168–172.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2001). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- Smetanová, D. (2016). Zkušenosti terapeutů s přítažlivostí ke klientům v párové terapii a dopad na terapeutický proces. Diplomová práce, Fakulta sociálních studií MU, Brno.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
- Titl, S. (2014). *Psychoanalytická párová terapie*. Praha: Portál.
- Wile, D. B. (1981). *Couples therapy: A non-traditional approach*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Yalom, I. D. (2004). *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Praha: Portál.
- Mgr. Denisa Smetanová je absolventkou katedry psychologie FSS MU. V současné době pracuje jako psycholog ve středisku výchovné péče v Hradci Králové a je frekventantkou výcviku v gestalt psychoterapii.*
- Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D., je psycholog a psychoterapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Mimo to má privátní terapeutickou praxi a působí též jako výcvikový lektor. E-mail: tomas.rihacek@gmail.com*
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 15. 8. 2016. Revidované znění došlo 20. 9. 2016, k publikaci přijato 27. 9. 2016.*

FAKTORY PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VÝCVIKU OVLIVŇUJÍCÍ JEHO FREKVENTANTY

Factors of the psychotherapeutic education which influence its trainees

Ondřej Sekera

Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, CZ; e-mail: odrej.sekera@osu.cz

Psychoterapie. 10 (3), 224–237; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Příspěvek představuje vybrané výsledky výzkumného šetření, konkrétně faktory a okolnosti, které ovlivnily frekventanty psychotherapeutického výcviku Movisa IV, a to především v jejich profesním posunu. Mapuje čtyřleté výcvikové období a jeho dopady na frekventanty. Psychotherapeuti identifikují oblasti, ve kterých vnímají změny. Výsledky výzkumu nepoukazují jen na změny v profesní oblasti, ale popisují také rovinu mimopracovní. Výzkum, jehož výsledky budou představeny, byl zacílen na sledování faktorů psychotherapeutického výcviku, které mohou ovlivňovat kompetence, sebeúctu a kongruenci psychotherapeuta.

Klíčová slova: psychotherapeutický výcvik, osobnost psychotherapeuta, psychotherapeutické kompetence

ABSTRACT

The contribution introduces selected results of a research survey more specifically factors and circumstances which influenced trainees of the Movisa IV. psychotherapeutic training particularly in their career advance. It is mapping a four year lasting period of training and its impact on the trainees. The psychotherapists themselves identified the spheres in which they no-

ticed a change. However, the results of the research not only point out to the changes in professional career but describe the non-working area too. The research, the results of which will be introduced, was focused on following up the factors of the psychotherapeutic training which may influence competences, self-respect and congruence of the psychotherapist.

Key words: psychotherapeutic training, personality of psychotherapist, psychotherapeutic competences

ÚVOD

Předkládaný text přináší dílčí výsledky výzkumu psychotherapeutického výcviku Movisa IV (Model růstu Virginie Satirové), jehož učení se opírá především o prostor sebeúcty a kongruence. Předpokládáme, že uvedené oblasti jsou nezbytné pro aplikaci jednotlivých terapeutických metod do praxe a velmi úzce souvisí s psychotherapeutickým procesem. Právě na těchto úrovních vidíme potenciál ke změně, a to jak na straně psychotherapeuta, tak klienta. Kraft (In Sannwald et al., 2015) se zabývá otázkou, co je důležité pro získání terapeutické odbornosti. Poukazuje na získávání odborně specifického vědění, ke kterému je potřeba mít zdroje, motivaci a úsilí. Získané znalosti však ještě nemusí být příčinou jednání. Z to-

hoto pohledu je vhodné zkoumat psycho-
terapeutický výcvik přinášející znalosti
i skrze rovinu sebeúcty, která se spolupo-
dílí na výsledném jednání psychoterapeuta.
Kraft (In Sannwald et al., 2015) uvažuje
o specifikách odbornosti psychoterapeuta,
potažmo o jejich dopadech na psycho-
terapeutický proces. Tvrdí, že se dnes výzkumy
příklánějí k názoru (viz např. Hill a Knox,
2013), že pro odbornost je důležitým as-
pektem trénink a zkušenost. Další studie se
zabývá tzv. „terapeutickým mistrovstvím“
(Kahancová et al., 2016), které je syceno
určením základní úrovně efektivity tera-
peuta, získáváním neustálé zpětné vazby
od klientů a angažováním se v záměrné
praxi.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda
existují faktory psychoterapeutického vý-
cviku, popř. faktory mimo výcvik, které se
mohou podílet na změnách popisovaných
frekventanty výcviku na hladině sebeúcty,
kongruence a terapeutických kompetencí,
a to po skončení čtyřletého výcvikového
období. Pokud existují, bylo důležité iden-
tifikovat, které faktory to podle samotných
frekventantů jsou. Vycházeli jsme z před-
pokladu, že pokud výcvik deklaruje rozvoj
a nabízí psychoterapeutickou přípravu,
pak je velmi pravděpodobné, že k vývoji
frekventanta může dojít. Zajímalo nás,
kde se změny promítnou a čím mohou být
způsobeny.

Byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Ovlivní kontext psychoterapeutického
výcviku svého absolventa v oblasti jeho
psychoterapeutických kompetencí?

2. Ovlivní kontext psychoterapeutického
výcviku svého absolventa v oblasti jeho
sebeúcty?

3. Ovlivní kontext psychoterapeutického
výcviku svého absolventa v oblasti jeho
kongruence?

4. Existují faktory, které můžeme iden-
tifikovat jako „výcvikové“ a „mimovýcvi-
kové“, které jsou u frekventanta výcviku
nositeli změny na poli psychoterapeuti-
ckých kompetencí?

5. Existují faktory, které můžeme iden-
tifikovat jako „výcvikové“ a „mimovýcvi-
kové“, které jsou u frekventanta výcviku
nositeli změny na poli sebeúcty?

6. Existují faktory, které můžeme iden-
tifikovat jako „výcvikové“ a „mimovýcvi-
kové“, které jsou u frekventanta výcviku
nositeli změny na poli kongruence?

7. Které faktory jsou nositeli popisova-
ných změn frekventanta psychoterapeuti-
ckého výcviku?

Protože je **sebeúcta** člověka významným
činitelem, řekněme „řídící jednotkou“, za-
býváme se otázkou, zda existuje možnost,
že by se výcvik mohl podílet na vývoji se-
beúcty frekventanta. Zajímá nás, zda frek-
ventanti výcviku zaznamenali vývoj právě
na této úrovni. Stávají se tak jedinými po-
suzovateli svého posunu.

Sebeúctu můžeme uchopit ze dvou stran.
Soustředíme-li se na jedince s nízkou
sebeúctou, můžeme očekávat, že zažívá
silné pocity úzkosti a nejistoty z vlastní
existence (Satirová, 2007). Jeho sebeúcta
a vlastní hodnota závisí na mínění ostatních,
jedinec je v nerovném vztahu nejen ke své-
mu sociálnímu okolí, ale také k biologick-
kým rodičům. Pro představení vysoké a nízké
sebeúcty je nejvhodnější jejich kon-
frontace (upraveno podle Satirové, 2005):
a) nízká sebeúcta: chci být milován, in-
kongruence, mezi primární stresové pozice

patří usmiřování, obviňování, rozumování nebo rušení; jedinec je definován z vnějšku; potlačuje pocity; setrvává ve známém, raději neriskuje, protože co kdyby...; b) vysoká sebeúcta: jsem milován sám sebou i ostatními; kongruence; primární stresovou pozicí je kongruence; jedinec přijímá sebe i ostatní.

Znaky vysoké sebeúcty popisuje Ruppert (2011). Uvádí schopnost nezastřeně a přiměřeně vnímat realitu, dostatečně si vybavovat z paměti, důvěřovat okolí, vytvářet emocionální vazby, vymaňovat se ze zapletených vazeb, respektovat sexuální sebeurčení druhých lidí, schopnost sebereflexe, ochotu převzít vlastní zodpovědnost, vůli k pravdě a jasnosti, naději na dobré vyřešení problémů.

Pro sledování změn na úrovni osobnostní jsme si dále vybrali **kongruenci**. Černý (2008) se pokusil o zpřesnění tohoto pojmu, který není v terminologii oboru dostatečně definován. Inspirativní se pro naše účely jeví využití struktury obsahových dimenzí pojmu kongruence, které jsou uvedeny v závěrech jeho práce. Svým způsobem také korespondují s výsledky, které uvádí Lee (In Černý, 2008). V závěrech výzkumu autor (tamtéž, s. 94) uvádí: „*Většina dimenzí, které se v šetření objevily, je definována obecně – tedy respondenty byla potvrzena či stanovena existence dané dimenze v konstruktu kongruence, ale šetřením nebylo stanoveno, jakou kvalitu má daná dimenze mít, aby byla posuzována jako kongruentní.*“ To sice komplikuje sledování změn na úrovni kongruence frekventantů výcviku, avšak umožňuje prohloubit sledování toho, jak pozorují, popř. hodnotí změny samotní účastníci výcviku. Vzhledem k tomu, že považujeme intrapsychickou di-

menzi kongruence za velmi významnou, pokusili jsme se zjistit, prostřednictvím čeho psychoterapeuti kongruenci naplňují. Kongruence sama o sobě nemůže „spasit“ psychoterapeutický proces, avšak může se spolupodílet na jeho utváření a výsledcích.

Kongruenci můžeme charakterizovat jako schopnost, dovednost a možnost svobodně vyjadřovat své potřeby, emoce, myšlenky a názory (otevřenost). Je to způsob sebevyjádření, kdy to, co říkáme a děláme, je v souladu s naším vnitřním světem, prožíváním a myšlením. Ještě jednodušeji si kongruenci představujeme jako možnost být kdykoli živou lidskou bytostí, která se nepotřebuje nijak chránit. Nezdramé způsoby zacházení se sebou samým a ne-kongruentní vystupování mají základ zpravidla v dětství. Podle Nykla (2012) dochází při stálé inkongruenci ve vztahu často k vývoji psychických poruch.

Mearns a Thorne (2013) podávají nejen důkazy o tom, kolik inkongruence se vyskytuje v pomáhajících profesích, ale přináší také samotné vymezení tohoto pojmu. V podstatě se jedná o vyjádření sebe samého ve vztazích, o schopnost být sám sebou a podle toho jednat. Další vymezení nalezneme např. u Satirové (2005) nebo Banmen (2009).

Úroveň **terapeutických kompetencí** je v kontextu výcviku TSTS vhodné zkoumat hned z několika důvodů. Předně proto, že výzkum na tomto poli je (alespoň v českém prostředí) spíše „v plenkách“. V našich podmínkách máme k dispozici několik podobných výzkumů v příbuzných odvětvích pomáhajících profesí (jako jsou sociální pracovníci, sociální pedagogové, vychovatelé, učitelé), které zkoumají profesní/odborné kompetence, přičemž některé z nich

můžeme pokládat za terapeutické. Známe jsou také například výzkumy sociálních pracovníků (viz např. Mlčák, 2006). Kompetence sociálních pedagogů/vychovatelů jsme sledovali nepřímo skrze identifikaci profesních činností vychovatelů výchovných ústavů a dětských domovů¹.

Pro výčet dalších kompetencí příbuzných oborů odkazujeme zejména na Belze a Siegrista (2001), Határa (2007), Švece (In Musil, 2001), Machela (In Urban a Stanik, 2007), Riegera (2009), Fedorovou (2006), Škovieru (2007) a další. Z literatury známe jen nekonkrétní podoby toho, co by měl psychoterapeut-profesionál znát, umět a jak by měl s těmito dovednostmi zacházet (viz např. publikace českých autorů Vymětalá a Rezkové (2001), Kratochvíla (1998, 2009, ze zahraničních je to pak Timulák (2005, 2006), Corey et al. (2006), Craig-Guggenbühl (2007), Schwartz a Flowers (2012), Baldwinová et al. (2013), Mearns a Thorne (2013), Sannwald et al. (2015) apod. V současnosti probíhají pokusy uchopit pojem a problematiku klíčových kompetencí psychoterapeutů například projektem Evropské psychoterapeutické asociace (EAP), která se pokouší vymezit, co by měl psychoterapeut v Evropě dělat². Výzkumy identifikované odborné kompetence můžeme nalézt ve studiích, které shrnují Hill a Knox (2013). Ačkoli by některé odborné způsobilosti mohly být zdůrazněny (např. empatie, vřelost, opravdovost, reflexe pocitů a další), závěr studie se zabývá problémem obtížného posouzení odborných kompetencí v oblasti

psychoterapie, a to zejména z důvodů složitosti a nedostatku předvídatelnosti procesu a výsledku psychoterapie.

METODA

Vzorek respondentů našeho šetření tvořilo téměř 100 % frekventantů zkoumaného ročníku. Pouze dva frekventanti z 34, kteří absolvují výcvik, se z různých důvodů odmítli našeho výzkumu zúčastnit. Netvrdíme, že se jedná o reprezentativní výzkumný vzorek, jelikož v současnosti dokončuje výcvik v uvedeném modelu pátá skupina frekventantů. Jsme však první, kdo se pokusil realizovat takto komplexní výzkum v uvedeném modelu. Zachytili jsme plnou pětinu respondentů z celkového počtu psychoterapeutů, kteří jsou vychováni v Modelu růstu. Frekventanty výcviku jsou převážně ženy různého věku, jedná se o psychology, sociální pracovníky, psychiatry a pracovníky příbuzných pomáhajících profesí. Pro účely výzkumu (vzhledem k malému počtu respondentů) jsme nezaznamenávali detailní demografické údaje, neboť jsme s nimi nepočítali pro účely dalšího zpracování. Vzniklé skupiny mají jen informativní charakter, pro účely případného statistického zpracování by byly nepoužitelné. Současně neexistují jasné důkazy o tom (viz Hill a Knox, 2013), že by demografické údaje hovořily o účinnosti výcviku či růstu jeho frekventantů. Například Bautler et al. (In Hill a Knox, 2013) dospěl k závěru, že věk terapeuta nehraje roli ve výsledcích léčby. Anderson a jiní (tamtéž) uvádějí, že věk slouží jako indikátor nashromážděných klinických zkušeností potřebných pro terapeutickou práci (zde však nastává problém s definováním zkušeností). V příspěvku se také prezentuje

¹ Podrobněji viz Sekera (2009).

² Podrobněji viz Česká psychoterapeutická společnost (www.psychoterapeuti.cz).

studie, která neposkytuje jasný důkaz o tom, že by existovala specifická skupina, která by byla předurčena k tomu, stát se dobrými terapeuty (Hill a Knox, 2013, In Lambert., s. 799): „... mnoho lidí může mít schopnost být terapeutickými, ale ne všichni tito lidé se rozhodnou využít tyto dovednosti jako profesionální psychoterapeuti ...“ (srov. Kahancová et al., 2016)

Sběr dat probíhal ve dvou etapách. Před samotným započítáním výcviku a v době posledního výcvikového setkání frekventantů, přičemž rozhovory byly v obou případech zaměřeny na vnímání sebeúcty, kongruence a terapeutických kompetencí respondentů. Rozhovory byly realizovány přímo samotnými výzkumníky, přičemž každý frekventant si mohl zvolit, s kým interview povede. Dopředu byly podmínky výzkumu definovány všem účastníkům výcviku, ti měli možnost se vyjádřit a dotázat. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a probíhala v bezpečném prostředí rezidenční části výcvikového setkání. Polostrukturovaná interview byla zaznamenávána na diktafon, přičemž každý rozhovor začínal potvrzením dobrovolnosti a připravenosti frekventanta se na výzkumu podílet. Respondenti byli předem informováni o skutečnosti, že sběr dat bude probíhat ve dvou fázích. Celý výzkum byl postaven na dobrovolnosti frekventantů psychoterapeutického výcviku. Data (audio, i přepsaná forma) jsou archivována. Obsah interview se soustředil na zmapování tří, respektive čtyř hlavních oblastí. Ptali jsme se, jak by respondenti popsali svou sebeúctu, zda se cítí být kongruentní. Jak je to s jejich kongruencí, jaké psychoterapeutické kompetence u sebe vnímají, popř. co jim chybí k tomu, aby se cítili kompetentními pro výkon profese. Tyto

oblasti se staly současně kategoriemi, které byly syceny jednotlivými kódy. Pracovali jsme s premisou delegovanou samotným výcvikem, že se učení soustředí na posun frekventanta v oblastech sebeúcty, kongruence a psychoterapeutických kompetencí. Proto jsme také v rozhovorech zaměřili pozornost na možné posuny v těchto oblastech. Sice interview byla strukturována do zmíněných oblastí, z výsledků (viz níže) je vidět, jak se jednotlivé oblasti prolínaly. To se projevilo již při práci s jednotlivými replikami reprezentujícími různé kódy. Příkladem může být kód „odvaha“, který jsme zachytili v rámci jednoho rozhovoru ve všech třech sledovaných kategoriích: kongruence: „... Já myslím, že to je prostě zase o tom, nebát se, prostě být odvážná, jednat tak, jak to cítím ...“³; sebeúcta: „... Takže lépe přijímám tu kritiku, i jakoby snadněji vlastně sděluju ten svůj názor, když prostě třeba cítím, že je jiný nebo není úplně prostě možná přijat tou druhou stranou, takže taková odvaha taky prostě být takový otevřenější, a tím že prostě ta sebeúcta je větší ...“; kompetence: „... ten výcvik mě dal hodně teda, to určitě jo, díky tomu že jsem získala vlastně více odvahy k tomu se projevovat víc přirozeně ...“ V praxi se však častěji vyskytovaly varianty, kdy se prolínaly výroky v kategoriích sebeúcty a kongruence. Uvedený prvek kvalitativního výzkumu považujeme v tomto případě za obohacující, neboť můžeme pozorovat průnik frekventantových zisků a změn ve více rovinách či kategoriích.

Čtvrtým článkem byl dotaz (ve druhé

³ V textu uvádíme z prostorových důvodů vždy jen nezbytné vybrané repliky, které mají výpovědní potenciál.

fázi rozhovorů) na identifikaci klíčového momentu výcviku. Přepisy rozhovorů byly následně podrobeny tzv. kódování. S analyzovaným textem jsme zacházeli tak, že jsme nejprve provedli otevřené kódování, následně axiální a selektivní kódování. V tomto textu pracujeme s kódy a kategoriemi vztahujícími se přímo k vytyčenému cíli. Jejich kompletní seznam z prostorových důvodů neuvádíme. Přesto se vybranými kategoriemi zabýváme dále v textu (viz výsledky).

Nešlo nám o tzv. „hájení zájmů své profese nebo svých způsobů práce“ (jak o nich hovoří např. Timulák, 2005). Chtěli jsme naopak rozšířit své poznatky o této práci a způsobech, které by měly vést ke zdokonalení. Dalším z důvodů je zpětná vazba - zda to, co děláme, funguje (popř. jak to funguje z pohledu frekventantů výcviku). Na tomto místě je důležité uvést, že jsme jako výzkumníci „kontaminováni“ stejným výcvikem, který se stal předmětem našeho zájmu. Můžeme však říci, že jsme udělali vše pro to, aby náš osobní kontakt s učením Satirové výsledky našeho šetření nezkrslil⁴.

⁴ Předně jsme k výzkumu přistoupili s plnou profesionalitou – na poli vědeckého výzkumu se pohybujeme přes deset let a nejde nám o hájení nebo propagování zmiňovaného výcviku (ačkoli to tak může v drsném komerčním prostředí v prostoru psychoterapeutických směrů vypadat). V každé fázi výzkumu jsme práci diskutovali nejen mezi sebou, ale také s dalšími odborníky z řad psychoterapeutů, psychiatrů, psychologů a pedagogů. Samotné realizaci výzkumu předcházelo schvalování radou IVS ČR (Institut Virginie Satirové). Kromě toho doplňujeme, že je téměř nemožné zůstat ve výzkumu neutrální (viz Švaříček a Šedová, 2007).

VÝSLEDKY

3.1 MIMOVÝCVIKOVÉ FAKTORY

Jednoznačně nemůžeme identifikovat prvky, které by vedly ke změnám na straně terapeuta, prvky vycházející z kontextu mimo výcvik. Můžeme však říct, že zachycené atributy souvisejí s probíhajícím učením v kontextu výcviku. Jedná se například o další vzdělávací akce, které v průběhu čtyř zaznamenávaných let účastníci absolvovali. Mezi zmiňované aktivity (přímo vázané na učení v uvedeném modelu) patří tzv. „terapie na pískovišti“ (Sandtray a sand-play therapy) nebo „rodinná rekonstrukce“. Můžeme jen spekulovat o tom, zda by se účastníci výcviku k tomuto novému učení dostali i v případě, pokud by neměli přímou vazbu na sledovaný výcvik. Vyjdeme-li však z výpovědí respondentů, byl to právě absolvovaný výcvik, který je k dalšímu učení přivedl. K mimovýcvikovým atributům řadíme také věk a s ním spojené zrání. Neumíme specifikovat (neuměli to ani samotní respondenti), o co přesně se jedná. Připouštíme, že existují možnosti, jak konkrétněji mapovat mimovýcvikové aspekty, avšak my jsme se ve výzkumu primárně zaměřili na ty výcvikové. Je pro nás inspirujícím zjištěním, že by bylo vhodné se do hloubky věnovat i faktorům mimo výcvik. Samozřejmě i aspekty podléjící se na změnách na straně frekventanta, které nepocházejí přímo z výcviku, jeho samotného ovlivňují. Oddělit oba světy nelze.

3.2 ZMĚNY NA POLI KOMPETENCÍ

Frekventanti psychoterapeutického výcviku po jeho skončení primárně popisovali **kompetence** směřující ke klientům

(stejně jako na začátku výcviku), ale přidali faktory, které jsou vázány na změnu u nich samotných (VO č. 1, 4)⁵. Především šlo o **odvahu** „... už nemám strach, nebojím se, protože věřím tomu, nebo naučila jsem se tady věřit tomu, že to, co dělám, je vlastně to nejlepší, co můžu v tu danou chvíli dělat, je to odvaha ...“; **terapeuti si začali věřit** „... možná jako sebejistější jako v doprovázení těch lidí ... to je jakoby dost dobrý, co můžu jakoby nabídnout ...“; **viděli nové možnosti** „... že zůstanu Helčou ale, že vlastně krom toho že, že můžu pracovat jako kurátorka pro mládež, kde sem se taky hodně naučila, protože jsem, pracuju dlouho s rodinama, takže se můžu jakoby ty dovednosti jako posunout dál a eventuelně i v jiný oblasti pracovat ...“; **začali přijímat sami sebe se vším všudy** „... možná to bylo i rušení toho, jestli jsem sama sebe schopna přijmout taková, jaká jsem ...“; **a přijímali odpovědnost za to, co dělají** „... u mě je to prostě přijmout zodpovědnost za to, že jsem se rozhodla pracovat trošku jinak ...“; **popisovali svou práci jako svobodnější** „... jsem se cítila strašně dospěle a svobodně, když jsem

opustila něco, v čem mi nebylo dobře ...“; **začali mít v sobě jasno** „... no, bylo to v tom, že jsem si nechala hodně na sebe jako třeba nakládat a dělala jsem, že se to neděje ...“; **hovořili o opravdovosti v terapii** „... právě že na sebe neberu žádný jako masky a že sem pravdivá ...“; **otevřenosti** „... líp zvládám konflikty nebo obecně třeba konkrétní věci, že se mi třeba zlepšily vztahy s rodičema ... mám ten pocit, že třeba ta komunikace je taková otevřenější ...“; **umění zdravě se prosadit** „... já jsem byla vždycky takový jako obviňovač, tak si myslím, že ve chvíli, kdy jsem tady na tom trošku začala pracovat, tak se to trochu zlepšilo ...“; **začali si vážit sebe sama** „... snažím se k tomu přidat ten respekt k sobě a tak ...“; mluvili o **možnosti zůstat sami sebou** „... opravdu často říkám, že to není mé, že to je těch druhých ...“; **osobním růstu a svobodě** „... asi ještě ten klid rozšířilo i to, že ty věci se dějí tak, jak se mají dít a že mě hned pomohlo je nehodnotit, nekontrolovat, jestli jako jsou dobrý, špatný, co já s nima udělám ...“; **možnosti mít hranice soukromí** „... umět si to oddělit, jako čí ta zodpovědnost moje nebo už je jejich že jo, já mám zodpovědnost za tu svoji práci nebo za tu svoji činnost, ale nebrat jim tu zodpovědnost ...“; **terapeutické zkušenosti** „... a že vlastně člověk tak jako nepovídá, ale k něčemu směřuje ... že to má nějaký cíl, vím jak trošku, trošku se učím, jak se tam dostat, co třeba použít ...“; a **způsobech (nových možnostech) napojení na klienty** „... pomáhá jak při terapii bejt dobře napojená na toho člověka, opravdu vnímat co nejostřeji ...“. Kompetentními se stali také přidáním **nových technik a nástrojů**. Respondenti nejčastěji zmiňovali

⁵ Odpovědět na VO (výzkumnou otázku) se snažíme v širším textu (rovněž v kapitole „diskuze“). Vzhledem k rozsáhlosti problematiky nelze (jako například v případě kvantitativních studií) jednoznačně odpovědět. Kvalitativní zpracování však nabízí možnost popsat to, co se v realitě děje. O totéž jsme se pokusili také my. Sice přímo a jasně neodpovídáme na výzkumné otázky, ale v uvedeném textu je hledáme a současně nabízíme čtenáři možnost je hledat. Domníváme se, že jsme našli odpověď na to, zda kontext výcviku ovlivní jeho absolventa v jednotlivých vymezených oblastech, stejně jako na to, které faktory výcviku můžeme považovat za nositele změn v daných oblastech. Tím považujeme VO za zodpovězené.

využití *triádových skupin*, tzv. *sochání*⁶, osvojení si nástroje *ledovce*⁷, *večírku částí*⁸ apod.

Weinert (In Sannwald, et al. 2015), rozlišuje kompetence odborné, metodické, osobní a sociální. Netroufáme si odhadovat, ve které kategorii došlo k největším změnám. Co ale tvrdit lze, je skutečnost, že v každé kategorii došlo k určité změně, neboť se vzájemně ovlivňují. Příkladem může být změna popisovaná v osobní rovině (terapeut objevil některé své zdroje), přičemž přesah této změny můžeme zaznamenat v metodické části (schopnost jinak – možná lépe – ovládat strategie řešení apod.). V oblasti odborné kompetence lze spatřovat změny minimálně v oblasti zacházení s terapeutickými metodami a nástroji. Sociální kompetence je vyjadřována především v rovině změn v oblasti sociální interakce (viz níže).

3.3 SEBEZKUŠENOST JAKO CENTRÁLNÍ JEV

Jako klíčovou lze ve sledovaném modelu považovat **sebezkušenost**. Pojem v kontextu sledovaného výcviku vymezujeme jako získané zkušenosti intrapsychického

a psychosociálního charakteru, které vzešly z učení, interakce a především z práce se sebou samým v rámci výcviku. Stala se centrálním jevem naší práce. Sebezkušenost prodělali frekventanti výcviku na více úrovních (VO č. 7). Především byly zmiňovány tzv. *individuály*⁹ a *supervize*, které frekventanti po dobu výcviku absolvují. Následovaly sebezkušenosti získané přímo v rezidenční části učení. Jednalo se o zisky z tzv. *večírků částí*, *rodinných map*¹⁰, *práce v triádách*, *sochání*, *meditací*¹¹ apod. Zmiňovány byly *zdroje*¹², které u sebe absolventi výcviku objevili. Ve spojení se zdroji frekventanti popisovali sebezkušenost v rovině kontextu rezidenční části výcviku (podrobněji níže), ale zdůrazňovali také její význam v rámci individuálů. Konkrétně respondenti zmiňovali individuální sebezkušenost, práci v kontextu *rodinných map*, kde nalézali vlastní přesahy historie a vývoje rodiny do současnosti „... *no, takový ty jakoby ublížení i třeba z rodiny ... různý strachy asi, když si to tak vezmu, co jsme řešili na těch individuálech ... když bych ho měla shrnout jakoby, tak asi největší, nejvíc přínosu měla ta individuální se-*

⁶ Sochání je metaforou pro externalizaci vnitřních procesů, přičemž pomocí sebezáchovných a copingových pozic znázorňuje to, co se s klientem děje. Jednoduše můžeme hovořit o neverbálním sdělování toho, co klient prožívá a jaké vztahy zaujímá.

⁷ Metaforu ledovce můžeme popsat jako lidskou intrapsychickou zkušenost na několika rovinách: chování, pocitech, reaktivních pocitech, percepci, očekávání, touhách. Uvedené roviny ovlivňují Self. Změna na kteréko li rovině ovlivňuje ty ostatní, které následně dopadají na zmíněné Self.

⁸ Jedná se o proces nalezení, transformace a integrace vnitřních zdrojů klienta. Klient dostává příležitost podívat se na některé části sebe sama a následně je transformovat a integrovat.

⁹ Individuál v pojetí zmíněného výcviku obsahuje dvacet povinných hodin individuální sebezkušenosti při práci s psychoterapeutem a další (nepovinné) hodiny přímo v rezidenční části výcviku.

¹⁰ Nástroj, rodinný plán, který slouží k identifikaci pozitivních zdrojů a předpokládá změnu dopadů konfliktních událostí historie na přítomnost. Jedná se o proces vizualizace dopadů historických událostí na současnost.

¹¹ Fauth (2007) připomíná důležitost meditací například pro trénink všímavosti psychoterapeutů během terapeutického procesu.

¹² Vnitřní zdroje, jak o nich pojednává V. Kraft (In Sannwald et al., 2015), nám mohou sloužit například k získávání oborově specifického vědění, sloužícího k učení a rozvoji.

bezkušenost ... “. Kromě zdrojů se objevila i část věnovaná vlastním *limitům*, na kterých mohou frekventanti dále pracovat „... a vím kde, kde třeba kdy inklinuju k tomu, že bych se choval nějak, že na tu sebeúctu bych zapomněl, tak jako cítím v sobě takový a bacha tak tady, tedkon na sebe zapomínáš nebo třeba když to udělám, jako stává se mi to a tak si aspoň uvědomím a tady si jako tady si takhle neměl a dělej s tím něco ... “. Také v supervizích vlastní terapeutické práce objevovali svůj skutečný potenciál pro práci s klienty. Při identifikování míst, kde psychoterapeuti našli své zdroje, jsme objevili mj. místo, které nazýváme „práce v triádách“. Jedná se o výcvikový koncept, jehož smyslem je napodobit prostor a rodinnou interakci. Kromě rezidenční části probíhá práce v triádách také mimo výcvik, kdy frekventanti plní řadu úkolů. Právě v tomto prostoru objevili někteří velký potenciál, neboť se jednalo místy o „intimní práci“ vyžadující značnou míru otevřenosti, odvahy, tolerance, respektu apod. Frekventanti popisovali také zisky v podobě objevení vlastních zdrojů, ve formě práce před velkou skupinou (kdy bylo potřeba spojit se především s odvahou).

Nelze jednoznačně říci, že sledovaný psychoterapeutický výcvik je tím, co člověk změní. Můžeme však popsat změny, o kterých samotní účastníci výcviku hovořili, a vytvořit tak předpoklady pro pochopení celého procesu. **Dopady realizovaného výcviku chápeme především jako následky centrálního jevu (sebezkušenosti).** V našem šetření se objevila sebezkušenost jako centrální proměnná a zisk z výcviku. Musíme však pracovat s variantou, na kterou upozorňují Hill a Knox (2013). Je totiž diskutabilní, zda může zkušenost sloužit

jako nepřímý ukazatel účinku výcviku. Je nesporné, že zkušenosti získávají účastníci výcviku také jinde (praxe, zralost). Jasně důkazy o tom, že by zkušenost či jiné aspekty, které by poukazovaly na efektivitu výcviků, neexistují. Autoři shrnují důkazy o efektivitě výcviků v těchto bodech: frekventanti výcviků mohou být vycvičeni v dovednostech, v průběhů výcviků se zlepšují, dohled zvyšuje povědomí dozorovaného o sobě samém i druhých, zvyšuje jejich autonomii apod. Jedním dechem však dodávají, že existují pochybnosti o těchto závěrech. Mimo jiné totiž bylo zjištěno, že existuje mnoho pomáhajících jedinců bez psychoterapeutického výcviku, kteří jsou stejně účinní v pomoci klientům jako vyškolení terapeuti. O problémech na poli výzkumu efektu psychoterapeutických programů se zmiňuje také např. Karpíšek (2016) či Kahancová et al. (2016). Sebezkušenost se tedy podílela především na změnách na profesní úrovni a osobním životě. Pokud absolventi hovořili o vnitřních změnách u sebe sama, popisovali dopady výcviku právě v rovině **zvýšené sebeúcty a kongruence** (VO č. 2, 3, 5, 6). Před výcvikem definovali uvedené pojmy velmi knižně, po výcviku pak hovořili o konkrétních věcech, které s kongruencí a sebeúctou spojují. Výsledkem tohoto uvědomění se staly životní změny, které někteří z respondentů provedli. Vlivem transformací někteří ukončovali nefungující vztahy, ve kterých z různých důvodů setrvali. Jiní se rozhodli *změnit postoj a vztahy* s rodiči či vlastními dětmi. Dopady růstu jsme zaznamenali také v kontextu pracovních pozic. Někteří účastníci výcviku *změnili své profese*. Řada z nich si otevřela vlastní psychoterapeutickou praxi. Jiní našli odva-

hu zkoušet nově nabyté dovednosti a učení s klienty.

Na základě výsledků výzkumu si dovolujeme tvrdit, že sebeúcta je částí, která se ve výcviku měnila. Alespoň dle slov zúčastněných respondentů. Existuje však také možnost, že se sebeúcta frekventantů nezvýšila. Diskutovat můžeme o tom, zda respondenti změny v oblasti sebeúcty nepopisují jen proto, že se to od nich očekává, popř. zda popisují to, co skutečně prožívají, co se děje s jejich sebeúctou ve skutečném životě.

3.4 KONTEXT VÝCVIKU

Významnou roli výcviku hrál kontext – prostředí výcviku, prostředí výkonu profese a bezpochyby také rovina osobního prostoru. Z výpovědí respondentů můžeme dekodovat, že prostředí výcviku hrálo důležitou roli zejména v těchto oblastech: frekventanti zažívali **učení v bezpečném prostoru** „... tak že toto, tady to pro mě bylo asi víc takové, že jsem těm lidem víc věřila, to, co říkají ...“; zmiňovali **důležitost osobnosti lektorů a facilitátorů** (učení v bezpečném, nekritizujícím prostoru) „... vidět - vidět je takhle ty lektory jak to je naživo v akci ... jako lidi, no, protože člověk od nich očekával, že budou stoprocentní a nebyli, a přesto jsou hlavně jakoby opravdoví a člověk se od nich pořád učí ...“. Je dobré připomenout význam „dohlížejícího“ na proces učení, jak na něj upozorňují studie shrnuté Hill a Knox (2013). Autoři jednotlivých studií popisují, že pro frekventanty jsou v procesu učení jejich školitelé (supervizoři) jedni z nejdůležitějších. Kromě příležitostí učení se novým technikám a nástrojům **zažívali absolventi sebe sama v jiném než pracovním a osobním (domácím) kontextu**

„...v jednom takovém životním rozhodnutí, kdy jsem byla jako hodně z toho špatná a nevěděla jsem prostě kterou tu variantu si vybrat, a myslím si, že mi ten výcvik jako pomohl se správně nasměrovat ...“. Měli možnost se **podívat na sebe sama očima druhých** „... možná ten kontakt s jinými kolegy, jo. Ty zpětné vazby, jo určitě. Prostě tady tento výcvik je hodně tak pozitivně laděný a člověk dostává takový ten, že druzí mě vidí jako kompetentního. Až mě to někdy rozčilovalo, zkušeného terapeuta ...“; měli možnost **sdílet role a učení ostatních kolegů** „... myslím si, že primárně na výcviku, ale protože jsem cítila takovou velkou podporu i v těch triádách a byli jsme tři ostravské. Takže jsme jezdily nebo vlastně jezdíme zpátky do Ostravy a ten proces těch 4 hodin je takové přemostění a možná i ukotvení těch změn pro mě ...“. Dostali příležitost k učení nejen od lektorského týmu, ale především od kolegů v tzv. pracovních triádách.

Jak bylo uvedeno výše, před započítáním výcviku byli respondenti zaměřeni především na klienta. Popisovaným růstem **došlo k tomu, že se terapeuti zaměřili na sebe sama a skrze změny u sebe dále pracují s klienty, avšak jiným způsobem** (což můžeme považovat za nepřímé zodpovězení VO č. 2 a 3). Dokumentuje to, že osobnost terapeuta je pro změnu na straně klienta klíčová. Dokládají to tvrzení Timuláka (2005), Baldwinové (2013), Schwartze a Flowerse (2012), Luma (In Banmen, 2009), Rogerse (In Nykl, 2012), Meanse a Thorna (2013), Sannwalda, Schulte-Markworta a Resche (2015), Banmena (2016) a dalších, nově také výsledky našeho výzkumu. Tvrdíme, že jedním z faktorů, který může mít vliv na práci psychoterapeuta, je

jeho rozsáhlá práce na sobě samém. Zároveň s jistou mírou pokory, kterou podporuje vlastní terapeutická zkušenost, dodáváme, že jasná a úplná identifikace prvků, které mají vliv na efekt terapie, není možná, a to především s ohledem na složitost psychotherapeutického procesu a jeho výsledků (viz souhrnná studie Hill a Knox, 2013; Fauth, 2007; Hill, 2015).

DISKUZE

Posuny a dopady frekventantů výcviku můžeme sledovat převážně v oblasti pracovních aktivit a kompetencí, jsou ale zaznamenatelné také v rovině osobního života. Uvedené transformace jsou ovlivněny změnami, které nastaly na straně frekventantů výcviku, přičemž dominantní úlohu nelze připisovat jen učení na úrovni kognice. Výzkumně to dokladují studie (Hill a Knox, 2013, In Hill et al., 2015) upozorňující na to, že terapeuti různých psychotherapeutických směrů připisují změny v psychotherapeutické práci spíše přímé praxi s klienty, osobní terapii a supervizi (což jsou mj. „povinné části“ sledovaného výcviku – pozn. autora). Naopak školení, teorie a semináře považují za méně účinné. Za primární v našem případě můžeme považovat sebeprožitky, jež na straně terapeutů rozpoutaly řadu změn.

Na otázku, zda ovlivní kontext výcviku svého absolventa v oblasti získaných psychotherapeutických schopností, dovedností a vědomostí, sebeúcty a kongruence, s opatrností odpovídáme, že ano. Přičemž je velmi obtížné identifikovat zcela přesně, co za změnou stojí. Pokoušíme se o to výše v textu.

Chceme-li hledat faktory výcviku, které měly vliv na sebeúctu, pak z výpovědí frek-

ventantů vybíráme následující (VO č. 5): sebezkušenost, kterou tvořily prožitky a učení zejména v prostoru práce na sobě samých. Ta vedla k tomu, že respondenti porozuměli¹³ tomu, co je doposud formovalo a co je příčinou jejich chování a prožívání, objevili či posílili svou odvahu, víru v sebe sama, mají se více rádi, přijímají se se vším všudy, jsou autentičtí¹⁴, přijímají odpovědnost, váží si sebe sama, umí se zdravě prosadit. Uvedený aspekt¹⁵ můžeme považovat za klíčový dopad výcviku. Mearns a Thorn (2013) popisují terapeuta jako někoho, kdo se nebojí nabízet sám sebe, nebojí se angažovat a dokáže riskovat nové způsoby bytí, zejména ve vztahu s klientem. Sebe-přijetí a lásku k sobě vnímají autoři jako jeden z klíčových zdrojů psychotherapeuta. Hill (2015) připomíná studii provedenou Pascual-Leonem et al., jež poukazuje na terapeutův růst v rámci výcviku v oblastech prožívání sebe sama, rozvíjení terapeutické přítomnosti, seberozvoji, získání vztahu k ostatním apod. Vyjdeme-li z tvrzení Satirové, Rupperta a dalších o tom, jak významnou roli sebeúcty hraje, pak lze na základě získaných výsledků očekávat, že výcvik přináší možnost nového, zdravějšího sebepojetí. Ruppert (2011) definuje znaky vysoké sebeúcty, oslovení respondenti

¹³ Koch (In Sannwald a kol., 2015) vyzdvihuje jako jednu z terapeutických kompetencí nutnost porozumění sobě samému.

¹⁴ Krajčová a Řiháček (2013) výzkumně dokládají pozitivní dopady terapeutova sebeodhalení především v oblastech klientovy potřeby potvrzení, prožívání klienta, posunu v řešení tématu, vztahu a pracovního spojení.

¹⁵ Röhr (2013) věnuje celou knihu tzv. tajným programům, které jsou přesnými opaky toho, co zde popisujeme jako výsledky frekventantů při práci na sobě samých.

uvádějí podobně důvěru, naději v dobré, ochotu převzít zodpovědnost, sebereflexi a v neposlední řadě vymanění se ze zapletených (řekněme nezdravých) vazeb. Podle Satirové (2005) patří ke znakům vysoké sebeúcty víra v to, že jsme milováni sebou i ostatními a přijímáme sebe i ostatní. Z výpovědí frekventantů výcviku nevíme, zda se začali milovat, přesto vidíme posun v tom, že se začali přijímat, začali si sebe vážit, což mohou být známky lásky k sobě samým. Satirová (tamtéž) rovněž říká, že jedinec akceptující především své pocity, ochotný riskovat a otevřený změnám je ten, který má svou sebeúctu v pořádku. Také v těchto oblastech jsme našli pohyb na straně respondentů před započítí výcviku a po něm. Popisované posuny lze podrobit srovnání s „modelem“ Plummerové (2010), která opírá vývoj zdravé sebeúcty o sebezpoznání, existenci jedince v sociální prostoru, sebezpřijetí, sebedůvěru, sebevyláštění, sebevědomí, sebeuvědomění. Ve výpovědích respondentů jsme znaky ovlivňující právě tyto oblasti zaznamenali (viz výše).

Sledovaný výcvik Modelu růstu (TSTS) deklaruje přípravu terapeutů a řadu zisků. Jedním z nich jsou psychoterapeutické kompetence (VO č. 4). V popisu respondentů můžeme opět nalézt sebezkušenost, jejíž výsledky spatřují v odvaze, víře v sebe, vidině nových možností, přijetí sebe sama a přijetí odpovědnosti za to, co dělají, svou práci vnímají jako svobodnější. Uvedené oblasti vztahovali frekventanti přímo k absolvovanému výcviku. Jako významné byly identifikovány také následující kompetence: schopnost empatie¹⁶, schopnost držet si

hranice soukromí, naděje v dobré, otevřenost¹⁷, schopnost poslouchat a naslouchat, tolerance. Všechny uvedené kompetence zaujaly ve výpovědích respondentů po výcviku větší prostor. Fauth (2007) mj. deklaruje tzv. psychoterapeutickou odezvu jako podstatnou část psychoterapeutického procesu, která se uskutečňuje skrze terapeutovu účast (vcítění se, empatické naladění a sledování patrných rozdílů během terapeutického sezení). V tomto ohledu můžeme považovat sledované dopady výcviku za ziskové. Fauth (2007) tvrdí, že tradiční psychoterapeutické metody výcviku zaměřené především na didaktické metody vyučování technik dlouhodobě nezlepšují ani efektivitu terapeutů, ani jejich kompetence. Také Hill (2015) podporuje nutnost zaměřit se na zkoumání efektu psychoterapeutických výcviků, zvláště pak těch, které jsou orientovány na změny u frekventantů v průběhu času (zde vidíme limit našeho zkoumání).

Schulte-Markwort (In Sannwald et al., 2015) nárokuje pro klienty pozornost, otevřenost a reflexivitu, na kterou mají ze strany terapeuta nárok. Kompetentními se zároveň stali účastníci výcviku také přidáním nových technik a nástrojů, jež uvádíme výše. Vezmeme-li v potaz dokument zachycující klíčové kompetence evropského psychoterapeuta, vidíme shody

¹⁷ Mearns a Thorne (2013) schopnost autenticity spojují s tím, jak si terapeut vede v sociálních vztazích. Jedná se vlastně o koncept kongruence. Na tomto místě se tedy spojuje kompetence (otevřenost terapeuta) a jeho kongruence (ochota a schopnost být kongruentní). Kastová (2012) rovněž připisuje vývoj sebehodnoty interakci se sociálním prostředím. Studie provedená v roce v roce 1981 (In Hill, 2015) ukazuje na změny na straně terapeuta právě v této oblasti.

¹⁶ Empatii Mearns a Thorne (2013) spojují se sebezpřijetím. To je právě posilováno skrze empatii.

získaných kompetencí v těchto oblastech: poznání vlastních omezení a nevyřešených konfliktů psychoterapeuta, rozšíření znalostí a vědomostí, přímočaré, otevřené a jasné jednání, rozpoznání nejistoty, zajištění bezpečí, schopnost respektovat, schopnost činit rozhodnutí, uplatnění učení na sebe sama – ochota růst, otevřenost, empatie a porozumění, respekt k hranicím. Oblastí, které jsou v dokumentu zmíněny a které by měl psychoterapeut zvládat, je mnoho. Tento text nenabízí prostor, abychom detailně rozebrali všechny.

Bylo by zajímavé přinést jasné důkazy o tom, co přesně v přípravě psychoterapeutů funguje a co nikoliv. Příspěvek se, s výše uvedenými limity, o to pokouší. Identifikaci konkrétních faktorů, které jsou zodpovědné za terapeutův růst, by možná pomohlo odhalit šetření realizované po uplynutí určité doby, kdy již terapeut není v přímém kontaktu s výcvikovým učením. Fauth (2007) přímo hovoří o zhoršení efektivity frekventantů výcviku v povýcvikovém období. Patrně bychom se stejně nejspíš pohybovali po tenké hranici mezi pravdou a domněnkami, dohady či percepce.

LITERATURA

- Baldwinová, M. a kol. (2013). *Osobnost jako terapeutický nástroj*. Brno: Cesta.
- Banmen, J. et al. (2009). *Transformační systemická terapie*. Ostrava: Institut Virginie Satirové ČR.
- Banmen, J. et al. (2016). *Virginie Satirová. Psychologické eseje 1963–1983*. Praha: Triton.
- Belz, H., Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál.
- Corey, G. et al. (2006). *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha: Portál.
- Černý, M. (2008). *Konstrukt kongruence v Modelu růstu Virginie Satirové* (diplomová práce). Brno: FF MU.
- Černý, M. (2005). *Rozvoj klíčových kompetencí v rámci vzdělávacího programu Modelu růstu* (diplomová práce). Brno: FF MU.
- Česká psychoterapeutická společnost. *Profesionální kompetence evropského psychoterapeuta* [online]. [cit. 27. 4. 2016]. Dostupné z: http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=301&Itemid=91.
- Fauth, J. et al. (2007). Big Ideas for Psychotherapeutic Training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 384–391.
- Fedorová, M. (2006). Osobnost vychovatele v det-ském domove. *Vychovatel*, 10, 35–36.
- Guggenbühl-Craig, A. (2007). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Határ, C. (2007). Profesionální kompetence sociálního pedagoga. *Vychovatel*, 6, 35–36.
- Hill, C. E., Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. In Lambert, M. J. (ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 775–812). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hill, C. E. et al. (2015) Is Training Effective? A Study of Counseling Psychology Doctoral Trainees in a Psychodynamic/Interpersonal Training clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 1–18.
- Kahancová, M., Jennings, L., Řiháček, T. (2016). Na plecích obrov: Čosa dozvedáme zo štúdií o expertoch v psychoterapii. *Psychoterapie*, 10(2), 115–125.
- Karpíšek, R. (2016). Kompetenční přístup a kompetence psychoterapeuta: Koncepty profesního vzdělávání. *Psychoterapie*, 10(2), 87–102.
- Kastová, V. (2012). *Být sám sebou. Pocit vlastní hodnoty a zkušenost identity*. Brno: Emitos.
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Krajčová, J., Řiháček T. (2013). Kdy a jak může sebeodhalení terapeuta pomoci? *Psychoterapie*, 7(3–4), 209–219.
- Mearns, D., Thorne, B. (2013). *Terapie zaměřená na člověka*. Praha: Grada.
- Mlčák, Z. et al. (2006). *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Ostrava: FF OU.
- Musil, J. V. (2001). *Speciální psychologie 2. Pe-*

- dagogicko psychologické kompetence učitele I.* Olomouc: Cyrilometodějská teologická fakulta UPO.
- Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie. Přístup zaměřený na člověka.* Praha: Grada Publishing.
- Plummer, D. (2010). *Budování sebeúcty.* Brno: Computer Press, a.s.
- Rieger, Z. (2009). *Návrat k rodině a domů.* Praha: Portál.
- Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty.* Praha: Portál.
- Ruppert, F. (2011) *Symbióza a autonomie. Traumata z narušeného systému rodinných vazeb.* Praha: Portál.
- Sannwald, R., Schulte-Markwort, M., Resch, F. (2015). *Psychoterapeutické dovednosti.* Brno: Emitos.
- Satirová, V. et al. (2005) *Model růstu. Za hranice rodinné terapie.* Brno: Cesta.
- Satirová, V. (2007). *Společná terapie rodiny.* Praha: Portál.
- Sekera, O. (2009). *Identifikace profesních aktivit vychovatelů výchovných ústavů a dětských domovů.* Ostrava: PdF OU.
- Schwartz, B., Flowers, J. V. (2012). *Jak selhat jako terapeut.* Praha: Portál.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Albert.
- Škoviera, A. (2007). *Dilemata náhradní výchovy.* Praha: Portál.
- Švaříček, R., Šedová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie.* Praha: Triton.
- Timulák, L. (2006). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru.* Praha: Portál.
- Urban, B., Stanik, M. J. (2007). *Resocializacja.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Vymětal, J., Rezková, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem.* Praha: Portál.
- Autor příspěvku se věnuje vzdělávání psychoterapeutů v Modelu růstu Virginie Satirové, jehož je také absolventem. V uvedeném modelu také vykonává odbornou praxi s klienty. V roli odborného asistenta katedry sociální pedagogiky na Ostravské univerzitě vzdělává převážně studenty sociální pedagogiky v předmětech osobnostní příprava, práce s rodinou, reedukace a resocializace dětí s poruchami chování a emocionality, sociální pedagogika nebo metodologie.*
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 14. 1. 2016. Revidované znění došlo 12. 9. 2016, v druhé revizi 28. 10. 2016 k publikaci přijato 28. 10. 2016.*

PROŽÍVÁNÍ VDOVECTVÍ VE STARŠÍM VĚKU (KAZUISTIKA) Experiencing widowerhood in older age (case study)

Lenka Fojtová

Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci (OUSKI), CZ; e-mail: lenkafo@gmail.com

Psychoterapie. 10 (3), 238–249; ISSN 1802-3983

Tento článek byl vytvořen s finanční podporou TA ČR – projekt Metodika DIPEX v oblasti aktivního stárnutí (TD020339).

ABSTRAKT:

Tato komentovaná kazuistika sleduje individuální prožitek ovdovění a vdovectví a zachycuje proces proměny, jímž respondent prochází. Autorka si všímá nejenom dlouhodobě přetrvávajícího truchlení a distresu, ale i faktorů, které v tomto konkrétním případě přispívají k adaptivnímu zvládnání dané životní situace. Článek též poukazuje na důležitost respektování individuality procesu truchlení ze strany odborníků v poradenské a psychotherapeutické praxi a na význam teoretického zájmu terapeutů. Terapii zármutku nahlíží v širších souvislostech – na pozadí měnících se pohledů na zvládnání zármutku i na pozadí změn ve společnosti a v naší kultuře. Pozornost je věnována též účinnosti terapie zármutku. Data pro kazuistiku byla získána kvalitativní longitudinální studií.

Klíčová slova: vdovectví, zvládnání, truchlení, terapie zármutku

ABSTRACT:

This annotated case study tracks individual experience of bereavement and widowhood and captures respondent's process of transformation. The author notices not only long lasting grief and distress but

also the factors which contribute to adaptive coping with this situation. The article points out the importance of respecting the distinctiveness of the grief process by experts in counseling and psychotherapy practice and the concernment of theoretical background of therapists. Grief therapy is seen in a broader context – against the background of changing perspectives on coping with grief and against the background of changes in society and in our culture. Attention is also paid to the effectiveness of grief therapy. Data for the case study were obtained using a qualitative longitudinal study.

Key words: widowhood, coping, bereavement, grief therapy

ÚVOD:

Úmrtí milovaného životního partnera je velice bolestnou zkušeností, která ovdovělé nutí k proměně a k poznávání vlastního potenciálu tuto novou situaci zvládat. Jak ukazuje i tato kazuistika, prožitek vdovectví je velmi individuální a utvářený mnoha různými životními okolnostmi. Odborníci v poradenské a psychotherapeutické praxi by proto měli respektovat individualitu procesu truchlení, všimnout si způsobu, kterým klient své truchlení komunikuje a jaký význam mu přikládá (Pauknerová, Čermák, 2013).

Tato studie vychází z prožitku konkrétního člověka, ale snaží se vidět jeho situaci v širších souvislostech. Terapii zármutku nahlíží jak na pozadí měnících se pohledů na zvládání zármutku ze strany odborníků, tak i na pozadí změn ve společnosti a v naší kultuře. Hledá též odpověď na otázky, za jakých podmínek je takováto terapie potřebná a jak je to s její účinností.

METODA:

V průběhu pěti let byly s respondentem provedeny a následně zanalyzovány tři hloubkové rozhovory. První rozhovor, vedený r. 2010 v rámci rozsáhlejší studie zabývající se staršími lidmi, byl narativní, zaměřený na jednotlivé etapy života stárnoucího člověka. Díky udržení kontaktu s respondentem se podařilo navázat dalšími rozhovory v letech 2013 a 2015, v rámci projektu Metodika DIPEX¹ v oblasti aktivního stárnutí. Tyto dva rozhovory byly složeny z narativní a polostrukturované

¹ Metodiku DIPEX (Database of Individual Patient Experiences) vyvinul a používá vědecký tým Health Experiences Research Group (dále jen HERG) z katedry Primární péče na univerzitě v Oxfordu. V této metodice jde o porozumění subjektivnímu prožívání (žitě zkušenosti) pacientů s různými typy zdravotních problémů (např. obezita, diabetes, rakovina) s pomocí částečně narativních, částečně polostrukturovaných rozhovorů a jejich tematické analýzy. Aplikováním této metodiky na různé diagnózy vznikají jednotlivé moduly. Rozhovory jsou vedeny výzkumníkem většinou u respondentů doma a trvají přibližně dvě hodiny. Výsledky práce týmu HERG jsou uveřejňovány na patientském portálu www.healthtalk.org, kde je možné nalézt výpovědi a svědectví lidí ve formě audio či video nahrávek. Další výstupy představují články v odborných periodikách a podklady pro školení profesionálů v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Metodika DIPEX se rozšířila i do dalších zemí včetně ČR, kde v rámci práce na prvních modulech („Paliativní péče“ a „Aktivní stárnutí“) vznikla webová stránka www.hovoryozdravi.cz.

části. Všechny rozhovory byly zaměřeny na celý běh života, přesto se jako ústřední téma druhého rozhovoru ukázalo prožívání stárnutí a u třetího rozhovoru prožívání vdovectví.

ETIKA:

Projekt Metodika DIPEX v oblasti aktivního stárnutí byl schválen etickou komisí UP Palackého v Olomouci. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, ve kterém byli obeznámeni se svými právy, zejména s právem kdykoliv odmítnout svou účast na rozhovoru, možností i zpětně zrušit svou účast v projektu a s právem na autorizaci výstupů před jejich publikací. Každý respondent výslovně uděluje souhlas se všemi způsoby použití svého rozhovoru – pro zveřejnění na webu, přípravu odborných publikací i přípravu školících materiálů. Před začátkem rozhovoru jsou účastníci opakovaně upozorněni na svá práva odmítnout jakoukoliv otázku a přerušit nebo ukončit rozhovor. Výzkumník se v případě jakýchkoliv pochybností ohledně etických témat radí se supervizorem nebo vedoucím týmu.

Jméno respondenta bylo v článku zmíněno.

Respondent:

Jan, 77 let, dvě děti, vdovec, manželka v 60 letech zemřela na rakovinu (bylo mu 63 let).² ÚSO vzdělání, strojař, pracoval jako mechanizátor a poté na vedoucí pozici ve stavební firmě. Pochází z vesnice, žije v menším městě.

² První rozhovor byl s klientem veden 8 let po smrti jeho manželky (v jeho 71 letech), poslední 5 let poté.

1. Příběh truchlení

Během prvního rozhovoru, při kterém Jan vzpomínal na významné události svého života, padla též otázka na nejhorsí životní zážitek. Jan odpovídá: *No, asi když mi umřela žena. Protože to bylo rychle a... rakovina, no a... to nebylo dobrý. Tři roky to trvalo a nedalo se pomoct prostě. Bylo to pozdě zjištěný a už to prostě nešlo, no. (rozhovor 1/ strana 2, dále uváděno ve formátu 1/2). Těmito několika větami předznamenal své důležité téma. Později vypovídá svůj příběh podrobněji.*

Prognózu rodině oznámil lékař: *Ten onkolog, kam začla chodit na tu chemoterapii, tak ten potom úplně natvrdo řekl: „Počítejte s tím, že to nebude trvat dýl jak tři roky.“ (3/1). Rodinní příslušníci však nemocné tajili, že umírá: *Tak ona pořád doufala, že ta chemoterapie a že se to změní, tak jsme jí v tom prostě nechali, i když už bylo jasné, že jako... (3/1). Téma její nemoci a jejího umírání bylo v rodině až do poslední chvíle tabuizované: *Nemluvili jsme o tom, nebavili jsme se o tom, bylo to, jak se říká, tabu. Dělalí jsme, jakože je všechno v pořádku. (3/1). Z tohoto důvodu se Jan nemohl společně s manželkou na její smrt připravit ani mluvit v tomto kontextu o jejich vztahu. Podobně jeho manželka zřejmě neměla příležitost vědomě se rozloučit se životem a s rodinou.***

V případech delšího umírání je obvyklé, že si pozůstali „vyberou“ dost zármutku předem. Parkes (1978) tomuto zármutku, který předchází smrt, říká „zaopatřovací práce“. Tato zaopatřovací práce však nenahrazuje truchlení, protože fantazie, i když o definitivní a nezvratné ztrátě, je jiná než reálná nepřítomnost druhého člověka. Jan však tuto zaopatřovací práci považuje za dostatečnou: *Prostě tou dlouhou přípravou už*

totle všechno odeznělo, jo. Už jako to bylo před tím, se to tak nějak vyřídlilo. (3/3).

Rodina pečovala o nemocnou doma. Předtím, než Janovu manželku odvezli do nemocnice, kde zemřela, navštěvoval ji denně lékař, který jí aplikoval morfium. Jan v této době také zanechal podnikání, které tři roky předtím rozjel: *Potom nějak, když už to bylo ke konci, ty poslední tři nebo čtyři měsíce, tak jsem přestal podnikat, už jsem to teda vzdal. Zdržoval jsem se doma a staral jsem se o ní, o to, aby byla v pohodě a už jako jsem nic nedělal. (3/2). Po smrti manželky žil sám, pouze v přízemí domu bydlela jeho sestra. Té čtrnáct dní před jeho manželkou též zemřel manžel. Co se týče sociální opory po ovdovění, nejbližší rodina – zejména jeho sestra – mu poskytovala praktickou pomoc: *Byt jsem si uklidil, sestra vyprala, jídlo jsme měli od ní ze školní jídelny, protože tam vařila. (3/2). Mluvit s blízkými lidmi o svých pocitech považoval Jan za „rozmazávání“ či „drásání“: *Na to nedošlo. Nebavili jsme se o tom. Prostě se stalo, musí to bejt a nerozmazávali jsme to. Takovéto drásání, to připomínání, utěšování, prostě na to jsme si nehráli. (3/2).***

Svůj stav po ovdovění popisuje takto: *Prázdnota ... ztratil jsem veškerý zájem o cokoli dělat jako něco... Bylo to jenom takový živoření. Prostě do ničeho chuť, jen když něco bylo třeba nutně, no tak se to udělalo. Byl to vyloženě takovej útlum, nechut dělat cokoli mimořádného nebo navíc, prostě jenom člověk nějak tak žil. Náké čtení, náká televize, semtam náká procházka a těch bylo málo. Všecko jsem tak nějak předal, chatu klukovi a tak – no nezám. (3/2). Samotu prožíval velice těžko: *Když člověk zůstane úplně sám a jak se říká, nemá do čeho ruce vrazit a televize, čtení**

a tohle všechno ho až tak moc nebaví, tak to není legrace. (2/1).

Z Janových výpovědí lze usuzovat, že se u něho objevila chronická reakce na ztrátu či prolongované truchlení³: *No, trvalo to dlouho, než jsem se z toho vzpamatoval. Zhruba osm let. (1/2).* V tomto kontextu je zajímavé i to, jak Jan popisuje své prožívání ztráty blízkého člověka a vyrovnávání se s ní: *Člověku se stejská, ten člověk chybí, ale abych si rval vlasy... (3/3).* Mluví i o jistém odstupu od svých myšlenek spojených se ztrátou a o tom, jakou strategii si vytvořil, aby uchránil svůj spánek: *Je možný, že*

existovalo něco, co mě jako bránilo v tom, abych si to, jak se říká, šrotoval v tý hlavě nebo si to pustil pod kůži. (3/3). Jak člověk začne přemýšlet o nějakých problémech, tak nespí a ... Prostě, musí to člověk brát tak, jak život jde, tak, jak to probíhá a opravdu si nepustit k tělu nějaký zvláštní přemýšlení o věcech, který se stejně nedají řešit, to nemá cenu. (2/1). Zvyknul jsem si mít v noci puštěný rádio, to jsou někdy ty chvíle, kdy se člověk probudí, a začne přemýšlet o všem možným, nespí, je nervózní. Takhle když mi tam hrálo to rádio celou noc, tak jsem se zaposlouchal a usnul jsem. (3/3).

³ Tento termín jsem zvolila s ohledem na zápas o diagnózu „komplikovaný zármutek“ při přípravě DSM-5. V rámci diagnózy deprese existovalo v DSM-4 tzv. bereavement exclusion – vykazovala-li osoba symptomy deprese, ale bylo-li to do 2 měsíců po smrti milované osoby, nebyla v tomto případě deprese diagnostikována (mohla být diagnostikována až po uplynutí této doby). Toto bereavement exclusion bylo z DSM-5 odstraněno a nahrazeno poznámkami týkajícími se diagnostických kritérií a textem, který nabádá lékaře, aby rozlišovali mezi normálním truchlením spojeným s úmrtím a mezi duševní poruchou. Při přípravě DSM-5 byly vedeny dlouhé diskuze o tom, zda by komplikované truchlení mělo být klasifikováno jako samostatná jednotka. Vyskytly se obavy z patologizace normálního smutku a z předdiagnostikování, které by mohlo vést k nepřiměřené medikaci. Poukazovalo se na to, že oddělení od normálního smutku není dostatečně jasně vymezené a znamenalo by označení řady normálně truchlících za duševně nemocné. Protiargumentem bylo, že se jedná o osoby, které potřebují profesionální pomoc. Finální podoba pojetí truchlení v DSM-5 je jakýmsi kompromisem, cílem je rozlišit mezi velkou depresivní poruchou (major depressive disorder), „normálním“ zármutkem a patologickým zármutkem včetně změn v diagnostických kritériích a napomoci tomu, aby nebyly přehlíženy příznaky velké depresivní poruchy.

Vzhledem k přetrvávajícím nejasnostem kolem pojmu komplikované truchlení se tedy tomuto pojmu ve svém článku vyhýbám a stav či proces, kterým si respondent procházel, pracovně nazývám prolongované truchlení.

Odbornou pomoc Jan nevyhledal: *Mně to připadalo divný, někomu si vylejvat srdce nebo žádat něco – porad' mi nebo jo, když člověk někdy slyší ty rady do života, tak ... (3/4).* Připustil, že by se svěřil pouze blízkému příteli, k tomu však nedošlo. Na otázku, jak ztráta nejbližšího člověka ovlivnila jeho další život, odpovídá: *Špatně! Dlouho jsem nepochopil jednu věc, že se to samozřejmě nedá vymazat nebo něco, ale že ten život jde dál a že je třeba ho žít, a to jsem promeškal. (2/3).* Zpětně situaci hodnotí takto: *Je to ztracený čas života, kterej nepomůže nikomu a je to pryč prostě, no. Už bych jako neudělal tohleto. (3/2). Dost dlouho mi trvalo, než jsem si uvědomil, že život jde dál a že třeba je teda ten zbytek dožít, tak jak by bylo nejlíp a tak, jak na to člověk má, no. (3/4).*

Svou roli v nevyhledání odborné pomoci mohlo sehrát jednak Janovo založení a nedůvěra v odborníky, jednak styl prožívání emocí v jeho rodině (*Mají tak nějak tu povahu, to příbuzenstvo, jako mám já, prostě, že není nutné se v tom, jak se říká, hrabat a rozmazávat to pořád dokola*) (3/7), případně i věk a fakt, že v sociokulturním

prostředí, ve kterém žije, není běžné obracet se za těchto okolností na odborníky. Uvažme tuto otázku ještě širěji. Rosenblatt et al. (1976) zkoumali v domorodých kulturách zvyklosti spojené s úmrtím a identifikovali zde roli „odborníka na rituály“, jehož úkolem je provázet truchlícího jeho zármutkem na jinou pozici ve společnosti. Problémem však je, že v naší společnosti takto jasně vymezená role není a zůstává otázkou, na koho by se měli lidé v této situaci obracet a kdo by měl touto nápomocnou osobou být: poradce pro pozůstalé, terapeut, psychiatr, duchovní, rodina nebo přátelé? Zaznamenáváme též úpadek, případně změnu a rozrůzněnost v oblasti rituálů, které tradičně provázely truchlící jejich zármutkem, poskytovaly rámec pro jejich jednání a zprostředkovaly vztah a smíření mezi živými a mrtvými (podle Silvermanové 2007).

2. Teorie zabývající se zármutkem a terapie zármutku

Pokud jde o terapii zármutku, velmi záleží na osobnosti terapeuta provádějícího terapii a na tom, jaké osobní postoje zaujímá ke smrti a umírání, nicotě a lidské konečnosti, případně i na tom, jaké teorie zabývající se zármutkem upřednostňuje. Pojďme si nyní tyto teorie stručně projít.

Novější teorie zabývající se zármutkem opouštějí koncept odpoutání (detachment), který vychází z Freudova uvažování. Freud (1917) se domníval, že „práce truchlení“ (Trauerarbeit, grief work) sleduje účel „propustit“ zemřelého, vyjmout emoční vklad ze vztahu k němu a uvolnit tuto emoční energii pro nové vztahy, jakoby lidé mohli mít v jednom okamžiku pouze jeden jediný. Freudem byl ovlivněný také

Lindemann (podle Firthová, Luffová, Oliviere, 2007), který se jako první zabýval krizovou intervencí v procesu truchlení a sám ji prováděl. Identifikoval tři úkoly práce truchlení: 1. Emancipaci z vazeb k zemřelému, 2. Opětovné přizpůsobení se prostředí, ve kterém mrtvý schází, 3. Vytváření nových vztahů. Bowlby (1961, 1980), vysvětloval truchlení s využitím vlastní teorie attachmentu. Pozůstalý podle něj prochází nejprve fází šoku, otupělosti a neochoty připustit si ztrátu, dále fází touhy a hledání, fází dezorganizace a beznaděje a nakonec fází reorganizace – vidíme zde koncept přechodu, který odpovídá i van Gannepovu (1909) popisu. Worden (1982) v návaznosti na práci Lindemanna a Furmanové (viz níže) pojednává o úkolech, které musí lidé řešit, mají-li se úspěšně vyrovnat se svým zármutkem. Proti pasívnějšímu konceptu fází tak staví komplexnější koncept úloh truchlení, který zdůrazňuje aktivitu pozůstalých. Uvažuje o těchto čtyřech úlohách: 1. Přijmout ztrátu jako realitu, 2. Prožít zármutek, 3. Zadaptovat se ve světě, ve kterém zemřelý už není. 4. Citově se odpoutat od zemřelého a investovat city do jiného vztahu. Tyto úlohy truchlení též připomínají Freudovo chápání práce truchlení. Mezi zajímavé úvahy na toto téma patří podle Špatenkové (2004) myšlenka, že prolongovaná deprese může být obranou proti aktivnímu truchlení, protože práce se zármutkem vyžaduje bolestné uvědomování si ztráty.

Jako alternativu k lineárním modelům založeným na práci truchlení (viz výše) vyvinuli Margaret Stroebe a Hank Schut (1999, 2010) model dvojího procesu vyrovnávání se se ztrátou (The Dual Process Model of Coping with Bereavement, DPM).

Tento model poukazuje na dva typy úkolů spojených se zármutkem ze ztráty: 1. jedná se o stresory a aktivity spojené přímo se ztrátou (loss-oriented), jako např. bolestné zabývání se zemřelým, touha po shledání se s ním, přemítání o okolnostech jeho smrti, pláč, žal, popření nebo hněv, vyhýbání se aktivitám spojeným s obnovou, 2. stresory a aktivity spojené s obnovou (restoration-oriented), jedná se o zaměření se na dopady této ztráty na různé oblasti života (finanční, právní, společenskou atd.), patří sem např. přizpůsobení se novým rolím a budování nové identity, zvládání změn, přehodnocení a přeplánování svého života, nové aktivity a vztahy, vyhýbání se či popírání smutku. Podle tohoto modelu je zvládání ztráty a zármutku z ní složitý regulační proces konfrontování se s těmito dvěma typy stresorů a vyhýbání se jim, přičemž pro adaptivní zvládání je nezbytná oscilace mezi oběma typy – pozůstalý se někdy s různými aspekty ztráty konfrontuje, jindy se jim vyhýbá. Protože truchlení může člověka vyčerpávat, je třeba určitě jeho „dávkování“. Oddechnutí si od něj pak může mít regenerační účinek. Období odpojení jsou důležitá pro obnovu vztahů a pro každodenní fungování. Stejně tak tomu může být i s úkoly obnovy.

S odlišným pojetím truchlení přišli Klass, Silvermanová a Nickman (1996), kteří na základě novějších výzkumů na tomto poli (srov. např. Silverman, P. R., Klass, D., 1996) zproblematizovali doposud přijímané teorie „uzdravení se ze zármutku“ a přišli s konceptem „přetrvávajících vazeb“, který poukazuje na ozdravnou roli udržení symbolických pout k mrtvému. Namísto konceptu odpoutání se z vazeb k zemřelému byl představen model akomodace

a adaptace – přijetí ztráty a přizpůsobení se jejím důsledkům bez vymazání emočně nabitých vzpomínek na zemřelého (podle Pauknerová, Čermák, 2013). Bonnano pozoroval, že lidé, kteří mysleli na zemřelé častěji, vykazovali zlepšující se psychický stav (Bonnano, Wortman, Nesse, 2004). Podmínkou zlepšujícího se stavu byl však pozitivní charakter těchto vzpomínek. Podle Furmanové (1974), která pracovala s dětmi předškolního věku zasaženými úmrtím jednoho z rodičů, je obsahem truchlení zvládnutí procesu, který je vyvolán ztrátou spojení se zemřelým. Truchlení končí, když se děti částečně identifikují se zemřelým, což jim umožní navždy si pro sebe uchovat některé aspekty osoby ztraceného rodiče. Zároveň však u těchto dětí zdůrazňuje důležitost procesu odpoutání. Podle Silvermanové (2007) tím reflektuje dilema, jemuž čelí i terapeuté, když pozorují, že se lidé – děti i dospělí – od svých zemřelých blízkých neodpoutávají, ale současně jsou ovlivněni teorií, která tvrdí, že takovéto „propuštění“ je pro „uzdravení“ nezbytné. Marris (1974), který se obecně věnoval otázkám ztráty a změny a který zkoumal i povahu změny, která nastává v životě pozůstalých, popsal fenomén, který nazval „konzervační pud“. Pozůstalí, i když přijmou svůj nový život, uchovávají si něco ze starší doby. Podle Kastové (1987) je truchlení proces, kterým se odpoutáváme od člověka, jehož jsme ztratili, a který nás opět přivádí k tomu, abychom žili svůj vlastní život. Během odpoutávání bychom však neměli přijít o to, co ve vztahu k zemřelému žilo a co by se mělo přenést dál do života. Kastová dále uvádí, že tento proces často provázejí sny a že má podobné fáze jako kreativní proces.

Novější přístupy již berou v úvahu i vzta-

hové a osobnostní aspekty života jednotlivce – např. Neimeyerův (2001) narativní přístup poukazuje na význam rodinné historie a kultury a také na osobní kvality truchlících. Objevuje se též vztahové pojetí zármutku (Silverman 1987, 2000), které pohlíží na truchlení jako na interaktivní proces, jehož se účastní mnoho truchlících i dalších lidí figurujících v jejich životě. Důraz je zde kladen na vzájemnost a na vzájemnou závislost (interdependence).

Další přístupy, vycházející z klasických teorií stresu a jeho zvládnání (srv. např. Lazarus a Folkmanová, 1984), zkoumají vliv strategií zvládnání na to, jak se truchlíci adaptují na ztrátu. Na zármutek se zde pohlíží kontextuálně, tzn. se zaměřením na rodinu a společnost, na zdroje pomoci a naučené chování v reakci na smrt. Důležité je tedy chování lidí v dané situaci, přičemž důraz se klade na to, co se při truchlení rozvíjí. Pozornost je namísto intrapsychických aspektů procesu truchlení věnována postavení tohoto procesu v kontextu životní dráhy a každodenního života lidí (Silverman 2000). Podle C. R. Snydera (2001), který je zastáncem interakčního přístupu v teorii zvládnání stresu, podporují adaptivní copingové strategie následující faktory: sociální opora, nalezení smyslu v zátěžové situaci, efektivní rozptýlení pozornosti a udržování aktivity.

Pauknerová a Čermák (2013) poukazují na to, že s vývojem teorií zármutku dochází k přesunu pozornosti od rozlišování mezi komplikovaným a nekomplikovaným truchlením k poznávání potenciálu jednotlivých osobností truchlení zvládat. Tento vývoj se může projevit také v terapii zármutku.

3. Účinnost terapie zármutku

Zastavme se ještě krátce u otázky účinnosti terapie zármutku. Ve své přehledové studii se jí zabývají Mancini, Griffin a Bonanno (2012). Poukazují na to, že nedávné studie na toto téma zdůrazňují, že terapie je účinná zejména tehdy, když je zaměřena na dospělé a děti se zvýšenou a přetrvávající hladinou distresu po ztrátě blízkého, například v případě prolongovaného zármutku. Naproti tomu univerzální intervence poskytnuté komukoliv, kdo zažil ztrátu blízkého člověka, přinášejí příjemcům minimální či žádný užitek (Currier, Neimeyer, Berman, 2008). Ukazuje se též, že terapie zaměřené na pozůstalé s výrazným a přetrvávajícím distresem jsou sice účinné, ale méně než je u psychoterapie běžné, přičemž důvody nižší účinnosti tohoto typu terapie zůstávají nejasné. Je však doloženo, že pozůstalí vykazují po uplynutí určité doby jisté zlepšení, a to bez ohledu na to, zda prošli nebo neprošli terapií (Currier, Neimeyer, Berman, 2008). Tuto perspektivu podpořily i výzkumy svědčící o výrazné různorodosti týkající se toho, jak lidé reagují na ztrátu a jiné akutní stresory (Mancini, Bonanno, Clark, 2011; Bonanno, Westphal, Mancini, 2011). V těchto výzkumech se ukázalo, že většina lidí (obvykle 50–60 %) je resilientních. Tito lidé zvládají ztrátu velmi dobře a očividně nepotřebují profesionální intervenci. Další skupina lidí (10–20 %) vykazuje symptomy akutního zármutku a zvládnání je u ní pozvolnější. U 10–15 % lidí se objevují symptomy prolongovaného (či chronického) zármutku, které se mohou zhoršovat a přetrvávat i léta po ztrátě. Pro tuto skupinu je podle autorů výzkumu klinická intervence nejvhodnější.

Podle studie Manciniho, Griffina a Bo-

nanna (2012) zabývající se novějšími trendy v léčbě prolongovaného zármutku jsou pro zmírnění jeho symptomů účinné kognitivně-behaviorální techniky, např. kognitivní restruktura(liza)ce, jež pomáhá truchlícím najít problematické aspekty spojené se ztrátou a revidovat své porozumění těmto aspektům, nebo expoziční techniky. Expozice může u této techniky probíhat v představě (truchlící může například vyprávět příběh své ztráty) nebo se může jednat o expozici in vivo (v reálné situaci), kdy je truchlící např. konfrontován se svým vyhýbáním se určitým místům či lidem, které má spojené se ztrátou. Další běžně používané techniky léčby (terapeutické dopisy, prázdná židle, přepis v imaginaci atd.) popisují ve svém článku např. Látalová, Kamarádová a Praško (2013).

Pokud je zármutek komplikován depresí, je kromě specifické terapie vhodné i podávání antidepresiv; podobně je tomu i při výskytu následné posttraumatické stresové poruchy nebo komorbidní úzkostné poruchy (Kosová, Praško, 2008). Kromě poskytnutí úlevy může užívání antidepresiv pomoci i ve snášení terapie zármutku, která často vyžaduje, aby se pacient konfrontoval s bolestivými zkušenostmi (Mancini, Griffin, Bonanno, 2012).

4. Příběh zvládnání zármutku

Vraťme se nyní k Janovu příběhu. Na konci asi osmiletého období truchlení vypadal jeho život zhruba takto: *Jsem tady sám, ne. Akorát pár těch známých, který tady člověk má, obejde, nebo objede a za dcerou jezdím na návštěvu jednou tejdně. No a jinak, něká ta procházka, cvičit, abych se mohl vůbec hejbat, protože mě berou záda a... trochu ta televize, dost čtu a... nějaká ta práce*

se taky najde. Někdy je jí až moc. (1/2). Na otázku, co pěkného jej v budoucnosti ještě může potkat, odpovídá: Já myslím, že nic. Nic už zase výrazného né. V klidu dožít, bez nějakých velkých bolestí nebo problémů. Doufám, že mě nepotkají už a pak, že to nějak rozumně skončí, no. Takových drobných radostí je. Že člověk někam zajde, tady si s někým popovídá, se známejma. Zavzpomíná, nebo za tou dcerou, že zajedu za vnoučatama a pak nějaký zvláštní zlomy nečekám, nebo nedoufám, že by něco muselo zrovna... nebo, že bych se na něco zvlášť těšil... takový ty drobný radostí, prostě, jinak... (1/6).

Impulsy ke změně a k aktivnějšímu způsobu života přišly zejména od okolí. Jednak s novou lékařkou, která mu doporučila změnu ve způsobu léčby cukrovky (*A ta nová lékařka mi dala prostě takový náky ty mantinely, je třeba životosprávu, pohyb. Prostě hodinu a půl, jak se říká ostré nebo usilovné chůze, abych teda jako vydržel (2/1),* jednak od kamarádů a známých, kteří jej pozvali do různých zájmových spolků, jako je Klub českých turistů, Sokol a Senior klub: *Řek, že choděj turisti čtyřicet kilometrů, to jako nebylo pro mě, ale když přišel podruhá a řek, že už to vypadá ke dvaceti, tak sem to zkusil. Jo pak taky přišli s tím, že bych taky měl chodit mezi lidi do toho „Senior klubu“ tancovat a tak. (2/1). Začal být v těchto společích aktivní, účastnil se jimi pořádaných výletů a vycházek, tancoval a jezdil na kole, případně sportoval sám: *No a jinak když nic nejní, no tak sám, no nedá se nic dělat. Já prostě sem si zvyk, za těch posledních... já nevím, tři, čtyry roky, že prostě každéj den musím nákej ten kousek cesty ujít, tý půl druhý hodiny, tak nák, vono se to blíží až tej hranici nebo ko-**

lem deseti kilometrů denně, což se nechá bez problémů zvládnout, to jako není problém. (2/6). Ještě před těmito změnami se na popud členů rodiny začal věnovat také manuální činnosti: *Začal jsem se věnovat víc nějaké tej práci manuální a činnosti. Sestra a nekteří říkali, hele dyť to takhle nejde dál – třeba s tou chatou, to by bylo spadlo, my ti pomůžeme a dáme se do toho. Pak byly práce na baráku, tam se toho dělalo moc, nejdřív fasáda, potom i vevnitř se hodně předělávalo. Tímhle jsem se nák probral, tou prací.* (3/2).

Tento vývoj v Janově životě ukazuje, že zdrojem sociální opory nemusí být pouze děti a nejbližší rodina, ale i širší okruh příbuzných a přátel nebo různé organizace. Přidržíme-li se přístupu C. R. Snydera (2001, viz výše), můžeme zde kromě sociální opory pozorovat i další faktory podporující adaptivní zvládnání: efektivní rozptýlení pozornosti a udržování aktivity. Teorie podporující efektivní rozptýlení pozornosti předpokládají, že zaměření na pozitivní podněty ubírá prostor těm negativním. Efektivita rozptýlení pozornosti závisí na povaze podnětu, síle stresoru a intenzitě emoční odpovědi. Podnět odvádějící pozornost od prožitku vdovectví či vdovství tedy musí být dostatečně silný, aby se projevil jeho efekt – odvrácení negativních emocí. Jedním z příkladů komplexního podnětu, který je dostatečně silný k odvrácení pozornosti od úmrtí partnera, mohou být právě volnočasové aktivity (podle Pauknerové a Čermáka, 2013). Janke, Nimrod a Kleiber (2008) se ve své studii zabývali vztahem mezi udržováním volnočasových aktivit u starších vdov a depresivními symptomy. Ukázalo se, že k redukci depresivních symptomů u těchto ovdovělých přispívají

formální společenské aktivity typu klubů či dobrovolnických prací a dále zahradničení a jiná fyzická aktivita.

Jan je o důležitosti a nutnosti fyzické aktivity obecně přesvědčený, myslí si, že když je člověk aktivní, je sám se sebou spokojený: *Prostě sem přesvědčenej o tom, že ta aktivita je důležitá a nutná, aby člověk tak nák přežíval opravdu pokud možno v pohodě. Že náký to posedávání a fňukání, že opravdu není to správný řešení.* (2/7). *Jednak mi to bylo doporučený, že pokud si chci tak nák srovnat ty životní pochody v těle, že bych měl bejt trvale aktivní a jednak, když jeden den proležím nebo prosedím někde, tak mě bude tělo bolet daleko víc, než když to někde přeženu s aktivitou. Prostě je to pro mě výhodný a prospívá mi to a cítím se líp.* (2/8).

V době, kdy byl s Janem veden druhý rozhovor, u něho již bylo možno pozorovat i adaptaci a smíření se svou životní situací. Co se týče psychického nastavení, objevovalo se regulované prožívání pozitivních emocí, zejména vyhýbání se stresu. Stres považuje za rozhodující faktor, který ovlivňuje vše ostatní, tedy i jeho zdravotní stav. Proto se snaží udržovat si psychickou pohodu: *(Pro zdraví ve stáří je nedůležitější dobrá nálada, žádněj stres! (smích)* (2/4). Pokračuje jeho tendence vytěšňovat určité myšlenky, která pro něho zřejmě má psychohygienickou funkci; uvědomuje si i to, jak psychické nastavení ovlivňuje jeho zdravotní stav: *Ten stres, myslím, že je to nejhorší, co člověka může potkat, když začne přemejšlet o věcech, který nemůže řešit, jo, tak je to špatný. To potom teda to jde z kopce! Psychická záležitost, to je opravdu ve vztahu ke zdraví rozhodující věc a já to poznám třeba i na tom cukru, dá se říct, že*

když si dám cukr, tak je to míň škodlivý, než když bych podlehl nějakým depresím nebo stresům, tak se to projeví daleko hůř.“ (2/4).

Co se týče vzpomínek na život s manželkou, vidíme, že Jan s časovým odstupem přehodnocuje minulé situace: *Někdy jsou ty vzpomínky příjemný a někdy nepříjemný když si člověk uvědomí, že spousta věcí měl dělat jinak i to chování, že jako někdy nevyhověl nebo neuspokojil přání toho druhého. Člověk si postupně uvědomuje, že řadu věcí moh udělat líp, oboum by to bylo prospěšnější, příjemnější. S odstupem si to člověk dá dohromady.* (3/5). Uvědomuje si též, co pro něj manželka znamenala: *teprve s odstupem času si člověk uvědomí, co to bylo za člověka a tak.* (3/5). Mluví i o tom, že tuto minulou zkušenost někdy využívá i ve svém současném životě: *někdy si člověk při některé situaci vybaví, jak se to řešilo tehdy a aby se neudělala třeba stejná chyba. Takovej návod na to, jak dál s některějma věcmi, v tom samozřejmě je.* (3/5). Na otázku, zda žije vzpomínkami na svou manželku, odpovídá: *No samozřejmě, pořád, to nejde hodit za hlavu a začít znova, prostě musí se pokračovat v tom, co bylo, s tím, že se teda nezapomene na to, co bylo.* (3/4).

Ovdovění s sebou může nést i potenciál rozvoje některých osobnostních stránek. Například respondentky ve výzkumu Carrové (2004) referovaly o zážitku mistrovství v oblasti autonomie a popisovaly vyšší míru sebedůvěry. Ženy i muži se po ovdovění učí dovednostem, které dříve byly doménou partnera a mohou tak objevit skryté zdroje vlastní osobnosti. Jan například hovoří o tom, že uklízí, a že se naučil i vařit: *Když je třeba, tak si něco připravím.* (3/5). V porovnání se životem v manželství se rozšířila také jeho vztahová sociální síť:

No tak my jsme vůbec měli málo známejch. Moje kamarádky nebo kamarády nebo moje známé z mládí žena moc nechtěla. Ona jak byla vychovaná u cizích lidí, tak prostě měla snahu si chránit to svý, včetně mě, to soukromí, tak neměla zájem, abych se já s těma známejma starejma stýkal, ona měla pár kamarádek a jinak jsme měli prakticky dvě tři rodiny, s kterými jsme se stýkali. Teď je toho opravdu hodně. Je to teda daný tím, že chodím ty party, takže prostě ten počet lidí je opravdu daleko širší. Je to trošku o něčem jiným. (3/6).

Pět let po našem prvním rozhovoru vypadal Janův životní styl takto: *Dá se říct, že jsem si toho navymejšlel nebo naplánoval dost ve vztahu k těm věcem, který teď dělám. Dostal jsem se do party, dá se říct aktivních lidí v několika směrech. Tak někdy je těch akcí tolik, že to člověk ani nestíhá. Někdy ani časově, samozřejmě i finančně, že musí někdy brzdit, no i samozřejmě tělo už taky není zrovna nejmladší. Prostě spousta věcí, který jsem nikdy nedělal a který jsem ani neznal a nezajímaly mě, se teď snažím nějak dohnat. Prostě naplnit nějak ten čas, aby to mělo nějaký smysl. Ať už je to práce, nějaká ta zábava nebo něco pro tělo.* (3/5).

ZÁVĚR:

Se smrtí milovaného člověka vtrhává smrt i do našeho života. Konfrontuje nás s naší bezmocností, konečností a s pomíjivostí. Ztráta blízkého člověka se pojí s truchlením. Za blíže nejasných okolností se zármutek může provazovat i s depresí anebo sklíčeností. Takováto mezní situace však může být i výzvou k seberealizaci a k objevování našich skrytých zdrojů. Terapeut by si měl uvědomovat, že každý člověk je jedinečný a že v reakci na ztrátu

panuje výrazná různorodost. Dále by měl mít na paměti i výše zmíněný fakt, že pozůstalí vykazují po uplynutí určité doby jisté zlepšení, a to bez ohledu na to, zda prošli nebo neprošli terapií. Příkladem tvrzení uvedených v tomto závěru může být i náš respondent, který v sobě po osmi letech „ztraceného života“ (jak toto období sám nazývá), našel díky své resilienci a s pomocí lidí kolem sebe dostatečnou vnitřní sílu k poměrně radikální proměně svého životního stylu.

Tato studie se omezuje pouze na jednoho respondenta, staršího muže, zasazeného do západní kultury. Bylo by zajímavé dlouhodobě sledovat individuální prožívání vdovectví a vdovství u více respondentů, mužů i žen různých věkových kategorií a z různých kulturních okruhů. Zajímavé by bylo také porovnat zkušenosti pozůstalých, kteří prošli terapií, se zkušenostmi těch, kteří podobně jako náš respondent odbornou pomoc nevyhledali.

LITERATURA:

- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Nesse, R. M. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging, 19*(2), 260–271.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 511–535.
- Bowlby, J. (1961). Childhood mourning and its implication for psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 118*, 481–498.
- Bowlby, J. (1980). *Loss, Sadness and Depression*. Londýn: Hogarth Press.
- Carr, D. (2004). Gender, Preloss Marital Dependence, and Older Adults' Adjustment to Widowhood. *Journal of Marriage and Family, 66*, 220–235.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin, 134*, 648–661.
- Freud, S. (1917/1971). Truchlení a melancholie. In: *Práce k sexuální teorii a k učení o neurózách. Vybrané spisy III*. Praha: Avicenum. (*Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse, 4* (6), 1917, 288–301. *Gesammelte Werke, 10*, s. 428–446.)
- Furman, E. (1974). *A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Van Gennep, A. (1909/1996). *The rites of passage*. London: Routledge and Kegan Paul. (čes. *Přechodové rituály*, Praha: Nakladatelství Lidové noviny.)
- Janke, M. C., Nimrod, G., Kleiber, D. A. (2008). Leisure activity and depressive symptoms of widowed and married women in later life. *Journal of Leisure Research, 40*, 250–267.
- Kast, V. (1987). *Der schöpferische Sprung*. Solothurn, Düsseldorf: Walter Verlag AG.
- Kast, V. (2013). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Klass, D., Silverman, P. R., Nickman, S. L. (1996). *Continuing Bonds: New Understandings of Grief (Death Education, Aging and Health Care.)* Washington, D.C.: Taylor and Francis.
- Kosová, J., Praško, J. (2008). Poruchy přizpůsobení. In Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J. Höschl, C., *Postupy v léčbě psychických poruch* (s. 330–341). Praha: Academia Medica Pragensis.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Látalová, K., Kamarádová, D., Praško, J. (2013). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie, 17*(6), 181–188.
- Mancini, A. D., Bonanno, G. A., Clark, A. E. (2011). Stepping off the hedonic treadmill: Individual Differences in Response to Major Life Events. *Journal of Individual Differences, 32*, 144–152.
- Mancini, A. D., Griffin, P., Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of

- prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (1), 46–51.
- Marris, P. (1974). *Loss and change*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. Washington, D. C: American Psychological Association.
- Parkes, C. M. (1978). *Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Pauknerová, L., Čermák, I. (2013). Prožitky vdovství u starších lidí. *Československá psychologie*, 57(2), 122–133.
- Rosenblatt, P., Walsh, R. P., Jackson, D. A. (1976). *Grief and Mourning in Cross-cultural Perspective*. New Haven, CT: HRAF Press.
- Silverman, P. R. (1987). Widowhood as the next stage in the life cycle. In Lopata, H. Z. (Ed.), *Widows: North America*. North Carolina: Duke University Press.
- Silverman, P. R. (2000). *Never Too Young to Know: Death in Children's Lives*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, P. R. (2007). Truchlení: změna pojetí. In Firth, P., Luffová, G., Oliviere, D., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče* (s. 39–58). Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Silverman, P. R., Klass, D. (1996). Introduction: What's the problem? In Klass, D., Silverman, P. R., Nickman, S. L. (Eds.), *Continuing Bonds: New Understandings of Grief* (s. 3–27). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Snyder, C. R. (2001). *Coping with stress*. New York: Oxford University Press.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224.
- Stroebe, M., Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA*, 61(4), 273–289.
- Špatenková, N. (2004). Vztahová ztráta. In: Špatenková, N. a kol., *Krizová intervence pro praxi* (s. 69–75). Praha: Grada.
- Volkan, V. (1970). Typical Findings in Pathological Grief. *Psychiat. Quart.*, 44, 231–250.
- Worden, J. W. (1982). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.

Mgr. et Mgr. Lenka Fojtová má antropologické, teologické a psychoterapeutické vzdělání. Působí jako vědecký pracovník v Institutu sociálního zdraví na UP v Olomouci, kde se zabývá kvalitativní studií DIPEX. Má daseinsanalytický výcvik v komunitně-skupinové psychoterapii. E-mail: lenkafo@gmail.com

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 31. 7. 2015. Revidované znění došlo 15. 4. 2016, v druhé revizi 5. 9. 2016 k publikaci přijato 12. 9. 2016.

HRANICE NENÍ JENOM OMEZENÍ, ALE JASNĚ VYMEZENÝ PROSTOR

říká v rozhovoru **Karel Koblic, předseda České psychotherapeutické společnosti ČLS JEP.**



Jak vnímáte vývoj v české psychoterapii za posledních dvacet pět let? Co se v české psychoterapii změnilo?

Změnilo se toho samozřejmě mnoho. Před rokem 1989 žila psychoterapie ne sice úplně pod zemí, ale tak trochu inkognito. Vykonával ji ten, kdo se rozhodl, že ji bude dělat, kdo si pro ni vydobyl u svých tehdejších šéfů nějaké místo, někde to šlo relativně dobře, někde vůbec. Ze systematických psychotherapeutických tréninků prakticky existoval jenom SUR (jeho sebezkušenostní část) a psychoanalýza. Tak vypadala psychoterapie tehdy.

A co se od té doby změnilo? Tak jednak se podařilo podle mého názoru docela dobře

institucionalizovat trénink v psychoterapii pro zdravotnictví. Máme tady dnes celou řadu respektovaných psychotherapeutických směrů, které mají své vzdělávací programy akreditované či schválené pro zdravotnictví. Dále se podařilo ukotvit psychoterapii ve zdravotnictví, byť ne tak pevně, abych s tím byl spokojený. Jednotlivým aplikacím psychotherapeutické práce se také podařilo ukotvit v dalších resortech mimo zdravotnictví...

Mluvíte o institucionalizaci psychoterapie. Když se něco institucionalizuje, vyjasňují se sice určitá hlediska, zpřehledňuje se situace, ale institucionalizace zároveň vede k určitému ztuhnutí, zkonstatění. Psychoterapie je přeci jenom živá, vztahová záležitost. Nemůže proces institucionalizace psychoterapii i vzít určitou živost, dynamiku...?

To nepochybně ano. Součástí psychoterapie je také tvořivost, ta předpokládá určitou volnost, ale zároveň si myslím, že česká psychoterapie má té institucionalizace pořád příliš málo, že v ní a pro ni podceňujeme význam bezpečného rámce.

Jaká by tedy měla být míra institucionalizace v české psychoterapii, abyste s ní byl spokojený?

Nevidím na rozdíl od některých jiných lidí hranice jenom jako omezení, ale také jako jasně vymezený prostor, ve kterém se můžu bezpečně svobodně pohybovat. Pořád jsme, podle mého názoru, v pojetí psychoterapie tak trochu partyzáni. Trochu partyzánsky se psychoterapie dělala před rokem 89 a partyzánsťina nám podle mého zůstala

ve smyslu, že máme tendenci dělat některé věci mimo jasně vymezená pravidla. Kdesi jsem provokoval vyjádřením, že z někdejších ostrůvků pozitivní deviace (za které byla psychoterapie v komunistickém režimu pokládána) nám zůstala jen ta deviace.

Jedním ze základních pravidel psychoterapie by například mělo být, že by potenciálnímu pacientovi mělo být jasné, kdy jde k psychoterapeutovi a kdy jde k někomu, kdo psychoterapeutem není. A nebo k někomu, kdo vzděláním psychoterapeutem sice je, ale nabízí svoji pomoc v odlišném rámci (např. živnosti „poradenství v životním stylu“). Zásadním pravidlem, o kterém jsem přesvědčený, je, že psychoterapie jako taková by se měla poskytovat pouze ve zdravotnictví. Jako kvalifikovaný psychoterapeut a kvalifikovaný zdravotnický pracovník se zaregistrujete jako poskytovatel zdravotní péče a můžete léčit. Můžete začít poskytovat psychoterapii za přímou úhradu, anebo když s vámi zdravotní pojišťovny uzavřou smlouvy, tak přes pojišťovnu. Problém je v tom, že zdravotní pojišťovny si také nesou dědictví minulosti (v pohledu na podceňování oné „psycho“ součásti biopsychosociálního konceptu nemoci) a psychoterapeutické péče nasmlouvávají vzhledem k potřebnosti a ve srovnání s civilizovaným světem velmi málo.

A současně jsem přesvědčen, že ve zdravotnictví by měly mít své místo např. psychoterapeuticky kvalifikované zdravotní sestry, které by nedělaly s pacienty soustavnou psychoterapeutickou práci, ale pod vedením kvalifikovaného psychoterapeuta by podpůrně pomáhaly potřebným pacientům na klinikách, v léčebnách, možná i v mnoha ambulantních nebo sociálních zařízeních v rámci zdravotní péče.

A mimo zdravotnictví by bylo, myslím, dobré dosáhnout něčeho podobného jako třeba v rezortu sociálních věcí, například u kvalifikace manželských poradců, kteří jsou vzděláni v psychoterapii, ale tato kvalifikace z nich nečiní psychoterapeuty, ale psychoterapeuticky kvalifikované manželské poradce. Nejsem si jist, jak to mají kolegové ve školství, ale tam by institucionalizace mohla být podobná – tedy určitá forma psychoterapeutického vzdělávání pro školního psychologa nebo speciálního pedagoga, kteří by nenabízeli psychoterapii, ale využití psychoterapeutické kvalifikace v rámci kontextu svého působení. Vím, že mnoho kolegů v oblasti školství nebo sociálních věcí, kteří absolvovali psychoterapeutický výcvik, se cítí býti psychoterapeuty. Tomu rozumím, ale jsem přesvědčen, že je třeba odlišit kvalifikaci od způsobu a rámce jejího využití – chybí zde mimo jiné i vymezení a jakési posvěcení státem, nikoli pouze vzdělávacím institutem.

A poslední kapitola je z mého pohledu nejproblematictější, a to jsou kolegové, kteří nabízejí psychoterapii pod střechou živnosti. Myslím, že by neměli nabízet psychoterapii. Tím nechci říci, že by neměli nabízet svoji službu, ale měla by se jmenovat jinak. Napadá mě třeba psychoterapeutické poradenství, nebo psychoterapeutické konzultantství... označení, které by se k psychoterapii hlásilo, ale zároveň uživatelé jasně ukazovalo, do jakých podmínek jde. Protože můžou být velmi rozličné.

To by musela vzniknout nová živnost, protože žádná taková zatím neexistuje...

Dokážu si to představit. Taková živnost by měla svoje označení, svoje kvalifikační požadavky a podmínky... V Německu mají

například v oblasti mimo zdravotnictví takzvaného Heilpraktiker für Psychotherapie.

Váš nárok na institucionalizaci psychoterapie a její zařazení pouze do zdravotnického prostoru vyvolal poměrně velkou odezvu, možná až bouři v obci psychoterapeutů. Nemůže takový nárok vést třeba až k rozpadu psychoterapeutické obce?

Vymezování hranic není jednoduché, psychoterapeutická obec je v pohledu na kvalifikaci a zejména uplatnění a provozování psychoterapie rozštěpená dlouho. Část se nyní hlásí k nově vzniklé České asociaci pro psychoterapii a potřebuje jít svým vlastním směrem. Taková je v tuhle chvíli realita.

Zásadní vliv na to, co se v současné době děje v psychoterapeutické obci, měly postoje k systému vzdělávání v psychoterapii v devadesátých letech. Tehdy se neřeklo, jaké bude další vymezení a následné využití jednotlivých vzdělávacích programů a mnohé vzdělávací instituty se otevřely širokému spektru zájemců. Vše bylo možná z počátku vedeno také bohužel osvětovou snahou rozšířit psychoterapeutické vzdělání a nabídnout ho každému. Svého času docent Skála říkával, že soudce s psychoterapeutickým vzděláním bude kvalitnějším soudcem, což může být pravda.

A jednotlivé vzdělávací instituty začaly výcviky v psychoterapii, které byly schválené jako vzdělávání pro zdravotníky, nabízet jako jakousi rekvalifikaci. Spousta lidí šla do výcviku, zaplatila za výcvik v psychoterapii peníze, absolvovali výcvik a někteří byli možná podvedeni falešnými slibů, že budou psychoterapeuté s náležitým vzděláním. A já jsem přesvědčený, že nejsou. Protože výcvik v psychoterapii v české podobě je schválený pro zdravot-

nictví a je postaven na tom, že jej absolvuje někdo, kdo absolvoval studium medicíny nebo psychologie v magisterském programu, kdo absolvoval specializační postgraduální vzdělávání s atestací z klinické psychologie nebo psychiatrie případně z dalších medicínských oborů a kdo získal v průběhu vzdělávání adekvátní praxi. A pokud někdo přišel z jiného zázemí, něco z toho, co jsem popisoval, mu chybí. Pokud je někdo třeba zemědělský inženýr, chybí mu všechno, pokud někdo prošel vzděláváním v některé pomáhající profesi, chybí třeba jenom něco, ale úplně všem chybí postgraduální vzdělávání k atestaci, praxe s psychiatrickými pacienty v rámci psychoterapeutické přípravy a formální tečka státem uznané zkoušky.

Výcviky, které nabízejí české vzdělávací instituty, mají zhruba pět set padesát, šest set, sedm set hodin. Některé výcviky jsou samozřejmě delší, ale musí splnit nejméně nějakých šest set hodin. A těch šest set hodin se vydává za kurikulum, které má dotyčného frekventanta kvalifikovat k práci psychoterapeuta. Evropská asociace pro psychoterapii přitom předpokládá, že psychoterapeutické vzdělávání trvá 3 200 hodin, předpokládá psychologickou nebo psychiatrickou praxi... Ano, jsem teď ten neoblíbený, který říká: Vy nemůžete být psychoterapeuté.

Vidíte nějaké řešení současné situace?

Vidím a nakonec jsme se na něm shodli při jednání zástupců ČPS a ČAP. Sešli jsme se, tuším, dvakrát. Shodli jsme se, že by se psychoterapeutické činnosti ve zdravotnictví a mimo zdravotnictví mělo jmenovat jinak, protože v každém tom prostředí jde o něco jiného a je důležité to odlišně formulovat především proto, aby pacient, nebo klient

věděl, do čeho jde. Neshodli jsme se na tom, jak má takové pojmenování vypadat, neshodli jsme se, jak by mělo vypadat adekvátní vzdělávání. Ale já cestu vidím a mohu v ní být nápomocný.

A jedna instituce by zastřežovala psychoterapii v rámci zdravotnictví a druhá v oblastech mimo zdravotnictví...?

Jestli by existovala jedna zastřešující instituce, nebo víc, je, myslím, jedno, pokud by o tom existoval konsenzus. Ale je důležité, aby psychoterapie zůstala ve zdravotnictví. Protože ve chvíli, kdy začneme státu říkat, že se mimo zdravotnictví, které má za úkol léčit, dělá také psychoterapie, nevím, jak bude stát reagovat. Možná mu to bude jedno, možná vystartuje a řekne: A je ta psychoterapie nutná, když vlastně není léčbou, ale je to jen taková kultivace osobnosti? Tak to nemusí být ve zdravotnictví. A tak ji teda vyhodíme z toho zdravotnictví úplně a nedoplatí na to nikdo jiný než pacient.

Z vašich slov je slyšet obava...

Nevím, možná tam nějaké obavy jsou, protože není jasné, jak by se v takovém případě zachovaly zdravotní pojišťovny. Ty jsou přirozené v první řadě finančními institucemi a penězi šetří. A když zjistí, že se někde dá ušetřit a něco nemusí platit, samozřejmě to uvítají.

Přemýšlím, jestli se právě tím, co se děje v psychoterapeutické obci, netřísťí síly ve vyjednávání se státem o přijetí zákona o psychoterapii. Stát může říci: Vy sami nevíte, co chcete, tak proč bychom s vámi měli vyjednávat?

Ano, to se může dít...

Jak se podle vás bude situace vyvíjet dále?

Věřím, že se nakonec podaří vyčistit prostor, aby potřební pacienti mohli dostat opravdu adekvátní, kvalifikovanou odbornou péči, tedy že se podaří najít nějaký konsenzus.

Tedy že ČPS bude s ČAP spolupracovat? Zatím to vypadá spíše na konkurenci...

Tahle otázka by měla padnout spíše na adresu ČAP, protože ta se vyčleňuje. Když jsme se kdysi s představiteli nově vznikající ČAP setkali, nabízel jsem jim prostor spolupráce. Ptali se mě, jestli bych byl ochotný vytvářet pro ČAP nějaké materiály, já jim odpověděl, že materiály vytvářet nechci, ale že jsem ochotný se na ty materiály podívat a oponovat je. Ale o to nebyl zájem. Víím, že ČAP činí spoustu kroků a nepotřebuje je konzultovat, takže mám pocit, že o spolupráci nestojí.

Kdybych se vrátil k psychoterapii obecně. Jaký vývoj psychoterapii v příštích letech podle vás čeká?

To na mně chcete věštění z křišťálové koule.

Když se podíváte na světové trendy v psychoterapii, v medicíně...

Myslím, že psychoterapie má před sebou pořád ještě velký kus práce, aby přesvědčila oficiální medicínu, ministerstvo zdravotnictví a stát, že funguje. Nejruznější neurovědní poznatky posledních let, jako jsou zrcadlové neurony nebo genová modifikace emočních zkušeností a spousta podobných objevů sice dokládají, i pro materialisticky usazeného člověka, že psychoterapie funguje, ale přesto se medicína na psychoterapii dívá pořád s určitou nedůvěrou.

A vedle toho nám různé neurovýzkumy ukazují individuální uspořádání člověka až na buněčné úrovni, kdy v kombinaci s individuálním vývojem a zkušenostmi dotyčného člověka bude možná nutné ušít psychoterapeutickou intervenci na míru. Možná se budou objevovat různé psychoterapeutické strategie a postupy, které budou účinné pro určitý typ pacienta s charakteristickou zkušeností. A to znamená, že se bu-

deme muset pořád dál vzdělávat, abychom, dokázali pacientům pomoci.

Co byste české psychoterapii popřál do budoucna?

Asi abychom dokázali reflektovat sami sebe a svou práci, svoje chyby, které děláme, protože to nám může pomoci, abychom svoji práci dělali dobře.

I JSEM RÁD ZA NADŠENÉ LIDI

říká v rozhovoru Zdeněk Macek, předseda České asociace pro psychoterapii.



Když se ohlédneme nějakých dvacet, dvacet pět roků zpátky, co se z vašeho pohledu v české psychoterapii odehrálo? Kde je česká psychoterapie dnes?

Myslím, že hlavní a nejdůležitější je, že jsme se dostali do kontaktu se světem. Kromě našeho unikátního výcvikového systému SUR se u nás po roce 89 postupně objevily i všechny další etablované směry. Náš kontakt se zahraničím už nebyly jenom takové ty výpady několika odvážlivců nebo šťastlivců, kterým se podařilo nějakým způsobem na Západ dostat a kteří sem někdy v těch devadesátých letech začali přivážet první informace o dění ve světě. Začalo být

běžné a dostupné, jezdit za vzděláním do zahraničí. To je ta první linie, která mě napadá.

Další oblast změn vidím v samotné praxi. Ta byla na počátku trochu disidentská, ale po devadesátém roce se psychoterapie etablovala do oblasti sociální, ve zdravotnictví, ale i v dalších pomáhajících oblastech. A za třetí tu vznikla obrovská skupina kvalifikovaných, dobrých, samostatně působících psychoterapeutů, což před tím vůbec nebylo možné. Tyto tři oblasti vnímám jako ty hlavní vývojové linky změn v české psychoterapii.

Dobře to vidím na své osobní historii. Začínal jsem ve školství, pracoval jsem tehdy v diagnostickém ústavu, pak jsme si řekli, že tyhle děti nemusí všechny hned končit zavřené na 24 hodin denně v ústavu a že by to chtělo nějakou ambulantní péči. A jakou jinou, než rodinnou psychoterapii? Měli jsme nápad a měli jsme také štěstí, že jsme potkali pár lidí, kteří se rodinnou terapií zabývali. A shodou okolností vzniklo i zdravotnické zařízení, kde jsme tuhle ambulantní péči začali nabízet. A podobně se vyvíjeli i ostatní kolegové, kteří prošli řadou pracovišť, všude se něco naučili, postupně si rozšiřovali svoji kvalifikaci a stalo se to pro ně celoživotní záležitostí.

Nadšenectví dalo vzniknout spoustě nových projektů, pracovišť... Nemá ale takové nadšenectví v sobě zároveň i riziko, že se nadšený člověk nechá zavést špatným směrem? Na Západě se přeci jenom různé psychoterapeutické směry utvářely daleko delší dobu než u nás a mohly se lépe očistit od různých slepých uliček.

To je pravda. Na druhou stranu si myslím, že nejenom celá psychoterapie, ale spousta dalších oborů vznikla tímto způsobem – z nadšenectví jedinců, a teprve čas přinesl možnost reflektovat, očišťovat, sledovat, co děláme dobře, na co si musíme dávat pozor a kde jsou naše slepé skvrny. Jsem za ty nadšené lidi rád, protože nadšení jim pomohlo udělat obrovský kus práce. Díky nim vznikla v psychoterapii pestrost, a tím i konkurence, i když se to v našem oboru tak často neříká. A ta dnes umožňuje těm, kdo se chtějí psychoterapií zabývat, velmi pečlivý výběr terapeutického směru. Mají k dispozici všechny informační kanály: internet, osobní zkušenosti, doporučení, informace už na vysokých školách a tak dál.

Myslím si, že v současnosti sklízíme ovoce toho prvního nadšeneckého období. Jsem přesvědčený o tom, že dnes ti, kdo jsou na konci výcviku a na začátku své psychotherapeutické kariéry, jsou mnohem líp připraveni, než jsem byl kdysi já, když jsem v roce 93 končil svůj výcvik v rodinné terapii. A nebylo to tím, že by mí lektori byli špatní, nebo méně kvalitní, ale spíš tím, že se vařilo z hodně malého množství surovin. Do dneška jim za to děkuju, protože mě dokázali zapálit, a to bylo to hlavní. Petr Boš, Jan Špitz (i když už nejsou mezi námi), Šárka Gjuríčová, ti všichni zůstávají v mém zlatém fondu a moc si jich vážím.

A myslíte, že v jednotlivých psychotherapeutických institutech ten proces změn, proces očišťování, skutečně nastal?

Nechci mluvit za jiné instituty, ale troufal bych si odhadnout, že to všude bude trochu podobné. Myslím, že všude takové období přirozeně nastává. V systemické terapii jsme kdysi v tom nadšeneckém období

ve výcvicích učili všechno, co jsme věděli, a teď už si pečlivě vybíráme, co chceme frekventantům předat. Jsme úspornější v zacházení s informacemi, vyvinuly se určité důrazy. Hodně se dnes vede diskuze nad tím, které postupy jsou opravdu funkční, jak pracovat s diagnostikou...

Máte pocit, že se nám daří svět pomalu dohánět?

My ho předháníme (smích). No, myslím, že to u nás pořád ještě není dobré s publikacemi. Ne, že by tu nebyly, ale ve světovém nebo evropském měřítku je knih nebo publikací českého původu zatím pořád hodně málo. Podobné je to s výzkumem. Proto je moc dobře, že u nás vzniklo Centrum pro výzkum psychoterapie, které se tématu výzkumu standardizovaně a pravidelně věnuje.

Co se týče psychotherapeutické praxe, ta je, myslím, srovnatelná s tím, co se děje ve světě. Je to hlavně díky tomu, že si jednotlivá pracoviště nebo i jednotlivci vytvářejí síť zahraničních kontaktů, jednotlivé instituty jsou ve spojení s instituty v zahraničí, Rakousko, Německo, celé to nejbližší okolí je dnes snadno dostupné. V praxi je to, myslím, dobré. Podobně pozitivně to vidím i u vzdělávání. Každý vzdělávací institut je napojený na nějakou evropskou nebo světovou asociaci a řídí se jejími požadavky na terapeutické vzdělávání. Úroveň vzdělávání je také dobrá. Ale v publikování a výzkumu ještě máme co dohánět.

Mluvíte o dobré úrovni vzdělání i psychotherapeutické praxe u nás. Na druhou stranu pořád neexistuje žádný zákon, který by psychotherapii vymezil. Medicína se na psychotherapii pořád dívá mírně podezřívavě

a zároveň se do psychoterapie přimíchává skutečně leccos...

Myslím, že psychoterapie bez debaty patří do úzdravných nebo léčebných profesí. Když se podívám na psychoterapii z historického hlediska, vznikala léčba slovem vždycky paralelně s léčbou bylinami a tou vlastní léčbou nožem. Léčba slovem je lidská záležitost, zároveň je velmi stará. A to, že se snažíme fungovat v rámci současné moderně pojaté medicíny, je velmi dobrá příležitost, abychom se pokusili psychoterapii etablovat jako moderní formu léčby slovem. A i když jsme součástí moderního medicínského systému, není možné na psychoterapii napasovat evidence-based systém, jak ho dnes pojímá třeba interní medicína. Měli bychom spíš vypracovat nějaký vlastní evidence-based systém platný pro psychoterapii. Myslím, že míru léčebného efektu v psychoterapii umíme měřit, když chceme, jen používáme jiný systém důkazů.

A co všechno do psychoterapie patří... To vlastně také neumím úplně přesně říct. Je to hodně otázka kvalifikace toho dotyčného člověka, který psychoterapii nabízí, podobně jako v každém jiném oboru. Když se rozhlédneme po jiných profesích, je jejich definice až triviální. Advokacie je to, co dělá advokát a nijak se dál nerozvádí, co všechno to znamená, protože pod tím označením se skrývá spousta různých věcí. I psychoterapeut může dělat spousta různých věcí – vést specifický, úzdravný rozhovor, používat různé techniky, které ten úzdravný proces urychlují nebo ho rozšiřují, třeba u psychoterapie dětí, kdy není možné používat běžný rozhovor. To všechno samozřejmě do psychoterapie patří. O psychoterapii tedy jde tehdy, kdy

kvalifikovaný odborník používá jednotlivé strategické nástroje za účelem psychotherapeutické léčby. A je důležité, aby používal prokázané postupy, které se osvědčily ve výzkumných studiích a vedou k uzdravení pacientů, podobně jako to funguje u jiných vědeckých disciplín. Takže třeba věštění z karet do psychoterapie patřit nebude...

Myslíte, že by mohl být odlišný evidence-based systém, než má třeba medicína, akceptovatelný ze strany státu? Nepříjde od státu námitka, že je příliš vágní, aby bylo možné jej uznat za dostatečně věrohodný, aby se psychoterapie etablovala i legislativně?

Já jsem optimista. Takový proces je vždycky běh na dlouhou trať, vždycky to jsou desítky let, to se neudělá za rok. Moderní novodobá medicína na něčem podobném pracovala sto, možná víc let. Mluvíte o vyjednávání se státem. Ale stát jsou vždycky konkrétní lidi, není to jen nějaký chimérický pojem. Nejdřív se ale musíme domluvit sami mezi sebou. A potom, budeme-li schopni nabídnout nějaký ucelený systém, myslím, že budeme schopni vyjednat s konkrétními reprezentanty státní moci, například když budeme chtít na psychoterapii využít veřejné peníze.

Je to reálné, aby se psychoterapeuti mezi sebou dohodli, vzhledem k tomu, jaká je v současnosti situace v psychotherapeutické obci? Co když zůstane psychotherapeutická obec roztříštěná a oslabená a stát si bude říkat, no tak co tihle lidi vlastně chtějí, když se nedokážou ani dohodnout mezi sebou?

(Smích) Jasně, že to není dobrý signál. V tuhle chvíli to vypadá, že jsou postoje zá-

stupců zdravotnické psychoterapie a, řekněme ostatních, kteří vidí působení psychoterapie i v jiných resortech anebo jako volně dostupnou službu, úplně nesmiřitelné. Myslím, že bychom měli dokázat spolu vést trochu jinou diskuzi uvnitř psychotherapeutické obce, abychom byli navenek schopní v zájmu psychoterapie vyjednávat se s tím, třeba právě o veřejných prostředcích. Ono se pořád mluví o zdravotnictví, ale ve zdravotnictví psychoterapie je a myslím, že je zavedená dobře. Ale například v oblasti sociálních služeb čili v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí psychoterapii de iure neznají. Přitom už dlouho a dobře funguje třeba síť manželských poraden. Takže myslím, že bychom byli do budoucna hloupí, kdybychom se takhle oslabovali.

Co se pro to tedy může udělat, aby se psychotherapeutická obec takhle neoslabovala?

Když budu mluvit za Českou asociaci pro psychoterapii, nabízíme pravidelně dialog kolegům, kteří reprezentují psychoterapii ve zdravotnictví, ale nejenom jim. Měli jsme několik schůzek se zástupci České psychotherapeutické společnosti a tenhle dialog s určitými přerušováními probíhá dál. Ve výboru ČAP se shodujeme, že v tom budeme pokračovat a myslíme si, že je to i otázka nějakého dalšího vývoje. Komunikujeme i s kolegy z Asociace klinických psychologů, která je pro nás také partnerskou organizací z oblasti zdravotnictví. V belgickém zákoně o psychoterapii zmiňují takové těleso, takový regulační orgán, který třeba uznává psychotherapeutické výcviky, registruje psychotherapeuty, říkájí tomu Federální rada pro psychoterapii. Jsou v ní jednak zástupci jednotlivých regionů, jednak různých profesních asociací, jako

lékaři nebo sociální pracovníci a podobně. Možná by nějaké takové společné těleso mohlo být do budoucna i u nás.

Jak odhadujete vývoj české psychotherapie v nejbližší budoucnosti? Co se bude dít, ať už v rovině řekněme politické nebo i odborné? Jakým směrem bude u nás podle vašeho odhadu psychotherapie kráčet?

I díky tomu, že jsem teď hodně v kontaktu s kolegy z různých terapeutických směrů, vidím trend hledat to, co jednotlivé směry spojuje, co mají společného. Ať už jde o vzájemné návštěvy a spolupráci při odborných konferencích, anebo pokud jde o nějaké menší pracovní formáty. Zveme se navzájem a vnímáme, že když k nám přijde někdo s výcvikem v jiném směru a má jiný pohled, je to vždycky zajímavé, obohacující a inspirující. Sám zažívám hodně zajímavé debaty s psychoanalyticky orientovanými kolegy, diskutujeme o tom, jak jednotlivé fenomény nazýváme my, jak oni, jak s nimi pracujeme... A často jen jinými slovy pojmenováváme stejnou věc. V 90. letech jsme si všichni dělali ty svoje chlívečky, protože jsme potřebovali získat a posílit vlastní identitu, proto jsme se víc vymezovali jeden vůči druhému. Ale dnes jsme schopni se takhle vzájemně obohacovat.

A v čem vidíte odborné výzvy v práci s pacientem?

Rád bych se dožil toho, že se psychotherapie stane první volbou jakékoli zdravotní nebo sociální intervence. Pokud jde o oblast duševního zdraví, tam to, myslím, funguje už docela dobře. Ale pokud jde třeba o medicínský přístup v případě somatického onemocnění, nebo ve školství, když se řeší

poruchy chování nebo některé patologické jevy, tam to ještě tak úplně nefunguje. Volba psychoterapie je z mého pohledu důležitá proto, že je to nejméně invazivní způsob intervence. Myslím, že jiné zásahy jsou daleko masivnější a často taky nevratné. Trochu se pohybuji v oblasti léčby potíží s reprodukcí, které dnes rostou geometrickou řadou, až čtvrtina párů má problém s otěhotněním. Podle mého názoru je tohle přesně místo, kde by byla na začátku

vhodná psychoterapeutická intervence ruku v ruce třeba s diagnostikou a teprve později by se řešily nějaké další, invazivnější zásahy, které mohou být jednak třeba eticky sporné a jednak často také velmi tělesně i psychicky zatěžující.

Co byste na závěr popřál české psychoterapii do budoucna?

Humor, jsem zastáncem humoru v psychoterapii. A není ho nikdy dost.

10. KONFERENCE KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Hana Pašteková Rupertová

Dne 26.–28. května 2016 se v malebném secesním areálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži uskutečnila již 10. konference kognitivně behaviorální terapie. Na konferenci bylo 240 účastníků, zejména psychiatrů a psychologů, ale zúčastnily se i zdravotní sestry a sociální pracovníce a další příslušníci pomáhajících profesí. Byli zda jak ti, kdo prošli výcvikem KBT, tak zájemci jinak zaměření, kteří chtěli obohatit svůj přístup. Hodně účastníků přijelo ze Slovenska.

Konferenci zahájil ředitel Psychiatrické nemocnice, primář Petr Možný, který vzápětí vystoupil v hlavním sále s poutavou vřídlně laděnou přednáškou o terapii P. Gilberta „zaměřené na soucit“, která je novější součástí tzv. třetí vlny KBT. Pak si účastníci mohli vybrat z nabídky několika praktických workshopů zaměřených na práci s dětmi. Gavendová nabídla ukázky využití KB technik u dětí úzkostných, hyperkinetických a s poruchami chování, zatímco Pešek hovořil o svých zkušenostech s prací s rodiči dětí, které trpí Aspergerovým syndromem. Ve druhém odpoledním bloku bylo možné zúčastnit se workshopů prezentujících nejen práci s pacienty, ale i se zdravou populací se zaměřením na sebepoznávání a osobní rozvoj, jako je např. koučování manažerů. Peclová předvedla praktické ukázky práce s manažery a jejich vztahy na pracovišti. Peterková hovořila o interaktivních knižních kurzech duševního zdraví s KB technikami. V hlavním sále pak proběhl workshop Kotianové



Prof. MUDr. Praško, PhDr. Kotian, Šlepecký

a Šlepeckého o technikách zaměřených na expozici emocím a jejich využití ve skupině. Ve večerních hodinách mohli účastníci konference diskutovat a pobavit se na společenském večeru s pohoštěním a hudbou v hlavním sále.

Páteční program začal dopoledním blokem přednášek v hlavním sále, se zaměřením na výzkum, teorii a nové přístupy. Hryciow vystoupil s příspěvkem „Interpersonální chování psychoterapeutů KBT v průběhu výcviku a po jeho skončení“ a Novotný seznámil účastníky s využíváním „peněžních“ odměn v terapii závislostí.

Velmi zajímavé byly konkrétní kazuistiky pacientů s využitím specifických technik u obtížných a rezistentních případů. Kopárková přednesla kazuistiku s názvem „Komplikované truchlení u dětí a dospívajících“ o práci s dvanáctiletou dívkou a následně s celou rodinou, po tragické smrti jejího bratra, patnáctiletého chlapce, s využitím imaginativních technik, práce s vinou a postupného vyrovnání se ze ztrátou. Bělohávková využila u sociální fobie spojené se

sexuální dysfunkcí úspěšné začlenění párové sexuální terapie.

Na využití KBT při skupinové práci byly zaměřené příspěvky Kuklové o léčbě závislosti a Vilimovského o kognitivním tréninku a aktivizaci po úrazech mozku. Skupinový postup se využívá i v programu STOB pro snížení a udržení váhy na základě nejen změny jídelníčku ale celkové změny životního stylu. O tom hovořila Málková v příspěvku „Jak neprohubnout život“.

Odpolední program byl opět rozdělen do několika workshopů. V hlavním sále vystoupil Jůn s příspěvkem „Obrazy mluví“ o zvládání vzteku u dětí, který mne velmi zaujal. Děti mají v rámci terapie ztvárňovat své negativní emoce pomocí obrázků a fotografií, které vyhledávaly na PC. Použití počítače zvyšuje u dětí přitažlivost terapie, jsou ochotné i ke složitější tvorbě strategií zvládání zlosti, opět ztvárňované ve fantazijních obrazech. Inspirativní byl i workshop Štefančíkové o zjišťování iracionálních přesvědčení a kognitivních schémat prostřednictvím projektivního rozhovoru – s praktickými a konkrétními ukázkami technik spojených s představivostí a kreativitou, které pomáhají k lepšímu sebevyjádření a popisu problémů a jejich individuálnímu prožívání. Dva bloky byly

věnovány Dialektické behaviorální terapii Marshy Linehan v podání Medzihradské a Tosseti. V hlavním sále proběhla praktická ukáзка práce s pacientem s poruchou osobnosti v podání týmu Praško, Grambal a Kubínek s názvem „Schéma terapie narcistické poruchy osobnosti.“

Ve večerních hodinách se sešla Valná hromada ČSKBT. Doprovodným programem pak byla prohlídka kroměřížské Zámecké galerie a posezení v Arcibiskupských vinných sklepích.

Sobotní dopolední blok přednášek byl zaměřen opět na konkrétní kazuistiky. Velmi emotivním příspěvkem, svědčícím o nesmírné laskavosti a trpělivosti při práci s mentálně postiženými lidmi, byla kazuistika Svobodové „Cesta z klece“ o uživateli služby Domov se zvláštním režimem v Horním Maxově. Tento klient mnoho let pobýval v klecovém lůžku kvůli neschopnosti se zařadit mezi ostatní a častým agresivním raptům. Díky týmové soustavné práci a dlouhodobé terapii se tohoto klienta nejen podařilo zařadit do běžného režimu domova, ale je schopen se účastnit i aktivit mimo areál např. výletů a návštěv matky. Kazuistický případ přednesla i Macharáčková, která se zaměřila na problematiku duálních diagnóz při léčbě závislosti. Ukázala, že i v režimu protialkoholního oddělení se lze úspěšně věnovat také terapii dalších diagnóz. Uvedla případ ženy s úzkostnou poruchou a agorafobií, která se „samoléčbou“ alkoholem propila k závislosti. V rámci režimové léčby se individuální terapií podařilo úzkostnou symptomatiku snížit a tak se zbavit spouštěče k pití alkoholu.

Dvě přednášky přednesl Grambal, a to o uplatnění KBT u disociativních poruch motoriky a o mentalizaci u pacientek s hra-



Workshop dr. Tosseti a dr. Mezihradské



MUDr. Možný při zahájení společenského večera

niční poruchou osobnosti. Program ukončil Praško závěrečnou úvahou na téma: „My a černobílý svět aneb kognitivní pasti versus odvaha k lidskosti v nás“. Zamýšlel se nad etikou mezilidských a společenských vztahů, vnímáním transkulturálních rozdílů v dějinném vývoji a dnešním globalizovaným světem. Po diskusi konferenci slavnostně ukončil ředitel Petr Možný.

Konference byla úspěšná, plná poznatků

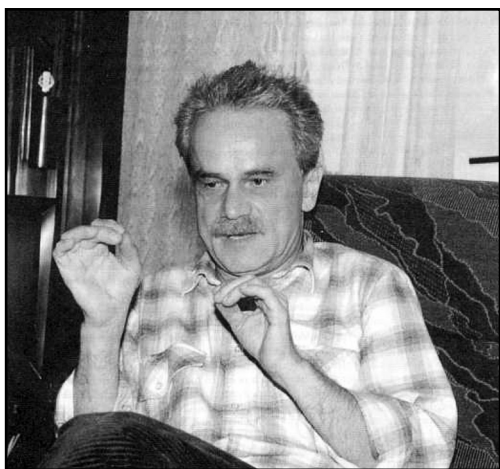
i příležitosti k výměně zkušeností. Pro mě osobně byly velkým přínosem workshopy s praktickými ukázkami terapeutických technik, které si bylo možno zažít v roli klienta. Inspirativní bylo využití počítače ať už pro poradenství, nácvik, kognitivní trénink nebo nově jako zdroje materiálu pro následnou imaginaci a vytváření copingových strategií. Motivací a povzbuzením pro další terapeutickou práci jsou kazuistiky obtížných případů, které vyvracejí tezi o tom, že KBT je jen povrchní, krátkodobá. Tyto kazuistiky potvrzují využití terapeutického vztahu, vysoké míry empatie, hledání nejhodnějších technik a strategií a také využití postupů, které jdou do hloubky, ke kořenům problémů.

PaedDr. Mgr. Hana Pašteková Rupertová je psychologem Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, hypnoterapeut, KBT terapeut ve výcviku.

KDYŽ JÁ JSEM TAKOVEJ KANÁL...

Nekrolog Mirko Frýby

Michal Miovský



Zdá se mi těžké začít, když na začátku je konec. Konec, který mě velmi zasáhl a hlava mi to chvíli nechtěla „vzít“ a tak jsem vlastně jen tak večer koukal na obrazovku a četl si dopis Romana Hytycha znovu a znovu. Mirko, že umřel? To je nějaký další fór jeho života a jen trochu asi přitvrdil. Vždycky měl rád srandu na hraně, tak holt je hrana posunutá zase o kousek dál. Jenže Roman potvrzoval, bez řečí. „*Ano, vracel jsem se z pohřbu na konci minulého týdne, umřel 23. července 2016.*“ Řádky vypadaly stroze a jasně. Tak se s tím smírůju. Roman mi situaci trochu ulehčil i zkomplikoval tím, že toto smířování mohu učinit veřejně. Cítím vděk za tu čest, ale hodně mě to bolí. Tak jsem se rozhodl, že nebudu tak zcela respektovat ani formát časopisu (v této rubrice snad mohu), ani Mirkovu část, která se vydala na cesty mimo vědu, mimo psychologii a psychoterapii. Část, kterou sice hluboce respektuji a kterou jsem měl

do určité míry příležitost také poznat, ale kterou si netroufám jakkoli komentovat ani hodnotit a necítím se k tomu ani povolán, ani to pro sebe nepovažuji za přijatelné. Prostě s Frýbou se chci rozloučit takto veřejně jako s člověkem, přítelem, učitelem, psychoterapeutem a psychologem.

Začnu tím *psychologem*. Mirko se narodil 21. ledna 1943 v Praze a zde také začal studovat obor psychologie, který dostudoval a dokončil v Bernu. Ovlivněn byl mnoha různými směry a autory. V jeho knihách a nepublikovaných (často výcvikových) textech a materiálech, je možné najít více rýh. Explicitně se hlásil např. k rogeriánské stopě, Gendlinovi, gestalt přístupu, raným zakladatelům psychoanalýzy i některým neoanalytickým směrům. Zcela jednoznačná byla snaha přemostit evropské myšlení, teorii a vědu s východními naukami. Měl rád např. Wilhelma Reicha, se kterým jej spojovalo právě to téma přemostování západní vědy a psychoterapie s východem. Mimochodem to bylo také naše první společné téma a Mirko mě povzbudil, abych otravoval Luboše Kostroně, který si pamatoval na „nějaké mikrofilmy“ od dcery (dar univerzity) Wilhelma Reicha Evy, které měly být někde ve fakultní knihovně. Našli jsme je po třech týdnech hledání, nebyly v evidenci. Plná stará lepenková krabice zaprášených mikrofilmů s kompletním dílem Reicha. Mnohé práce ve více jazycích a mnohé s kritickými komentáři a texty jeho oponentů i následovníků. Bylo to úžasné. Něco,

jako když najdete poklad. Nejdříve se smál Luboš Kostroň, který tomu moc asi nevěřil, že to najdeme. Pak se smál Mirko: pokaždé, když mě viděl, jak koukám do obrovské čtečky, do které bylo třeba strčit celou hlavu a hezky vdechovat letitý prach uvnitř. Jenže jinak to nešlo číst a bylo vůbec štěstí, že tam jedna plně funkční čtečka zůstala pod plachtou schovaná. Ručně se na ní musely posouvat kotouče s filmem jako na promítačce. Co okénko, to dvojstránka. Jedna za druhou na dlouhém kotouči, na kterém byly desítky tisíc stran textu. Něco jako starý kotoučový magneták, jen místo Deep Purple tam byl text. Dlouze jsme pak o tom povídali. Možná měl Mirko rád nejen ten obsah, ale i neuvěřitelný osud samotného Reicha i ten jeho šílený zamotaný konec, kde nepochopen a atakován úřady umíral nesmyslně ve vězení. Myslím, že Mirka trochu provokovala ta jinakost, opravdovost, nekompromisnost a tak trochu i mystičnost. A asi se není co divit, že něco podobného cítil i vůči jeho dceři Evě, která si s tátou v ničem nezadala. Snad možná té mystiky přidala ještě více. Vnímal jsem z Mirka tehdy velké nadšení, že jsme to objevili. To nadšení pro všechno. To bylo nakažlivé a to jsem na něm měl moc rád a přitahovalo mě. Jako student jej prostě nikdo nemohl přehlédnout. Mnoha studentům lezl na nervy. Ještě více některým svým kolegům. Věděl to a chtěl to tak. Ale pokud si někoho pustil blíže, nešlo odolat. Jeho nasazení a „chození do věcí“ byly příliš dostředivé a silné podněty. Nic nedělal na půl nebo s odstupem. A bylo jedno, zda je to hádka s kolegy skrze obhajobu diplomky (byl schopen se zhádat do krve a neuhnout ani o kousíček i když šlo často v podstatě o úplné ptákoviny) nebo přes-

nost při práci nebo třeba jen o debatní téma u čaje. Nebylo ani snadné s ním vydržet, neboť vše, co se načalo, to vyžadovalo, aby bylo dotaženo a dodiskutováno a ujasněno.

Začátek 90. let byl divoký a Mirko do něj zcela zapadal. Jeho návrat do naší země (resp. jeden z návratů) byl tehdy daný jeho snahou působit na akademické půdě. Začal v Olomouci na katedře psychologie. Tam našel sice zastání v tolerantní a laskavé osobě Vladimíra Řehana, který se tehdy postupně ujímal role vedoucího katedry (kterým se stal v roce 1994), ale situace okolo Mirka se postupně stávala obtížně udržitelná. Ačkoli byl Vladimír někdy kouzelníkem ve vztazích a uměl urovnat ledasjaký konflikt a přestřelku a dokázal přemostovat mezi lidmi, napětí okolo Mirka a jeho fungování na katedře zřejmě nešly udržet na uzdě žádnou silou. V Brně Mirko sice vydržel na katedře déle, ale ne o mnoho. Opakovala se historie a některé vzorce byly tvrdé a měly železnou logiku. Byl jsem některým konfliktům přítomen, ale těžko se mi hodnotí i s tím odstupem času. Jako student jsem je vnímal hodně citlivě, možná přecitlivěle. Ale některé procesy jsem neměl šanci ani pochopit, ani si informace jak ověřit. Ani v životě člověk nemá šanci spoustu věcí přesně poznat, uchopit nebo spočítat. Pak už jen jdete po pocitu a něčemu věříte. Možná když tak nyní nad tou dobou znovu přemýšlím, tak si myslím, že stejně tak by každý z aktérů tehdejšího (paralelního) procesu dělby brněnské katedry psychologie na dvě části hodnotil odlišně role, důvody a okolnosti. Bylo to stejné i s Mirkem. Pokud byste se ptali do očí každého tehdejšího člena katedry, co se to dělo a jak, a proč nakonec Mirko musel

odejít, těžko by výsledný obrázek byl něčím jiným, než hodně divokým argumentačním kaleidoskopem. Mirko navíc celý proces postupně směřující k odmítnutí a odchodu vydatně facilitoval a bylo to výrazně i jeho postojem a rozhodnutím. Moje generace tak ale měla obrovské štěstí v neštěstí. Byli jsme vtaženi do mnohvrstevných rozporů tehdejší katedry, které se postupně vyhrcovaly a zrály k rozštěpení (jemuž pak dal zelenou a finální tvar samotný vznik FSS). Viděli jsme pohromadě neuvěřitelně zajímavou sestavu osobností české/moravské psychologie, psychoterapie a poradenství a žili naplno divokostí a extrémě, jaké nabízel právě devadesátá léta. To vše se okolo Mirka a jeho práce dělo navzdory tomu, že jedním z hlavních témat, která Mirko rozvíjel, bylo umění žít a být šťastný a to, čemu v psychologii říkáme pojmy jako je well-being, zvládnání a psychohygienu atd. Navzdory, nebo možná právě proto? Ale jeho práce se četly a používaly. Když jsem např. vyrazil do fakultního knihkupectví, že chci „tu knihu o psychologii zvládnání života“, paní se chápavě usmála a chláholivě řekla, že musím počkat na třetí dotisk, že to je bez šance...

Mirko *učitel* nezapřel to, čemu věřil a ještě více to bylo vidět na Mirkovi jako *učiteli psychoterapie*. To vše, co jsem o něm mohl říci výše jako o učiteli, to vše z hlediska výuky psychoterapie bylo na druhou. Bral to (psychoterapii) i nás velmi vážně. Trval na naprosté disciplíně a dokončování a zpracování věcí a nenechával rezervu. Vzpomněl jsem si na jednu z víkendovek, která nás hodně sblížila. Stál jsem tehdy na rohu budovy v malé vesničce Ludvíkov u Městečka Trnávka na Dražanské vrchovině, kde Ateliér Satiterapie dělal často akce.

Večer měl dorazit Kay Burkhardt, na kterého jsme byli všichni natěšení. Satiterapie tancem byla doslova jedna z vymodlených akcí a Kay je skutečnou ukázkou tanečního umění, práce s tělem, snoubícího se s psychoterapií a vědou. Jenže Mirko nikde. Po dvouhodinovém čekání se ze zatáčky vyřítil oprýskaný favorit, jedoucí zřetelně za hranou toho, co dovolovala silnice. Z mračna prachu po prudkém dobrždění vyskakoval Mirko směřující se na celé kolo, proč stojíme venku. Na suchou poznámku, že tu měl být před dvěma hodinama a že o něj máme strach neb všichni víme, jak šileně jezdí, pobaveně vystřelil pohotovou odpověď: „*Já jezdím velmi bezpečně, řídím všímavě.*“ A bylo vymalováno a už mohl přijet Kay a začít pracovat. Mimochodem Kay je mimořádně trpělivý člověk. Mirko jej po celou dobu workshopu bedlivě sledoval, komentoval, doplňoval, vysvětloval a přerušoval a Kay naprosto bravurně integroval, převáděl do pohybu a udržoval Mirka ve střehu. To vše zcela v klidu, mile a s nadhledem. Současně i dnes s odstupem mám za to, že to co ti dva dokázali předvést, byla jedna z nezapomenutelných ukázek možnosti práce s tělem a využití tance a pohybu v psychoterapii. Mirko často integroval velice rozmanité podněty a techniky práce. Nicméně ačkoli se snažil být přesvědčivý v tom, že integruje s velmi pečlivou úvahou a promyšleným, teoreticky fundovaným a systematickým přístupem, bylo tomu trochu jinak. Byl to jeho osobitý styl, pohled, přístup, životní filozofie. Nechával se oslovit a ovlivnit a měl velkou terapeutickou intuici, ale se systémem a teoretickým posazením to bylo vždy trochu diskutabilní. Stejně tak jako např. z Gestaltu bral vážně de facto jen Perle

a Naranja, tak když trénoval pozorování a introspekci, bral z fenomenologie to, co mu dávalo logiku a sedělo a se systémem, metodologickým rámcem si hlavu moc nelámal. Nelze určitě např. upřít zásluhu a stopy jak Fritze Perlse nebo Claudia Naranja, ty jsou součástí fundamentu dnešního Gestaltu, ale těžko by jimi bylo možné skutečně uchopit a pochopit moderní Gestalt. A stejně tak jako nelze těmito dvěma jmény vyložit moderní Gestalt, tak jimi dost dobře nejde vyložit ani jeho průmět do satiterapie. Prostě v některých momentech to skřípalo. Jako studenti jsme z toho měli samozřejmě občas těžkou hlavu a nebylo snadné si věci usazovat dobře do kontextu. Vybavuji si docela náročnou situaci, kdy jsem po Mirkovi chtěl, aby nám lépe vysvětlil rozdíly práce s konfluencí u různých skupin pacientů a lépe nám vysvětlil rozpor mezi konfrontačním stylem Perlovsky práce (např. některá jeho videa, která jsou dostupná na internetu veřejně) a rogersovským stylem práce, který Mirko prosazoval a vždy přitom opakoval, že na prvním místě je pacient a jeho zájem a bezpečnost. Dobře se to téma zobrazovalo také na práci s odporem. Byl tehdy nevrlý a situace divně šla do konfrontace, že teoretizujeme. Naštval mě tehdy hodně – najednou jsem viděl Mirka bojujícího s něčím silným v něm a nešlo jen o to, že občas podcenil matérii toho, co bere do rukou a do úst, ale i jeho nerespektování faktu, že máme každý svá slepá místa a třinácté komnaty. Neměl k tomu odstup a už nikdy jsme se neshodli na hodnocení Perlse a jeho stylu a vždycky jsem už věděl, že tohle nejsme schopni překonat a že se budu muset vyrovnat s rozporem přeceněného obrazu nerespektujícího osobní limity a slabiny. Koneckonců na dalším

workshopu se odehrála situace jak z učebnice k tomuto tématu. Pracovali jsme ve skupině a od začátku bylo zřejmé, že jedna ze starších účastnic je poněkud „lepší“ a má problém s hranicemi. Adorace Mirka a místy velmi nepřiměřené konfluentní reakce dost komplikovaly a brzdily práci skupiny. Každý čekal, co se bude dít. Byl to workshop a ne patientská skupina. Děj nabral rychlý spád a Mirko prostě neodolal a šel do konfrontace. Jenže paní byla křehčí konstelace a tak rychlý proces a tlak neunesla. Skončilo to velkým křikem a naštváním, velmi prudkým boucháním dveřmi a ukončením účasti. Paní ihned po této konfrontaci odjela pryč. Jak jsme pak stáli spolu venku na sluníčku, tak jsem se Mirka opatrně ptal, jak tomu nárazu a jeho prudkosti rozumí a zda to muselo dopadnout takto drsně. „*Když já jsem takovej kanál...*“, odpověděl po chvíli a hleděl někam do stromů. A ano, byl vlastně takovým kanálem. Mnoho lidí si do něj projíkvalo ledacos a střety bývaly ostré. A on chodil této energii aktivně naproti a katalizoval ji. Projekci a konfluenci Mirko opravdu rád neměl, mohl-li to tak ve zkratce napsat. V tom by si asi býval s Perlem v ničem nezadal a obtížně se o tomto tématu s ním diskutovalo. Ale dokázali jsme se zasmát alespoň tomu, že terapeutický (a koneckonců i obyčejný lidský) narcismus nás každého umí zasáhnout pekelně citelně. Stálo mě to pak dlouhou vlastní cestu vyrovnání se s tímto rozporem, který mi později pomohl překlenout až Tono Polák a díky němu i zážitek workshopu s Toddem Burleym a manžely (Bobem a Ritou) Resnickovými. Jasně že je těžké hodnotit rozpornou osobnost i odkaz Fritze Perlse, ale není možné se vyhýbat těžkým tématům. Nic a nikdo

nesmí být nedotknutelný. Na tomto tématu mi to prostě tehdy došlo, že to je jeden ze zásadních rozdílů právě mezi psychoterapií a mystikou. Nic a nikdo není nedotknutelný a základním pravidlem a povinností je *kritičnost a dialog*. Každý volíme a pro mě to byla pak už principiální otázka a zvolil jsem psychoterapii, ne mystiku. Podobných rozporů jsme měli více a více. Musím také připustit, že Mirko je uměl mistrně vytvářet okolo sebe a jejich prostřednictvím ověřovat a nastavovat hranice. Ale někdy tím připomínal právě Perlse a zdálo se mi, že je ta jeho potřeba silnější, než adekvátnost, nutnost a funkčnost takového stálého tvrdého vymezování a ověřování.

Vlastně ani neumím říci, kdy se stalo, že jsem získal pocit, že Mirko pro mě není jen učitel nebo *psychoterapeut*, ale že jej vnímám a prožívám jako svého *přítele*, jako člověka, kterého mám prostě rád. A vybavila se mi asi první situace, kdy jsem takový zážitek s ním měl. Seděl jsem tehdy večer v malé tělocvičně, sloužící jako terapeutická místnost. Dokončil jsem základní sestavu jógy a všiml jsem si, že Mirko prošel okolo zvenku. Po chvíli se vracel zpět a vešel dovnitř. Už jsem jen seděl a hleděl do svíčky, kterou jsem tam měl zapálenou. Mirko tiše přisedl a zeptal se mě, zda cvičím už dlouho. Pak se odmlčel a zůstal sedět vedle. Seděli jsme tak v tichosti vedle sebe a bylo to velmi příjemné. Vnímál jsem jej a nebyl v tom najednou ani ten studentský podtext, ani ten odborný a profesní kontext. Prostě jsme tam byli každý za sebe a přítom spolu. Později jsme se potkávali soukromě a hodiny klábosili o různých věcech. To už ale byl ctihodný Kusala Ánanda. Někdy měl v očích takovou zvláštní bolest, o které ale nemluvil a já neměl odvahu se ptát. Byly

to jen letmé okamžiky na konci vět, kdy prostě hleděl někam stranou nebo se jen tak zadíval do očí. Nerozuměl jsem a je mi líto, že mi tyto chvílky unikly bez toho, abych se jich pokusil dotknout. To vše ale bylo vždy zářímováno laskavým, milým a veselým průběhem. Pokaždé, při všech našich setkáních. Získal jsem dojem, že to tak možná je celé dobře, ačkoli mě jeho odchod z akademické půdy mrzel a vnímal jsem jej jako ztrátu. Dnes mám pocit ještě hlubší ztráty. Jsem rád, že Roman zvládl jet na pohřeb. Byl tam i za nás ostatní, co jsme nevěděli nebo nemohli. Byl tam, aby na poslední cestě nebyl Mirko sám a pojilo jej s námi napořád pouto. Kremace proběhla 29. července 2016 ve Švýcarsku. Děkuji, Mirko, za to, čím jsi pro mě i pro mnoho dalších byl a co jsi byl ochoten dát. Byla to jedna ze vzácných cenností v mém životě.

Michal Miovský

Klinika adiktologie I. LF UK a VFN

SELEKTIVNÍ PŘEHLED PUBLIKACÍ A PRACÍ SOUVISEJÍCÍCH:

- Fryba, M. (2016). *Abhidhamma Abhivinaya: Pokročilá praxe Buddhovy nauky*. Boskovice: Albert.
- Fryba, M. (2013). *Umění žít šťastně. Buddhova Abhidhamma v praxi meditace a zvládání života*. Boskovice: Albert.
- Fryba, M. (2008). *Psychologie zvládání života. Aplikace metody Abhidhamma*. Boskovice: Albert.
- Fryba, M. (2008). *Buddhova meditace všímavosti a vhledu*. Boskovice: Albert.
- Fryba, M. (2003). *Umění žít šťastně – Buddhova Abhidhamma v praxi meditace a zvládání života*. Praha: Argo
- Fryba, M. (2002). *Principy satiterapie*. Praha: Atelier Satiterapie.

- Fryba, M. (2001). *Opravdové přátelství dle nauky Buddhovy*. Olomouc: Votobia.
- Fryba, M. (1997a). *Satidrama*. Konfrontace, 8 (4), s. 19–23.
- Fryba, M. (1997b). *Uvědomění a přesvědčování*. Konfrontace, 8 (2), s. 25–27.
- Fryba, M. (1996). *Psychologie zvládání života – aplikace metody Abhidhamma*. Masarykova universita, Brno. Starší vydání 1994 a 1995.
- Fryba, M. (1996). *Svět psychoterapie a evropské standardy*. Konfrontace, časopis pro psychoterapii 25 (3).
- Fryba, M. (1995a). *Obecná psychologie pro psychoterapeuty*. Konfrontace, časopis pro psychoterapii, 6 (1).
- Fryba, M. (1995b). *Filosofické zdroje hlavního paradigmatu psychologie*. Konfrontace, časopis pro psychoterapii 6 (3).
- Fryba, M. (1995c). *The Practice of Happiness*. Boston: Shambala.
- Fryba, M. (1992a). *L'Arte della Felicità: Pensatori del Buddhismo Psicologico*. Milano, Mondadori Editore.
- Fryba, M. (1992b). *Principles of Satithery*. Sharpham, Contributions to Sharpham Colloquium.
- Fryba, M. (1991). *Abhidhamma, základy meditační psychoterapie a psychohygieny*. Praha, Stratos.
- Fryba, M. (1990). *Abhidhamma im Überblick: Texte der Hohen Lehre des Buddha*. Konstanz: Forschungsberichte der Universität Konstanz.
- Fryba, M. (1989). *The Art of Happiness – Teachings of Buddhist Psychology*. Boston: Shambhala.
- Fryba, M. (1987). *Anleitung zum Glücklichsein: Die Psychologie des Abhidhamma*. Freiburg, Bauer Verlag.
- Fryba, M. (1984). *Abhidhamma – Eine uralte Grundlage transpersonaler Psychotherapie*. Integrative Therapie, 10 (3).
- Fryba, M. (1983a). *Focusing der Achtsamkeit und Sati Meditation*. Bodhi Baum, Zeitschrift für Buddhismus, 8 (1).
- Fryba, M. (1983b). *Values in Sati Group Psychotherapy*. In: Thompson, H. O. (Ed.): *Religious Values and Therapeutic Process*. Philadelphia, Temple University Press.
- Fryba, M. (1982). *Psychodrama Elements in Psychosis Treatment by Shamans of Sri Lanka*. In: PINES, M.; RAPHAELLEN, L. (Eds.) (1982): *The Individual and the Group*. New York, Plenum, 333–339.
- Fryba, M. (1978). *Identity Versus Interaction: The Basic Dichotomy in Teaching Emancipatory Group Work*. Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry 31.
- Fryba, M. (1975). *Psychische Interaktion, intrapsychische Struktur und individuelles Wertesystem*. Bern, Universität Bern.
- Fryba, M. & Moreno, Z. (1979): *Kosmosdrama und Sati-Meditation*. Bern: Psychodramakreis Bern 1979.
- Fryba, M. & VOGT, B. (1989). *Silabbata – Virtuous Performance. The Empirical Basis for the Science of Buddhist Psychology*. Sri Lanka Journal of Buddhist Studies 3, 76–104.
- Burkhardt, K.H. (1996). *Všímavé spoluprožívání vsatiterapii tancem*. Konfrontace 7 (3), s. 31–35.
- Hájek, K. (2002). *Satiterapeutické kotvení ve skutečnosti*. Velká Bíteš: Ateliér satiterapie.
- Hájek, K. (1995). *Jak psychoterapeut vidí psychické procesy*. Konfrontace. 6 (1), 21–29.
- Hájek, K. (1998). *Satiterapie a krocení démonů*. Konfrontace. 9 (4), 25–32.
- Hájek, K. (1993). *Tělesně zakotvené prožívání – focusing*. Konfrontace 14. Naranjo, C. (1997). *Vystředění v přítomnu*. Konfrontace 8 (1), 24–31.
- Němcová, M. (2002). *Úvod do satiterapie*. Velká Bíteš: Ateliér satiterapie.
- Němcová, M. (1997). *Využití psychodramatické metody v satiterapii*. Konfrontace, 8 (3), 29–33.
- Němcová, M. (1993). *Techniky průzkumu psychotopu I. a II.* Velká Bíteš: Ateliér satiterapie.

JAROSLAV SKÁLA: BER A DÁVEJ

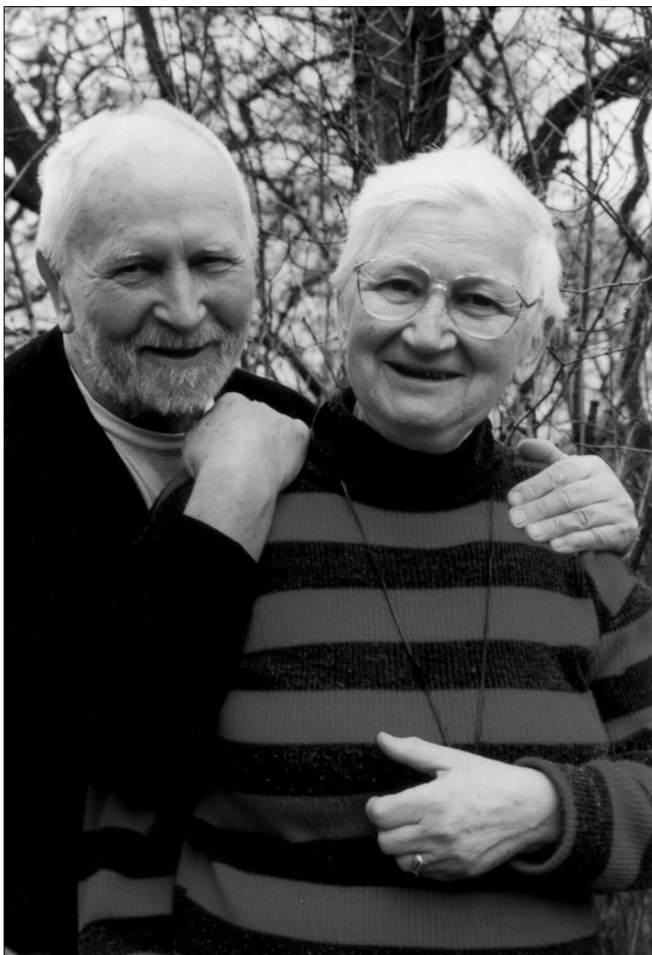
Jan Vymětal

Vzpomínka na významné osobnosti odborného života je důležitá proto, že si ji zaslouží a zároveň přispívá k upevnění identity oborů, v kterých působily. Je významná i pro nás samotné.

Doc. MUDr. Jaroslav Skála (1916–2007), od jehož narození uplynulo 100 let, je osobností zakladatelskou ve více směrech. Podstatným způsobem obohatil nejen naši alkoholologii (dnes adiktologii), již založil, ale i psychoterapii, kterou v dobách nesvobody rozvíjel, a jak by asi sám řekl, udržoval v co nejlepší možné kondici. Hned a nutně musím zmínit také paní Arnoštu Maťovou, s níž prožil v lidsky i pracovně blízkém vztahu 57 let. Jak sám jednou uvedl, tvořili „tandem v práci, životě, na kole“ a lidé věci znali by dodali, že „bez Maťky by nebylo Jaroslava“. Paní Arnoštka Maťová, letos oslavila

91. narozeniny, je v takové duševní a tělesné formě, že se stále aktivně podílí na práci Pražské vysoké školy psychosociálních studií. To mohu dosvědčit. Vraťme se však k našemu jubilantovi.

O Jaroslavu Skálovi je všeobecně známo, že vytvořil komunitní léčebný systém, tzv. Apolinář (dle místa působení), zaměřený na lůžkovou léčbu a rehabilitaci alkoholi-



ků. V r. 1950 otevřel první protialkoholní záchytnou stanici (na půdě zdravotnictví) na světě, dle jejíhož vzoru byla vytvářena analogická zařízení i v jiných zemích světa. Např. v USA vznikla první záchytka v roce 1963. V r. 1965 byl jmenován expertem Světové zdravotnické organizace pro otázky alkoholismu – a ve výčtu jeho aktivit spojených s výrazným úspěchem na poli

alkohologie by bylo možné dlouho pokračovat. Neodpustím si však jednu poznámku: Jaroslav Skála byl v zahraničí z našich lékařek a lékařů nejznámější a v odborném písemnictví nejcitovanější.

Skálův zájem o psychoterapii přirozeně vznikl a rostl s tím, jak přibývaly jeho zkušenosti s léčbou alkoholiků. Režim komunitního systému a psychoterapie se staly osou léčebného ovlivňování pacientů závislých na alkoholu, léčených při plné hospitalizaci. A to platí dodnes. Navíc víme, že psychoterapeutický přístup je vhodný, někdy nezbytný u širokého spektra osob s poruchami zdraví, jimž pomáháme i mimo psychiatrii. Zde si dovoluji citovat z jeho knihy *Lékařův maratón* (Praha: Český spisovatel, 1998, s. 180): „Psychoterapie je nezbytnou součástí moderní medicíny, její přístup je principiálně biopsychosociální a zahrnuje do péče nejen pacienta, ale i důležité osoby jeho života, zvláště jeho rodinu. Zde je třeba vedle psychologického přístupu i kvalifikovaná a systematická psychoterapeutická péče. Její zajištění a rozvíjení vyžaduje erudované odborníky – specialisty v psychoterapii, kteří za tím účelem získávají potřebnou kvalifikaci.“ O vytváření tohoto vzdělávacího systému v rámci druhé profesní kariéry (první část Skálovy profesní kariéry tvoří alkoholologie) úspěšně usiloval a také jej v mnohém směru dosáhl.

S Jaroslavem Skálou jsem se prvně a osobně setkal někdy počátkem 70. let minulého století v rámci psychoterapeutické konference v lázních Jeseník. Působil na mne tehdy jako člověk rázný, věcný, racionální a cílevědomý. V té době rozvíjel společně s psychologem Eduardem Urbanem a psychiatrem Jaromírem Rubešem vzdělávací

system (SUR) v psychoterapii, založený na sebezkušenosti, práci ve skupině a komunitě. Jednalo se o originální záležitost, byť inspirovanou německým postgraduálním vzděláváním prezentovaným na lindavských týdnech (Lindau am Bodensee), jichž se od konce 60 let minulého století zúčastňoval. Ne náhodou byl tehdejší „triumvirát“ přirovnáván k freudovskému modelu ega (Skála), superega (Urban) a id (Rubeš). SUR se osvědčil, prošly jím stovky lékařů různých oborů, psychologů a středního zdravotního personálu (včetně sociálních pracovníků a pracovníků). Stal se významným „ostrůvkem pozitivní deviace“, jak se později říkalo místům kritického myšlení a kritických postojů vůči tehdejšímu politickému systému.

S Jaroslavem Skálou jsem měl možnost se blíže seznámit a pracovat zhruba od roku 1977, kdy jsme se z jeho podnětu pravidelně na půdě Apolináře setkávali a diskutovali o psychoterapii u nás i ve světě. V centru rozhovorů bylo zejména vzdělávání, supervize, účinnost léčby psychologickými prostředky a také (přirozeně) společenská situace, jež byla normalizační a lze ji vyjádřit slovem marasmus. Schůzek se vedle Jaroslava Skály a samozřejmě sociální pracovnice Arnošky Maťové (ta činila mj. zápis), účastnil sociolog Zdeněk Eis, psychiatr Vladimír Hort, psychologka Anička Jirsová, psychiatr Zdeněk Mrázek, psychiatr Petr Příhoda, psycholog Jiří Růžička a autor této vzpomínky. Po vzniku Charty 77 a následném zostření poměrů jsme se rozhodli naši práci učinit oficiální, a protože „pod svícem bývá největší tma“, jak to tehdy některý z nás vyjádřil, vznikl z podnětu jubilanta a za jeho vydatného přispění a ve spolupráci s tehdejším

přednostou pražské psychiatrické kliniky Kabinet pro vzdělávání v psychoterapii při psychiatrické klinice (dnešní 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze). Pro ilustraci doby a vyjednávací obratnosti Jaroslava Skály uvádím, že se jednalo o stejného přednostu, jenž předtím zakázal činnost Psychoterapeutické sekce na půdě psychiatrické kliniky, neboť na jedné schůzi sekce byli zmíněni psychoterapeuti, kteří po r. 1968 odešli do emigrace. Skálův Apolinář pracoval relativně autonomně, jeho se zákaz netýkal. Činnost Kabinetu byla intenzivní, rozsáhlá a skutečně kvalitní. Kupříkladu jsme od r. 1979 vydávali Psychoterapeutické sešity (jako terapeutickou pomůcku), jež obsahovaly překlady, ale i původní naše práce, na Palatě (zásluhou Zdeňka Mrázka) běžela kolokvia „pro zvané“, bálintovské a supervizní skupiny, atd. Záhy po převratu se Kabinet v r. 1990 transformoval v již samostatný Institut pro psychoterapii a inicioval v r. 1991 zásluhou jubilanta a Jiřího Růžičky vznik Pražské psychoterapeutické fakulty a Pražské vysoké školy psychosociálních studií, mající dnes ministerskou akreditaci. Jedná se o soukromou a velmi úspěšnou vysokou školu s rozsáhlou výukou psychoterapie, poskytující m.j. i magisterské vzdělání v oboru psychologie.

Co ještě v této krátké vzpomínce na Jaroslava Skálu dodat? Snad ještě to, že od r. 1982 vedl Psychoterapeutickou sekci při psychiatrickém společenství ČLS JEP, v r. 1990 doslova vybojoval její proměnu a osamostatnění – sekce se změnila v dnešní Českou psychoterapeutickou společnost ČLS JEP.

Jaroslava Skálu jsem poznal jako člověka světa znalého a jako toho, kdo ukazuje směr. Držel slovo, nepomlouval, v životě chtěl něco dokázat, což se mu podařilo měrou vrchovatou. Pro nás mladší představoval přirozenou autoritu také tím, že jsme ho poznali jako muže činu a tvořivé práce.

Jaroslav Skála byl a je alkohololog světového významu. Přispěl, i díky své osobní statečnosti, k rozvoji psychoterapie u nás. Celý život pracoval na Karlově univerzitě v Praze, již se stal ozdobou. V r. 2002 obdržel od prezidenta Václava Havla vysoké státní vyznamenání – medaili Za zásluhy...

Při mém posledním rozhovoru s paní Arnoštkou Maťovou mne paní Matka požádala, abych neopomenul zmínit, že vždy „celý pracovní kolektiv táhl ze jeden provaz, Jaroslav by řekl, že to byla společná práce a že je důležité pracovat s těmi, kdo s vámi pracovat chtějí.“ Tak to tedy vyřizují.

Jaroslav Skála ctil několik životních principů. Maximu, kterou pro sebe považoval za nejdůležitější, vyjádřil stručně: ber a dávej. Je příznačná pro jeho postoj ke světu, sobě i svému místu v něm. Proto jsem takto nazval i příspěvek, jenž právě dočítáte. Prostá maxima ber a dávej snad nejlépe charakterizuje našeho jubilanta a představuje jej jako člověka moudrého, který může sloužit druhým za vzor (tato formulace by se Jaroslavovi jistě silně zamlouvala).

*Prof. PhDr. Jan Vymětal
emeritní přednost Ústavu pro humanitní
studia v lékařství
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
v Praze
Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2*

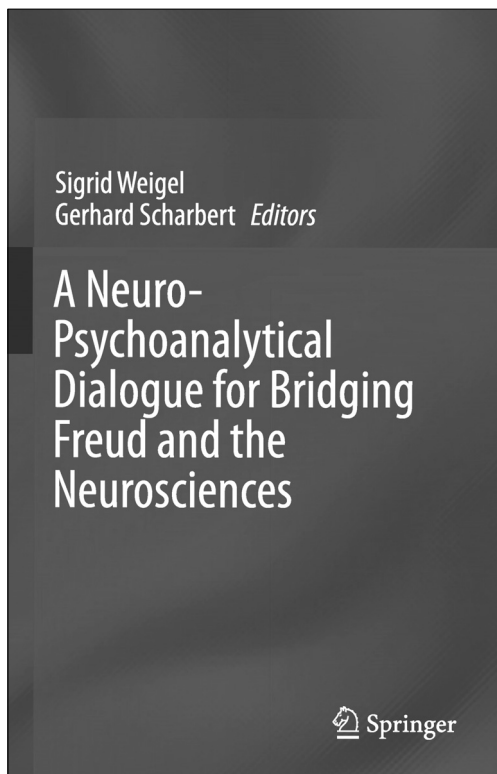
SLUČOVÁNÍ NESLUČITELNÉHO

S. Weigel, G. Scharbert (Eds.) (2016) A Neuro-Psychoanalytical Dialogue for Bridging Freud and the Neurosciences

Martin Hajný

Kniha *A Neuro-Psychoanalytical Dialogue for Bridging Freud and the Neurosciences* láká čtenáře na neobvyklou a v českém prostředí zatím až výstřední myšlenku snahy hledat styčné plochy mezi na první pohled neslučitelnými obory jako psychoanalýza a neurovědy. Na jedné straně stojí metoda klasické psychoanalýzy jako z největší části na klinické zkušenosti postavená terapeutická metoda, která je dnes mnohými považována za překonanou, empiricky nepodloženou a nedůvěryhodnou. Proti ní stojí neurovědy, jedna z nejprogresivnějších vědeckých disciplín, zabývající se nervovou soustavou – nejsložitějším orgánovým komplexem v těle. Kniha se snaží z různých úhlů pohledu iluzi dichotomie narušit. Autoři nám v rámci 11 kapitol představují čím dál rozšířenější neuropsychoanalýzu a snaží se z pohledu různých vědních disciplín definovat význam a historicko-kulturní kořeny oboru. Celou publikací pak prostupují odkazy na práci Sigmunda Freuda, který byl sám neurologem a zejména v počátcích své práce věnoval hlavní pozornost vztahu biologicko-neurologických vlivů na procesy psychického aparátu.

Z jaké perspektivy kniha problematiku nahlíží? Editory knihy jsou totiž Sigrid Weigel, vedoucí berlínského Centra pro literaturu a výzkum kultury a Gerhard Scharbert z Institutu historie a teorie kultury. Oborové zaměření editorů už částečně napovídá, že vztah dvou oborů bude popi-



sován v jiném kontextu, než jsou odborníci zvyklí. Mezi autory dílčích kapitol jsou pak sice například Mark Solms, psychoanalytik a profesor neuropsychologie, Pierre J. Magistretti, profesor biologie, psychiatrie a neurověd, ale zároveň psychoanalytici jako Tamara Fischmann z Institutu Sigmunda Freuda či samotní editoři publikace jakožto odborníci na kulturní studia a literaturu. Rozmanitost působností autorů pak vystihuje povahu knihy. Ta je, spíše než dílem shrnujícím poznání v oblasti neu-

ropsychoanalýzy, **otevřeným dialogem osobností a kompilátem náhledů** na věc.

Úvodní kapitola Sigrid Weigelové připomíná, že Freud působil přibližně 20 let jako úspěšný neurolog a svou plnou pozornost k psychoanalýze přesunul až poté, co narazil na limity empirických metod a selhal ve snaze o vytvoření biologické teorie paměťových procesů. Kapitola připomíná neurologicko-biologické základy Freudových konceptů (jako pudy) a demonstruje na nich nutnost bližší spolupráce mezi oblastmi neurověd a psychoanalýzy.

Solms a Turnbull pak v následující kapitole vysvětlují dnešní oddělování oborů jako vyložené nepochopení Freudova díla. Právě na jeho základech definují historicko-filozofické kořeny neuropsychoanalýzy. Freud podle nich přistoupil k psychoanalýze z pragmatických důvodů, neboť neurovědy v jeho době nebyly rozvinuté tak, aby mohl docílit požadovaných výsledků. Zatímco psychoanalýza pokračovala ve zkoumání mentálního aparátu skrze subjektivitu, technologie zatím umožnily, že můžeme pozorovat jevy týkající se lidské psychiky, na úrovni přenosu nervového vzruchu.

Leuzinger-Bohleber se v další kapitole věnuje vztahu mysli a těla a představuje odvážnou myšlenku „tělesné“ paměti. Myšlenka je postavená na klinických zkušenostech, podle kterých se naše nevědomé (například traumatické) vzpomínky nevybavují na základě verbálních struktur a podnětů, ale na základě pozorovatelných senzomotorických projevů. Na základě tohoto principu pak podle autorky vznikají i přenosové a protipřenosové myšlenky v rámci psychoanalýzy.

Weigel ve čtvrté kapitole vysvětluje roli kulturních věd v zaplňování mezer mezi

obory a nahlíží na problém spíše z epistemologického pohledu. Vysvětluje myšlenku, že technologický pokrok neurověd nám neumožňuje vyřešit teoretický problém „mezery“ mezi kvantitativně-empirickými metodami neurověd a těmi kvalitativními (subjektivita prožívání, nepostihnutelná zobrazovací technikou). Styčné plochy mezi využitím objevů jako systém zrcadlových neuronů a kulturně-vědním pohledem na vznik empatie a způsoby komunikace mezi lidmi je třeba hledat zprvu na teoretické úrovni.

Zajímavým a čtivě osvěžujícím dojmem působí kapitola Gerharda Scharberta, věnovaná třem generacím francouzských psychiatrů 19. století, kteří připravili Freudovi půdu pro ústup od čistě biologizujícího vysvětlení psychických procesů. Kromě průkopníka psychiatrie Phillipa Pinela tak Scharbert stručně představuje dalších 6 lékařů včetně Jacques-Josepha Moreau, který k některým ze svých závěrů o duševních poruchách došel na základě experimentů s hašíšem, který podle něj bez nevratných důsledků navozoval neurologicko-psychické změny organismu, blízké „šílenosti“ a delíriu.

V další kapitole Fischman prezentuje výsledky ambiciózní studie FRED, v rámci níž sledují vědci neuro-biologické změny u chronicky depresivních pacientů v různých fázích psychoterapie. Projekt se pak snaží hledat přímé fyziologické koreláty deprese v lidském mozku. Výzkumníci pracují s teorií, že psychoanalýza je založena na práci s vědomými i nevědomými paměťovými systémy a výsledky terapie mohou ovlivnit konfiguraci nervových synapsí a další procesy nervového systému.

Následuje opět spíše teoreticky zaměřená

kapitola Sigrid Weigelové, rozvádějící blíže původní Freudovu pudovou teorii v biologickém i kulturním diskurzu. Yovelova kapitola na téma pudů navazuje. Pudy jako hnací síla, aktivizující psychický i fyzický aparát mají podle něj původ na úrovni nervového systému – BBURP (Bilateral, Bipolar, Universal Response Potentiating system). Představeny jsou i hypotézy o vztahu psychoanalytických konceptů s dalšími systémy nervové soustavy. Pankseppovo SEEKING centrum má odpovídat zdroji libida a Bowlbyho attachmentový vrozený systém má mít původ v PANIC/GRIEF systému. Text sice poskytuje informace o lokaci center a aktivitě nejdůležitějších neurotransmiterů, ale postrádá podrobnější informace o objevení systému a na datech postavené opodstatnění odvážného tvrzení, že centra odpovídají psychoanalytickým konceptům.

Kapitola Magistrettiho a Ansermeta pak patří co do poznatků z oblasti neurověd mezi nejoborněji pojaté a spíše méně čtivé. Rozvíjejí mimo jiné Jamesovu teorii o mechanismu plasticity, díky které naše zkušenosti nechávají „stopu“ v nervovém systému a vytváří naši vnitřní realitu, postavenou na vědomých i nevědomých reprezentacích. Vznik každé z těchto vnitřních reprezentací je podle nich provázen i reprezentací somatickou. Průběh těchto procesů pak lokalizují do konkrétních mozkových center a dávají je do souvislosti s Freudovým těžko přeložitelným termínem *Vorstellungsrepräsentanz*.

V předposlední kapitole se zamýšlí Ulrike Kadi mimo jiné nad Freudovým dělením na dvě pojetí psychoanalýzy: výzkum nevědomí a léčbu. Představuje i rozšíření Berensteina, který tyto dimenze rozšiřuje o roz-

měr metapsychologických poznatků, které živí psychoanalytickou teorii. Pointou této pasáže je tvrzení, že právě terapeutickému aspektu psychoanalýzy je dnes přikládána větší důležitost než jí přisuzoval sám Freud.

Knihu uzavírá pro mě osobně trochu méně srozumitelná kapitola Edith Seifertové myšlenkou, že zákony neurověd a psychoanalýzy nepovažuje na rozdíl od jiných autorů za srovnatelné, a že s ohledem na historii psychoanalýzy (distancování Freuda od velkých neurologů 19. století) a mnohoznačnost v terminologii (např. odlišný pohled na nevědomí z pohledu neurologického či topografického) je jedinou cestu pro smíření empirické objektivity neuronů a symbolické povahy psyché naprostý epistemologický skok.

Kniha je v mnoha ohledech působivým a inspirativním materiálem pro proniknutí do rozvíjející se oblasti neuropsychoanalýzy. Průlomové poznatky o jasných souvislostech psychoanalýzy a mozkové aktivity či fyziologie by ale čtenáři čekat neměli. Publikace staví spíše na historické a teoretické argumentaci. Pasážím, zaměřeným na procesy nervové soustavy podle mě chybí více srozumitelnosti a zejména transparentnosti. Odkazy na konkrétní studie jsou sice dohledatelné, ale argumentaci pro odvážná tvrzení o nervových centrech odpovídajících Freudovým konceptům nepovažuji za dostatečnou. Kniha budí dojem obhajování principů neuropsychoanalýzy a dílčím kapitolám chybí trochu (sebe)kritického pohledu a argumenty proti tomuto směru uvažování. Celkově však považuji myšlenku knihy za přínosnou. Psychoanalytická obec stále více či méně na práci Sigmunda Freuda staví. Zatímco on

svou práci zahájil jako neurolog a základy jeho práce stojí na vztahu těla a mentálního aparátu, jeho následovníci tomuto aspektu psychoanalýzy i přes technologický pokrok takovou pozornost nevěnovali. Argumen-

tace, že neuropsychoanalýza má své místo na poli vědy, tak dává smysl.

Autor recenze studuje psychologii na FSS Masarykovy univerzity.

JAK TO, ŽE JSME SCHOPNI ROZEZNAT LUPIČE OD MILENKY? (Vynikající popularizace o lidském mozku)

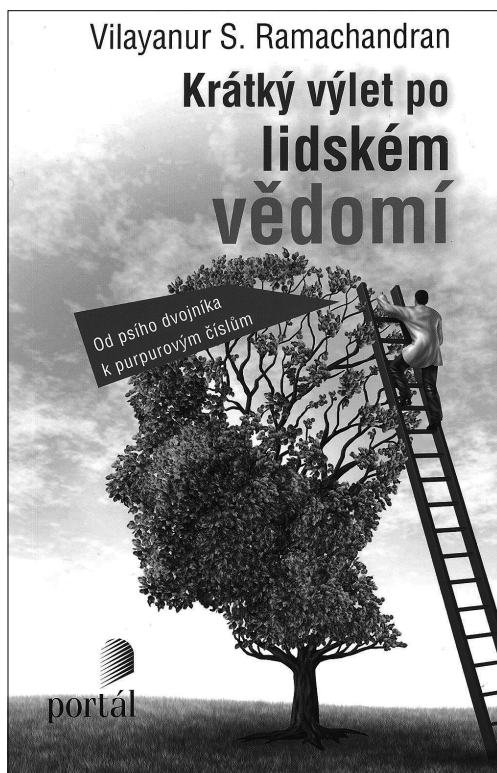
Vilayanur S. Ramachandran: Krátký výlet po lidském vědomí.

Praha: Portál, 2016, stran 190.

Zbyněk Vybíral

Neurovědec, jedna z nejvýznamnějších osobností současné vědy. Časopisem *Time* označený jako jeden z nevlivnějších lidí na planetě: alespoň tak se to píše na přebalu. Berme přebaly s rezervou. Ale očekávání byla velká. Mohu říct rovnou, že budete-li mít, podobně jako já, zvědavá (a velká) očekávání, co že se od tak vynikajícího vědce dozvíte o lidském mozku, nebudete zklamáni. Ramachandran je neoddiskutovatelně mistrem v popularizování. Knížka, kterou vydal Portál (již dříve vyšel *Mozek a jeho tajemství*), vychází z Ramachandranových přednášek. Ten, kdo umí záživné přednášky přeměnit v knížku, trefí se zpravidla do čtenářsky vděčného žánru díky didakticky promyšlenému stylu plnému příkladů. Ale ne každý to zvládne. (V. R. např. mnoho podrobností vřadil do Poznámek, které – při sazbě drobným písmem – zabírají 30 stran v závěru knihy.) Do „hlavního“ textu vybral jen to podstatné.

Co v knize najdete? V 1. kapitole (Fantomové mozku) probírá bizarní postižení u pacientů s tzv. Capgrasovým syndromem, kdy pacient říká matce: Paní, vy mi připomínáte mou matku. Dále jsou zde probrány mimořádně zajímavé případy pacientů s fantomovými bolestmi. Fantomové bolesti představují vážnou výzvu pro terapii, protože tito pacienti trpí například křečemi v neexistující končetině. V tomto směru autor uspokojí i otázky, zda a jak lze těmto lidem pomoci – pasáž o terapii



pomocí zrcadlového „vzkříšení“ fantomové končetiny je fascinující. V 1. kapitole Ramachandran probírá také synestezii – a v závěru se zmiňuje o asymbolii bolesti (jde o pacienty, kteří se na bolestivý impuls například rozesmějí). Pokud jste se do recenze začtli (to samo o sobě je neobvyklé!) a dočetli recenzi právě sem, zeptám se: nestačí už tato témata 1. kapitoly k tomu, aby vás kniha navnadila? Když k tomu navíc začnete důvěřovat recenzentovi, že

kniha je naprosto srozumitelná... Je. Autor navíc doprovází výklad glosami, které si říkají o zatržení: Bolest je dar. Nebo: Žádného vědce nepotěšíte tím, že vyvrátíte jeho teorii. Atd. – Ponechám na vás, jestli vás kniha zaujala už nyní. Prozradím toho v recenzi víc.

Kapitola druhá (s poutavým názvem „Věřit znamená vidět“) je věnována vidění. Neboli oné zázračné transformaci světa okolo nás do „symbolické reprezentace“ světa v nás. V mozku nemáme jen jednu zrakovou část, ale takových míst v zadní části mozku máme třicet! Dozvíte se o pacientech, kteří vidí jen šedě, nebo o pacientech, kteří nevidí pohyb (nenalijí víno, nepřejdou silnici), přečtete se o zrcadlových neuronech, zrcadlové agnozií, o tom, že pravou hemisféru má autor za „detektor anomálií“, zatímco levou hemisféru za tu část mozku, která bude ustavičně něco popírat a zahlazovat. Pacient GY neviděl nic vlevo od svého nosu. A přesto byl schopen sahat po něčem, co neviděl: protože máme v mozku mladší a starší dráhu zraku! Všichni jsme v jistém smyslu „slepozrací“, říká autor – a na pár rádcích nám to přesvědčivě doloží na příkladu z řízení auta. V. R. má prostě dar názornosti, k tomu dar stručnosti. Až lakonické. Mimochodem: zdá se, že se v mozku aktivizuje týž neuron, když saháme pro burák, i tehdy, když totéž dělá jiný člověk. Mimořádně zajímavé. Možná spoluprožíváme a sdílíme s druhými lidmi (což teprve s blízkými a nejbližšími) mnohem intenzivněji, než jsme si mysleli! A tak dál.

Třetí kapitola („Umělecký mozek“) považují za mimořádně inspirativní pro všechny, kdo přemítají nad uměním. Není divu, Ramachandran je autorem monografie *The Artful Brain*, vydané v roce 2005. Cha-

rakteristiky krásného, typického, co dělá karikaturu karikaturou, nebo třeba pokus vystihnout, proč nám připadá půvabný kubismus, to všechno je jedna velká inspirace. Text se v této kapitole proměňuje v esej o umění. Cituji: „Umění nemá s realismem nic společného. Nejedná se o kopírování toho, co na světě existuje. Pokud pořídím realistickou fotografii své kočky, nikdo mi za ni nedá ani haléř. Umění ve skutečnosti nespočívá v realismu – právě naopak. Zahrnuje promyšlenou nadsázkou, přeháněním, dokonce pokřivením...“ (str. 58). A odsud je krok k dalším úvahám: každé pokřivení reality jistě za umění neoznačíme. Jak je tedy možné, že některé pokřivení ano? Jako všude jinde ve své knize, ani zde nezůstává Ramachandran jen u otázek. Navrhne rovnou deset, dle něj obecně platných zákonů umění (seskupování, izolace, kontrast atd.) a zve nás k uvažování. Stejně ale jedna otázka zůstává (formuluje ji i on): Proč se vůbec, my lidé, obtěžujeme s nějakým uměním – s jeho vytvářením a vyhledáváním?

Ve čtvrté kapitole se autor vrací k mozku a řeší jiná uhrančivá témata: jednak vyšší synestezii – související s mezimodální abstrakcí vlastností (zní to jen domněle složitě; ale Ramachandran vám to názorně vysvětlí); a poté „příběh evoluce“ jazyka. Vyšší synestezie: napříč mozkem se kříží dráhy zpracovávající čísla a barvy, zvuky a tvary... Každý dvoustý člověk je anestetik, vidí např. barevné číslice. Pro některé z lidí kolem vás je pondělí červené a prosinec žlutý. Téměř každý z nás umí k „búba“ a „kiki“ přiřadit tvary na základě okamžité asociace se zaobleností nebo hranatostí. Každý z nás má také dispozici začít používat jazyk. Těch připraveností – nearbitrárních – je více: jsou autorem

v knížce dobře popsány. Slova například souvisejí i se zapojením mimiky. Jeden příklad za všechny: vyslovujeme-li slovo pro malé množství („malinký“) a pro velké množství („obrovský“) – i mimika se zapojuje málo, nebo hodně. Na základě případů takových synergických nabalování a křížení jsme začali mluvit. (Namísto teorie Noama Chomskyho dává přednost Ramachandran spíše teorii Steva Pinkera, i když ani s ním ve všem, jak jinak, nesouhlasí.)

Pátá kapitola nazvaná „Neurověda – nová filosofie“ je završením knihy a nenápadným podtržením určité dominance této disciplíny (v očích V. R.). Podle autora to bude neurověda, která v budoucnu anektuje psychiatrii, nebo to bude neurověda, která nám nakonec dá odpověď na otázky: Co je svobodná vůle? (na rozdíl od filosofů), nebo Co je umění? (na rozdíl od estetiků). Prostě, autor je ukázkově identifikován se svou částí vědy, věří jejím možnostem. V této kapitole je probráno přední cingulum (dokáže dočasně odstavit amygdalu), Cotardův syndrom (pacient si myslí, že je mrtvý), depersonalizace, potenciální připravenost v mozku; autor nám připomíná, o čem psal již v 1. kapitole; ale nově se zamýšlí nad hysterií, schizofrenií (halucinacemi, bludy), jástvím. Ale třeba i nad vypláznutím jazyka nebo červenáním. Vlastně se zde „výlet po lidském vědomí“ dostává do jakéhosi dílčího cíle: autor syntetizuje, dostává se k „reprezentacím druhého řádu“. Argumenty jsou brány z PET a fMRI, ale nebyl by to Ramachandran, aby „neobjeoval“ argumenty či náměty pro vysvětlení nové!

A nebyla by to dobrá kniha, kdyby neuvažovala otevřít nad autorovými názory diskusi. V závěru narazíme na jistou zkrato-

vitost. Tam, kde z neuro-materie vyvozuje výroky o psychice, nemůže vždy psycholog přikývnout. Je jednovteřinový předstih limbické reakce na podnět dostatečnou oporou pro to, aby autor shodil svobodnou vůli jako sebeklam? Zažívat dvě já je pro Ramachandrana „z logiky věci“ nemožné. Na jiném místě: „Aby byl čin skutečně záměrný, musí si člověk uvědomovat všechny následky svého konání“ (s. 132). Jenomže... Jenomže psychologie se dostala dávno dál, než kam se dostaly (a kde končí) věty výrokové logiky. Život se často vymyká logice. Ta je na něj krátká. – Není podobně „krátká“ na pochopení lidské psyché i neurověda, jestliže tvrdí, že „já z jeho samotné podstaty [lze] zažívat jedinečně jako jednotu“? Že si člověk „musí“ (sic!) uvědomovat „všechny“ (sic!) následky? Nikdo z nás nedomyšlíme „všechny“ následky toho, co děláme, přestože jsme jednali se záměrem. Otázka po psychologické relevanci neurovědy se nad knihou vznáší – protože z knihy v závěru vyplývá.

Mezi vědci jsou tací, kteří ohrnují nad popularizacemi nos. Popularizace nejsou ty správné monografie, respektive – dle některých – to nejsou žádné monografie (tedy originální práce přinášející nové, původní poznání). Ale to se mýlí. (A ve své přezíravosti ani nerozpoznají, že se mýlí.) Nezbytné zjednodušování tyto přezíravé vědce pohoršuje. Ale, jak říká hned v úvodu autor s odvoláním na lorda Reitha: „Některé lidi má člověk povinnost pohoršit!“

Zmínku si zaslouží i vynikající překlad knížky nedávným studentem psychologie Vojtěchem Pišlem. Na žádost překladatele (abych se k překladu vyjádřil), jsem s ním, ovšem až ex-post, konzultoval jen výrazy „posun vrcholu“ pro první zákon umění

a výraz „zrcadlová skříňka“. Knížka je přeložena výborně. I díky překladateli to je krásný, esteticky příjemný výlet po poznání člověka. „Doufám, že se mi podaří lo nakazit vás pocitem vzrušení, které se

svými kolegy zažíváme při každém pokusu o rozluštění...“ píše Ramachandran. Ano, ta kniha je jako křížovka. Nedivím se tomu, že se mezi odbornými tituly stala v září 2016 nejprodávanější knížkou Portálu.

POSTGRADUÁLNÍ VÝCVIK V INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII POST TRAIN



Skálův institut

třísemestrový výcvik (12 třídních víkendových setkání
370 hod. – od pátku 12 hod. do neděle 14 hod.)
pro absolventy základních
psychoterapeutických výcviků,
kteří se chtějí dále vzdělávat v dalších směrech a učít
se integrativnímu přístupu v současné psychoterapii



MAGDALENA FROUZOVÁ (Praha) a HANNA LEVENSON (San Francisco)

Hanna Levenson je významná americká psychoterapeutka a bude se účastnit skypovou prezentací (nejdůležitější výzkumy týkající se tématu) a diskusí (částečně kolegy překládáno a diskutováno), v posledních 3 dnech výcviku bude přítomná osobně.

Magdalena Frouzová je ředitelkou Skálůva institutu,
který vzdělává v integrativní psychoterapii – typ SUR.

Struktura a metody výcviku

- 1. semestr** – Efektivní psychoterapeutické faktory a techniky klasických psychoterapeutických škol – analýza vhodnosti použití s teoretickým pozadím
- 2. semestr** – strategie a techniky integrativně zaměřených psychoterapeutických škol – Integrativní vědecky prokázané psychoterapie – Úrovně intervence v psychoterapii
- 3. semestr** – Vhodné použití edukativních, psychoterapeutických a supervizních modelů – Edukativní koncepty relevantní pro oblast psychoterapie
Současné koncepční modely v integrativní psychoterapii a supervizi
Kompetenční modely pro výcvik integrativní psychoterapie

Výcvik bude probíhat ve velmi aktivním stylu s angažovaností samotných účastníků, většinou ve workshopech pracovních kreativních skupinách s použitím videa pro nácvik dovedností, PP prezentacemi a semináři. Tyto metody poslouží mimo jiné k vypracování individuálního stylu. Výcvik budou doprovázet studijní texty, škály a dotazníky, které budou moci použít ve své praxi.

Místo konání: Praha, Bělohorská 93, bližší info: www.skaluvinstitut.cz

Program je schválen Asociací klinických psychologů a Asociací pro psychoterapii ČAP, žádáme o schválení další relevantní instituce.

Cena výcviku: 1 semestr: 24 000 Kč. Přihlášky spolu s potvrzením o zaplacení prosíme posílat na adresu: magdalena.frouzova@email.cz

dotazy 602 642 616, bankovní účet: 19-149 7540 217/0100

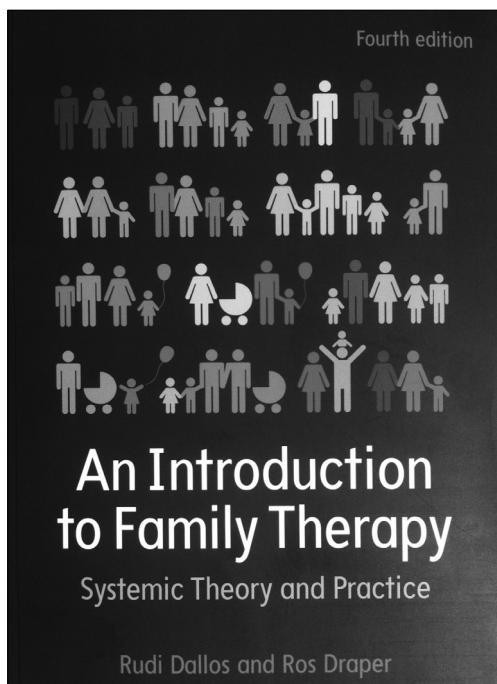
RODINNÁ TERAPIE A SYSTEMICKÁ PRAXE ALL-INCLUSIVE

**An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice,
4th Edition. Rudi Dallos, Ros Draper. Open University Press.
ISBN-10: 0335264549; 488 s.**

David Skorunka

Jaký výcvik a jakou učebnici rodinné terapie byste nám doporučili? To jsou dvě nejčastější otázky, které pravidelně slyším od studentů v předmětu Rodinná terapie. Zatímco na první z nich není vůbec snadné odpovědět, ta druhá otázka je o poznání snazší. I když ani u ní se nevyhneme úskalím, pokud budeme upřímní. Máme totiž k dispozici několik českých publikací, jejichž autoři, zkušení rodinní terapeuti, se k pojednání o rodinné terapii postavili tvůrčím a někdy i přímo originálním způsobem. Ale pokud chtějí mít studenti k dispozici publikaci, která obsahuje vyváženou směs teorie, praxe a výzkumu a která pojednává o historickém vývoji oboru, jeho rozmanitosti a současné situaci (aniž by byl upřednostňován určitý model rodinné terapie), pak musí vyrazit do zahraničního knihkupectví nebo navštívit stránky Amazonu.

Z existující nabídky přehledových učebnic, které jsou na anglicko-americkém trhu v současné době k dispozici, podle mého názoru jednoznačně „vyčnívá“ *An Introduction to Family Therapy* od britských autorů Rudiho Dallose a Ros Draperové. Jméno jednoho z nich není kolegům v Čechách a na Moravě neznámé. Rudi Dallos v minulosti dvakrát navštívil Českou republiku se svojí kolegyní Arlene Vetere, profesorkou na *University of Surrey* a bývalou prezidentkou Evropské asociace rodinné terapie. Během těchto návštěv se oba podě-



lili o své bohaté klinické zkušenosti a o vlastní integrativní pojetí rodinné terapie. Rudi má za sebou poněkud dobrodružný život v důsledku složitého dění v poválečné Evropě. V padesátých letech emigroval spolu s několika členy rodiny z Maďarska do Velké Británie, kde vystudoval klinickou psychologii a vzdělával se v rodinné terapii. Působí na *University of Plymouth* a ví se o něm, že má rád muziku, hrával v blues-rockové kapele. Spolu s Ros Draperovou (působí léta na londýnské *Tavistock Clinic* a *Institute of Family Therapy*) patří mezi

zkušené a uznávané rodinné terapeuty, kteří se dlouhodobě podílejí na rozvoji britské rodinné terapie. Publikace těchto dvou terapeutů vyšla poprvé v roce 2000 a po patnácti letech ji máme k dispozici v aktualizovaném čtvrtém vydání, což vzhledem k „přetlaku“ psychotherapeutických publikací v anglicky mluvících zemích může značit její kvality. Někteří kolegové z Velké Británie mi potvrdili, že tato učebnice se těší mimořádné oblíbenosti nejen v tamější komunitě rodinných a systemických terapeutů. Následující recenze si klade za cíl zdůvodnit, proč tomu tak je, a proč by dílo Mr. Dallose a Ms. Draper neměli minout ani čeští terapeuti hlásící se k rodinné a systemické terapii.

Pohlédněme nejprve na koncepci obsahu díla. Na rozdíl od irského terapeuta Alana Carra, který základ své, taktéž respektované, učebnice *Family Therapy; Concepts, Process and Practice* postavil na svém tří-pilířovém modelu (*three-column model*), britští autoři jdou na věc takříkajíc chronologicky. Ve třech po sobě jdoucích obsáhlých kapitolách seznamují čtenáře s vývojem rodinné terapie a systemické praxe od 50. let minulého století do konce druhého tisíciletí. Ještě před tím ale v krátkém úvodu, oproti zvyklostem, zprostředkují zkušenost rodin s rodinnou terapií (včetně přepisu rozhovoru z terapeutického sezení) a vedle ní postaví pohled terapeutů. Hned zkraje tak zdůrazní, že máme být vnímaví k tomu, jak jednotliví členové rodiny dění v terapeutické místnosti prožívají a jak na ně působí nejen naše dotazování, ale i další způsoby práce, které nám, terapeutům, připadají ze systemického pohledu unikátní a zároveň samozřejmé. Asi jako některým lékařským specialistům jejich nej-

modernější nástroje, jimiž s neskrývaným úžasem (nebo naopak rutinně a mechanicky) zkoumají fyziologii a patologii lidského těla, zatímco pacienti během toho samého procesu zažívají spíše nepříjemné pocity. Jak již bylo řečeno, první tři kapitoly následující po té úvodní mapují vývoj rodinné terapie a systemické praxe ve třech fázích: 1. od začátku padesátých let do poloviny let sedmdesátých; 2. od poloviny let sedmdesátých do poloviny let osmdesátých; 3. od poloviny osmdesátých let do roku 2000. V každé fázi a tedy kapitole se to doslova hemží odbornými pojmy, teoretickými koncepty a jmény vlivných terapeutů v daném období. Ale není třeba se děsit nezáživně podané teorie nebo přehnané úcty k pionýrům oboru. Autoři klíčové pojmy a koncepty vysvětlují srozumitelně, systemickou terminologií nestřílí kolem čtenářů hlava nehlava, odborné pojmy vztahují k pozorování v běžném životě a k příkladům z praxe. Nevyhýbají se ani kritické reflexi. Pomáhají pochopit a vstřebat teorii ukázkami rozhovorů i jednoduchými grafy, jimiž demonstrují systemické procesy. Autoři si zachovávají potřebný nadhled, což jim umožňuje nastínit přínos určitého modelu rodinné terapie i jeho limity. V závěru každé kapitoly nabízejí příklady konkrétních dovedností a „technik“, spjatých s modelem terapie rozvíjenými v daném období. A ještě přidávají seznam nejvlivnějších textů té doby. Byť následující kapitoly již nenesou názvy vymezené dalším obdobím, chronologická struktura není zcela u konce. Autoři jednu kapitolu věnují vývoji v oboru v prvních 15 letech třetího tisíciletí. Podrobně popisují vzájemné ovlivňování mezi různými psychotherapeutickými směry, zejména konvergenci systemického myšlení

a dění v psychoanalytické/psychodynamické obci. A v závěrečné kapitole shrnují současný stav v oboru a nastiňují vývoj v blízké budoucnosti (s mírnou nadsázkou hovoří o věštění z křišťálové koule).

Ale na závěr je ještě brzy, v knize je další nálož zajímavých poznatků. Samostatná kapitola je věnována emocím v rodinné terapii. Nejprve autoři popisují, jak s emocemi zacházeli rodinní terapeuti v různých obdobích a jak je na základě současných poznatků práce s emocemi klíčová pro rodinnou terapii. Dále je velmi stručně představena teorie citové vazby, současný výzkum v této oblasti a využití tohoto konceptu v praxi. V těchto dvou částech je výrazné prolínání intrapsychické a interpersonální perspektivy, jež je v podstatě základem integrativního pojetí rodinné terapie a systemické praxe. Další kapitola je o důležitosti součástí klinické praxe, takzvaném komplexním hypotetizování (*case formulation*). Čtenář se v ní dozví leccos o terapeutickém procesu, o jeho kognitivní i emoční rovině, o konstruování společného porozumění a také o formách terapeutického působení. Různé vrstvy komplexního hypotetizování a práce s rodinou jsou demonstrovány na příkladu z praxe. Samostatná kapitola je věnována specifickým aspektům párové terapie. Autoři zmiňují různé modely práce s párem včetně proslulých přístupů zaměřených na emoce a integrativního pojetí. A pochopitelně je tu i kapitola věnovaná výzkumu rodinné terapie, jehož rozvoj v mnoha zemích přispěl k etablování rodinné a systemické terapie jako uznávaných, vědeckými poznatky podpořených přístupů. I tato, pro někoho možná méně záživná, kapitola dokládá spisovatelské dovednosti autorů, jejich rozhled a ukotvení jak ve vý-

zkumu, tak v praxi. Oproti předchozím vydáním je součástí obsahu postskriptum, připomínka několika osobností rodinné terapie (včetně jejich přínosu pro rozvoj oboru), kteří odešli na věčnost během první dekády třetího tisíciletí. Abychom četbu nekončili ve smutném rozpoložení, je tu ještě bonus ve formě příloh. Mezi nimi najdeme cvičení a příklady různých způsobů dotazování a terapeutických intervencí. Dále je tu slovník základních systemických pojmů a také tzv. *top reading list* – seznam publikací k různým, abecedně řazeným, tématům, která nějak souvisejí s rodinnou terapií a systemikou. Nechybí samozřejmě komplet literatura a rejstřík.

A to je vše, co se podařilo vtěsnat do rozsahu téměř pětiset stran (hlavní text má rozsah necelých tři sta stran). Ve srozumitelné a na odbornou publikaci i čtivé podobě. Troufám si tvrdit, že poslední vydání *An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice* od Rudiho Dallose a Ros Draper je povinnou odbornou literaturou pro každého, kdo to myslí s provozováním rodinné terapie a systemické praxe vážně. Slovo „úvod“ v názvu učebnice je možná projevem přehnané skromnosti autorů. Publikace totiž opravdu obsahuje v přiměřeném rozsahu a hloubce téměř vše podstatné, co se v této oblasti v posledních pětadesáti letech událo. Ale pokud má název naznačit, že jde o vstupní bránu do rozsáhlé a rozmanité oblasti rodinné terapie a systemické praxe, pak je vše v pořádku. Kniha je vhodná pro každého, kdo se hodlá s rodinnou terapií a systemickou praxí teprve seznámit. Potěší i mírně pokročilé a zkušené terapeuty, pokud si chtějí některé věci osvěžit, nebo si rozšířit obzory v těch zákoutích, v nichž se během své praxe

běžně nepohybují. Protože se autoři přiklánějí k integrativnímu pojetí a dotýkají se i témat, jež nejsou specifická jen pro rodinnou terapii, kniha může být inspirativní i pro terapeuty z jiných směrů. Důkladná práce autorů s literaturou činí z knihy mimořádný zdroj prací publikovaných v celém období vývoje rodinné terapie. To kdyby čtenář byl náhodou také potenciálním autorem či výzkumníkem a potřeboval se vyznat v tom, kdo kdy co napsal v minulosti o nějakém tématu.

Resumé je tentokrát stručné. I když občas slýchávám, že jsem moc náročný čtenář a že si někdy neodpustím (nejen v recenzi)

rýpavé komentáře, nenapadá mě nic, co by bylo možné autorům vytknout. Možná, že jsem zaujatý, vždyť jejich publikace od druhého vydání provází mou vlastní terapeutickou praxi a výuku a k jednomu z autorů chovám díky osobním setkáním v minulosti prosté lidské sympatie. Vždyť s tím, kdo má rád písně irského blues-rockera Roryho Gallaghery a ještě dokáže ocenit atmosféru U zlatého tygra, je snadné najít společnou řeč. Ale co když je to úplně jinak? Co když je „Úvod do rodinné terapie“ Rudiho Dallose a Ros Draperové prostě mimořádně povedeným dílem?

POKLADNICE TECHNIK

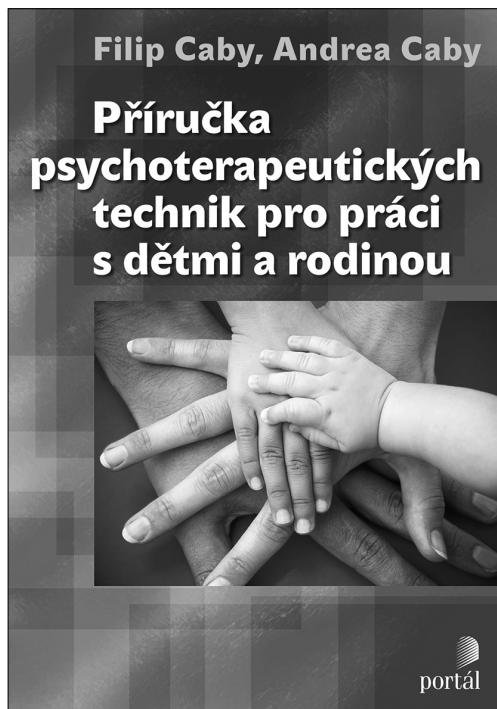
Filip Caby, Andrea Caby: Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou. Praha: Portál, 2014, 143 stran.

Michal Mužík

V roce 2014 vyšla v češtině kniha s názvem Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou, jejíž autoři jsou dva němečtí psychoterapeuti, manželé Filip a Andrea Cabyovi. Originální název tohoto díla, poprvé vydaného v Německu v roce 2009, se dá do češtiny přeložit jako Psychoterapeutická pokladnice. A stejně jako když se uschovávají cennosti do truhly s pokladem, uschovali Cabyovi do této knihy své zkušenosti a poznatky z praxe ve formě psychoterapeutických technik, nápadů a rad. Jak už ale název napovídá, zaměřují se především na techniky, kterých je v knize uvedeno přes 40. Dílo bylo původně určeno pro potřeby pediatrů, nicméně našlo si cestu také do knihoven psychoterapeutů, sociálních pracovníků, pedagogů a dalších pracovníků pomáhajících profesí, kteří při práci s klienty někdy potřebují rychle nalistovat nějakou užitečnou radu.

Manželé Cabyovi jsou oba vzděláním lékaři a mají psychoterapeutickou praxi se zaměřením na děti a dospívající. Jejich psychoterapeutické vzdělání je rozsáhlé, ale to, které mají oba společné, je oblast systemické terapie. Právě ta se výrazně podepsala na teoretickém pozadí této knihy, na zaměření uvedených technik a pohledu, z jakého je kniha napsaná. To však neznamená, že nelze značnou část technik využít i mimo rámec rodinné terapie nebo mimo práci s dětmi a dospívajícími.

Kniha je rozdělena celkem do čtyř kapitol, z nichž jsou první tři ještě dále členěny do podkapitol. První kapitola se zabývá teoretickým zaměřením uvedených psy-



choterapeutických technik, dotazovacími technikami a vedením rozhovoru. Kromě výše zmíněné oblasti systemické terapie, je teoretický rámec knihy dále vymezen orientací na řešení, orientací na zdroje a konstruktivismem. Kapitola také obsahuje rady týkající se dotazování a rozhovoru.

Následuje nejobsáhlejší kapitola knihy, zabývající se psychoterapeutickými technikami, které jsou zde pojmenovány jako intervence. Zaměřuje se především na jejich popis a využitelnost. Intervence jsou podkapitolami rozděleny na dvě skupiny, a to obecné intervence a speciální techniky,

kteří mají specifičtější zaměření. Obě skupiny jsou dále rozděleny na ty intervence, které lze použít přímo během rozhovoru, a na ty, které jsou použitelné jako domácí úkoly. Popisy všech intervencí mají stejnou strukturu ve smyslu, že nejdříve je popsána základní myšlenka dané intervence, dále praktické provedení, zvláštní tipy, indikace, kontraindikace a nakonec vhodné uspořádání. Údaj o vhodném uspořádání se týká toho, pro jaký typ terapie je intervence vhodná, přesněji řečeno, jestli je vhodná pro použití v individuální, rodinné, skupinové nebo párové terapii. Některé popisy také obsahují stručné ukázky použití v praxi. Zde mi přijde vhodné poznamenat, že uvedené intervence nejsou jen originální výtvořky Cabyových, přestože informace v knize vycházejí hlavně z jejich zkušeností. Jsou zde uvedeny také techniky původně jiných autorů, například zázračná otázka Steva de Shazera a Insoo Kim Bergové.

Třetí kapitola se zabývá speciálními indikacemi, kde každá indikace tvoří krátkou samostatnou podkapitolu. Ty jsou navíc, na rozdíl od intervencí, seřazeny podle abecedy. V této kapitole jsou popsány časté symptomy poruch nebo nápadností chování, jako je například agresivní chování, lhaní nebo poruchy příjmu potravy, a k nim příslušné intervence, které jsou v daném případě autory považovány za nejvhodnější. Tato část knihy neobsahuje podrobný popis indikací nebo symptomů, ale slouží především k vyhledání vhodné intervence pro daný případ.

Poslední kapitola obsahuje ve stručnosti rady a nápady pro zvládnutí situací zdánlivě bezvýchodných nebo jinak náročných. Jedná se například o tvrzení klientů typu „Jste naše poslední naděje!“ nebo situace, kdy na sezení vypukne mezi klienty hádka.

Knihy mi přijde srozumitelně napsaná a přehledná, nebyl jsem zahlcen množstvím textu a dobře jsem se v ní orientoval. Její kratší rozsah umožňuje čtenáři rychlé prolistování a vyhledání toho, co se mu v danou chvíli hodí nebo co ho zajímá. To odpovídá původnímu záměru autorů, kteří ho vyjádřili větou na začátku první kapitoly: „*Neměla by to být tlustá kniha, ale kniha, která bude používána*“. Na druhou stranu stručnost popisu intervencí a indikací lze považovat také za jistou nevýhodu. Jednotlivým technikám je věnována jedna až tři strany a sám jsem si při čtení knihy několikrát říkal, jestli nebyla daná pasáž trochu moc odbytá a jestli by si nezasloužila, aby se jí autoři věnovali o trochu víc. Příkladem může být intervence s názvem Navození souhlasné nálady, která svým popisem zabraňuje necelou jednu stranu a část o zvláštních tipech zde byla zcela vypuštěna. Také poslední kapitola by si dle mého názoru zasloužila rozšířit, je zde uvedeno celkem 14 situací na necelých pěti stranách a některé popisy tak obsahují pouze pár ukázek možných otázek, které by měly pomoci danou situaci vyřešit.

Osobně hodnotím knihu jako užitečnou nejenom pro začínající terapeutů, kteří by mohli ocenit výběr z množství technik obsažených v jedné publikaci, ale také pro každého, kdo hledá různé možnosti či nápady, které by mohl využít v praxi. Nelze však očekávat něco převratného, některé z uvedených technik nebo informací bude znalejší čtenář pravděpodobně znát. Přestože kniha nepodává vyčerpávající popis vybraných technik, poskytuje stručný návod na jejich použití a může sloužit také jako zdroj inspirace pro práci s klienty.

Autor recenze studuje psychologii na FSS Masarykovy univerzity.

DOBŘÁ VINA EXISTUJE

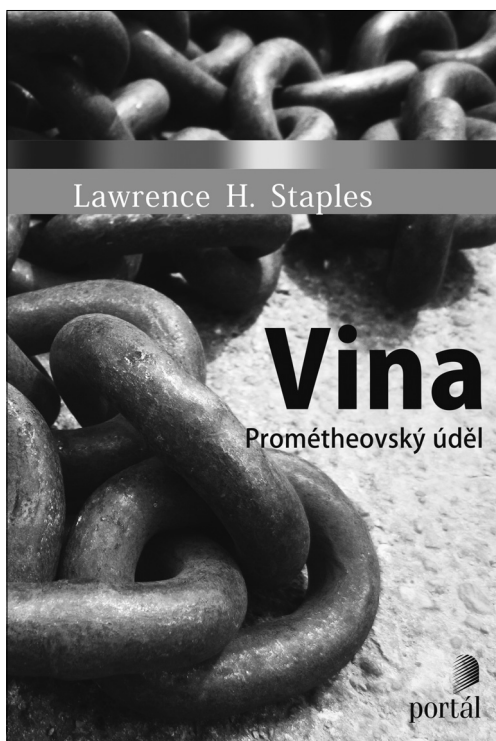
Staples, L. H. (2016). *Vina: Prométheovský úděl*. Praha: Portál.

Adéla Tarinová

Lawrence H. Staples, Ph.D. je zkušeným psychoterapeutem, členem Institutu C. G. Junga, který svou práci věnuje převážně problémům středního věku, kreativité a vině. Mimo jiné je autorem knihy *Vina: Prométheovský úděl*. Tato monografie obsahuje mnoho autorových myšlenek, ke kterým došel během svých mnohaletých zkušeností, a jež jsou, jak sám dodává, z velké části subjektivní. Kniha je obohacena velkým množstvím příkladů z jeho praxe, jež jsou však částečně zbeletrizovány, aby byla zachována mlčenlivost. Nicméně tyto příběhy umožňují čtenáři nahlédnout do problematiky hlouběji.

Kniha je rozdělena do dvou částí. V úvodu se čtenář dočte, proč podtitul nese název Prométheovský úděl. Autor popisuje, jak přišel na myšlenku „dobré viny“, kterou spojuje právě s prométheovským mýtem. Prométheus se provinil tím, že ukradl oheň bohům a dal jej lidem. Za trest byl připoután ke skále, kde jej napadal orel a trhal mu játra. Avšak bez Prométheovy oběti by společnost trpěla. Zde autor poukazuje na to, že pro potřebné, ač zakázané věci, je třeba hřešit a přivádět si tak následné pocity viny. Staples tedy tvrdí, že „Prométheovská vina a dobrá vina jsou tedy pocity provinilosti za hříchy, které musíme spáchat, máme-li růst a seberealizovat se“ (str. 15). S tímto konceptem dobré viny autor v celé své knize pracuje, dává ji do různých kontextů a snaží se ji čtenářům co nejvíce přiblížit.

V první části své knihy se Staples nejprve věnuje jungovskému modelu a jeho pojetí



individuace. Právě vina hraje v tomto procesu významnou roli. Abychom totiž mohli dosáhnout svého jedinečného potenciálu, což je hlavním úkolem tohoto vývoje, musíme se dopouštět hříchu a prožívat pocity viny. Pro čtenáře je tedy velmi důležité, aby se s tímto modelem seznámil.

Autor se s námi dělí také o další jungovský pojem, a tím je *stín*. Jde o ty části duše člověka, které byly doposud „neobydlené a nerozvinuté“ (str. 51). Pokud se však do nich na cestě individuace rozhodneme vstoupit, přivádíme si tím pocity viny a utrpení. Přesně to se od nás ale v tomto procesu

očekává. Každý člověk má ve svém stínu ukryta svá vlastní témata, a některým z nich se Staples ve spojitosti s vinou v knize věnuje. Pro úplnost je zde vyjmenuji, jedná se o: vinu a sex, opouštění, rozvod, negativní pocity vůči rodičům, hněv, negativismus, mužské/ženské role, sobeckost, odlišnou sexuální orientaci, vinu z nedosažení ideálu, pravdu a lež, vinu a zřeknutí se náboženské víry, vinu a alkohol a konečně vinu a city.

Další kapitola v první části knihy se nazývá Pocity jako vývojový elixír, což už samo prozrazuje, že zde autor hovoří o emocích. Ty jsou součástí procesu, který zajišťuje naši duševní rovnováhu. A je to ona vina, která „je jedním z nejdůležitějších pocitů, které Já využívá k dosažení homeostázy“ (str. 96). Staples uvádí několik příkladů, díky nimž může čtenář jeho myšlenky snadno pochopit. Každá duše člověka je složena z mužské a ženské stránky, tzv. animus a anima. Pocity jsou součástí především ženské stránky duše (animy), a dle Junga nás anima vede k vlastnímu Já. Ne každý člověk však dává průchod oběma těmto stránkám, a Staples sděluje, že pro zachování duševní rovnováhy je důležité, abychom se nebáli projevit každou z nich, tedy naši racionální i pocitovou součást.

Nejsou to však jen pocity samy o sobě, jež jsou důležité. Pocity dávají průchod našim tvořivým procesům. Člověk ve své dvojakosti skrze tvořivost dojde ke své jedinečné identitě. Díky tvůrčí práci, budeme-li dostatečně pozorní, můžeme spatřit ty oblasti Já, o kterých jsme dosud nevěděli, nebo jsme je potlačovali. Tvorba skýtá sebeodhalování, odkrýváme veřejnosti kousky ze svého nitra a často se bojíme kritiky. Je to pro nás intimní záležitost, jež v nás v případě nesouhlasu může vyvolat pocity

vinu. Staples však uvádí, že pro náš vývoj je nezbytné, abychom svůj strach překonali, odhalili své já, vystavili se pocitům viny a přijmuli tyto pocity.

Ve druhé části knihy se autor zabývá tím, jak rány způsobené vinou zmiřňovat. Vina s sebou přináší mnoho utrpení, kterého se člověk ať už vědomě či nevědomě snaží zbavit. Naše pocity viny mohou být např. dočasně „pohřbeny“ v nevědomí, což však může nadělat více škody než užitku. Tyto pocity nakonec stejně jednou vyplují napovrch, a často mají dalekosáhlejší dopady. Autor tedy popisuje několik kroků, jež je třeba podniknout v rámci léčebného procesu a vypořádání se s pocity viny. Prvním přístupem, který zmiňuje, je duchovní. Zde rozvíjí myšlenku prométheovského způsobu „dávání zpět“. Dle Staplese je třeba dát společnosti něco hodnotného za naše provinění. Autor uvádí mnoho příkladů, díky čemuž se čtenář může vžít do situace. Např. příběh vyléčeného alkoholika, který byl sice pronásledován pocity viny, ale přijal je a nyní může pomáhat ostatním lidem v podobné situaci skrze AA.

Knihy by nebyla úplná bez přístupu jak pracovat s vinou. Autor tvrdí, že chceme-li se naučit pracovat s vinou, musíme se zaměřit nejprve na úzkost. Protože ta je předzvěstí, že se blíží něco špatného, zakázaného. Velmi důležitým prvkem v psychologickém zpracování viny je také zpověď (katarze). Člověk se ze svých hříchů vyzpovídá a jeho zpověď je terapeutem bezpodmínečně přijata, což může vést k tomu, že si člověk konečně odpustí. Vina také často vyvstává z toho, že člověk nedostal ideálům (ať už svým či ideálům stanovených autoritami). Staples píše, že naše ideály jsou ale často nereálné a nedosažitelné a je tedy

třeba se zaměřit na jejich změnu. Nakonec je v knize představena práce se sny jako nástroj pro zmírnění viny. Sny nám pomáhají získat přístup k nevědomému obsahu, jehož součástí jsou také témata, z nichž pramení pocity viny. Kniha byla koneckonců průběžně prokládána příklady snů, na kterých autor se svými pacienty pracoval a jež jim pomohly se s jejich pocity viny vypořádat.

Musím říct, že kniha je velmi čtivě napsaná. I z toho důvodu je vhodná nejen pro odbornou veřejnost, ale také pro „laiky“. Člověk, který se v psychologických tématech tolik nevyzná, v knize najde vysvětlení, co který pojem či koncept znamená. Navíc autor často používá všemožné metafory, aby čtenářům problém více přiblížil, což jednak přidává na čtivosti ale také na porozumění problematice. Zmínila bych však, že kapitola o tvořivosti je přece jen moc dlouhá. Ačkoliv si uvědomuji důležitost tohoto procesu při práci s vinou, je tato problematika docela abstraktní a bez uvedených příkladů a metafor nebylo jednoduché udržovat pozornost a sledovat autorovy myšlenky.

Pro mě byla tato kniha jasnou volbou. Vina je něco, s čím se člověk musí během svého života vypořádávat neustále, chtě nechtě. Nemusí se nutně jednat o proces individuace, kdy se vydáváme do svých nejniternějších oblastí duše, jejichž překročení nám přináší nepříjemné pocity, a také onu vinu. Dle mého může čtenář přinést jiný pohled na vinu, může se naučit, že ne vždy znamenají pocity viny něco špatného. Pro mě byla významná myšlenka celého díla, že bez těch špatných věcí bychom nebyli schopni prožít ty dobré. Neměli bychom např. takovou radost z nalezeného telefonu, kdybychom ho prvně neztratili. Kontrast a protiklady jsou tedy velmi důležité. To samé platí o vině. Záleží pouze na tom, jak s ní člověk umí pracovat a zda si uvědomí její smysl, což mu může pomoci zmírnit bolest a dopady z ní vyplývající. Musíme ji však nejprve prožít, aby následně přišlo rozhrčení a náš osobní růst. Toto si ze čtení knihy *Vina: Prométheovský úděl* odnáším, a věřím, že si v ní každý najde to své, co mu pomůže na cestě v životě.