



Portál s.r.o., Klappkova 2, 182 00 Praha 8
tel. 02/ 830 28 202, fax 02/ 830 28 208, e-mail: naklad@portal.cz
Odborná literatura na internetu: www.studovna.cz
Prodejny: Jindřišská 30, Praha, tel. (02) 2421 3415
Dominikánské n. 8, Brno, tel. (05) 4221 3140

Novinky z edičního programu na 2. pololetí 1999

Mojmír Svoboda

Psychologická diagnostika dospělých

Východiska a zásady diagnostiky a především několik set metod pokrývajících širokou škálu zjišťovaných charakteristik. Pro toto vydání autor publikaci rozšířil a doplnil o informace o některých nových nebo inovovaných testech. váz., 320 s., asi 349 Kč

Kč

Helen Payneová

Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi

Základní informace o kreativním pohybu ve skupině, rady a především bohatý zásobník námětů a příkladů činností pro ty, kdo chtějí ve výchově nebo terapii pracovat s tělem a pohybem. brož., 240 s., asi 259 Kč

G. M. Michel, C. L. Mooreová

Psychobiologie

Přehled nového, dynamicky se rozvíjejícího interdisciplinárního vědního oboru, zkoumajícího biologické a fyzikální základy psychiky člověka a ostatních živočichů. váz., 480 s., asi 497 Kč

Marie Louise von Franz

Mýtus a psychologie

Mýty o stvoření z pohledu hlubinné psychologie. Autorka u nás známé knihy Psychologický výklad pohádek vykládá mýty o stvoření nejrůznějších kultur z psychologického pohledu a na řadě příkladů z analytické praxe ukazuje, jak je možné s jejich pomocí rozpoznat a podpořit tvořivé procesy v lidské duši. brož., 240 s., asi 259 Kč

Howard Gardner

Dimenze myšlení

Jedna z nejvlivnějších knih o vývojové psychologii, psychologii myšlení a moderním vzdělávání prezentuje teorii „mnoha inteligencí“ s revolučními důsledky pro vzdělávání. Autor ukazuje, jak se vyvíjelo pojetí inteligence, na základě výzkumů z oblasti psychologie, etnografie aj. dokazuje, že existuje nejméně sedm relativně nezávislých okruhů inteligence. Kniha je odborně vysoce fundovaná, ale je psána čtivě, s mnoha epizodami ze života významných lidí, s příklady vzdělávání v minulosti a v neevropských kulturách atd. váz., 480 s., asi 495 Kč

Gail Sheehyová

Průvodce dospělostí

Autorka ukazuje na základě stovek rozhovorů se známými osobnostmi i neznámými lidmi, že po odložení perspektivy a ideálů mládí může být i druhá polovina života fascinujícím obdobím, skrývajícím nejen úskalí, ale i četné šance. Provádí čtenáře předpověditelnými krizemi tohoto životního období a otevírá témata jako: předefinování životních cílů, ženská a mužská menopauza, Samsonův komplex, geometrie sexuálního diamantu, nevyužitá mentální kapacita, hlad po harmonii, zdroje pohody... váz., 448 s., asi 489 Kč

ČÍSLO 37, 10. ROČNÍK

KONFRONTACE 10, 1999, 3

Časopis pro psychoterapii

Šéfredaktor: PhDr. Zbyněk Vybíral

Redakční rada: PhDr. Bohumila Baštecká, PhDr. Dana Dobiášová,
MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Zdeněk Rieger, PhDr. Antonín Šimek

Redakce děkuje za finanční podporu tohoto ročníku
D. Wurstové, H. Boháčkové, J. Fialové, M. Korábové, S. Pecháčkové,
E. Růžičkové, L. Slabé a K. Vejrostové;
všem, kdo navýšili předplatné
a všem předplatitelům.

Uzávěrka tohoto čísla byla 30. srpna 1999.

Vychází 4x ročně v nákladu 850 výtisků.

Sazba a tisk Grafické studio a nakladatelství ATD,

U Střelnice 882, Hradec Králové 9, tel. 0604 / 871 318, 049 / 526 56 39

Předplatné: 160 Kč (do zahraničí 270 Kč).

Podávání novinových zásilek povoleno ObSP Pardubice č.j. 2755/92-PP/1
ze 7. 9. 1992.

Redakce: Z. Vybíral, Tomkova 139, 500 02 Hradec Králové,

tel.: 049 5515506, e-mail: zbynek.vybiral@vsp.cz.

Příspěvky přijímáme výhradně na disketách nebo jako e-mailové soubory
(nejlépe jako přílohy ve Wordu).

© Obálka: Radek Pavlíček

ISSN 0862-8971

**Toto číslo vychází v mimořádném rozsahu se zvláštní přílohou
v nákladu o 150 ks vyšším - díky finanční podpoře
z Národního programu zdraví MZ ČR**

Obsah

IN MEMORIAM

Zdeněk Rieger: Potkat MUDr. Petra Boše 3

EDITORIAL

Dana Dobiášová: Závislosti, psychoterapie a homo psychologus
(variace na Lipovetského) 6

KONGRESY, VZDĚLÁVÁNÍ

Ladislav Nykl: Druhý světový kongres psychoterapie 4.-8. července 1999:
Mýtus, sen a skutečnost - se třemi doplněními od Beaty Albrich,
Zdenky Válkové a Z. Vybírala 9
Antonín Šimek: Thank you, Julie (další krok v supervizi) 17

ÚVAHA

William H. Kautz: „Přímé poznání“ a intuice (pokračování) 18

RECENZE

Blanka Kolínová: Postřehy nad Sborníky PPF 23
Juraj Barbarič: Recenze na Pragmatiku lidské komunikace 25

MINIRECENZE

Zbyšek Mohaupt: Věříte své amygdale? (Goleman: Emoční inteligence),
Wattsova kniha Příroda, muž a žena 33

TŘIKRÁT Z.R.

..... 35

AD)

B. Kolínová: ...přečetla jsem se zájmem (viz „Téma“ v minulém čísle) 38
Z. Brožková: Kroužení kolem Ty (viz *Žucha: Kto som?* v minulém čísle) 39
J. Barbarič: Jak a proč jsem se stal „členem Iniciativy Psychoterapie 2000“
a „signatářem“... 40
J. Kožnar: Otevřená odpověď 44

PŘÍLOHA

DROGY A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ROCE 1999

IN MEMORIAM

Potkat MUDr. Petra Boše

ZDENĚK RIEGER

bylo pro mne štěstím. Štěstím, jímž jsem byl obdarován hned natřikrát:

Prvně před mnoha a mnoha lety. Pracoval jsem v poradenství a setkával se s nepřítomnými členy rodin svých klientů. Dospěl jsem k poznání, že nelze spolupracovat s jedním ze členů rodiny - a ostatní členy rodiny a celou rodinu přitom nechávat *mimo*. Tak jsem objevil rodinnou terapii. A tak se zrodila potřeba se v oné rodinné terapii vyškolit, vzdělat a vycvičit. Hledal jsem a našel v Dubí Petra Boše. Tehdy se tam scházeli šťastlivci, kteří měli možnost se školit a vzdělávat a cvičit - a vidět Petra Boše v akci. Nikde jinde v tehdejší ČSSR taková možnost nebyla. Šel jsem - plný trémy - a poprosil o členství mezi těmi šťastlivci. Nebylo místo. S určitým zoufalstvím jsem se proto ptal, co mám dělat, když cítím nezbytnost pracovat v poradenství s celou rodinou! Co mám dělat, když na takový způsob práce nejsem vyškolena a vzdělán a vyvíčen? „*To nejlepší, co můžete za daných okolností dělat - je dělat to,*“ odpověděl mi Petr Boš. Dnes již vím, že to tehdy byla ta nejlepší rada.

Druhé setkání s Petrem Bošem souvisí s KONTEXTEM, bulletinem Sekce pro rodinnou terapii PS ČLS. Prvně - coby nulté, ukázkové cyklostylované číslo - vyšel zdarma v prosinci 1984 „při příležitosti II. symposia o rodinné terapii v Teplicích“. (Ona teplická symposia - pro mne legendární - Petr Boš nezapomenutelně organizoval.) KONTEXT, který Petr Boš založil a od jeho zrodu redigoval, odrážel jeho nesmírný přehled - a také jeho ojedinělé kontakty se světem a jeho tvořivost a toleranci k šíři různých názorů. Je nesmazatelnou stopou Petra Boše v československé a české psychoterapii (nejen rodinné) a je svědectvím o tom, že člověk může v každé době jednat svobodně a navzdory všem cenzurám. Bošův KONTEXT byl a je pro mne základním zdrojem poznání a inspirací, z nichž jsem čerpal pro ono „dělání“ spolupráce s rodinami. Nacházel jsem v něm pro svoji práci a nejen pro ni „souvislost, rámec, spojitost, vazby, osnovy, podklady, pozadí“ (tak Petr Boš v nultém čísle definoval slovo „kontext“). KONTEXT mně a mým klientům ulehčil cestu k metafoře „Ostrov rodiny“. Ostatně - nebýt Bošova laskavého přijetí této metafory a jeho výzvy, abych ji uvedl právě v Kontextu, asi bych se neodvážil přenést ji ze své rutinní praxe a více ji rozvinout. Jsem rád, že jsem svoji vděčnost mohl vyjádřit alespoň ve formě ilustrované brožurky „*Variace na téma OR*“, Petrovi Bošovi věnované.

Třetí setkání je složeno ze střípků událostí, prolínajících prostor času, v němž jsem měl tu čest se s Petrem Bošem tu a tam potkávat. Jedním z těch střípků jsou jeho nezapomenutelné přednášky o rodinné terapii pro postgraduál matrimo-

niologů na katedře psychologie FF UK Praha. Přednášky se konaly na různých místech - také v jakémsi klubu: Petr Boš k nám mluvil z malého pódia, na němž kromě nezbytné tabule stálo krásné klavírní křídlo. O přestávce, když všichni, až na mě, ze sálu odešli, začal na klavíru tíše - jen tak pro sebe - preludovat a improvizovat. Zahrál si - alespoň to tak mám ve svých vzpomínkách! - i skladbu Ebenovu, již rámcověl teplická setkávání... Nenápadně v koutku jsem naslouchal... byla to chvíle zastavení, na které se nezapomíná... Jiným střípkem setkávání s Petrem Bošem je „vyzdorované vykání“, k němuž jsme dospěli a které jsme oba přijali jako „důstojnější, přirozené, Dospělé“ - v oněch dobách ostatně již téměř ztracené v soudružském tykání... a devalvované i mezi aktéry některých terapeutických výcviků. Ujasnil jsem si to i písemně... Dalším střípkem je vzpomínka na jakousi akci v pražském RIAPSu v Korkovém sále. Už si nepamatuji, oč šlo. Ale zato nezapomenu, jak si Petra Boše a mě k sobě povolal Jaroslav Skála. Jaroslav Skála je známý mimo jiné také svými kvantifikacemi a půvabnými statistikami. Nevyloučil bych tudíž, že má ve své paměti i tabulku výšek postav českých terapeutů. Požádal Petra Boše a mě, abychom se k sobě postavili zády. Splnili jsme to - jak ne, Skálovi nešlo odolat! A pak nám Jaroslav Skála oznámil, že ten mňavější jsem já - a že jsem zatím nejmněavější z celé jím měřené škály. Byl jsem zaskočen a velmi udiven a poctěn, že jsem poměřován s velkým Bošem, k němuž jsem vždycky a rád zhluboka *vzhlížel*... Nu - a předposlední střípek. Jedna z akcí rodinných terapeutů - tuším, že na přelomu roků 92/93 - na FF UK v Praze. Mluvílo se tam mimo jiné také o nemocech a o nemocných. A Petr Boš, který o nemoci a nemocných věděl jak málokdo, se přihlásil - seděl s námi v auditoriu. Hovořil o tom, jak se pacienti, kteří s úzkostlivou pečlivostí a do úplných důsledků plní příkazy lékařů, mohou uzdravovat hůře, než ti, kteří si tu a tam dovolí příkazy lékařů nespinit a užít si tudíž občas nějakou tu lékaří nedoporučovanou radůstku. Přirozeně z toho vyplynula hypotéza, že ti velmi poslušní nemocní mohou také poslušně - tak, jak lékaři určí - třeba i umřít, zatímco ti občas neposlušní mohou své lékaře převést a dožít se a *si* - třeba i umřít - času navíc... Moc se mi to líbilo. A vzpomněl jsem si na to v září 1997 při svém posledním setkání s Petrem Bošem. Přišel nás navštívit na V. symposium o rodinné terapii. Přijel jen na část dne - a jistě to nebylo rozumné, nemoc si to s ním zjevně rozdávala. Byla na něm vidět. Bylo mi z toho trochu smutno, ale o to více jsem byl rád, že jej - a jeho ženu Evu - vidím a že se - také díky Evě! - nevzdává. A najednou... Jeden filosof na tom symposiu tlumočil zprávu o tom, že někteří filosofové radši než s pojmem „kontext“ pracují s pojmem „horizont“, „horizont“ že je „kontextem kontextu“... A najednou... Mně se najednou ten filosofův horizont vyjevil v celé své prolínavé průhlednosti, ohraničené křišťálovou holanovskou zdí (říkám „holanovskou“, protože Petr Boš měl dobrý vztah k poezii)... Najednou se mně z toho filosofova horizontu vyloupl jeho *kontext*. Vytvaroval se z nesmírně vesmírné studně možnosti ve chvíli, kdy na pódiu pro řečníky seděl Petr Boš a zůstával svůj, nesnažil se a prostě *ted' tady byl*. Onen *horizont kontextu* se stále více prohluboval do niterného *úsměvu*. Do úsměvu křehké radosti z toho, že existuje člověk Petr Boš. Tuhle radost si ponesu stále.

**Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch,
Jáchymovská 286, Liberec 10, tel. 048/5150890,
e-mail: skt@iol.cz, http://web.iol.cz/skt**

Vážení přátelé a kolegové, dovolujeme si Vás pozvat na pracovní seminář k 10. výročí založení Střediska komplexní terapie

PSYCHOSOMATIKA A PSYCHOTERAPIE

Termín konání: 7. 10. 1999 od 10.00 hod

Místo konání: v Liberci, místo bude upřesněno podle počtu přihlášených
Konferenční poplatek: Kč 400,-

Program:

1. SETKÁNÍ ODBORŮ NA PSYCHOSOMATICKÉM PRACOVÍŠTI

V panelu pracovníků SKT od 10.00 - 12.00 hod se budete moci připojit k diskusi na tato témata:

MUDr. Vladislav Chvála: Od somatické medicíny k psychoterapii v medicíně za 10 let

MUDr. Jana Machandrová: Užití akupunktury a homeopatie v psychosomatice

PhDr. Milan Štěpanovič: Alexithymie ve vztazích

PhDr. Ludmila Trapková: Rodina a poruchy příjmu potravy

Mgr. Jan Knop: Gestalt a psychosomatika

Mgr. Marie Zemanová: Význam psychoterapie u zhoubných onemocnění

MUDr. Olga Kunertová: Vytváření příznaků terapeutem

Bc. Helena Kalábová: Rehabilitace a psychosomatika

Přestávka 12.00 - 13.30

2. PŘÍSPĚVKY HOSTŮ (13.00-15.00)

Georg Gletter dr. med.: Pozice psychoterapie v medicíně v německých zemích (tlumočeno do češtiny)

MUDr. Michaela Petišková: Role psychiatra v SKT

PhDr. Bohumila Tichá: Role psychologa při spolupráci s lékařem prvního kontaktu

MUDr. Radek Machander: Poznámky k psychoterapii v psychosomatice

Texty přednášek můžete objevit postupně na našich internetových stránkách spolu s naší bibliografií.

Závislosti, psychoterapie a homo psychologicus (variace na Lipovetského)

DANA DOBIÁŠOVÁ

V roce 1996 se v jednom z televizních diskusních pořadů mluvilo o drogách. Diskutujícími byli odborníci, politici a významní představitelé kulturního a veřejného života. Ke slovu je přivolávaly emoce, přesvědčení, přesvědčování a hodnotící soudy. Atmosféra signalizovala vysoký stupeň ohrožení při kumulaci vzájemné animosity. Řeč byla také o uživatelích drog. Mluvilo se o nich, bez nich. Jen J. X. Doležal tam demonstrativně seděl za všechny feťáky Čech, Moravy a Slezska. I za „chemiky“, které nemá rád. Všechny diskutující odrážel a obranný val opustil až ve chvíli, kdy ve „Sněži“ začalo opravdu sněžit a T. Halík se zeptal, co se to vlastně za potřebou brání drog skrývá? J. X. Doležal odpověděl možná za vystudovaného psychologa, možná z klientské a občanské pozice zároveň, že za potřebou brání drog se skrývá existenciální úzkost.

Možná, že episodické a pomíjivé diskutování ve „Sněži“ vypovídá něco o poměru mezi společensky tolerovaným časem, který má na sebe a své hovory terapeut a samozřejmě i časem, který zbývá na klienta. Ti, kteří řeší často zásadní podmínky, ve kterých se bude dialog mezi terapeutem a klientem odehrávat, mají mnohdy nepoměrně více času a prostoru. Možná jsme stejně frustrováni jako naši klienti. A jak se my vyrovnáváme se svými frustracemi? Současný individualismus, jak jej popisuje Gilles Lipovetsky v ěře prázdnoty, může zasahovat jak nás - v potřebě psychoterapeutických praktik, psychoterapeutické sebepečce a vymezování -, tak uživatele nelegálních drog, kteří jsou inverzním obrazem a mnohdy až karikaturou terapeutické vnímavosti. Homo psychologicus se neseťkává s homo faber ani homo ludens, ale partnerem v terapii je mu jiný homo psychologicus.

V posledních Konfrontacích se tématem psychoterapeutického narcismu, které evokovalo čtení „časopisu pro psychoterapii“ zabýval Ivan Žucha. V tomtéž čísle J. Kocourková v „Reflexi nad perspektivami české psychoterapie“ píše v závěru o tom, že „psychoterapii může hrozit přecenění sama sebe a uzavřenost ve vlastních psychoterapeutických skupinách nebo společnostech, kde se jenom školí a vedou se ideologické debaty, a kde už vlastně nejsou, a ani nejsou třeba, žádní pacienti“. Osobně dávám v Konfrontacích přednost příspěvkům, které jsou inspirované pro teorii a praxi. I když cítím a odeírám „kons“, který vydává Institut pro systemickou zkušenost, nemohu ctít způsob, kterým ISZ využívá Konfrontace. Jsem ráda, že téma závislosti v tomto čísle může ukázat, že existuje dost kolegů, kteří

mají co říci prostřednictvím autorských sdělení a neřinčí přitom psychoterapeutickými ostruhami. Je pozoruhodné, že základní výcvikové komunity, kterými prošlo mnoho současných psychoterapeutů, vytvořili Skála, Urban, Rubeš, a na ně v návaznosti i Vodňanská a Kalina. Ti všichni se významně podíleli a podílejí na prevenci, léčbě a vzdělávacích programech v oblasti drogových závislostí.

Ve zde přítomné příloze Konfrontací, která je o drogách a duševním zdraví v roce 1999, se nabízejí aktuálně živá a zajímavá témata příspěvků: o novém paradigmatu v přístupu k léčbě drogově závislých (K. Kalina, S. Kudrle), o filosofii přístupu „harm reduction“ (P. Hrdina, L. Kalousek), o akcentovaném poradenství (O. Počarovský) a nakonec i zprávy o víceméně okrajové a velmi náročné psychoterapeutické práci (M. Miovský, Z. Košatecká), kterou má možnost využít jen málokdo z široké klientely. S tématem drogy a duševní zdraví nejvíce rezonuje ve svém příspěvku „Psychedelika ve světle paradigmat medicíny a duchovních tradic“ S. Kudrle.

Téma drogových závislostí se v Konfrontacích objevuje od čísla 26. Vzpomeňme příspěvky J. Šikla (psychoanalytický pohled na vývojové souvislosti „Vývoj, zrání a závislost“), Martina Hajného (úvahy o tématu závislosti se zohledňováním klientských východisek a upozorněním na podobnosti mezi drogovou závislostí a bulimií), Martiny Těmínové (seznámení se systémem léčebné komunity SANANIM), překlad kazuistiky Dany Pětivoké (systemický přístup v terapii drogového problému). Konfrontačně laděné byly články V. Strnada „Závislost na diagnóze závislosti“ a Evžena Kloučka „Má člověk právo se přeladovat?“ a „Robotizace nebo léčba?“, inspirované mj. T. Szaszem.

Při jednom nedávném pražském semináři vznikla dílna, jejíž účastníci se zabývali otázkou fenoménu závislosti. Inspirací byl pro některé z nás i text V. Strnada, ale ne všichni Konfrontace znali. V následujících bodech uvádím zaznamenané názory účastníků (V. Pohl, P. Popov, S. Kudrle, P. Exnerová, J. Broža, M. Frouzová, J. Šikl, Š. Kasincová, D. Syslová, L. Skácelová, I. Havel, J. Minarčík, Š. Pešková, T. Zábranský, D. Dobiášová):

- závislost je stav člověka uprostřed společnosti, která je také závislá... z toho plynou různé postoje,
- do závislosti mluví a mluvit bude stále více lidí,
- závislost je zaklínadlo, skrz které prosazujeme své mocenské potřeby, ale také překážka, která nás blokuje volit svobodný postup,
- problém není skutečně takový, jak ho vnímám já (je takový, jaký jej vytvářejí masmédia),
- v rámci přizpůsobení se přistupuji na „hru“ společnosti a mám tendenci popisovat situaci dramaticky,
- není to jenom problém společenského nafouknutí, ale i tragédie každého jednotlivce s drogovým problémem, která je společenským zájmem zveličena a sycena,
- zobecňování fenoménu závislosti vytváří obtížné podmínky pro lidi v kontaktu s drogou a neadekvátní postoje vůči nim,

- je obtížné srozumitelně diferencovat jednotlivé klienty užívající drogy,
- společnost se brání revoluci hodnot mladé generace, má tendenci zaplatit (uplatit) svůj pocit ohrožení.

Co uvolnilo zdroje současné podoby závislosti?

- ztráta mateřské funkce ve společnosti,
- vznik hyperautonomie pro každého,
- rozpad duchovního rozměru existence (definice Boha),
- skryté agrese vůči ekonomicky zatěžujícím závislostem,
- strach z bezmoci vůči lidem závislým na nealkoholových drogách,
- kolektivní znejistění,
- odcizení.

A až po zkušenostech z této dílny jsem se rozhodla.

P.S.: Homo ludens ve mne v tuto chvíli k vám, kteří figurujete v seznamu na internetu (www.terapie.cz/cesko) volá: HOMINES PSYCHOLOGICI, ROZEJDĚTE SE. A homo faber vzkazuje: Doplníte si tajenku ve střední části textu.

Říčky v O. h., léto 99

V příštím čísle Konfrontací si přečtete:

Terapeutické kasuistiky od Jany Porubské a Zdeňky Brožkové
 Reportáž z luhačovické psychotherapeutické konference:
 (Konečně) rozum v psychoterapii?
 Anketa Konfrontací o psychoterapii v 90. letech
 Rozhovor
 Panoráma na konci roku 1999 a v desátém roce Konfrontací
 Psychotherapeuti píšící poezii: Huptych, Rieger, Čálek

KONGRESY, VZDĚLÁVÁNÍ

Druhý světový kongres psychoterapie 4.-8. července 1999: Mýtus, sen a skutečnost

LADISLAV NYKL

„Kongres je setkáním světové inteligence v psychoterapii,“ prohlásil ruský delegát V. V. Makarov při závěrečném ceremoniálu. Kongres je ale také setkáním lidí, kteří si chtějí zakusit - interkulturálně - nové i pradávné cesty (např. šamanismus) a něco se o nich dozvědět. Je to hustá koncentrace nejrůznějších vědomostí ze světa, vypovídajících o metodách, kterými se v odlišných kulturách v průběhu tisíciletí léčila trpící duše. (Mnohdy dosti brutálně.) Je zřejmé, že ze strany společnosti jsou na terapii a také na poradenství, které bylo tentokrát na kongresu hojně zastoupeno, kladeny nové požadavky. Řadu přednášek zde proslovili rovněž poradci, působící ve sféře organizací a firem a psychologicky fundovaní ekonomové. A tak dostatečně zřetelně zde možná nezazněly jen možnosti nejrůznějších psychologických pojetí jednotlivých škol, jak pomoci člověku ve všednodenních problémech a jak mu nabídnout dobré klima k jeho vlastnímu, subjektivnímu, svébytnému a zdravému růstu. Konglomerát vzájemně si protiřečících poznatků, stejně jako heterogenita názorů a zkušeností mě však uchvátily.

Kongresové centrum na levém břehu Dunaje ve vídeňském okrsku Kagran začíná žít už dlouho před zahajovacím ceremoniálem 4. července. Dva dny předem se konaly prekongresové workshopy. 4. 7. pak stovky lidí pomalu proudí s konferenčními taškami - vybaveny řadou orientačních plánek a na poslední chvíli aktualizovaným obsáhlým programem - prostornou, spíše chladně působící vstupní halou do největšího sálu Vídně. Kongres zahajuje pod záštitou vídeňského starosty Michaela Häupla Eva Wolframová. Slovo dostávají postupně předsedkyně vídeňské zemské psychotherapeutické společnosti Jutta Fieglová, předseda severoamerické sekce Světové rady psychotherapeutů Richard Erskine, předsedkyně latinskoamerické sekce Alejandra Perezová, předseda africké sekce S. Ntomchukwu Madu, předseda asijské sekce Yuji Sasaki, předseda australsko-novozélandské sekce Max Clayton a současný prezident EAP (na „školní rok“ 1999-2000) Ed McHale z Irsku. Hudba Johanna Strausse, slovo zdravotního rady města Vídně, vyhlášení laureátů „Mezinárodní ceny Sigmunda Freuda“, proslov rakouské ministryně soc. věcí, práce a zdraví - a na závěr Alfred Pritz, prezident Světové rady: jako vždy zajímavý a velmi lidský... Na tomto kongresu zdatně dominuje Sigmund Freud. Každý z účastníků dostává jako dárek technicky fantastické cedéčko: „Sigmund Freud - Archeologie nevědomí“.

O pauze potkávám jednu německou lékařku a terapeutku, která mi vypráví cosi

o svých borderline-pacientech. V tu chvíli se zdá, že ji uchvátilo spíš umělecko-historické muzeum, které včera navštívila. Než pauza skončí, střetnu se ještě se studenty z Karlovy university Petrem Ellisem a Johanou Balcarovou. Slavnostní nedělní přednášku prvního dne na téma „Mýtus, sen, realita“ přednesla Verena Kastová: Mýtus by měl psychoterapeuty více zajímat.

„Skupiny vytvářejí energii,“ prohlásí později ve své přednášce Alfred Pritz. Setkávání lidí, kteří spolu mluví uprostřed proudění stovek dalších, plodí obohacující zážitky a produkuje energii. Samozřejmě, že to také unavuje. V každém ze šesti přednáškových sálů je každé dopoledne pět přednášek, simultánně tlumočených do sluchátek. Právý výběr vás však čeká až odpoledne: koná se několik set workshopů a menších přednášek... Člověka by toho tolik zajímalo, tolik mu toho připadá důležité, ale čas na to nestačí - je třeba si vybrat každé odpoledne jen jednu až tři akce. Už sama volba frustruje, zvláště když se člověku zdá, že si nevybral dobře a po zahájení se zvedá a spěchá jinam, kde se už začalo. I mně se stalo u několika z dvaceti hlavních přednášek, že mi nepřipadaly dobré, nebo že nebyl přítomen tlumočník, nebo že přednášející nepřijel... K takovému zmatku to ovšem jaksi patří. Většinu přednášek jsem prožil jako motivující, obohacující - jedním slovem: fantastické. Asijské, africké, latinsko-americké a další kultury s sebou vedle evropských a amerických přinášejí nesčetně kreativního, cosi, co nás může podstatnou měrou obohatit.

Tématem mnoha přednášek jsou mýtus, archetypy a kolektivní nevědomí. Němec Johann Galtung má působivou přednášku v angličtině o působení těchto fenoménů ve společenském a politickém dění: od Vikingů do současnosti. Souvislost mezi mnoha politickými osudy vidí v již vybudovaných, nebo v dosud ještě nezpevněných mýtech. V diskusi zmíní také pozitivní mýty a oba typy mýtů stavi proti sobě. Přednáška má úspěch a několik lidí chce s přednášejícím navázat bližší kontakt. Ptám se ho, zda je možné počítat mýty k cizím hodnotám, k introjektům, jak je definoval Carl Rogers, přičemž Rogers proti introjиковání těchto hodnot stavěl zdravé klima pro růst. Jorge Garcia Badaracco z latinské Ameriky se v jiném sále dělí se svými zkušenostmi v procesu *multifamily group*. Přednáší kasuistiku, v níž mladý, 20letý muž byl chybně diagnostikován jako schizofrenik. Díky jeho intervenci nebyl hospitalizován, nýbrž začal pracovat v *multifamily group*. Práce byla úspěšná, protože se zvědomila řada nevědomých napětí a takřka rituálů mezi členy rodiny. Individuální terapie by podle Badaracca vedla s největší pravděpodobností naopak k proppuknutí schizofrenie. Podle Badaracca nemůže vést individuální terapie k žádnému procesu uvědomění si celkové konstelace rodinných tenzí, a tudíž ani k probuzení zdravých sil. (Rogers píše o obdivuhodných možnostech individuální terapie při vedení rozhovoru zaměřeného na člověka i u dětí. - Badaracco měl ovšem na mysli psychoanalýzu.)

V jiném sále přednáší známý vídeňský psychiatr S. Kasper. Přednáška o vztahu psychiatrie a psychoterapie je skvělá. Z diapositivů je zřejmé, že z pětice předpokladů pro terapii jsou 3 Rogersovy proměnné: empatie, bezpodmínečná akceptace a ravnost. Na kongresu jsou rovněž psychoterapeuti „zaměřeni na člověka“

(podle Carla Rogerse), zdravím se na jednom workshopu s Paulusem Wackerem, předsedou německé GWG. G.W.Speierer prezentuje při svém workshopu 3letou studii o vlivu terapie zaměřené na člověka (terapie rozhovorem), včetně svého „Regensburgského inventáře analýzy inkongruence“. Podle Speierera jsou introjekty tím, co způsobuje onemocnění člověka, a možná je to už sám proces introjиковání. Pokud se lze spolehnout na aktualizací tendenci, neúčinnější sílu života, pokud je tato tendence k dispozici, má terapie, podle autora, dobré vyhlídky. Beznadějně podle Speierera je takové nedirektivní doprovázení klienta, které se ocitá v kruhu, kdy klient sám sebe už neprožívá - jako kdyby neměl žádných vlastních sil využít terapeutovy empatie k tomu, aby vyšel z tohoto kruhu ven. Sám zakouším tento známý bezvýchodný kruh a pocit beznaděje s tím, že se z něho dostávám svou vlastní opravdovostí. Aktualizační tendenci, ukazující směr, mohou skutečně podstatně brzdit introjekty. Pokud je však v organismu přítomen život, tato tendence v něm je, jak zdůrazňoval Rogers. V hlavě se mi propojuje hodně věcí z praxe i literatury. Rogers zdůrazňoval, že tím nejdůležitějším pro terapeuta je „zůstat sám sebou“...

Wolfgang Keil, vídeňský výcvikový terapeut z ÖGWG mluví na workshopu o snech v psychoterapii zaměřené na klienta a Ute Binderová, známá psychoterapeutka z Německa, působivě zdůrazňuje význam emaptie v ontogenezi dítěte a ve vztahu k matce - a následně v terapii. Ute Binderová upouští při workshopu od přání účastníků zažít si cvičení a vypráví o svých zkušenostech a praxi. Je motivující slyšet, jak dokáže s těžce nemocnými klienty vytvořit vztah a spustit proces osobnostního růstu.

Absolvoval jsem přednášky Alexandra Filce z Ukrajiny o vztahu mezi nevědomím a vědomím i o situaci, již zcela změněné, terapie na Ukrajině. Podnětná pro mě byla přednáška Veronique Gorrisové o léčitelských tradicích v Equadoru, vycházející z moudrosti Indiánů. Každý večer se scházela velká skupina, nabízející transkulturní sebezkušenost z velké skupiny. Skupina měla vedoucího - a člověk záhy pochopil, že jeho způsoby jsou provokativní a diskvalifikující (zkreslující překládání toho, co říkali členové skupiny z pléna), takže proces se dal velmi rychle do pohybu. Přenechejte překládání někomu jinému! Nepřekládáte přesně! Ještě jsem tu neprožila nic pozitivního! *Die Lady hat gesagt...* Dva jiní lidé chtějí překládat (z němčiny do angličtiny), muž vehementně opravuje mladé děvče atd. Vedoucí skupiny na závěr přiznává, že je zjevně špatným terapeutem, ale že je to na nás: druhý večer to může pokračovat stejně - nebo: máme to ve svých rukou... Chaos ve velké skupině mi nevádí, jen diskvalifikující řeči vedoucího. Na několika otázky, zda je analytikem, neodpovídá. Další den si ověřuji, že i jiní lidé opouštěli skupinu ve značném neklidu a vedoucího prožívali jako provokatéra.

Pozvolna cítím, že mi tentokrát něco chybí, něco, co by mi věci spojovalo a vyjasňovalo. Jako kdyby sen v psychoanalýze o mýtu vedl zase zpátky k jinému snu. I v přednášce, nazvané „Psychoterapie a justice“, o vynikajícím výzkumu diagnóz od Elisabeth Wagnerové, zůstal pragmatický dopad neuchopitelný. Velice zajímavě přednášela Margitta Essentherová o vídeňském modelu antiagresivní

ho tréninku. Jako kdyby ovšem ve vědě bylo všechno jasné a nebylo nutno se vědecky přít. Výzkum Klause Graweho z před několika let, publikovaný jako výsledek jeho 10letého bádání, o vlivu jednotlivých terapeutických škol je, zdá se, překonán. Ale: jak skutečně vypadá skutečnost?

Kde je konec zájmu o „skutečnost“ osobnostního růstu, ať už u dítěte, nebo v každodenním vztahu, nebo možná i u diagnosticky podložených psychických poruch? Kde je konec tvrzením jednotlivých směrů umožnit každému jednotlivému člověku udělat krok z toho místa, kde právě je, aniž by bylo třeba ho diagnostikovat?

Přání (sen?) poznat osobnost a zasadit ji do organizace, ale už ne přání vnímat nějaké podpůrné klima - to bylo jasné z několika vystoupení poradců v oblasti organizací. Kurt Buchinger, významný vídeňský vědec, měl na kongresu zajímavou a dynamickou přednášku o organizaci a psyché, Claudia Heimerová mluvila na téma „manažer a emoce“. Paul Röttig prezentoval názor, že člověk by měl do firmy vložit celé své „selbst“, celé Já. Člověk strádá proto, že stále ještě není osobnost dobře měřitelná. Z brizantního vystoupení přednášejícího však nebylo jasné, co může být „selbst“ nebo Já, co je to vlastně osobnost a jak může růst. Spíše „mea culpa“: „Budoval jsem si personál 25 let.“ Je však možné v nějakém podniku či organizaci vytvořit takové klima, které by se dalo označit tak, že pozitivně ovlivňuje klid a růst v rodině?

Na závěr musím říct, že 5 dní kongresu bylo neuvěřitelně podnětných a ukázalo mi mnoho směrů, ač to byl jen zlomek z celku, ze všech odborných pohledů a praktických zkušeností...

Mag. Ladislav Nykl, Kellermannngasse 6/35,
A-1070 Wien.
(Přeložil a mírně zkrátil: Z. V.)

Tři dodatky ke 2. světovému kongresu psychoterapeutů ve Vídni: Mýtus, sen, realita

Z každodenní reality artherapeutky a psychoterapeutky denního sanatoria Fokus propadala jsem během 5 dnů vídeňského kongresu čím dál více mýtu psychoterapie. Mým snem bylo naučit se tu, co nejvíc bude možné, navázat nové kontakty a dodat své realitě terapeutky nových rozletů.

Konference s více než 4 tisíci účastníků a přeplněným programem mi kupodivu poskytla něco jiného. A sice: ohraničila mne v mé vlastní identitě. Neposlouchat, co jsem až dosud nepotřebovala vědět, a potvzovat si, co jsem beztak už věděla. Tenzní bylo už jen sledovat tolik nejrůznějších přístupů, směrů a myšlenkových pochodů a samozřejmě vidět k tomu velké osobnosti psychoterapie. Když mluví Eugen Drewermann, znamenitý, nadaný řečník o snu o ráji, když se posmívá charismatický Stanislav Grof psychoterapeutické „hotline with the spirit“, když Eva Jaeggiová vyvodí ze své statistiky, že každý šestnáctý psychoterapeut spáchá sebevraždu, když více jak osmdesátiletý Gaetano Benedetti přednáší třesoucím se

hlasem o svých snech o schizofrenních pacientech, které mu tolik pomohly, a Maureen O Hara mluví vědomí jednotlivce, které mění vědomí celé skupiny - ano, to pak propadám mýtu psychoterapie. Co mi z kongresu zbývá, jsou jednotlivé perly, malá moudra, která se usilovně pokouším seskládat do jakéhosi jasného celku a znovu najít zpáteční cestu do reality psychoterapeuta - a samozřejmě se už dopředu těším na příští kongres, na kterém se určitě naučím, co nejvíc toho bude možné...

Beata Albrich

Kongres byl pro mě setkáním s mnohostí. Mnoho (velmi různých a často velmi spontánních) lidí, mnoho psychoterapeutických směrů a teorií - mnoho realit. Osobně jsem velmi uvítala přednášky zaměřené na kulturně specifické a alternativní způsoby terapie. Na kongresu měly tedy kromě tradičních západních terapeutických směrů prostor i léčebné metody indiánů (osobně jsem se zúčastnila workshopu, kde nás lektorka nechala nasávat kouř z dvojího tabáku, a poté se ptala po smyslu života každého z nás), léčitelství na Havai (přednáška byla spíše dobře sehraným divadlem, které naprosto strhlo celý sál), jev zvaný *windigo* (diskuse se stočila až ke kanibalismu slepic!), nové fyzioterapeutické metody...

Nebyvalou zkušeností byly pro mne také transkulturní zážitkové skupiny s několika stovkami lidí. Mám dojem, že jsem se do jisté míry zbavila iluze, že právě psychoterapeuti jsou lidé, kteří skutečně umějí naslouchat druhým (často nedokázali nechat druhého ani domluvit). Přetrvává u mne také pocit, že skupina záměrně nebyla vedena tak, aby se dostala z fáze, v níž převládá agresivita.

Velmi příjemným zážitkem byl piknik Čechů a přátel Česka na dece u vody (čímž jsme si nahradili pro nás finančně nedostupný ples).

Kongres byl pro mě neopakovatelnou zkušeností, uvědoměním, že ač je Kratochvílova Psychoterapie (která je podmínkou ke zkoušce z PT na FFUK) poměrně obsáhlá, zahrnuje jen zlomek toho, co tento obor ve skutečnosti nabízí.

Jsem studentka, a proto pro mne nebylo snadné na kongres ušetřit. Ale vůbec těch peněz nelituji a začínám šetřit na další, který se koná za tři roky. Ten zážitek za to stojí.

Zdenka Válová

Objednal jsem si překapávanou kávu za 23 šilinků a dostal ji v hmičku, na jehož okraji zbyly ještě stopy rtěnky z úst, která z něho pila přede mnou. Přišlo mi to symbolické. Novými psychoterapiemi jsou plněny nádoby, které se sice snažil někdo zbavit doteků s předchozími směry, ale nepodařilo se. A tak jsou nám servírovány novinky se zbytky rtěnky předchozí charismatické osobnosti, s přežvýkaným kouskem Freuda a přemletého Junga, s nesmazanou a nesmytou orální pečeti minulého. Samozřejmě, že ten, kdo vám nabízí *nové terapeutické kafe*, inkasuje *jako za nové, za původní*. Ceny za soudobé výcvikové kurzy v psychoterapii soutěží ve šplhu do výše. A na nebesích se dozvíte, že beztak musíte nazpět do pekla - projít si sklepením, základy, Freudem, psychoanalýzou, vyznat se

v nevědomí i tom kolektivním, vyznat se v mýtech, ve výkladech snů a v interpretacích reality. Za co tedy platíme? (Často za naivitu a blbost, za tu se platí nejvíc. A pak - samozřejmě - za sebezkušenost. Ale ta je, možná?, absolvovatelná vlastně v jakémkoli duchu a směru výcviku...) Píšu zde o tom krátce proto, že i k tomu využívají nejrůznější (a pro mnoho odborníků i obskurní a pochybné) směry takového kongresu: nabízejí letáky, inzerují, lákají na své konference, předhánějí se v nabídce drahých tréninků... Další tvář Babylónu, ve kterém vše spěje k pomíchání a zmatku jazyků - a ve kterém (jako všude jinde) se mohou setkávat seriózní odborníci s nestydatými podvodníky.

Jaký byl 2. světový kongres psychoterapie, uspořádaný 3. - 8. 7. ve Vídni, letos s mottem „Mýtus, sen, realita“? Kongres byl opět připraven týmem vedeným prof. Alfredem Pritzem, neúnavným vídeňským psychologem, vzdělaným v psychoanalýze a skupinové psychoterapii, který stojí v čele Světové rady pro psychoterapii a řadu let je generálním sekretářem Evropské asociace pro psychoterapii (i u nás diskutované „EAP“). Kongres byl Babylónem. Jste-li na něm podruhé, už pro vás není ani tak Babylónem možností, jako spíše otázek. Neodbytně se mi vkrádala na mysl ta základní: *Co vlastně je psychoterapie?*

Jungjiánka Elisabeth Bocková ze Salzburku čelila postmoderním názorům, že nemá smysl zabývat se minulostí, že je třeba přistupovat k psychoterapie konstruktivně, pozitivně a progresivně, že je třeba nabízet změnu - spíše než poznání... Poslouchala, i přikývla s chápavým úsměvem, ale nesouhlasila. V duchu jsem si až toužebně přál, aby „se nedala“ zviklat. V tom, jak odpovídala *pozitivně naladěným a jen na současnost hledícím účastnicím svého workshopu*, pokaždé zdůraznila to, čemu sama věří: že psychoterapie je především vyjevování souvislostí s jejich kořeny v minulosti, s kořeny ve stínech, jejichž obrysy dopadají na současnost, že psychoterapie je uvědomování a psychoterapeut má trénovat svou *trpělivost*...

Je možné, že odpověď na otázku „Co je psychoterapie?“ je možno pojmut tak, jako byla na kongresu několikrát řešena otázka „Co je skutečnost?“ V němčině odpověď zněla - s aluzí na slovní základ „wirklich“ takto: „Wirklichkeit ist das, was wirkt.“ Nemá-li to být jen bonmot, pak je to odpověď ryze pragmatická. Do češtiny bychom mohli přeložit: *Skutečnost je to, co uskutečňuje (co působí)*. Realita je to, co něco realizuje.

Ale je to úplná a přesná odpověď? Anebo naopak: není to opravdu spíš jen bonmot, jazyková hra, vtipné zjednodušení? Musí skutečnost něco uskutečňovat a realita realizovat?

Na letošním kongresu byly ještě zřetelněji než před 3 lety (všudy)přítomny pozitivní a transpersonální psychologie (přítomni byli „otcové“ Peseschkian i Grof), „peseschkianovci“ se družili ve foyer, vstupní hale a dokonce i při obědu v jídelně - čišel z nich kontakt, dotyky, (nezbytný) úsměv, pospolitost, občas zazněl společnými prostory potlesk (podobně jako na předváděcí akci nějaké firmy, kde je vše

dopředu a dopodrobna připraveno a režírováno tak, aby se přidali a byli zaujati noví zájemci o produkt; *to je ovšem, možná křivdící, jen moje subjektivní asociace, varující mne ovšem vždy a znova...*)

S tématem „snu“ souviselo množství sekcí a subsekcí hypnotických, stálicemi kongresu byly psychoanalýza, skupinová psychoterapie, systemické terapie; o vzestupu bylo možné hovořit např. u NLPT (neuro-lingvistická psychoterapie; už tedy ne „NLP“ bez „r“) či u „metodických inovací“ (kam se vlezlo i doporučení chůze přes žhavé uhlí, *Fire Walk!!!*). Má někde hranice programová skladba obřího psychoterapeutického kongresu? Nebo tento obor, tato činnost, tato profese nemá ve svých podobách hranice? Kam až chce růst Babylónská věž? A kdy a s jakým třeskem se zřítí?

(Myslím, že *podvodná a iluzorní a nekompetentní a neadekvátní* psychoterapie se řítí dnes a denně, někdy možná i v našich ordinacích a poradenských místnostech... Řítí se napříč *jednou* nepovedenou či nezvládnutou psychoterapií, její pád pocítí osud jednoho člověka, řítí se kvůli špatnému odhadu, plánu, postupu, kvůli vlastní *tupé* osobnosti. Není proč čekat na velký třesk. Psychoterapie se daří a nedaří už dnes, bez ohledu na to, kam budou šplhat nespokojení epigoni velkých jmen se svým nutkavým zakládáním vlastních - pokud možno nebetýchých - nových škol...)

Program obsahoval 85 (!!!) sekcí. Z toho bylo 39(!) sekcí „směrových“ (příklad: Logoterapie a existenciální analýza), 9 sekcí „geografických“ (např. Psychoterapie v Africe) a 37 sekcí „obsahových“ (např. Psychiatrie, Psychosomatika, Migrace a útek, Gender, Řecké a další mytologie a jejich vliv na náš každodenní život aj.)

O ofenzivnosti jednotlivých směrů a škol mohou něco vypovědět již jen počty odpoledních vystoupení, která v délce 20 minut až 3 hodiny zaplňovala v 5 podlažích budovy Austria Congress Centre souběžně až stovku sálků, místností a foyer během 4 dnů. Zde je několik příkladů:

Psychoanalýza - celkem 42 vystoupení
Metodické inovace - 39
Pozitivní psychoterapie (Nosrata Peseschkiana) - 27
Psychodrama - 27
Hypnotická psychoterapie podle M.H.Ericksona - 26
NLPT - 20
Transakční analytici - 19
Transpersonální psychoterapie - 18
Rogeriáni - 18
Systemická rodinná terapie - 17
Jungjiáni - 12
Daseinsanalytici - 11
Autogenní trénink - 9

Logoterapie a existenciální analýza - 7
Body psychoterapie - 6
Analytická body psychoterapie - 5
Existenciální analýza - 5
Behaviorální terapie - 3

Vyvodím z tohoto počtu dva závěry, které jsou možná přitaženy za vlasy (ale účastníci kongresu mi možná dají za pravdu, že „něco na tom možná bude“):

1. Z prvních míst v kvantitativním žebříčku je zřejmé, že o čelo pelotonu psycho-terapeutických modalit svádí v dnešním světě boj psychoanalýza s metodickými novátory (často přívrženci tzv. *New Age - dýmky, kanibalismus a žhavé uhlí* jsou bizarní zmínky v předchozích příspěvcích). Nevzdává se a mohutně se zviditelňuje pozitivní psychoterapie, směr jednoho muže, resp. (jak bylo na kongresu znát) jedné rodiny (synové N. Peseschkiana).

2. Z posledních míst je znát, že kongres bezmála ignorovali behaviorální psycho-terapeuti.

A tam, kde bych očekával odpolední účastníky (např. seminář „Psychoterapie starých lidí“), bylo prázdno. Lektor se nedočkal nikoho a odešel. Bylo mu smutno. Možná že si šel zapálit dýmku, možná přejít řeřavě uhlí... A až se ho někdo bude pítom ptát po smyslu života, polkne to, co má na jazyku (že je to velmi závažná, až nebezpečná otázka, s níž by se nemělo tolik hazardovat na kongresech) - a začne uvažovat, co místo neatraktivního tématu „Psychoterapie starých lidí“ připravit na další kongres v roce 2002 tak, aby se prodal a zviditelnil.

Tyto kongresy vždy lákají na *velké jeviště psychoterapie* stovky a stovky dalších aktérů a diváků.

A možná že *po takovýchto kongresech* se někteří z velkého jeviště psychoterapie zděšení vytrácejí.

(Jestli jsem někoho zneklidnil, tak je to dobře.)

Zbyněk Vybíral

Thank you, Julie (další krok v supervizi)

ANTONÍN ŠIMEK

V letech 1997 až 1999 proběhl v Praze první výcvik supervizorů garantovaný Evropskou asociací pro supervizi. Výcvik, který uspořádal Pražský psycho-terapeutický institut a Česká asociace pro transakční analýzu, vedla se vzácným citem pro naše prostředí **Julie Hewson** z Velké Británie. Byl prvním dlouhodobým systematickým vzděláním našich supervizorů a zahrnoval teorii supervize, nácvik supervizních dovedností zaměřených na práci s jednotlivci, skupinou, týmem i organizací a supervizní praxi. Sympatické zejména v našich podmínkách bylo integrativní pojetí, které procházelo napříč psycho-terapeutickými směry a školami. Prvních 31 supervizorů tak může nabídnout pro výcviky i praxi kvalifikovanou supervizi.



Na snímku z června 99 v apolinářské zahradě: (zleva) Ivana Veltrubská, **Elisabeth Holloway** (učitelka supervize z Wisconsinské univerzity v USA, která vedla část programu), Jiří Bartoš, Eduard Urban, Gaba Langošová, Antonín Šimek, **Julie Hewson** (lektorka Evropské asociace pro supervizi, Velká Británie), Karel Koblík, Ludmila Trapková, Jaroslav Skála, za ním ukrytá je Pavla Hellerová, dále Richard Zajíc, Alena Koblíková, Michael Chytrý, Ivana Bartošíková, Marie Henková, Jiří Bláhovec, Svatopluk Morávek, Beate Albrich, Yvonna Lucká, Karel Humhal, Jan Pfeiffer, Milena Lepierová a Jiří Libra. Dole: Vladislav Chvála, Blanka Čepická, Jan Kožnar.

Na fotografii nejsou další účastníci výcviku. Jitka Vodňanská, Hana Vyhňálková, Helena Mačasová, Pavel Bém, Kamil Kalina a Jiří Růžička. Přípravuje se druhá výcviková skupina pro supervizory, podmínkou je ukončený výcvik v psychoterapii. První setkání proběhne s lektorkou Julií Hewson od soboty 6. do pondělí 8. května 2000 v Praze. Cena: 2 500 Kč, maximální počet 30 účastníků (podle pořadí přihlášek). Bližší informace a přihlášky na adrese: PhDr. Marie Henková, Břehová 3, 110 00 Praha 1.

„Přímé poznání“ a intuice

WILLIAM H. KAUTZ, SC. D.

(Pokračování stati, jejíž 1. část jsme otiskli v čísle 2/1998. Jde o třetí setkání s inspirativním autorem na stránkách Konfrontací - poprvé jsme channelingu věnovali prostor v čísle 2/1994)

Pokračování tématu „Intuice a channeling“ provází zvyšující se počet knih, které toto téma nejen popisují, ale i svým původem - „přímým poznáním“ - přímo prezentují to, o čem je tento článek. „Hovory s Bohem I. a II.“ od Neale Donalda Walsche (Pragma 1997 a 99) a kniha „Spiritwalker - poselství z budoucnosti“ od Hanka Wesselmana (Columbus 1995) jsou těmi, které čtenářům doporučuji.

(Michael Vančura, jeden z překladatelů)

Zdroj intuitivní informace

Pokud si položíme oprávněnou otázku po původu intuitivních informací, dostane se nám odpovědi, že zdroj intuitivního poznání není jasně znám. Obory jako filosofie nebo tradiční psychologie nemají k dispozici důvěryhodnou teorii o zdroji intuitivního nebo jiného poznání, takže nemohou nabídnout použitelné modely pro výklad intuice v běžných pojmech. Náboženství sice může nabídnout odpověď, ale nikoliv vysvětlení.

Ve skutečnosti může jít o nesprávně položenou otázku. Jak jsme vlastně došli k závěru, že poznání je něčím co do rozsahu omezeným? Může to být i naopak, intuitivní poznání se ukazuje být všudypřítomné jako aspekt lidského bytí - v tom-též smyslu, jako jsou láska a laskavost přítomny všude a nikde. Zdá se, že nezažívají žádné specifické místo, ani nemají zvláštní původ. Přesto jsou souběžně přítomny všude a dostupné pro každého.

Otázka také obsahuje mylný předpoklad, že poznání je něčím vymezená aktivita. Místo toho bychom se měli ptát, kde jsme vůbec získali představu, že poznání je dosažitelné pouze výběrově a jako výsledek namáhavé práce? Je člověk nezbytně nucen bojovat o své poznání, jako bojuje vědec usilující o poznání přírody? Musíme si vždy poznání „zasloužit“, nebo je to jen „sebenaplnující předpověď“? Kde leží hranice opačného názoru, že všechno poznání je svobodné a přístupné? „Taž se a dveře budou otevřeny.“

Myšlenka o všudypřítomném vědění není nová. Všechna velká světová náboženství disponují určitou představou o abstraktní zásobárně lidského vědění a zkušenosti, minulé, přítomné i potenciální, z níž může lidstvo svobodně čerpat. Takováto knihovna vědění je nazývána různě - Akaša, Kniha Boží paměti, Velká

knihovna, Tao a další. Carl Gustav Jung znovuobjevil tento koncept během svého celoživotního výzkumu lidské mysli a nazval ho „kolektivním nevědomím“. Někteří psychologové používají název „nadvědomá mysl“ (*superconscious mind*).

Ať je náboženské nebo psychologické označení tohoto jevu jakékoliv, představuje univerzální „databanky“ lidského vědění je součástí tzv. pereniální - odvčké filosofie. Jde o společný základ lidského existenciálního poznání, objevující se v esoterickém jádru všech důležitých kultur. My zde předpokládáme, že tento rezervoár vědění je základnou intuitivního poznání, a tedy i „přímého poznání“ (*channeling*) a je přístupný všem lidem díky jejich intuitivním schopnostem. Stejně jako ostatní duševní funkce, intuice může být přehlížena či vyzdívována, zkoumána, rozvíjena a využívána. To je dáno naší osobní volbou.

Intuice a „psychismus“

Můžeme se ptát, zda projevy intuice a tzv. channelingu nejsou projevem fenoménů popisovaných jako psychismus a jasnovidectví. Snad ano, ale zodpovědět tuto otázku vyžaduje především objasnit, co míníme slovy „psychismus“ a „jasnovidný“.

Tyto a podobné termíny se vztahují k různým pozorovatelným fenoménům zkoumaným parapsychologií, studijním odvětvím, které se v posledních 100 letech snažilo předložit vědecké důkazy o nejrůznějších nevysvětlitelných projevech neobvyklého lidského chování a které je z různých důvodů zatíženo mnoha obtížemi. Úsilí parapsychologů je plné nesnází, neboť mnohé (ne-li většina) uváděných případů chování je buď pozorováním nedostatečně prokazatelná, nebo je neopakovatelná. Některá jsou dokonce záměrně klamná, anebo sice pohotově objasňovaná, avšak jen z hlediska málo uznávaných vědeckých metodologií. Lze zaznamenat určité pokroky ze strany parapsychologů (kteří obvykle nejsou psychology), ale adekvátní teorie a vysvětlení zatím chybí.

Je důležité zmínit, že metody a kritéria vyvinutá vědci s cílem potvrdit platnost nových fenoménů nebyly nikdy cíleny na duševní procesy a ve skutečnosti se na ně ani nedají aplikovat. Buď vůbec nefungují, a jestliže ano, přinášejí často nesourodé či chybné výsledky. Není tedy divu, že k prokazatelným výsledkům ještě nedošlo. A i kdyby se tak stalo, takové poznatky by pravděpodobně zůstaly bez povšimnutí, neboť parapsychologie nebyla nikdy většinou vědců přijata jako oblast hodná profesionálního zkoumání. Většina vědců na tuto disciplínu pohlíží jako na moderní verzi pověr a čarodějnictví (ať už to pro ně znamená cokoli) a proto ji považuje za oblast vědeckého zkoumání, kterou nelze brát profesionálně vážně. Z těchto důvodů chybí přijatelné modely, které by mohly intuici vysvětlit a interpretovat.

Na druhé straně jsou určití jedinci, kteří intuitivní zkušenost znají a mohou o tomto jevu nabídnout cenné informace z první ruky. Někteří z těchto lidí se intuicí zabývali (a to nejen pouze prakticky) a mohou poskytnout předběžná vysvětlení o tom, jak tento jev funguje. Společně s výsledky některých platných

výzkumů parapsychologie mohou tyto dva zdroje zprostředkovat pochopení o fungování intuice v lidské mysli, včetně channelingu, který byl dříve studován prostřednictvím osob zvaných media. Tyto osoby jsou tak nejlepším zdrojem nejen pro lepší porozumění intuici ale i toho, jak by tyto schopnosti mohly být vyvíjeny a aplikovány. Podívejme se nyní na intuitivní proces z této perspektivy.

Rozvíjení intuitivních dovedností

Aby se intuitivní informace a poznatky mohly posunout z „kolektivního nevědomí“ nebo „nadvědomé mysli“, tedy vysoce nadosobního, do individuálního vědomí, musí projít oblastí podvědomé mysli. Tato podvědomá mysl je skladištěm našich osobních minulých zážitků, příjemných a užitečných, i těch nepříjemných, neúplných, nebo zastrahujících. Ta druhá skupina zážitků zkresluje individuální vnímání skutečnosti a omezuje otevřenost k novým zkušenostem.

Nejvíce zábran, které se podílejí na blokování možnosti intuitivního poznávání, se nalézá právě v podvědomé mysli. Tyto zábrany na sebe typicky berou podobu pověr, potlačených strachů, silného Já, příliš aktivního intelektu, nebo jsou kombinací uvedených možností. Většina z nich pochází z prožitků získaných během našeho života, nebo jsou naučeny podmiňováním během dětství a dospívání. (Velmi malé děti jsou přirozeně vysoce intuitivní, ale ještě si nejsou vědomy hodnoty intuice a způsobu jejího užívání. Nejsou-li v intuici podporovány, jejich schopnosti zůstanou nevyvinuté.) Proto je hlavním úkolem při rozvíjení intuice tyto zábrany rozpustit, nebo je obejít, aby bylo intuitivnímu vnímání umožněno projít podvědomou myslí volně, jasně a bez zkreslení a kdykoli je to potřeba. Budoucí intuitivci musí projít výcvikem odstraňování zábran a přípravou na svou úlohu. V tomto smyslu pak role intuitivce spočívá především v odstraňování nežádoucího materiálu. Jde tedy spíše o odučování naučeného, než o učení se. Výuka a cvičení tak vypadá zcela odlišně, než běžné vzdělávání.

K rozvoji intuice patří: (1) Učení se, jak obejít vědomou mysl tak, aby intuitivní informace mohly projít a být rozpoznány; (2) rozvinutí dovednosti odlišení informací přijatých do vědomé mysli z nadvědomí, od informací pocházejících z podvědomí; (3) naučit se „jazyku“ nadvědomí, které k nám „promlouvá“ slovy nebo obrazy abstraktním způsobem, který je blízký citům. Začínající student může vnímat intuitivní informace prostřednictvím některého ze svých smyslů, což je nejznámější způsob přijetí nové informace mysli. Tento způsob bývá později překonán ve prospěch přímého vnímání: odpovědi se v mysli objeví hned, jakmile jsou položeny otázky.

Je třeba také zdůraznit, že intuitivní schopnost se může objevit v různých formách a nemusí mít vůbec podobu tzv. channelingu. Forma přímého spojení může vypadat více dramaticky, což ovšem nemusí nezbytně být znakem úspěchu. Jak již bylo zdůrazněno výše, žádná forma přímého spojení není lepší ani horší. Každý jednotlivec by měl nechat intuitivní zkušenost probíhat formou, která mu osobně vyhovuje. Forma tohoto způsobu vnímání by jistě neměla být vyhledávána samostatně.

Všeobecně se předpokládá, že schopnost intuitivního vnímání je neobvyklým darem, který je vyhrazen pouze šťastlivcům. Nedávné objevy, stejně tak jako svědecké výpovědi praktikujících intuitivců dokazují, že tomu tak vůbec není. Každý z nás má možnost intuitivních schopností, a má i možnost rozvinout je jako vysoce rozvinutou dovednost. Je to stejné jako s naší schopností plavat, kterou všichni máme, ačkoliv jsme se možná plavat v dětství nenaučili. Trénink umožňuje komukoliv stát se vynikajícím plavcem. Podobně se každý může stát intuitivním duševním „atletem“, jestliže se o to snaží. Tisíce lidí jde touto cestou intuitivního sebezvoje, aby se stali způsobitelnými praktikanty.

Je jisté, že každý může projít tréninkem v intuici sám, jak to už mnozí dokázali. Nicméně, snadnější a bezpečnější pro většinu zájemců je práce pod vedením kvalifikovaného učitele, jemuž je možno důvěřovat.

Intuice jako duchovní aktivita a její zneužití

Intuice i channeling jsou blahodárnými procesy. Nejsou ve své podstatě „duchovní“, jak jejich zastánci občas prohlašují. Podobně jako modlení, léčení vírou nebo sexualita. Nelze je považovat ani za něco, co může poškodit, jak to prohlašují někteří fundamentalisté. Jakákoliv zevšeobecnění či soudy, které slyšíme o praxi intuice, odkazují pouze na to, jak jsou jejich poselství vykládána a aplikována těmi, kdo intuici praktikují a těmi, kdo tyto informace užívají. Výroky o „božskosti“ nebo možnosti poškodit vypovídají více o postojích a motivaci těch, kteří je šíří, než o procesu samotném.

Jako cokoli, co má velkou moc, lze intuici jistě také zneužít. Ti, kdo intuitivní informace přijímají, jsou svobodni ve volbě toho, komu nebo čemu chtějí nebo nechťejí naslouchat; ve volbě toho, zda chtějí využít získané informace k tomu, aby mohli pomoci druhým, nebo jen ke svému osobnímu prospěchu; získat tímto procesem více síly pro sebe sama, nebo se vzdát své osobní moci ve prospěch intuitivního zdroje – i když je to v prohlášení se za posla Božího. Takováto zneužití mohou být vědomá a záměrná, nebo mohou vzniknout z naivity a nevědomě, a mohou sloužit těm nejvyšším motivům. Zejména channeling bývá používán jako prostředek k působení na druhé, získání určitého vlivu, uznání a bohatství, nebo jako druh „božské“ podpory vlastních názorů. Takovéto zneužití odhaluje osobní-nevědomou motivaci, nevypovídá nic, nebo jen málo o samotném procesu intuitivního poznání.

Za hodnotné příležitosti v tomto směru se považují nalezení moudrého průvodce, nalezení empatického porozumění a především získání specifických informací, které nelze získat žádným jiným způsobem (viz dále). Mnohé ze zaznamenaných případů informací, získaných přímým poznáním, se řadí na škále duchovního poznání tak vysoko, jak by si jen málokdo dokázal představit nebo přát. Křesťanská Bible a jiné posvátné texty byly jistě, při nejmenším zčásti, získány prostřednictvím channelingu-přímého vnímání (církvní autority dávají přednost termínu „inspirovány-vnuknuty“). Mnoho děl krásné literatury, které jsou nám dnes k dispozici, záviselo také na intuitivních schopnostech svých tvůrců. Nejlepší díla

hudební a díla výtvarného umění jsou jistě bohatými příklady hluboké intuitivní inspirace. Jejich tvůrci to zároveň potvrzují svými výpověďmi.

Pro mnohé je překvapením, že věda sama je ve svých nejdůležitějších objevech velmi závislá na intuíci. Zatímco většina kroků vědeckého postupu je racionální a systematická, klíčový krok - tvořící další hypotézu o možnosti dalšího hledání správného řešení, a tedy vedoucí k dalšímu testování a analýze - nelze učinit pouze rozumovým rozhodnutím. Výpovědi významných vědců o tom, jak dospěli ke svým objevům (často sdělené až později v jejich životě, kdy už se málo starali o to, co o nich říkají jejich vrstevníci) nesou jasná poselství. Dobře je to doloženo výrokiem Alberta Einsteina: „K pochopení základních zákonů vesmíru jsem nedospěl prostřednictvím racionální mysli.“ Podobným způsobem se vyjádřily tucty dalších tvůrčích průkopníků. Klíčová poznání (*breakthrough*) vzešla z náhlého záblesku, jako množina zcela nových poznatků. Tato množina byla jen málo nebo vůbec odvozena z jakéhokoliv druhu rozumové aktivity, i nevědomé, předcházející ono okamžité prolomení a rozpoznání. Takto pracuje intuice: „přímo získané poznání“.

(Souvislý výňatek z delšího textu)

RECENZE

Postřehy nad Sborníky PPF

BLANKA KOLÍNOVÁ

**(Psychoterapie. Sborníky Pražské
psychoterapeutické fakulty,
vydává TRITON od roku 1992)**

Napsat recenzi na sborníky Psychoterapie vydávané PPF v momentě, kdy přede mnou leží šest obsáhlých publikací, mi připadá nemožné. Netuším, zda to, co mne napadá, se dá v souhrnu vůbec nazvat recenzí. Jsou to spíš postřehy... (zdráhám se při nich vyjmenovávat jména jednotlivých autorů - záhy by se jich tu ocitla většina, a tak alespoň pro hrubou orientaci uvádím v závorkách čísla svazků).

Obsahy mnoha statí prvních tří svazků* sborníků PPF jsem mohla sledovat přímo při jejich prezentaci na přednáškách, za doby svého studia na PPF. Zkušenost to byla nesporně zajímavá. Ve staronovém zjištění toho, že i tzv. suchý text je možné přednést s lehkostí a vtipem. V tom, že některé přednášky je lépe si jenom přečíst, protože poslouchat monotónní předčítání pro tisk připraveného textu slovo od slova mi připadalo jako ztráta času, ale také v tom, že spatra přednesenému je možné v následném přepisu dostát v obsahu přesně, výstižně a srozumitelně.

Mám ráda sborníky přednášek PPF, přestože jejich skladba se někdy zdá být náhodná a chaotická. To, co do ní, krom konkrétních obsahů jednotlivých příspěvků, vnáší řád, jsou i čtenářem objevované souvislosti a rozdíly mezi různými náhledy na dílčí jevy nebo na psychoterapii samu,

v kontextu s dalšími obory (medicínskými, filosofií, teologií, sociologií, pedagogikou, hermeneutikou ad.). Mám sborníky ráda proto, že „nevodí za ruku“ i přesto - a právě proto - že nezbytnou součástí jejich četby je častokrát další, doplňkové studium. I proto, že - stejně jako PPF - nabízejí svým účastníkům studium, které objevováním může zůstat, pokud o to sami stojí. (Většinou našich školních institucí tato povaha vzdělávání, bohužel, chybí.)

Prakticky v každém svazku je možno nalézt články zaměřené obecněji, a i takové, které se zabývají specifickými tématy. V porovnání s tím, co bylo předneseno, (*) se mi zdá, že jediným klíčem výběru je tu to, co z předneseného bylo redakci doručeno „také v písemné podobě“. Jsou to však příspěvky vesměs zdařilé a mám za to, že i reprezentativní. V průběhu let pak doznaly sborníky PPF změn i v obsahu, zřejmě zákonitých. Jakoby dospívaly, třídily a třibily se spolu s jejich zázemím. Tento vývoj je nejspíš dán i tím, že v roce 1992, kdy vyšel první svazek, nebylo ještě k dostání takové množství psychoterapeutické literatury, jak je tomu dnes.

Zejména první díl je tedy z části věnován tématům „všeobecnějšího“ ražení - uvedení do psychoterapie, její vymezení vůči jiným disciplínám. I tento však již obsahuje i dílčí popisy některých základních psychoterapeutických pojmů a nebo škol. Ve stejném ladění „všehočuti“ jsou sestaveny i další díly. Snad jen s - pro mne vítaným - stále větším příklonem ke kasuistikám. Velmi užitečné a názorné mi připadají zejména takové příspěvky, které kasuisti-

ku a/nebo přepis rozhovorů s klienty obsahují jako protiváhu teoretické části - jako doplněk, ilustrující metodu či terapeutickou školu nebo terapeutovy postoje a přístup. Co do poslední jmenovaného si cením všech „osobně“ laděných příspěvků, které takto spolu s tímto osobním obražejí i osobitý postoj autora, pojatý často v širším, společenském kontextu (IV, V). Vítám však i tzv. čistě teoretické práce, zvláště jsou-li uvedeny v sousedství „stejnolehlých“ kazuistik (V). Velmi vítám možnost porovnání stejných témat z pera různých autorů skrze jejich vlastní pojetí. Týká se to přednášek o základních psychoterapeutických fenoménech - vztahu (II, III, V), stresu (I, VI), úzkosti (I, V), individuální, skupinové a rodinné terapii (I, V) atd. Týká se to i přednášek napsaných terapeuty téhož směru a nebo i na stejné téma, které jsou uvedeny s odstupem času a v nichž tak může být patrný i posun ve vývoji daného psaní (I, V). K mým oblíbeným „seriálům“ patří i „dynamický“, „analytický“ i „psychosomatický“ a mám i své oblíbené autory. Jako zpestření si ráda přečtu i otiskované překlady zahraničních děl nebo jejich výňatků.

Druhý díl je trochu zvláštní tím, že jeho takřka třetina je věnována závěrečným pracím - esejům studentů fakulty. Zmiňuji se o tom proto, že v ostatních dílech se to již neopakuje. Je to možná i škoda, neboť (krom čistě teoretických kompilačních prací) závěrečné práce studentů většinou dokládají velmi zajímavým způsobem přímý odraz „terapeutické teorie i praxe PPF“. Jsou výstižnými, protože osobními, popisy nově utvářeného „terapeutického myšlení“ v zájmových oblastech frekvenciantů. Jsem přesvědčena, že právě a teprve tento způsob osobního nalézání se v „celé té změti veškerých psychologických teorií“ je přerodem a rozhodujícím krokem

na cestě k psychoterapii, která je činná, a tedy účinná.

V této souvislosti se chci zastavit u skutečnosti, která je sice v celém obsahu sborníků výjimkou, nicméně - stalo se. Do posledního, šestého dílu byl zařazen příspěvek o „Hře jako prostředku psychoterapie“, který byl, jak se domnívám (uvedeno to tu není) zřejmě právě absolventskou prací. K mé domněnce mne vede závěrečné slovo autorky, z něhož pro mne vyplývá, že se věnuje převážně jinému oboru než psychoterapii. Matoucí je pro mne to, že článek není uveden na konci celého svazku, po vzoru druhého dílu, není ani jinak označen, a je vřazen mezi statě prokazatelně sepsané terapeuty. I tak by toto „zařazení trochu jinak“ bylo naprosto podružné, pokud by šlo o práci originální. Tento příspěvek je však, dle mého, plagiat.

Vysuzuji tak už jen z faktu, že každý absolvent VŠ (kam autorka svým vzděláním nejspíš spadá) se učí, jak v psaných textech nakládat s citovanou literaturou. V tomto příspěvku ani na těch místech textu, kde autorka odkazuje na svůj seznam literatury, neuvádí stranu citovaného díla. Odstavce, k němuž se číslo odkazující na použitou literaturu vztahuje (např. na str. 141), není ani v uvozovkách a nemá ani odlišný styl odstavce či písma pro citace typické. (Budiž, redakční šotek asi vymazal uvozovky a psát čísla citovaných stran není zvyk všeobecný.) Je to však nejspíš jedině proto, aby „autorka“ vzbudila dojem, že výše řečené je její interpretací přečteného a že v tomto duchu pokračuje i dále. Proč by jinak autorka tu a tam posouvala hranice odstavců a vynechávala slova nebo i věty, které by snad mohly navozovat tušení dalšího, pravého autora v pozadí. Z téhož důvodu jsou zřejmě vynechány ilustrující rozhovory s dětskými klienty, které jsou pod-

statnou součástí díla V. Rezkové. Avšak nejen další odstavec, ale celkem skoro 18 stran je takřka doslovně opsáno¹⁾. Vzhledem k např. bez kontextu uvedeným „falickým kostýmům herců“ lze pak tušit, že k uvedenému číslu opsaných stran bude, po porovnání s dalšími uvedenými „použitými“ tituly, asi možno připsat další strany. Článek má úctyhodný počet 29 stran. Avšak i takto - vzhledem k porovnání s pouze dvěma tituly ze šesti - je poměr *opsaného k „možnému autorskému“* impozantní - 18:11. (Netušila jsem, že je tak jednoduché stát se příspěvatelem sborníků PPF, a možnost, že za to „autorka“ dostala honorář, mi připadá tragikomická. Pokud je dnes tento způsob psaní závěrečných prací na PPF tolerován, byla by to věc pouze jejího vedení, i když by to bylo přece jen zarážející a přinejmenším problematické. Postup autorky by to beztak ospravedlňovalo jen velmi málo. Nevím, zda v této době existuje jako součást závěrečných prací studentů na PPF „autorské čestné prohlášení“, nicméně mne napadá, že i bez toho, jde-li o zveřejnění práce v sousedství ostatních renomovaných autorů, „by se tohle redakční radě přece jen stát nemělo“)

Ve světle (nebo spíše v přítmi) této skutečnosti mi otázky nad tím, proč je v závěru šestého svazku sborníku uvedena podruhé tatáž recenze jako na konci dílu páteho a proč je i ona zkrácena o poslední dvě strany, připadají jako nicotné. (Už jen proto, že v obou vydáních je uveden stejný autor.)

Krom toho už jen pár nápadů (podnětů?), které se mi kdy při čtení sborníků honily hlavou:

- Což takhle někde „pod čarou“, na konci každého příspěvku uvést mini CV autorů - stačila by profese a psychoterapeutická škola či směr k němuž se autor hlásí.

(Ne každému začínajícímu zájemci o oblast psychoterapie a tím méně ne-studentům PPF musí být autor znám.)

- Možná i pod „stejnou čarou“ uvést možné odkazy na články dříve ve sbornících uvedené, pokud se týkají stejné nebo úzce vztažené problematiky. (V redakčním počítači dost možná existuje seznam autorů i názvů článků.)

- A co takhle občas uveřejnit přepis některé panelové diskuse (pokud se ještě na PPF konají), kde se k jednomu tématu spjatých s psychoterapií vyjadřovalo hned několik účastníků, coby zastánců různých terapeutických škol nebo osobních přístupů nebo i jiných oborů. (Namátkou např.: uplatnění psychoterapeutů v psychiatrických zařízeních, nebo-li vymezení hranic vlivu a zásady práce v rámci triády: psychiatrie - psychologie - psychoterapie, atd.)

- Uvítám, pokud se, v případě originálních studentských závěrečných prací, které jsou podnětné, redakce znovu rozhodne zveřejňovat je - s jejich označením - i nadále.

Na závěr už jen poděkování za sborníky i jednotlivé příspěvky a jejich vysokou odbornou úroveň. Teším se na další.

¹⁾ str. 133-136 jsou zkrácenou verzí stran 58-68 díla S. Millarové a str. 141-153 jsou bezmála doslovným prepisem části díla V. Rezkové.



Pragmatika lidské komunikace

JURAJ BARBARIČ

**Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas,
Don D. Jackson
Konfrontace, 1999, str. 243**

Skvělé, výborné, báječné! Vynikající vydavatelský počin! Konečně vyšla i v češtině jedna z nejvýznamnějších teoretických pra-

cí v historii psychoterapie. Díky Zbyňku Vybíralovi vyšla v našem jazyce knížka psychoterapeutické školy, směru (Mental Research Institute - MRI, Palo Alto, komunitační psychoterapie), autorů, od kterých se odvíjí tak průkopnická a zásadní proměna psychoterapeutického, psychologického, psychiatrického myšlení, která je v historii vědy srovnatelná snad jenom s posunem od geocentrického k heliocentrickému obrazu našeho blízkého vesmíru, či s posunem od mechanistického ke kvantově-fyzikálnímu obrazu našeho světa a která je podobnou měrou jako uvedené posuny, nepřijatelná pro ty, kteří nějakým způsobem trvají na starších a možná překonaných koncepcích - a to navzdory tomu, že první anglické vydání recenzované knihy se datuje do roku 1967 a první německé vydání do roku 1969, tedy 30 let zpátky. 30 let je ale v podstatě velmi málo pro obecné přijetí změny paradigmatu. Koneckonců, sám Einstein neuměl přijmout epistemologické důsledky kvantové teorie.

Recenzovaná knížka je vybraným monografickým koncentrátem (do té doby dosažených) výsledků práce výzkumného týmu MRI (do kterého kromě uvedených autorů patřili hlavně Gregory Bateson (tomu jsou první vydání knihy věnovány), Jay Haley, John Weakland a Richard Fisch), zaměřeného na výzkum mezilidské komunikace. Zásadní posun myšlení ve vědách psychologicko-psychiatrických, který z těchto výsledků vyplývá, se týká zejména skoku od monadického, intrapsychického popisu a rozumění psychologicko-psychiatrickým fenoménům **k popisu a rozumění interakčnímu, vztahovému, systémovému**. Mezi modelem intrapsychickým (reprezentovaným zejména psychoanalýzou a z ní odvozenými psychodynamickými

modely) či monadickým (reprezentovaným biologickou psychiatrií) a modelem systémovým existuje **pojmová diskontinuita**, to znamená, že jedna teorie se nedá rozšířit a zabudovat do druhé, ani se jedna od druhé nedá odvodit - jak pravi autoři knihy (str. 24 a 25). Mezi oběma je kontextová, myšlenková i epistemologická propast (i když autoři recenzované knihy nejsou epistemologicky ani zdaleka tak důslední, jako jejich pokračovatelé). To může být jednou z potíží při seznamování se s novým způsobem pohledu na psychologicko-psychiatrické fenomény a při akceptaci nového, (s Thomasem Kuhnem řečeno) vědecky-revolučního paradigmatu. V **systémovém modelu** pojmy jako například *intrapsychický konflikt, příčina symptomu, symptom, osobnost, schizofrenie, lineární kauzalita, abnormalita, a jiné* buď vůbec neexistují, anebo dostávají úplně jiný význam. V tomto modelu je totiž možné veškeré psychologicko-psychiatrické fenomény popisovat a veškerým těmto fenoménům rozumět jenom v kontextu **vztahu a komunikace** dvou či více lidí **zde a nyní**. Tak například *schizofrenie*, nahližená jako „*nemoc mozku*“ a *schizofrenie*, nahližená jako jediná možná reakce na komunikační vztahový kontext jsou - myšlenkově - naprosto odlišné fenomény (viz str. 41), i když je jejich *klinický obraz* stejný. Pochopitelně z těchto paradigmatických odlišností vyplývají zcela odlišné terapeutické přístupy, přičemž komunikačně - psychoterapeutický se jeví jednak jako mnohem účinnější, ale hlavně jako **mnohem více respektující povahu bytí a prožívání lidské bytosti**, než přístup biologicko-psychiatrický. (Není bez zajímavosti reakce jednoho (holandského) psychiatra na mou otázku, co si myslí o výrazných úspěších Milánské školy (která

na práci MRI bezprostředně navazovala) v práci s rodinami se schizofrenním členem - odpověděl, že pacienti, o které šlo, „*neměli*“ *schizofrenii*, že *to jenom tak trochu vypadalo...!*?) Podobně v kontextu systémového modelu může mít jednotlivé chování (třeba symptom) slovy autorů třeba *příčinu ve výhře v loterii, v oidipuském komplexu, v alkoholu* či *v počasí, ale jakákoliv debata o „skutečné“ příčině může nabýt tak nanejvýš podoby scholastické disputace o pohlaví andělů* (str. 36). Pojem *příčina* z mechanistického a paradigmatu se rozpouští v pojmu *cirkulární kauzality* z paradigmatu systémového, v rámci kterého ve zpětnovazebních komunikačních procesech nelze žádným způsobem udělat relevantní rozlišení mezi příčinou a následkem. V tomto duchu je naprosto zbytečná například otázka, *jestli jsou způsoby komunikování v určité rodině patologické proto, že jeden z její členů je psychotický, nebo jestli je tento jednotlivec psychotický proto, protože se zde psychoticky komunikuje* (str. 40). Pojem *abnormalita* tak také pozbývá smyslu jakožto imanentní vlastnosti individua a získává popisný význam jenom při popisování komunikačních souvislostí ve vztahu ke kulturním kontextům, ve kterých interakce probíhá.

Toto jsou z mého pohledu základní „zprávy“, které k nám kniha vysílá, které jsou obsaženy v první kapitole a které se nějakým způsobem znovu a znovu promítají do všech dalších kapitol knihy.

První kapitola, s titulem **Základní pojmy**, kromě již uvedeného, definuje jasně vymezený předmět zkoumání, tedy - jak říká sám titul celé knihy - *pragmatiku lidské komunikace*. Jde o to - v souladu s již řečeným - přesunout ohnisko pozornosti při

studiu lidského chování z neviditelných, nepozorovatelných a neprokazatelných intrapsychických procesů na pozorovatelné manifestace mezilidských vztahů, přičemž *mediem těchto manifestací je lidská komunikace* (str. 17). Komunikací se lze zabývat (při rozšíření pojmů z obecné teorie znaků a jazyka) také z aspektu *syntaktického* či *sémantického*. Při studiu komunikace z hlediska *pragmatiky* jde o veškeré *behaviorální* projevy a důsledky, jde o to, jak je komunikace na jedné straně utvářena celou komplexitou lidského chování a jaké má na straně druhé na chování dopady, přičemž, jelikož jde o cirkulární procesy, nelze a ani není cílem identifikovat příčiny a následky. Kapitola dále definuje pojmy *funkce a vztah, informace a zpětná vazba, redundance, metakomunikace a pragmatický kalkul*. Na příkladech uvádí čtenáře do prvního porozumění systémům a v podstatě také definuje cíle a záměry práce. Na bázi skutečnosti, že do doby uveřejnění této práce (a i jiných prací autorů z MRI) nebyl k dispozici žádný vědecký metakomunikační jazykový, pojmový systém, který by umožňoval o komunikaci komunikovat tak, aby se nemíchaly hrušky s jablky, je cílem práce začít takový pojmový systém budovat. Jako východiska a pomůcku pro budování tohoto pojmového systému používají autoři analogií z matematiky (v této knize zejména pojem *funkce*), analogií z kybernetiky (pojmy *zpětná vazba, homeostáze*) a analogií z teorie informací (pojmy *redundance* či *stochastický proces*). Autoři pak říkají, že *když z těchto východisek přistoupíme ke komunikačním dějům mezi dvěma nebo více účastníky, pak můžeme předpokládat, že se nakonec dobereme určitých výsledků, které si sice ještě nebudou moci dělat nárok na to, že představují nějaký formální po-*

jmový systém, ale které budou ve své podstatě přinejmenším do značné míry odpovídat axiomům a teorémům kalkulo-vání. V zásadě jde o studium pravidel, kterými se mezilidská komunikace řídí, aniž by o těchto pravidlech lidé věděli - co je velmi podobné tomu, že lidé bezchybně používají svoji mateřštinu, aniž by a priori a vědomě ovládali její gramatická pravidla. Jde také o studium toho, co se děje, když se pravidla pro komunikaci porušují.

Druhá kapitola je nazvaná **Pokus o utřídění komunikačních axiomů**. Jak implikuje sám název kapitoly, zabývá se postulováním základních vět teorie lidské komunikace. Je jich celkem pět: 1. nelze ne-komunikovat (přičemž schizofrenní chování je v tomto kontextu popisováno jako beznadějná snaha ne-komunikací uniknout schizofrenogenním komunikačním vztahům); 2. každá komunikace má obsahový i vztahový aspekt, jednak sděluje „zprávu“ a jednak informaci o tom, jak této „zprávě“ rozumět, jak tato „zpráva“ definuje vztah mezi komunikujícími, vztahový aspekt sdělení je tedy metakomunika-cí k obsahovému aspektu; 3. lidé komunikují jak v digitálním, tak v analogovém modu, přičemž digitální jazyk (logický, s jasnými gramatickými pravidly, verbální) má vztah k obsahovému aspektu sdělení, zatímco analogový jazyk (celostní, bez jednoznačných pravidel, neverbální či mimoverbální) má vztah ke vztahovému aspektu sdělení; 4. To, jak je vztah mezi komunikujícími vnímán, souvisí s tím, jak komunikující vnímají fázování sledu komunikačních událostí (interpunkce), (manžel říká, že je tichý a že se stahuje proto, že ho manželka neustále popichuje, manželka říká, že ho kritizuje proto, že se manžela snaží z jeho pasivity

vyburcovat); 5. všechny komunikační výměny jsou buďto symetrické, nebo komplementární. (Chci se ještě zmínit o tom, že se v této kapitole také upozorňuje (z mého pohledu málo důrazně) na to, že kontext, ve kterém komunikace probíhá, významně ovlivňuje to, jak je komunikací rozuměno a jaké má dopady.) Všechny axiomy a jejich pragmatický dopad jsou podrobně v této kapitole vysvětleny. Já sám jsem nějakým způsobem zprostředkovaně tyto axiomy znal ještě předtím, než jsem asi před deseti lety získal německé vydání této knihy. Její četba mi pak ukázala, že moje vědomosti a představy, získané z útržků, které se objevily v nějakých českých či slovenských knížkách, byly velmi podstatně omezené a zkreslené. Ani zdaleka jednak neodpovídaly tomu, o co skutečně jde a rozhodně jsem díky neúplnosti a zkreslení nemoohl reflektovat a docenit pragmatické dopady těchto procesů na mé psychoterapeutické myšlení, citění a komunikování.

Další zásadní implikace pro psychoterapeutickou roli a konání mají závěry, o kterých se píše v kapitole třetí s názvem **Narušená komunikace**. Kapitola pojednává o různých možnostech a formách toho, jak mohou být principy či zákony lidské komunikace, které byly definovány v kapitole předchozí, narušeny či „pokřiveny“ a k jakým důsledkům tato narušení mohou vést. Jedním z podstatných obecných sdělení této kapitoly je to, že zde to, co se tradičně nazývá „psychopatologickou manífestací“ a co je tradičně připisováno intrapsychickým procesům individua, dostává zde z pohledu studia komunikačních interakcí úplně nový a v této kapitole konkrétní význam. Formální členění kapitoly je stejné, jak v kapitole druhé, různé „poru-

chy“ komunikace se popisují na rovinách nemožnosti ne-komunikovat, obsahových a vztahových aspektů komunikace, interpunkce, vztahu mezi digitálním a analogovým modem komunikace a v oblasti definic vztahů jako symetrických či komplementárních. K tomu, abych se v této recenzi pokusil více přiblížit obsah této (i dalších) kapitol, je již materiál příliš rozsáhlý, komplexní a komplikovaný. Je opravdu zapotřebí ho číst - a pozorně -, jak je formulován v knize samotné. Budiž zde aspoň řečeno, že kromě jiných jsou důsledky narušené komunikace popisované zejména ve vztahu k schizofrennímu chování a že velkým pozitivem kapitoly jsou podrobné konkrétní ilustrace teoretických závěrů konkrétními přepisy komunikačních sekvencí z terapeutických setkání i jinými příklady. Kromě mnoha jiných odkazů autoři zmiňují i referát dvou francouzských psychiatrů - Lasegue a Falret - „La folie a deux, ou folie communiquée.“ z roku 1877, přičemž poukazují na to, že v recenzované práci nejde u ryze původní - tedy komunikační - přístup k tématu.

Čtvrtá kapitola nese název **Organizace lidské interakce**. Jedná se o hodně teoretickou kapitolu, která ve svých východiscích stojí na *obecné teorii systémů* Ludwiga von Bertalanffyho. Interakční systémy jsou zde pak definovány jako *dva nebo více komunikujících entit v procesu definování jejich vztahu*. („Entity“ jsou například lidé - jednotlivci, ale také jiní živočichové, případně sociální skupiny, jako národy apod.) Lidské systémy jsou definovány jako *otevřené*, tedy jako interagující se svým okolím, prostředím. Dále jsou definovány vlastnosti otevřených systémů: *celistvost a ne - sumativnost* - jde o související charakteristiky, které říkají, že systém se

kvalitativně odlišuje od pouhého součtu jeho částí a že v této kvalitativní odlišnosti změna v jedné části způsobí nějakou změnu ve všech jiných částech systému; *zpětná vazba* jako informační smyčka mezi komunikačním výstupem a vstupem a tedy základ cirkulárních systémových komunikačních a homeostatických procesů a mechanismů; *ekvifinalita* - velmi zajímavá vlastnost, která říká, že různé výchozí stavy systému vedou díky povaze vnitřních procesů ke stejným výsledkům (proto je tak „obtížné“ navodit v systému změnu druhého řádu, tedy změnu, která změní celou strukturu systému, samotné systémové procesy); Dále jsou v této kapitole specifikovány dopady vlastností otevřených systémů na situace mezilidské komunikace. Tyto jsou opět ilustrovány na příkladech, včetně poměrně podrobného příběhu vztahu „schizofreničky“ June a její matky.

Pátá kapitola opět svým názvem - **Komunikační vzorce ve hře „Kdo se bojí Virginie Woolfové?“** - napovídá, o co v ní půjde - tedy o praktickou ilustraci v předchozích kapitole více teoreticky popsaných abstrakcí mezilidské komunikace. Autoři knihy zvolili jako příklad známou a slavnou divadelní hru a ne klinické kasuistiky, protože divadelní hra umožňuje žádoucí ilustraci na mnohem menší ploše. Kapitola po stručném popisu obsahu hry sleduje opět strukturu oddílů předchozí kapitoly. Pro rozsáhlou a komplikovanost materiálu zde obsahově opět musím odkázat na samotnou recenzovanou publikaci. Rád bych jenom řekl, že se domnívám, že příklad je zvolený skvěle. I tady, jako nejednou, mám dojem, že umělecké dílo v jistým způsobem zhuštěné podobě velmi dobře zobrazuje to, o co v lidských životech i ve vztahu k psychoterapii jde. Samotní autoři re-

cenzované knihy zde říkají, že tato hra je možná skutečnější, než skutečnost, kterou si sami dokážeme představit.

Šestá kapitola - **Paradoxní komunikace**. Úvodem této kapitoly je řečeno, že „důvodem“ pro zabývání se paradoxy - zájem o ně v západní vědě trvá 2 000 let - v rámci teorie komunikace a komunikační psychoterapie je skutečnost, že *paradoxy dokážou ovlivňovat naše chování i duševní stav, tím, že dovedou otrást naši důvěrou v logickou konzistenci tohoto světa* (str. 161). Kapitola se zabývá takzvanými *pragmatickými paradoxy*, které odlišuje od paradoxů logicko-matematických a sémantických. V zásadě u *pragmatických paradoxů* rozlišuje dvě skupiny. První z nich je nazvaná *pobídky k jednání* a v kapitole je toto bohatě ilustrováno na různých příkladech, aby definování vyústilo do jedné z nejznámějších a nejvýznamnějších koncepcí školy Palo Alto, do formulování *teorie dvojně vazby* (v tomto případě spíše do přeformulování, jelikož v knize jde o něco rozšířený popis *dvojně vazby*, první definice které se objevila v článku *Toward a Theory of Schizophrenia* už z roce 1956, autory kterého byli Bateson, Jackson, Haley a Weakland). Všichni víme, že samotné slovní spojení *dvojná vazba* je mezi psychoterapeuty poměrně frekventované, často však (z mého pohledu) používané velmi nepřesně. Zde je kompletní popis toho, co se pod *dvojnou vazbou* rozumí a jaké má za jistých specifických okolností „patogenní“ důsledky. Autoři se zabývají zejména důsledkem zpochybnění vlastní koncepce reality jedince, který je opakovaně dvojně-vazebně komunikací vystavený a vztahem tohoto komunikačního paradoxu ke genezi „schizofrenie“. Pak je pozornost věnována druhé skupině *pragmatických paradoxů* -

paradoxním předpovědím. Kapitola končí zajímavým ponaučením: *čistá logika a lidská důvěra se nesnášejí*.

Poslední kapitola, sedmá, má název **Paradoxy psychoterapie** a jde v ní o psychoterapeutické aplikace všeho výše řečeného. Po krátkém a velmi poučném metaforickém (a tedy analogovém) úvodu a jeho „digitalizování“ do pojmu *iluze alternativ* následuje krátký exkurz do problematiky navozování změny v lidských systémech. V rámci toho autoři - pochopitelně věrní své systémové koncepci - upozorňují na riziko psychoterapie, zaměřené ryze na symptomy a intrapsychické procesy jedince, které spočívá v tom, že jedince se sice může sám „zlepšit“, ale zhorší se stav některého z jiných členů rodiny. Toto je mimochodem, jak známo, jedna z nejsilnějších klinických zkušeností, která vedla ke zrodu rodinné terapie - a recenzovaná publikace byla jednou ze základních pro její formování. Dále pak v kapitole navazuje povídání o *terapeutických dvojných vazbách* jakožto terapeutickém postupu, který se nejvíce zrcadlí v *technice předepisování symptomu*, přičemž zde chci zdůraznit, že tato technika má stejně složitou strukturu a kontext, jako patogenní dvojná vazba a že jednoduše izolovaná věta typu: *pokoušejte se mít strach pokaždé, když budete chtít opustit svůj byt* rozhodně kritéria jinak velmi účinné techniky předepsání symptomu nespĺňuje a tudíž ani nemá očekávaný efekt. Paradoxy jsou v psychoterapii nejspíše velmi užitečným „nástrojem“, však opravdu velmi velmi sofistikovaným. V případě, že opomeneme křehkost psychoterapeutického kontextu a lidského prožívání, v případě, že opomeneme neopakovatelnou jedinečnost každého terapeutického setkání, každého člověka a každého lidské-

ho systému, v případě, že se nebudeme vyladřovat, velmi opatrně našlapovat, pořád si ověřovat naše rozumění situaci a podobně, stane se z pokusu o paradoxní intervenci slon v porcelánu (komentář autora recenze). Celá kapitola je opět bohatě ilustrována klinickými i jinými příklady, včetně zajímavého popisu situace psychoanalytické terapie z hlediska komunikačních - a ne jenom terapeutických - paradoxů. Je příjemné, že se zde také konečně setkáme i s odkazy na *zen*, zejména „techniky“ kterého jsou v mnohém zde popisovanému analogické.

Jak tomu tak někdy bývá, i tato kniha končí **Epilogem**. Zde se autoři pouští do krátkého exkurzu do epistemologických témat, vyjádřených i tvrzením, že *pro člověka je skutečností to, co pokládá za skutečné* (str. 225), protože v Epilogu stručně nastiňují vztahy mezi komunikační teorií a existenciálním rozměrem člověka, včetně témat, jako smysl a nicota. Upozorňují zde opět důsledně na odlišování hierarchického meta - uspořádání - v tomto případě lidského vnímání „skutečností“. Definují pojem *premisy (o „skutečnosti“) třetího řádu* a postulují, že úkolem psychoterapie je měnit právě premisy této hierarchické úrovně, pokud se ukážou jako „neužitečné“ pro spokojený život. Tato část knihy má více než na jiných místech filosofický přesah a podobně, jako na jiných místech, ukazuje neuvěřitelnou vzdělanost autorů v různých oblastech lidského vědění a jejich schopnost velmi komplexního myšlení, kterou sám pro uchopení psychoterapie považují za velmi podstatnou.

Závěrem recenze: Systémové a systematické psychoterapeutické myšlení se od dob napsání této práce již posunulo dál.

Podstatný rozdíl aktuální polohy je ve velmi přísném epistemologickém a metodologickém konceptu *nemožnosti objektivního pozorování* a přísném reflektování této pozice, co má značné praktické dopady na psychoterapeutické čtení, myšlení, konání. Autoři recenzované publikace na jedné straně jaksí ještě usilují o „objektivitu“ pozorování, na druhé straně si místy uvědomují značná omezení této snahy. Epistemologicky balancují na hraně mezi objektivismem a čímsi, čemu se dnes říká *konstruktivismus*. (Jenom jako zajímavost: Paul Watzlawick se později stal jedním z nejsilnějších propagátorů *radikálního konstruktivismu* vůbec.) Rozhodně ale tuto epistemologickou pozici v této publikaci nereflktují. Provádí však skvělou a velmi zásadní reflexi různých rovin jazyka, čímž podstatně metodologicky přispěli k jasným a srozumitelným možnostem popisování dění mezi lidmi obecně a v psychoterapii konkrétně. A reflexe je podle mého mínění to, co z psychoterapie kromě umění dělá i vědu, profesi, řemeslo, které není vyhrazeno jedincům s neobvyklou šamanskou intuící, ale které lze popsat a kterému se lze naučit. A to je podle mého mínění hlavní důvod, proč je recenzovaná kniha tak důležitá a proč by měla být čtená každým, kdo se o psychoterapii zajímá. **Psychoterapie je komunikační situace** a tato kniha je základní prací pro oblast mezilidské komunikace. Je cenná jednak pro vytváření si hypotéz o tom, co se to mezi mnou a mým klientem děje, co se to děje s mým klientem v jeho prostředí, jak přemýšlet i rodinných a jiných vztazích ... a jednak pro porozumění historii komunikační psychoterapie a metodologie. Mám jedinou drobnou - však možná zcela lichou - obavu. Kniha je (aspoň pro mne v době, kdy jsem se s ní setkal poprvé, byla) - i když je ilustrována

praktickými příklady - poměrně obtížným teoretickým textem. A já jsem se u mnoha kolegů z psychoterapeutické obce nejednou setkal s jakousi „nechuť“ zabývat se psychoterapií z teoretických pozic (což možná kromě jiného souvisí s klasickou „akademickou odtržeností teorie od praxe“). Obávám se, že by tato „nechuť“ mohla část zájemců od prokousávání se textem odradit - já sám jsem měl a mám podobnou „nechuť“ k Ludewigově Sytemické terapii, přesto jsem ji však četl a vracím se k ní a rozhodně mi to stojí za to. Tato knížka je mnohem čtivější - a to i díky výbornému překladu (čímž nechci implikovat, že překlad Vráti Strnada je „horší“, ten je také skvělý). Chci zde velmi ocenit práci překladatelů, Zbyňka Vybírala i Barbory Zídkové a to o to více, že vím, jak obtížná je to práce. No a rozhodně to není kniha, která by byla odtržená od praxe. Sama vychází z velmi početných praktických zkušeností a má pro naši práci jasné praktické důsledky. Bohužel nevím, jak se mám na tomto místě ješ-

tě jinak pokusit vás ke čtení recenzované publikace motivovat. Možná tak, že vydávání knížek tohoto typu, tedy pro poměrně malý počet odborných zájemců - jelikož naše psychoterapeutická obec je počtem nesrovnatelná s anglickým nebo německým knižním trhem - je ekonomicky náročným podnikem. Proto se přimlouvám za to, abychom publikační snahy Zbyňka Vybírala podpořili i tím, že si tuto knížku koupíme - samozřejmě, že to souvisí s tím, aby Zbyněk mohl vydávat další a další knížky a aby tedy byla u nás dostupná reprezentativní odborná literatura v češtině. Mám také návrh - na recenzovanou knihu bezprostředně navazují i dvě další knížky Paula Watzlawicka a jeho spolupracovníků - *Řešení - o teorii a praxi změny lidského chování* a *Možnost být jiným - k technikám terapeutické komunikace*. Bylo by výborné moci si doplnit českou odbornou knihovnu i o tyto práce. Rád pomůžu tím, že se budu podílet na překládání. Zbyňku, ještě jednou díky za Pragmatiku lidské komunikace...

REVUE PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii

PSYCHOANALÝZA - PSYCHOANALYTICKY ORIENTOVANÁ PSYCHOTERAPIE - KAZUISTIKY - TEORIE - PŮVODNÍ PRÁCE - RECENZE NOVÝCH KNIH - DISKUSE, OHLASY, DOPISY - PŘEKLADOVÉ PRÁCE - INFORMAČNÍ SERVIS PŘIPRAVOVANÝCH ODBORNÝCH A VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ

Vychází 2x ročně (letní a zimní číslo) v rozsahu 60-80 stran.
Předpokládaná cena jednoho čísla 60,- Kč.

Předplatné a adresa redakce:

REVUE PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE
Břehová 3, Praha 1, 110 00

1. číslo již vyšlo!

MINIRECENZE

Věříte své amygdale?

ZBYŠEK MOHAUPT

Daniel Goleman: Emoční inteligence.
Proč může být emoční inteligence důležitější než IQ.

**Columbus, Praha 1997 (orig. 1995),
352 stran, překl. Markéta Bilková.**

Emoční procesy jsou podmíněny strukturou a aktivitou nervových drah a nižšími a vyššími emočními centry. Na jejich projevy lze vědomě a cíleně působit (hrou, výukou, rodičovskou péčí, tréninkem). Specifickým působením je psychoterapie, která učí mozkovou kůru, jak inhibovat amygdalu; tím potlačuje nutkání k jednání. To by mohla být stručná charakteristika obsahu recenzované knihy.

Není to ovšem zdaleka vše, co o ní lze říci. Golemanova knížka je totiž sérií nových článků o citových útrapách a nových nadějích obyvatel západního světa, zároveň popularizující příručkou o důležitosti výchovy a vzdělávání emocí a přitom též příklady bohatě ilustrovanou učebnicí z oblasti obecné a integrativní psychologie. Je směsicí úvah, příběhů a citací z odborné literatury. Dotýká se emocí v kontextu partnerských a pracovních vztahů, zdraví a nemoci, výchovy a vzdělávání, neurofyzilogickém, individuálního jednání, traumatizujících událostí. Pojednává o vlivu emocí na proces učení, pracovní výkonnost a tvorbu. Ukazuje nepoučeným čtenářům složitost lidského nitra.

A především je čtivá. Český překlad sice místy pokulhává za anglickými ekvivalenty (*emoční přestřelení, únos, zaplavení, stav*

proudění) a stránkování v českém rejstříku ne vždy odpovídá skutečnosti, přesto není obtížné se v jejím myšlenkovém prostředí pohybovat. Goleman - klinický psycholog, Harvardský profesor a dřívější šéfredaktor časopisu *Psychology Today* - umí dovedně využívat novinářského stylu psaní: úryvky z rozhovorů, pravdivé příběhy, futurologické vize výzkumníků, to vše podávané sugestivní formou, hodnotící a shrnující.

Myšlenka emoční inteligence patří Američanům P. Saloveyovi a J. Mayerovi, kteří o ní v roce 1990 uveřejnili odborný článek v časopise *Imagination, Cognition and Personality*. Její strukturu definují jako schopnost znát a zvládat vlastní emoce, sám sebe motivovat, zachovat si optimismus, být vnímavý k emocím jiných lidí a zvládat mezilidské vztahy.

Golemanova zásluha tkví jednak v tom, že na jejich konceptu dovedně vystavěl celou knihu a jednak ve zdůraznění priority emoční složky našeho jednání. Množství citací, především z behaviorálních a neuropsychologických výzkumů (i když v naprosté většině jen amerických) je obdivuhodné, záběr emočního kontextu, v němž se Goleman pohybuje, jsem zmínil už výše.

Knížce nechybí pozitivní vyznění longitudoálních výzkumů o významu emoční inteligence pro téměř jakoukoliv oblast života. Nabízí řadu ukázek z preventivních a výukových programů emoční gramotnosti či sociálních dovedností pro děti a dospívající (u dospělých pak přichází v úvahu zejména racionálně-emoční psychoterapie).

Co ovšem knize i autorovi schází, je úvaha o původu a smyslu emočních projevů v sociálních systémech - rodině, školní třídě či pracovním týmu. Goleman se podrobně zabývá jejich negativními podobami a zejména jejich destruktivními důsledky. Už se ovšem nezamýšlí nad tím, proč rodiče přeceňují citové projevy své dospívající dcery, proč emočně hladovějící učitelka nevládá spontánní aktivitu emočně labilnějších chlapců nebo šéf organizace opakovaně zlehčuje osobní prožitky svých podřízených.

Systemické uvážování a vztahový kontext emočních projevů je neuropsychologicky laděnému Golemanovi zcela cizí. Na druhé straně však poměrně srozumitelným jazykem umožňuje čtenáři porozumět fungování extrémně složitých vzorců neurohormonální aktivity lidského mozku.

A ještě varování! Nezaměňujte „*Emoční inteligenci*“ Golemanovu za „*Emocionální inteligenci*“ Dietera Urbana (1998); ve druhém případě jde o tzv. diagonální myšlení, což je nácvik inovace a kreativity, využívající souhry levé (digitální) a pravé (analogové) mozkové hemisféry.

Alan W. WATTS: Příroda, muž a žena.

Filosofie spontaneity

**(VOTOBIA, Olomouc 1997,
překl. Jan Navrátil, 183 stran)**

Netuším, jestli se někdy v 50. letech potkal Carl R. Rogers s Alanem W. Wattssem, filozofem a teologem. Jisté je, že oba mluví o tomtéž, i když různými jazyky: úplné sebezpřijetí dovolí naší vlastní přirozené spontánnosti prožívat život jako plynulý, neustále se proměňující proces, jenž má účel sám v sobě.

„Filosofie spontaneity“ A. Wattse je hlu-bokou filosofií přirozených vztahů. Nejdřív ukazuje význam niternosti. Potom popisuje skutečnost jako pole proměnlivých vztahů. Pak kritizuje naše úzce zaměřené sebeuvědomění a to, že část reality, kterou vědomě vnímáme, ztotožňujeme se světem celým. Odtud pokračuje cestou odevzdání se spontánnosti tělesných pocitů a úplného sebezpřijetí. Výsledkem úvah je přirozený vztah muže a ženy, kteří se v „rozjíma-vé“ (tj. vzájemně otevřené, vnímavé a ne-předpojaté) lásce poddávají spontánnímu sexuálnímu procesu.

Watts čerpá inspiraci ve filozofii budhis-mu a taoismu, které silně konfrontuje s kri-tikou západního křesťanství. Je příjemně překvapivé nacházet v jeho knížce pojmy jako lineární myšlení a nelineární řád svo-body, sociální role, silové pole vztahů, po-cit jako vzor psychické akce apod. Otázka po přirozenosti vztahu muže a ženy (a tím i člověka a přírody), na niž Watts dává od-pověď v principu nedualnosti (vzpomeňte na Umění milovat E. Fromma), je aktuální i 41 let od prvního vydání této knížky.

Hledám kolegyni - klinickou nebo pora-denskou psycholožku s klinickou zkuse-ností a minimálně započatým psychote-rapeutickým výcvikem, která by byla schopna pracovat samostatně (even. pod externí supervízi) s relativně širokým spektrem klientů za přímou finanční úhra-du. Přílišná spolu se životopisem a for-mulovanou představou o náplni své prá-ce zašlete, prosím, na níže uvedenou adresu.

PhDr. et PaedDr. Miroslav Petrzela
Psychologické a psychoanalytické
konzultace
Spalíček
Zelny trh 12
602 00 Brno

Z. R. poprvé: K tématu tohoto čísla aneb O závislosti - možná - ze všech nejtěžší...

Jen malá vzpomínka. Měl jsem tu čest potkat ve své praxi různé lidi různě závislé - od závislosti na alkoholu (dělával jsem v OAT), až po závislost na představě ideálního Já či závislost na partnerovi anebo práci.

A setkal jsem se jednou s člověkem, který moje tradiční spektrum závislostí (občas nucených a občas topořících abstinencí) obohatil. Byl to člověk, který měl za sebou neblahou událost a v sobě vložil otevřenost člověka, který je a není rád, že se té události podařilo nezdařit... Anamnézu měl sytou střídáním - střídáním bez rytmu a kontinuity. Začal střídáním města a vesnic a otců a sourozenců a postelí, střídal školy a střídal učitele, střídal spolužáky, střídal útěky od jednoho rodiče k druhému a útěky od obou rodičů s návraty k nim a útěky od nich zase zpět... Poté střídal střední školy a střídal lůžka v nemocnicích, střídal partnerky, střídal zaměstnání, střídal koničky, střídal oblíbené autory, střídal barvu ponožek (a vždy tak, že byl po určitý čas neúměrně věrný jen jedné jediné barvě), střídal fobie, střídal psychiatry, střídal znovu města a ulice a domy a... a... až dospěl k pokusu to všechno ukončit, který vystřídal pobytem v krizovém centru a tam setkáním se mnou...

Zamračeně se na mě usmíval. A já rutině zaznamenával anamnézu. A zeptal se

tuž i na cigára a kofein a alkohol a drogy. Usmál se a zeptal se, ptám-li se na to, na čem je závislý. Nereagoval jsem správnou psychoterapeutizující otázkou, co jej k této jeho otázce přivádí a jak to prožívá... a pouze jsem obyčejně a jednoznačně přikývnul: „Ano, chci vědět na čem jste závislý.“ „Na tom nejhorším,“ ušklíbnul se. Trochu jsem znejistěl, co když se jedná o drogu, o niž já, rutinní polovzdělanec, nic nevím! Napjatě jsem čekal. Chvilí si mě trochu, tuším, vychutnával. A pak dopověděl: „*Jsem závislý na své nezávislosti.*“

Z. R. podruhé aneb Jak se ze mě stal zaujaty student...

Nečekaně jsem se stal studentem na přednáškách o interpersonální komunikaci. Můj přednášející je mladý muž, prezentující téma a sebe ve formě esejistických sdělení. Zaujal mě svým *balistickým úsměvem* a vstupní analýzou toho, jak jsem s ním začal komunikovat dříve, než jsem začal. Pak mě obohatil informacemi, rozdělenými do dvou dějství. První dějství věnoval přednáškám z obecné psychologie komunikace, druhé věnoval speciálním okruhům psychologických aspektů „komunikování“ (slovo komunikování zvýraznil uvozovkami, nevím vlastně - proč).

A pak již mě „okomunikoval“ (tentokrát moje uvozovky) v prvé části svého přednáškového cyklu tématy, která oživila moje otázky, týkající se pra-prapůvodu porozumění komunikaci v komunikaci komunika-

ci. Můj vyučující oslovil v tomto smyslu i moji bytost politickou (která jest tudíž - anebo právě proto - tvrdohlavě bez příslušenství). Například připomenutím etiketování. Ozval se mi přitom Logos, vzdáleně blízký „vzorcům“ a zblízka vzdálený „tabuli rasa“. Jsou to témata, o nichž bych chtěl slyšet více a o nichž bych s panem vyučujícím chtěl vést dialog a trochu s ním polemizovat - bylo by to zároveň o jedné z žinek, vymoderovávajících dočista do čista tento svět. Díky eseji o intencionalitě mohu teď doufat, že jsem teď a tímto řekl přesně to, co jsem nechtěl říci, že říkám, aniž bych řekl, že to říci chci. Tak jsem se do výkladu pana přednášejícího zaposlouchal, že jsem zapomínal slyšet, neboť ve mne povzbudil proudy inspirací...

Ve druhém dějství svého přednáškového cyklu se přednášející věnuje aktuálním okruhům komunikace: reklamním slogánům (dočista do čista), placebo efektu (o němž tolik věděl Milton H. Erickson!), ale také hodným a zlým chlapcům (a samozřejmě i dívkám), kteří v mozku drátují a předrátoávají a různými chemikáliemi posilují a potvrzují naše emoce (hle, pozitivní myšlení) a jejich „strážce“ a „paměť“. Úvahy směřují - řekl bych, že přirozeně - ke komunikačním manévřům v politice (jak zůstat neutrálním v našem kontextu k tématům, která se hodí - zdá se - těm i oněm: například k tématu tzv. „rasismu“?). S tímto okruhem souvisí i úvaha k oprávněnosti feminismu (aneb O sexismu). I jméno Milošević se objevuje! A internet, který „souvisí s dobou zvrácenosti“, neb „připravuje obyvatele světa o tělovou paměť, o fyzikální stopy, zanechávané po sobě při pohybu krajinou“ (hm, vážně?). Autor zdůrazňuje (a chtěl jsem to uvést jako motto svého sdělení), že (díky neuvěřitelným technickým komunikačním vymoženostem)

„světem se prochází tolik lidí, aniž udělají krok!“ Autor končí vykřičníkem, mně tam ale zakřičel otazník, zesílený esejí o vyjednávání a sociální inteligenci i navazující Čítankou textů o komunikaci. Coby student jsem zpozorněl a čekám vysvětlení. Jak to působí na ostatní spolužáky, nevím: nevnímám je, neb jsem zaujat a poslouchám - či čtu - chvílemi rychleji, než stačím vnímat a porozumět. A mám chuť nejen přitakat, ale také se přit. Ostatně: mám-li se oč *opřít* - *přít* se mohu. A díky přednášejícímu je oč! Doporučuji se k nám, studentům, přidat.

A abych nezapomněl: přednášejícím je **Zbyněk Vybíral** a jeho „přednášky o lidské komunikaci ve formě esejů“ se jmenují **„Co, čím, jak a s kým komunikujeme?“** Vyšly v r. 1999 v nakladatelství Gaudemus při Vysoké škole pedagogické v Hradci Králové. Zaslouží si obohatit své transakční prostředí naší zaujatou a akce-mi plnou spoluúčastí. Poznáte sami. Vlastně: *Dávno teď Jste právě začali...*

Z. R. potřetí: Středisko komplexní terapie v Liberci má již 10 roků

a já se tam přihlásil a těšil se a chystal se - a nepřišel. Se mnou měl - tak jako kdysi na oslavu výročí Ondřejovských - přijet AĎAS (Ateliér divadla a slsmíchu) s pětiminutovým překvapením, které mělo vést ke *komplexní somatizaci bránice* a k navazujícímu *terapeutickému happeningu*. Moc se omlouvám, že jsem nakonec nepřišel a nezaplátil. A k výročí od srdce blahopřeji. Víím, kolik práce to stojí - již jen zakládání takového střediska... A SKT za tu relativně krátkou dobu vybuodovalo pracoviště, které má takovou úroveň, že - kdyby bylo americké - by mohlo být

mekkou rodinných terapeutů z celého světa.

Proč jsem nepřišel? Protože jsem kdysi zakládal jedno pracoviště a ono se dostalo do situace závažných řešení. A já přesně v den oslavy desetiletí mám být v místech, kde je naděje, že získám podporu. Byl jsem tam nečekaně pozván a rozhodoval jsem se dlouho, než jsem souhlasil. Sice tam AĎAS s sebou nevezmu, ale somatizovat budu. Komplexně - jistě si přitom vzpome-

nu na milého Vládu Chválu a kol. a budu rád, že jsem si vzpomněl a budu se přitom litovat, že nejsem u něho a naplním tak svůj scénář. A pokud ta cesta účel splní, pochválím se a koupím si něco dobrého a připiju tím na SKT a celý Liberec!!! A když očekávání nesplní - dozvím se alespoň proč. A pak si koupím něco dobrého, abych se stále nelitoval - a připiju tím dobrým na SKT a jeho Liberec!!! Takže: Na dalších deset let! *Zatím.*

Zdeněk Rieger

Ve dnech 28.-30. listopadu t. r. se koná v Radium Palace Jáchymov konference s názvem

INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP K LÉČBĚ PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

Konference navazuje na myšlenku komplexní léčby psychóz. Pořadatelé jsou Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, ÚHLS 1. LF UK Praha a Lázně Jáchymov.

Aktivní účast vítána, hlavními tématy jsou:

- organizační aspekty léčby
- etické aspekty léčby
- teoretické aspekty léčby
- kazuistický seminář (délka sdělení 20 min.)

Přihlášky k aktivní i pasivní účasti zasílejte na adresu: Nemocnice Ostrov, spol. s.r.o., psych. oddělení, 363 01 Ostrov, do 20. září t. r. (blíže informace budou přihlášenými obratem sděleny).

Konference je zařazena do systému kontinuálního vzdělávání ve zdravotnictví, je určena pro lékaře, psychology, sociální pracovníky a střední zdravotnický personál. Ze základního zaměření konference vyplývá, že žádná profese nebo terapeutický přístup nejsou ostatním nadřazeny. Co je společného, je integrativní zájem všech zúčastněných.

Z příspěvků uveřejněných na konferenci bude sestaven sborník.

Ad: Téma „Kosovo, Jugoslávie, NATO“ v minulém čísle

Vážený pane Vybíralo, přečetla jsem si se zájmem poslední Konfrontace 2/99. V polovině června, kdy jsem je dostala do rukou, mne nejvíce zaujaly všechny články týkající se Kosova. Zejména proto, že jsem se krátce před tím vrátila z albánských táborů pro kosovské vyhnance. Bylo to zároveň v době - v polovině června, kdy již bylo jasné, jak „kosovský konflikt skončil“. Nechci proto vystupovat z pozice vědoucího v momentě „kdy bylo po všem“. Nechci tak činit ani proto, že i já jsem pochybovala o povaze mnohých akcí NATO a/nebo (následných) výrocích jeho představitelů, které se mi jevíly cynickými. Přestože jsem zásah NATO podporovala, chci zachovat cele pochybování Vaše i druhé autorky, T. Kocourkové, neboť - i když jsem za dané situace neviděla jiné řešení - i já jsem v několika vámi oběma popsaných momentech velice pochybovala.

Také s těmito pochybnostmi jsem odjela do Albánie, kde jsem se v rámci malého art-terapeutického projektu - od 30. 5. do 13. 7. 99 - ocitla postupně v šesti „utečeneckých“ táborech. Chci Vám nabídnout bez dalších úvodů a komentářů to, co jsem slyšela přímo od vyhnaných kosovských Albánců. Jistě lze namítat, že jsme, já a mých 13 kolegů, nemluvíli zdaleka se všemi. Navíc, sami jsme takovéto rozhovory neiniciovali a zdaleka jsme se neptali ani všech těch, kteří za námi přišli a chtěli o svých zážitcích vést dialog. Přesto jsem přesvědčena, že - s ohledem na celkovou

atmosféru mezi běženci - je i těch několik desítek, možná stovek rozhovorů směřodatných a kladu je takto, přinejmenším pro sebe, na druhou misku vah.

Kdykoli přelétaly nad táborem vrtulníky, zvedal se vzhůru za nimi les rukou s „V“ mezi prsty za současného volání NATO, Kosovo, UČK. Ti, co byli vzhůru, tak činili i večer a v noci, když byla slyšet letadla nebo detonace výbuchů pum za hranicemi, v Kosovu. Při vyslovení našich pochybností o tom, že bomby padají i na jejich kraj a možná i lidi, říkali jinými slovy vždy totéž: „NATO se spletlo, to je špatné, ale nedá se nic dělat - podniklo přes dva tisíce náletů a spletlo se jen čtyřikrát nebo pětikrát - to se může stát nebo možná i musí. To, že čistky a vraždění zesílily po začátku náletů, byla pro Miloševiče jen záminka a ospravedlnění před srbským svědomím. Nemyslete si, že kdyby NATO nezasáhlo, že by se stáhl nebo umínil. Nic o tom nevíte - to vraždění a vyhánění trvá nejmíň pět let a eskalovalo už před bombovými útoky. Kdyby NATO nezačalo bombardovat, trvalo by mu to jen o pár let nebo měsíců déle. Kdyby nebylo vojenské akce NATO, Srbové by nás vyhnali nebo pobili naprosto všechny. Výsledek by byl horší než je teď - Kosovo by bylo celé albánským hřbitovem. Takhle máme šanci se tam ještě vrátit. Bože, jen ať pokračují. Kde jen jsou ty Apači?“

Závěrem podotýkám, že ani tento pohled z druhé strany mne výše uvedených pochybností nezabavil ani přesto, že to „dobře dopadlo“. Uvědomila jsem si totiž, že mé pochybnosti se netýkají ani tak oprávněnosti zásahu samého, ale převážně jeho „načasování“.

„tj. prodlení a ještě spíš letitého prodlívání. Kdyby byl podobný, úměrný tlak... jerrže, to už jsou ta „kdyby ...“ a, obávám se, i něco, co spadá do ranku tzv. „vysoké politiky“. Někdy mám dojem, že až příliš často právě ta „nejvyšší politika“ povstává z těch nejnížších zájmů lidí... kdekoli.

S pozdravem
Blanka Kolínová

Kroužení kolem Ty

MUDR. ZDENKA BROŽKOVÁ

(ad: Žucha - Kto som? Kto si?
Čo robíme?; vyšlo v čísle 2/1999)

Ráda čtu slovensky, zvláště ráda čtu slovensky v českých časopisech. V Konfrontacích č. 2 mě uchvátil článek profesora Žuchy, Žucha aj Žuchu? Slovenčina ma ovíja svojou expresivitou.

Odnášim si z článku obraz kroužení kolem Ty a nemůžu se tohoto obrazu v posledních dnech zbavit, ani souvislostí v článku. Není zas tak úplně pravda, že internista a chirurg kolem Ty nekrouží (...). Každý chirurg ví, že nezastaví prohlubování dekubitů u člověka, který žít nechce, stejně tak každý internista ví, že vlastní životní styl pacienta je nejen při diabetu důležitější než všechny léky. Ale ve škole se učí jen o organismu. To není výhoda jednoduchého pohledu, to je nevýhoda omezeného a ukráceného, neúplného výhledu. Chomout z fakulty, který každý lékař vláčí, tedy skoro každý, se některým podaří aspoň částečně odložit. Ale je to těžké, protože kolegové kolem i vlastní učitelé se usilovně zabývají jen tím organismem a je jim potom zatěžko převzít lidskou odpovědnost i za to, když mluví s pacientem jako člověk s člověkem. Klasický je chirurg, který svojí žoviálností nebo dokonce černým humorem chrání sebe před pacientovým

utrpením. Sám pacient se pak těžko vyrovnává třeba s diagnózou, s tím, že má „vývod“, se životem... Takový lékař vůbec netuší, že je zbabělý, jeho učitelé i kolegové to dělají zrovna tak. Těžko je pak pacientovi při rozhovoru s panem doktorem, málokterý totiž využije sílu své osobnosti ve prospěch vyděšených. A přitom by stačilo tak málo: jenom si představit, že tuhleto smutnou zprávu říkám sobě nebo svým blízkým. Ono to „kroužení kolem Ty“ se pak dostává samo a nemusí být nikdo psychoterapeut a nemusí trvat hodinu ani nemusí být nijak organizováno, jen by se o něm mělo vědět a hlavně by se o něm mělo učit.

Ad) Psychoterapeuti v Čechách (a na Moravě a ve Slezsku) a jejich zastřešující organizování

Pozn. red.: Ve svém editoriaálním P.S. k tomuto číslu vyzývá D. Dobiášová k rozchodu členy a sympatizanty tzv. „Iniciativy Psychoterapie 1999“, kteří v České republice momentálně vystoupili konfrontačně vůči výboru Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii. Přestože je toto číslo prvořadě věnováno tématu závislosti, dali jsme v závěru prostor dvěma čelním aktérům momentálního střetu: psychoterapeutovi PhDr. J. Barbaričovi (Iniciativa) a psychoterapeutovi doc. PhDr. Janu Kožnarovi (stávající předseda výboru Společnosti pro psychoterapii). V eventuální další výměně názorů o identitě a „politice“ psychoterapeutů jsou Konfrontace ochotny pokračovat - ovšem již v rozsahově mnohem menší míře a jen příspěvky, posouvajícími debatu opravdu dále. V tomto nadstandartním rozsahu proto naposledy.

(Z. V.)

Jak a proč jsem se stal „členem Iniciativy Psychoterapie 2000“ a „signatářem“ otevřeného dopisu výboru SPRT?

A co si „o tom všem“ myslím...

JURAJ BARBARIČ

Před nějakou dobou jsem dostal e-mail od Zdeňka Macka s „výzvou...“ a s „otevřeným dopisem...“ a také s otázkou, jestli bych se jako někdo, kdo na české psychotherapeutické scéně „něco znamená“, nechtěl připojit. Popravdě jsem se značně podivil formulaci, že „tady něco znamenám“. Po zběžném přečtení „výzvy...“ a „otevřeného dopisu...“ jsem však řekl, že se připojím rád, protože se domnívám, že je třeba, aby se něco dělo a změnilo. Od té chvíle se moje jméno pod těmito „dokumenty“ začalo objevovat a to navíc na prvním místě, to asi díky abecedě. Do textu „výzvy...“ ani „dopisu...“ jsem nezasahoval. Obsah v zásadě obecně odpovídá mému pohledu, jednotlivými detaily jsem se nezábýval.

Nyní, když i na stránkách Konfrontací proběhla již nějaká diskuse kolem zmíněných „dokumentů“ a bohužel ne jenom věcná, mám chuť něco říci sám za sebe. Mám však současně „nechuť“, jelikož mnozí psychologové, psychiatři i psychotherapeuti mají v profesionálním zvyku za slovy a skutky jiných lidí hledat „skryté či nevědomé motivy“ a tak se opět jednou vystavuji riziku, že budu přímo či nepřímo obviněn z „narcistické manipulace“ či ze záměru „zničit dosavadní (psychotherapeutickou) organizaci“ a podobně... A to mi je velmi nepříjemné... Pokud ale chci být na psychotherapeutické scéně aktivní, nezbyvá mi nic jiného, než se i s touto situací a možností smířit a také se skutečností, že v zásadě nemám šanci ovlivnit to, kdo a proč mi bude věřit a kdo ne...

A aktivní být chci. Myslím, že mám čím přispět. Myslím, že by bylo fajn, kdyby se některé věci, jak organizační, tak odborné, změnily. Svými dosavadními spontánními životními a cílenými profesními zkušenostmi mám svoji „sebereflexivní instanci“ dostatečně kompetentní k tomu, abych věděl, jaké mé motivy jsou a jaké ne. Nehraji si na nikoho, kým nejsem. Nemám žádné skryté a případně nekalé motivy. Nejde mi o žádnou „manipulaci“ (ve špatném slova smyslu) či destrukci. Nejde mi o nějakou „vedoucí funkci“ v jakékoli psychotherapeutické organizaci a tedy o nějakou formální moc. Nechci být dokonce členem žádného „výboru“. I kdyby mne kdokoliv kdykoliv do nějaké „funkce“ tohoto typu navrhl, odmítl bych to. Nejsem, či spíš nechci být organizátor či „psychotherapeutický politik“. A také mi nejde o žádné „koryto“. Já se v této době ať již psychotherapeutickou prací s klienty, či prací výcvikovou v rámci psychotherapeutické scény, neživím. A myslím, že tomu tak bude ještě hezkých pár let. Živí mne sice psychologická práce, ale práce typu „organizačního poradenství a manažerského rozvoje a vzdělávání“. Je mi to dost líto, protože bych raději dělal psychotherapii „na plný úvazek“. Věřím však, že se tak časem, až se nějak existenčně zajistím, stane. Navíc i ve svém aktuálním

„hlavním zaměstnání“ zůstávám věrný svým psychologickým přesvědčením a své filosofii (to prostě jinak nejde) a přitom se také hodně učím a získávám cenné zkušenosti.

Řekl jsem, o co mi nejde. Teď se pokusím říci, o co mi jde:

1. Tím nejdůležitějším je zasadit se o to, aby se psychotherapie stala zcela nezávislou, svobodnou a mimoresortní profesí a disciplínou a to navíc s jasným legislativním statutem - v duchu Strasbourské deklarace: na Internetu na adrese:

<http://www.psychother.com/eap/stras-decl.htm>

a v duchu rakouského zákona o psychotherapii: na internetovské adrese:

http://www.psychotherapie.at/oebvp/psychother/psychother_i.html

A jde mi o to, aby tímto směrem šly jasné a viditelné kroky.

Podle mého mínění je chybou - a to jak organizační, tak odbornou ve smyslu, že to snižuje reálnou kvalitu psychotherapeutické práce i její pověst - z hlediska naší střešní psychotherapeutické organizace dominantně pečovat jenom o psychotherapii v rámci zdravotnictví - a já si myslím, že se tak reálně děje. A to jsem „klinický“ psycholog, sedm let jsem pracoval ve státním zdravotnictví, jak na psychiatrii, tak na somatických odděleních. A také jsem si ještě „udělal“ ono osvědčení o oprávnění vykazovat systematickou psychotherapii v rámci zdravotnictví, či jak se to jmenuje. Není tu prostor k tomu, abych tento svůj názor zevrubně zdůvodnil, zabralo by to hodně místa... Rád to však udělám na jiném místě a při jiné příležitosti. Chci jenom dodat, že **jsem samozřejmě pevně přesvědčený, že psychotherapie na půdě zdravotnictví patří a že by jí tam mělo být jednak více a jednak by měla být kvalitnější, než je tomu aktuálně.** K tomu, aby mohla naplnit to, co naplnit může, tam však musí vstoupit z jiného místa, jinak definovaná, z jiného a nové legislativní i odborné pozice - prostě s jinou profesní odbornou identitou.

Vláďa Chvála v Psychologii dnes s podobným názorem Vrátí Strnada polemizuje a kromě jiného říká, že kdybychom něco takového udělali, tak by nám farmaceutické firmy a biologičtí psychiatři platili z vděčnosti doživotní rentu. Já se domnívám, že v aktuálním kontextu hierarchizace medicínských (a zejména psychiatrických) pracovišť, jejich tradice a způsobu myšlení, že v aktuálním kontextu ekonomické agrese farmaceutických firem a v kontextu toho, jak je tam psychotherapie „uplacirovaná“, se snahy zlepšit její pozici a přinést pacientům větší užitek podobají Sisyfovi a jeho kamenu. Myslím, že je jiná a efektivnější cesta a ta má dvě linie - jednak dát psychotherapii novou identitu a legislativní pozici a jednak vzdělat veřejnost v tom, co mají od psychiatrů a jiných lékařů a od psychotherapeutů vyžadovat. Je zapotřebí, aby se lidé naučili jednak rozpoznávat možnosti a kvalitu medicínské a psychotherapeutické péče (tedy například i to, že **když někdo trpí strachem z veřejných prostranství, nemusí nutně do sebe tlačit**

kila Prozacu, anebo že když někdo trpí „poruchou příjmu potravy“, tak že jediná cesta není „naučit se s tím žít“) a aby se naučili hájit svá (pacientská) práva. Lékař (a pochopitelně ani psychoterapeut) by neměl být bohem, rozhodujícím o osudu pacienta. Konečné rozhodnutí by měl mít pacient sám - a aby ho mohl učinit, musí mít relevantní informace.

2. V rámci toho **mi jde o to, aby se stávající psychoterapeutická společnost přetvořila - ne aby byla zničena.** Myslím, že je smysluplné - jak odborně, tak organizačně - oddělit psychoterapeutickou společnost od Lékařské společnosti a dát i naší střešní psychoterapeutické organizaci novou identitu, poslání a cíle. Jedna z věcí, která pro mne ukazuje, že v této podobě společnost nefunguje optimálně, je, že její členové se do dění málo zapojují, či vlastně dokonce že téměř žádné dění neexistuje. S tím souvisí i skutečnost, že v posledních volbách do výboru (pokud mám přibližně správnou informaci) volilo cca 150 z 800 lidí - a to je velmi málo. Jistě, že je výbor zcela legitimní, jak říká Jirka Růžička v reakci na „otevřený dopis...“, ale třeba by volby dopadly jinak, kdyby volilo aspoň 80 % „oprávněných voličů“. Třeba by situace byla vůbec jiná, kdyby kolegové říkali, co si myslí. Znáám mnoho takových, který mají svůj názor - i velmi podobný s mým -, privátně ale také říkají, že nemá cenu se angažovat. Jirka Růžička také říká, že důvody, proč výbor zatím váhá s oddělením od lékařské společnosti, jsou převážně ekonomické. Já jsem přesvědčen, že pokud je člen jakékoliv organizace s touto organizací ztotožněný, rád zaplatí i hodně vysoký členský příspěvek. Jenom musí mít pocit, že to má smysl. Jinak si za ty peníze raději koupí cigarety, anebo knížku.

Jiná věc, která mne z hlediska globální organizace psychoterapie trápí, je, že mám dojem, že různé jiné psychoterapeutické či psychologické organizace i jednotlivci se k sobě chovají hodně nehezky, konfliktně, řevnivě, neuctivě... A myslím, že to - kromě jiného - velmi zásadně souvisí s neexistencí identity psychoterapie jako disciplíny a jako profese na české půdě. V rámci toho není velmi ochota táhnout za jeden provaz. A pokud nebudeme táhnout za jeden provaz a budeme se mezi sebou hádat, pak se budou smát ty farmaceutické firmy a biologičtí psychiatři a k újmě přijdeme my i naši klienti a pacienti. Pojdme se klidně - ale slušně a s respektem - uvnitř dohadovat o různých teoretických tématech v rámci různých psychoterapeutických škol a přístupů. Pojdme ale směrem k nám i směrem k laické veřejnosti a jiným vnějším institucím jasně zformulovat naši profesionální identitu a naši stavovskou kulturu. A o těchto věcech je zapotřebí diskutovat věcně - i když je ve hře hodně emocí. Také lze mluvit o tom, jak naložit s těmi emocemi, které jsou ve hře. Proto mi třeba vadí, že Jirka Růžička k podpoře svých slov v reakci na „otevřený dopis“ používá argument, že dva z autorů „otevřeného dopisu“ nezískali akreditaci svého výcviku, protože nesplňovali odborná kritéria... To je dle mého mínění něco, co do diskuse na organizační témata prostě nepatří. Podobně, jako věta Vlády Chvály (a lidé, kteří mne znají, vědí, že Vlád'u si hodně

lidsky i odborně vážím) o chování Vráti Strnada na akreditační komisi v jeho reakci v Psychologii dnes... Nicméně, také se mi nelíbí některé formulace Zdeňka Mac-ka, ty, které mi připadají jako neuctivé a tedy málo věcné... Byl bych rád, kdybychom mohli zkusit hovořit věcně, bez osobních útoků, kdybychom našli způsob, jak naložit s našimi emocemi (...)

Skutečností, že snad je přítomná jakási „organizační pasivita či dokonce rezignace“, jak jsem o ní hovořil výše, má výbor práci, kterou dělá, značně stíženou. Sám Jirka Růžička hovoří, jak se výbor učil a učí na vlastních chybách. V zásadě se domnívám, že by výbor měl být rád, že jsou i lidé, kteří chtějí být aktivní, kteří se chtějí nějak angažovat, chtějí přispět, chtějí diskutovat. Síla týmové práce - pokud je konstruktivní - je právě v tom, že víc hlav víc vidí a slyší a umí a zná a že víc srdcí více cítí. Přidají se snad další a zájem obce o dění, o aktuální stav i o budoucnost poroste. Věci dostanou společnou tvář, pravidla, přehlednost...

3. A pak mi jde o to, abychom - na půdě jasné profesní identity, kooperativní organizační kultury a zájmu a aktivity lidí, a později (jelikož to nějakou dobu bude trvat) na půdě nové legislativní situace - s citem a pečlivě dbali o neustálé udržování i zvyšování kvality psychoterapie...

Zajisté bych mohl psát ještě dlouho. Snad jsem to, co jsem chtěl nejvíc, řekl. Doufám, že diskuse - teda zejména věcná - bude pokračovat. I na těchto stránkách, i jinde... Protože konstruktivní diskuse a společné formování věci je podle mého mínění známkou úcty i demokracie...

*(Nepatrně redakčně zkráceno.
Zvýraznění v textu je redakční)*

Otevřená odpověď

JAN KOŽNAR

Zdá se, že Konfrontace jsou mi souzeny především jako platforma pro osobnější psaní a výpovědi. Alespoň doposud tomu tak bylo. Na stránkách tohoto časopisu jsem publikoval některé své dopisy z Ameriky, i psaní S. Kratochvílovi k jeho životnímu jubileu, a nyní jsem se, po delším váhání, rozhodl sepsat svou odpověď na „Otevřený dopis členům výboru SPRT ČLS“ od kolegů J. Barbariče, Z. Macka a V. Strnada z března tohoto roku. Protože jsem v dané věci jednal zatím tvář v tvář, i telefonicky, nejčastěji s panem Z. Mackem, jemuž jsem bezelstně věnoval nejvíce svého času, a od něhož se mi dostalo nejvíce pozornosti v jeho textech, budu svoji odpověď adresovat převážně jemu.

Jestli tedy, pane Macku, dovolíte, obracím se dále hlavně na Vás, coby na reprezentanta Vaší trojice, jakož i Vašich dalších stoupců a příznivců. Bude se mi tak lépe uvažovat a psát, navíc si myslím, že mám co říci i přímo Vám osobně.

Předesílám, podtrhuji, a vyplývá to již i z výše uvedeného, že následující psaní je mojí vlastní částečnou odpovědí na „Otevřený dopis“ a některé publikační a diskusní dění s ním spojené. Psaní je tedy mojí osobní výpovědí, nikoli reakcí výboru Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii. (...)

Toto rozhodnutí pro mne nebylo úplně přímočaré a prošel jsem několika fázemi prožívání celého problému. Dlouho jsem měl chuť nereagovat přímo a doufat, že nejlepší odpovědí na Vaši akci bude odborná a manažerská práce ve výboru společnosti a její - jak jsem doufal - dobré výsledky. Později jsem si ale uvědomil, že o výsledky možná ani tolik nejde, neboť ty mohou být ideologicky právě tak zveličeny, jako popřeny, a že se Vám může postupně podařit jednotu psychoterapeutické obce nejen rozbít, ale i zcela rozbít, a že to tak možná má být, budou-li Vám členové společnosti naslouchat a budou-li Vás v dostatečné míře podporovat. Vzniknout by pak mohlo více společenství, z nichž to, na zdravotnictví a klinickou psychoterapii orientované, by mohlo personálně i obsahově navázat na současnou SPRT. V těch chvílích jsem si říkal, že by možná bylo správné nechat vyvíjejícím se trendům volný průběh. Pak jsem měl dokonce chvíli období, kdy jsem si říkal, že by bylo nejlepší se vzdát, rezignovat, nechat prostě SPRT rozbít. Postupně ve mně ale stále více dozrávalo přesvědčení, že mám vůči SPRT jistou zodpovědnost, a že bych měl asi nejen odvádět patřičnou práci ve výboru, ale vyjádřit se a chovat se také veřejně, tak řečeno „politicky“, a to právě proto, že jde, dle mého názoru, vlastně o jakýsi politický boj v naší odborné společnosti. A ať chci, nebo ne, jsem zatím legitimně zvoleným předsedou této společnosti, podílím se na řadě úkolů, včetně akreditací vzdělávacích programů pro zdravotnictví, vyjednávání se členy Psychiatrické společnosti, definování a vymezení psychoterapeutických aktivit v oblasti školství, pracování našeho členství v Evropské asociaci pro psychoterapii, atd. Jsem tudíž o ledasčem informován a měl bych se pokusit některé z podstatných informací předat...

Z počátku jsem celou Vaši iniciativu vnímal jako snahu několika kolegů získat

vlivnější pozice na české psychoterapeutické scéně. Tomu rozumím, sám jsem se většímu svému profesionálnímu životu o něco podobného snažil. Rozdíl je pouze v tom, že jsem k tomu volil prostředky, jež byly v dobách minulých pro mne jediné možné - tedy ambiciózní dosahování a prezentování výkonů terapeutických, vzdělávacích, výzkumných a publikačních. Nikdy jsem nesáhl tak řečeno k prostředkům politickým. Dříve to, dle mé zkušenosti, ani příliš nešlo a později jsem to neuměl. Navíc jsem se o takovéto cesty nikdy moc nezajímal. A pak jsem, patrně „politicky“ ne dost dobře připraven, byl po odstoupení R. Honzáka zvolen po složitých jednáních do funkce předsedy společnosti. Nejdříve jsem měl značné potíže s řízením výboru, coby skupiny schopných profesionálů v oboru, který je tak heterogenním. Psal jsem o tom ve Zprávách. Zdá se, že nyní dostávám příležitost se alespoň trochu vyučit i v politice, nejen v řízení. V politice, coby aktivitě, v níž jde především o získávání či udržování moci a o prosazování vlivu, a to jak cestou konfrontací a bojů, tak cestou jednání a spolupráce. Dochází mi, že v otevřené a demokratické společnosti je to v pořádku a má to tak být. Vaše snahy, pane Macku a ostatní kolegové, jsou pochopitelné a legitimní. Myslím, že Vám rozumím. Otázkou však je, jaké volíte prostředky a jak zacházíte s fakty.

Nejraději bych se vyjádřil v tom smyslu, že se na Vás, jako na autory dopisu nezlobím pro Vaši iniciativu, ani pro vaše vpravdě „mobilizační“ výzvy. Zlobím se však proto, že nenazýváte věci pravými jmény, sem tam některá fakta zamlčujete a některá překrucujete, jak už na to ve svých publikovaných odpovědích upozornili J. Růžička, V. Chvála a Z. Vybíral.

Zde jsou některá fakta a situace tak, jak jsem byl jejich aktérem a jak jsem je prožíval já. Nečiním si nárok na to, že jde o pohled jediný možný a nejsprávnější. Netvrdím, že právě já dokážu zcela přesně popsat realitu. Nejsem však stoupcem bezbřehého relativizování a na rozdíl od V. Strnada („Komu patří psychoterapie“ v 1. čísle Konfrontací 1999) nesdílím názor o neodvratném oslabování konceptu objektivní reality ve vědách a v lidském životě vůbec. Chci-li zde prezentovat svůj pohled a získat pozornost členů společnosti, činím tak proto, abych postavil proti Vaším ideologicky prezentovaným názorům názorům své, tedy jiné. Budou možná prezentovány rovněž ideologicky, neboť, jak jsem již naznačil výše, jde v podstatě o politický zápas na půdě společnosti. A to mne opravňuje k prezentaci mého pohledu. Tak, jak se Vy snažíte získávat příznivce pro své postoje psaním výzev, otevřeného dopisu atd., činím i já psaním této odpovědi obdobně, s plným vědomím, reflektovaně a záměrně. Chci ovlivnit postoje členů naší společnosti, chci jim předestřít jiný obraz reality, nežli to děláte Vy. Chci být pokud možno přesný, jasný a co nejkonkrétnější. Nedůvěřuji Vám, když říkáte, že Vám nejde o pozice a o moc ve společnosti. Myslím si, že jde právě o ně, a téměř už o nic jiného. Přijímám Vámi hozenou rukavici, a očekávám, že členové společnosti se rozhodnou, kterým směrem se ubírat. Asi se nedopustím příliš velkého prohřešku, když podle své dosavadní zkušenosti a pracovních diskusí předpokládám, že mé názory a pohled jsou si dosti blízké s názory kolegů v současném

výboru společnosti. Čtenář tak může mít zpřehledněnou situaci volby: na jedné straně koncepce současného výboru SPRT, na straně druhé koncepce Vaše.

Pokusím se zrekapitulovat časový průběh některých událostí, už i to možná něco napoví.

Koncem loňského léta jste, pane Macku, přišli s návrhem vytvořit Českou psychoterapeutickou asociaci. Neznám přesně detaily, ale byl jsem informován, že jste měli šanci získat pro tento účel nějaký finanční grant. To by bylo samo o sobě dost nadějně a psychoterapii bych finanční injekce jen a jen přál. Horší už bylo to, že jste s podivnou samozřejmostí nabídli existujícímu výboru fungující Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii překvapivou a ne velmi lákavou alternativu, že vytvoříte v Česku novou střešní organizaci psychoterapeutů a naše společnost bude moci být sice důležitou, nicméně ve své podstatě Vám podřízenou institucí. Nabídli jste nám koordinaci, zastřešení, vedení... Proč bychom měli dát důvěru a podřídit se právě Vám, pane Macku, pane Barbariči a pane Strnade? Co Vás k vaší nabídce opravňovalo? Možnost získat finanční grant? Vaše iniciativnost, jež je sama o sobě sympatická? Váš kredit? Jaký vlastně je? Nepřipadá Vám to vše podivné? Nepřipadá to podivné Vaším stoupencům, zejména v souvislosti s tím, jak se ve svých výzvách oháníte důrazem na demokracii, demokratické procedury a instituce?

Připomínám zde důležitou skutečnost, že tato Vaše nabídka přišla jen několik týdnů po ukončených volbách nového výboru SPRT. Volby proběhly řádně a výbor je legitimně zvoleným orgánem společnosti. Navíc jak tento, tak předcházející výbory samostatné společnosti, vzniklé po revoluci hlavně úsilím J. Skály, měly ve svém programu jasně formulovanou koncepci: snažit se sdružovat odborníky, zajímající se o psychoterapii v různých oblastech společenské praxe, nejen ve zdravotnictví, tedy především také ve školství a v sociální sféře. Já sám jsem se vždy považoval za odborníka, prosazujícího konkrétně a prakticky principy a postupy psychoterapie do některých projektů v oblasti školství a takto jsem ve výbo-rech od svého zvolení začátkem 90. let vystupoval. Divíte se, že reakce členů současného výboru na Váš návrh byla při nejmenším zdrženlivá, častěji pak odmítavá?

Pak jsme se, pane Macku, setkali osobně. Pokud se pamatuji, tak to bylo poprvé. Vy sám popisujete toto i další naše setkání ve svém expresivním článku „Jak jsem potkal výbor“ ve 2. čísle letošních Konfrontací. Pominu-li Vaše „Bingo!“ v článku, mám chuť si hořce postesknout, že jsem si vlastně naběhl. Vždyť Vy jste asi ani moc jednat a diskutovat nechtěl, Vy jste chtěl prostě prosadit svůj názor, Vaši společnou koncepci. Jestli jsem Vám po více než hodinovém osobním setkání nabídnul jen 5 minut pro Vaši prezentaci na schůzi výboru, bylo to ode mne hloupé. Byl to naivní a nesplnitelný návrh, který jsem asi zplodil pod věčným frustrujícím tlakem, co vše se musí na schůzích stihnout projednat. Jsem rád, že uznáváte, že jste měl nakonec celou půlhodinu. Půlhodinu po celohodinové diskusi se mnou jako předsedou výboru. To už by se snad i dalo na něčem domluvit, ne? To, že jsem Vás na výborové schůzi přivítal tak prostofece jak píšete, to ode

mne také moudré nebylo. Na druhé straně - byla to pravda. Zdá se, že jsem v profesionálních otázkách dosti, a někdy i nepřiměřeně přímočarý. A já opravdu nebyl - a stále nejsem rád - že chcete, téměř za každou cenu, vytvořit novou zastřešující organizaci a že si nemůžeme porozumět.

V čem je asi jádro problému? Vytýkáte nám, že se náš výbor nestará o psychoterapii jako celek, že ji neprosazuje dostatečně razantně jako nezávislou profesi, že nebojuje o vytvoření nového zákona o psychoterapii, že nejsme dosti aktivní v Evropské asociaci pro psychoterapii. Ze všeho nejpodstatnější se jeví výčitka, že se současný výbor stará primárně jen o zdravotnictví. Jistě nás lze charakterizovat jako ty, kteří za prioritu opravdu považují situaci psychoterapie ve zdravotnictví, kde se podařilo dosáhnout mnoha nemalých úspěchů, ať už jde o akceptaci psychoterapeutických výkonů, vzdělávání, proplácení výkonů pojišťovkami atd. (viz např. články J. Kocourkové a J. Růžičky v Konfrontacích č. 2/99). Současně však chceme vytvořit prostor pro práci na vymezování, definování a legalizování psychoterapeutických postupů i v dalších rezortech, a to přece, pane Macku, víte. Sám se angažuji v tom, aby kolegové ze školství, pokud možno co nejsynchronněji se zdravotnictvím, definovali specifika užívání psychoterapie v jejich oblasti, vymezili indikace, kriteria pro vzdělávání atd. Jednám již delší dobu s reprezentanty ze školství V. Masákovou, I. Kalvínským, H. Prokešovou, nověji P. Peniškou a očekávám, že vytvoří pracovní skupinu, jakousi podsoučást výboru, která používání psychoterapie ve školství co nejprecizněji vymezí. Jestli si dobře vzpomínám, tak vy jste se, pane Macku, možná při Vašem pozvání na výbor právě se dvěma reprezentanty této skupiny setkal, nebo se mýlím?

A nyní se dostávám k mé hlavní a zásadní výhradě vůči Vašemu počínání: Vy jste se, pane Macku, doposud nikde ve svých textech nezminil o tom, že jsem Vám a Vaší skupině, jménem našeho výboru opakovaně nabídl spolupráci. Žádal jsem Vás při osobním rozhovoru, jakož i při sezení výboru, zda byste nebyli ochotni rozpracovat koncepci, ohraničení, kriteria a administrativní otázky užívání psychoterapeutických postupů ve sféře, v níž se Vy pohybujete, domníval jsem se, že by to mohla být oblast práce s manželskou a rodinnou problematikou, ale možná i šířeji - oblast sociální péče a praxe. Nabízeli jsme Vám, jinými slovy, aktivní účast na práci výboru vytvořením pracovní skupiny pro další oblast společenské praxe, nabízeli jsme Vám možnost aktivní práce pro existující společnost. Pravda, nenabízeli jsme Vám možnost vytvořit střešní organizaci a koordinovat i řídit současnou SPRT. To, že tuto skutečnost nikde neuvádíte, není čestné a musím Vás podezřívat, že v tomto ohledu účelově manipulujete s reflexí skutečností, chcete manipulovat se svými příznivci selektivním výběrem faktů a sledujete své cíle, pravděpodobně jen a jen „koncepčně - střešní“.

Když jsem Vás v této záležitosti telefonicky konfrontoval před naší červencovou cestou na jednání do Vídně, odpověděli jste, že takovouto spolupráci nechcete, že máte jiný pohled, jinou, prakticky nesmiřitelnou koncepci. Nerozumím možná zcela přesně argumentaci Vaší skupiny, ale vím, že mluvíte o nezávislosti psychoterapie jako samostatné profese, mluvíte o nadrezortních kvalitativních kriteriích

pro psychoterapeutickou kvalifikaci, mluvíte o cíli nikoli menším, nežli je zákon o psychoterapii, mluvíte o evropském certifikátu, který umožní výkon psychoterapie napříč Evropou. To všechno jsou cíle možné, některé ideální, některé, dle mého soudu, snad i poněkud nežádoucí, v každém případě jsou to cíle velice dlouhodobé. Já chci být především realistou a zaměřovat se postupně na cíle, na jejichž plnění máme síly a jsme pro ně připraveni.

V mé realitě klinického i školského přístupu k psychoterapii budu vždy diferencovat mezi různými kompetencemi v psychoterapii, nejsem zatím schopen respektovat pojetí „univerzálního“ psychoterapeuta bez užšího vymezení jeho specializace. I v USA mne vyučili tomu, abych jasně definoval oblasti své profesní kompetence a na základě toho mi pak ohraničili licenci. Jsem si jist, že je to tak správné. Jsou jistě rozdíly mezi psychoterapií sexuálních deviantů, terapií funkčních sexuálních poruch a terapií obětí po sexuálních traumatech. A to se pohybuji jen v úzce vymezené oblasti psychoterapie v sexuologii. Což takhle rozdíly v psychoterapii psychotických, úzkostných a depresivních pacientů, lidí závislých na drogách, suicidálních klientů, atd., atd. I ve školství víme, jak hodně se musí lišit aplikace psychoterapeutických postupů v uzavřených převýchovných institucích od aplikace obdobných postupů v ambulantních zařízeních. A což teprve rozdíly třeba mezi klienty pedagogicko psychologických poraden a pacientů psychiatrických léčen. Jsem přesvědčen, že tyto rozdíly je třeba reflektovat, jim přizpůsobovat profesionální požadavky na terapeuty. Nevěřím, že budou moci být terapeuti bez vymezení indikačních kompetencí. A dále: do těchto otázek budou vždy moci vstupovat i rezortní požadavky. Kde se bere pýcha psychoterapie, která chce stavět svá pravidla a kritéria bez ohledu na požadavky rezortu? Komu pak má taková psychoterapie sloužit? Úplná nezávislost psychoterapie se zdá překrásnou proklamativní ideou, je to však skutečně možné? Mohou být psychoterapeuti na všech nezávislí? Na psychiatrii, na ostatní medicíně, na pojišťovnách, na rezortech, tedy např. i na školních a sociálních úřadech? Kdo bude při veškeré takové nezávislosti potom psychoterapii platit? Jen sami klienti? Jak pak bude terapie dostupná? Je to realistické? Potřebuje vůbec psychoterapie takovouto praktickou nezávislost a tudíž vlastně i moc? Chce ji? A nemá být mimochodem psychoterapie daleko více o něčem úplně jiném, nežli o nezávislosti a o moci? Nemá být spíše o partnerství, spolupráci a vzájemně řečeno o lásce? Předkládám záměrně více otázek nežli odpovědí. A vkrádá se mi sem přesvědčení o tom, že psychoterapii sluší daleko více skromnost, nežli cokoli jiného. Už i kvůli úrovni našich teorií, neuspořádanosti oboru, nejistých výsledcích a mnohdy i kvůli úrovni nás, terapeutů.

Musím se ještě zmínit o některých faktech, souvisejících s Evropskou asociací pro psychoterapii. V otevřeném dopise jsem kárán za to, že tuto společnost zpochybňuji jako nejvhodnější evropskou stavovskou organizaci. Tolik jsem si toho dovolil! Na jiném místě je mi dokonce přičten módně a mocně invalidizující trend hledání třetí cesty. Nuže, co já asi tak na to, pane Macku? Předně - jsem skutečně

poněkud skeptickým, a to tím více, čím více jednání této společnosti jsem měl možnost se zúčastnit. EAP je privátní organizací, snaží se o určité cíle. Vytváří politické dokumenty, nikoli právní. Evropský certifikát pro psychoterapii bude mít deklarativní hodnotu. Veškerá doporučení EAP nemají žádnou platnost nad právním řádem jednotlivých zemí. Toto jsou v poslední době velmi zdůrazňované informace od představitelů EAP. EAP zatím akreditovala všechny psychoterapeutické směry, školy a školičky, které se o akreditaci ucházejí. Zdá se, že náruč EAP v tomto směru bude velmi široká. Nejagilnějšími jsou v EAP odborníci, které nazývám novoprofesionály v psychoterapii, tedy sociální pracovníci, pedagogové, duchovní a pod., zatímco psychologové a lékaři jsou poněkud v ústraní. Neříkám, že je to špatně nebo dobře. Stojí však za to o tom vědět. Také stojí za to vědět, že např. v Německu, jako současné nejsilnější zemi EU, byl již také přijat zákon o psychoterapii. Tento zákon je však pro snažení, jež vyvíjí EAP, velmi nepříznivý: za psychoterapeuta se mohou v Německu označovat jen psychiatři a psychologové, jako legitimní jsou uznány jen dva směry - psychoanalýza a kognitivně behaviorální terapie. V mnoha jiných zemích dochází k nežádoucí polarizaci: na jedné straně představitelé tradiční klinické psychoterapie ve zdravotnictví, na straně druhé spíše novoprofesionálové, často sjednoceni pod záštitou EAP. Zdá se, že v některých zemích aktivity terapeutů v rámci EAP vyvolávají odpor zdravotnických profesionálů a polarizace je umocňována a urychlována. Tak toto jsou některé z poznatků o vývoji psychoterapie v Evropě a o EAP.

Přesto všechno jsem zastáncem toho, abychom i nadále byli členy EAP, i nadále platili velkoryse redukované příspěvky, zúčastňovali se jednání EAP a postupně splnili požadovaná kritéria a stali se plnohodnotnými členy EAP. Pak budeme možná mít i skromné možnosti, jak ovlivňovat chod věcí v EAP. A pokud se stane vývoj této organizace defektním, což se nedá zřejmě vyloučit u žádné společenské instituce, bude prostě třeba se s EAP rozloučit. Takovýmto jsem tedy skeptikem a nedělá mi problém počítat ani se selháním. Zatím je zde však naopak dobrá zpráva, potvrzující mnohé z výše uvedeného: generální sekretář EAP mi při posledním jednání ve Vídni potvrdil, že budou u naší země respektovat to, že naše společnost je součástí ČLS a nepožadují tudíž po nás samostatnou právní subjektivitu. Já to, pane Macku, za výrazně dobrou zprávu považuji. Vy ne?

Na závěr se pokusím o načrtnutí dvou základních možností dalšího vývoje na naší psychoterapeutické scéně tak, jak se mi jeví v srpnu 1999.

Alternativa 1: Vaše iniciativa získá širokou podporu, hodně členů současné SPRT vyjádří svou nespokojenost s prací a směřováním SPRT, nikdo nebude ochoten pracovat na definování specifík psychoterapie ve školství, sociální sféře atd., a tím nebude možno přispět k legitimizaci psychoterapie mimo zdravotnictví za současných právních podmínek v ČR. Se svými stoupenci založíte novou střešní organizaci - Českou psychoterapeutickou asociaci. Nevím sice jak, ale budete pracovat na přijetí zákona o psychoterapii jako nezávislé profesí. EAP Vám v tom příliš nepomůže. Nabídnete zbytku SPRT, že nás budete zastřešovat. Dnes nemohu tušit, jak zareagujeme. Určitě zůstaneme součástí ČLS, přejmenujeme se asi

na Společnost klinické či zdravotnické psychoterapie a budeme se starat jen a jen o náš obor v rámci zdravotnictví. Nejspíše se nám dost uleví. Pokud by čtenáře zajímalo, kteří lidé budou tuto společnost reprezentovat (nejsou podpisováni na Internetu ani na žádných podpisových arších), tak to nejspíše budou: Kratochvíl, Skála, Urban, Junová, Vodňanská, Růžička, Šimek, Chvála, Koblic, Fišerová, Špitz, Gjuríčová, Možný, Krombholz, Kocourková, Bartošiková, Heller a Hellerová, Frouzová, Henková, Čepická, Humhal, Vyhnaněk atd. Víím o mnoha dobrých profesionálech z oblasti školství, kteří budou zklamáni a možná budou žádat výjimku, aby mohli zůstat členy naší společnosti. Mnozí kvalitní kolegové z oblasti rodinného a manželského poradenství možná do nové organizace nevstoupí a budou nadále spíše rozvíjet Asociaci manželských poradců.

Alternativa 2: Vaše iniciativa příliš širokou podporu nezíská, psychoterapeutická obec a společnost se nerozdělí, SPRT se přejmenuje pravděpodobně na střídměji nazvanou Psychoterapeutickou společnost a bude nadále pracně a loptně rozvíjet psychoterapii ve zdravotnictví, pracovat na vymezování a ohraničování oboru atd. Snad se nám konečně podaří zaktivizovat kolegy ze školství a dalších oblastí společenské praxe a ti vymezí psychoterapii mimo zdravotnictví, která se zřejmě zabývá něčím jiným nežli léčbou nemocí. Ohraničí a pojmenují tuto psychoterapii, budou pokračovat ve sladování vzdělávacích kritérií se vzděláváním ve zdravotnictví a dosáhneme postupně toho, že z hlediska vzdělání v psychoterapii budou odborníci v různých rezortech srovnatelní. Bude možno přecházet z rezortu do rezortu, samozřejmě za předpokladu, že se bude muset vyhovět specifickým požadavkům, na jejichž stanovení budou mít rezorty vždy právo. Kolegové z jiných rezortů po stanovení vzdělávacích kritérií urychledně přistoupí k akreditačním procedurám pro vzdělávací programy i mimo zdravotnictví. (To, že jsme se zatím rozhodli akreditovat programy jen pro zdravotnictví, je, dle mého názoru, ohleduplností vůči autorům a nositelům těch programů, kteří neaspírují na vzdělávání pro zdravotnictví, protože jsme je nechtěli vystavovat některým požadavkům a kritériím, jež vyplynuly z nutnosti udržet patřičnou míru spolupráce s Psychiatrickou společností, přičemž tato kritéria mimo zdravotnictví svou váhu pravděpodobně mít nemusí.)

Další možné alternativy a podalternativy již rozvádět nebudu. Už tak jsem ve svém psaní příliš obšírný. V rámci vzpomínání na naše společná setkávání snad již, pane Macku, zbývá jen zmínit, že pak následovala ona prosincová schůze v minulém roce, kterou jste popsal v svém, zde již citovaném článku takovým způsobem, že bychom si měli připadat nejspíše jako úplní pitomci. Tedy my, co jsme argumentovali ve prospěch současné společnosti. Utvrzuje mne to v tom, co jsem již výše pojmenoval: Vám vlastně asi ani o diskusi moc nejde. Přestože k ní neustále vyzýváte, v podstatě nediskutujete. Prostě jen a jen prosazujete svou koncepci, svůj pohled, bez ohledu na jiné názory, snad i bez ohledu na fakta, která, jak již výše řečeno, mnohdy zkreslujete.

A tak si v závěru říkám, že jde o onen pouhopouhý politický boj, který tedy přijímám. I proto jsem napsal tuto obšírnou odpověď. Oslovil-li jsem svým psa-

ním členy naší společnosti dobře, postaví se na stranu postoje současného výboru SPRT. Když ne, bude tomu jinak.

Mám ještě, pane Macku, chuť napsat lakonické shrnutí skoro všeho, co bylo mezi našimi dvěma stranami zatím napsáno, vysloveno a učiněno. Jde o shrnutí sociobiologické a nebudu do něho zatahovat své kolegy. Za naši stranu se týká tedy striktně mne a formuluji je osobně: zdá se, že Vy se domníváte, že Váš čas už nadešel. K nástupu. V tom máte asi pravdu. Potíž, kterou Vám nicméně způsobují, spočívá v tom, že já se ještě nerozhodl, že nadešel čas můj. K ústupu.

S pozdravem
Jan Kožnar

**Sdružení Eset-help
pořádá pod odbornou garancí Psychoterapeutické
a psychosomatické kliniky Eset**

podzimní cyklus seminářů pro laickou i odbornou veřejnost:

- | | |
|----------------|---|
| 1.- 3. 10. 99 | Psychoterapie poruch příjmu potravy (PhDr. František David Krch) |
| 16.-17. 10. 99 | Vývojové proměny - workshop v drama terapii (M. D. Reisman, USA) |
| 22.-24. 10. 99 | Relaxace a autogenní trénink /Jak zvládat stres/ (Andrea Sobotková) |
| 5.- 7. 11. 99 | Psychická změna v psychoterapii (PhDr. M. Šebek) |
| 13.-14. 11. 99 | Krátkodobá dynamická psychoterapie (Mgr. J. Jakubů) |
| 19.-20. 11. 99 | Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty II. (MUDr. O. Pěč) |
| 19.-21. 11. 99 | Asertivita, (PhDr. J. Šípek, MUDr. L. Motlová) |
| 3.- 5. 12. 99 | Komunikace s psychiatrickým klientem (MUDr. M. Richterová) |

Semináře se konají na klinice Eset, Vejvanovského 1610, Praha 4 - Chodov
149 00

Další informace a možnost přihlásit se získáte na tel. 02/794 0879 - 80,
fax: 02/794 0880, pí. Prchlíková

**ČESKÁ SPOLEČNOST PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII
(ČSPA0)
sekce pro skupinovou analýzu
Břehová 3, 110 00 Praha 1**

pořádá ve velkém sále Psychoterapeutického střediska Břehová
ve dnech 24.-26. září 1999 workshop

DIALOG VE STŘEDNĚ VELKÉ SKUPINĚ

- Zajímá vás, jak se ustavuje lidská skupina, lidské společenství? Jak a proč se lidé sdružují do menších uskupení, vstupují do konfliktních nebo spřátelených vazeb? Jakým způsobem si vybírají a vzájemně přiřazují různé úděly a role na sociálním žebříčku? Jak vzniká pocit příslušnosti, dělení na „my“ a „oni“?
- Přáli byste si porozumět existenci „obětního beránka“? Tomu, jak může vznikat sklon některých skupin k nastolování totalitních poměrů?
- Rádi byste zažili vznikání subkultury skupiny, vytvoření prvních skupinových symbolů, vznikání prajazyka na základě sdílených metafor? Chcete hlouběji porozumět sociální komunikaci?
- Workshop tyto možnosti nabízí. Nestrukturovaný dialog ve velkém kruhu navozuje srovnání se sociální laboratoří: na vlastním prožitku účastníci zkoušejí a poznávají základní dynamiku a zákony lidské skupiny.
- Workshop je určen pro všechny profesionály pracující s lidmi, s mezilidskou komunikací: např. pracovníci v oblasti „public relations“, řízení, marketingu, psychoterapeuti, sociologové, sociální pracovníci, novináři, historici, právníci, politologové, religionisté, bohoslovci... pro pracovníky a zájemce zejména z humanitních oblastí. Zúčastnit se může v podstatě každý, kdo chce hlouběji poznat sociální fungování člověka. Můžete proto doporučit i někoho, komu se tato pozvánka přímo nedostane.
- Workshop zjevně není psychoterapeutickou skupinou pro pacienty, avšak obecná pravidla psychoterapeutické skupiny budou respektována a očekávána: důvěrnost všech sdělení, účast na celém workshopu a přesný začátek sezení.

**Workshop svolávají a průběžně povedou:
Mgr. Helena Klímová & PhDr. Michael Šebek, CSc.**

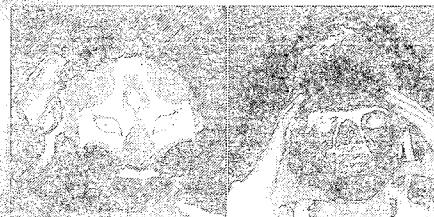
Registrace: pátek 15.00-16.00
Sezení: pátek 24. září 16.00-17.30, 18.30-20.00
sobota 25. září 9.00-10.30, 11.00-12.30, 14.00-15.30, 16.00-17.30
neděle 26. září 9.00-10.30, 11.00-12.30

Cena workshopu 750,- Kč, pro členy ČSPAP 550,- Kč. V ceně je malé občerstvení v průběhu workshopu. Případné dotazy adresujte na e-mail: michael.sebek@ifmo-tol.cuni.cz

- Počet míst je omezen charakterem skupiny, a proto závazné přihlášky laskavě pošlete na adresu: Psychoterapeutické středisko, Břehová 3, 110 00 Praha 1, k rukám Mgr. Heleny Klímové. Přihlašování již spěchá.
- Přihlášení obdrží potvrzení své přihlášky spolu se složenkou na zaplacení poplatku.
- Těšíme se na Vaši brzkou odezvu, na Vaši účast a na společné skupinové dobrodružství a poznání.

K O N F R O N T A C E

opis pro psychoterapii
ročník X, 1999, číslo 3



**DROGY A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
V ROCE 1999...**

PŘÍLOHA

Připraveno ve spolupráci s

LAXUSSDRUŽENÍ PRO PREVENCI A SNÍŽOVÁNÍ
ZDRAVOTNÍCH A PSYCHOSOCIÁLNÍCH RIZIK
U DROGOVĚ ZÁVISLYCH, HRADEC KRÁLOVÉ

ANKETA Č. 1

„K čemu může být závislost dobrá?“ (odpovědi studentů) 3

KASUISTIKY

Martin Hajný: Co s tou závislou Bárou B.? 5
Michal Miovský: Vyzvednout na té správné zastávce 9
Jarmila Podrapská: Návrh řešení během prvního sezení 12

TERAPIE, STATI

Kamil Kalina: Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě
drogových závislostí 15
Stanislav Kudrle: Psychedelika ve světle paradigmat medicíny
a duchovních tradic 20
Petr Hrdina: Harm reduction 29
Zdeňka Košatecká: Psychoterapie závislých v podmínkách stacionární péče 31
Eliška Jílková: Využití fotografie v poradenské a terapeutické práci
s problémovými uživateli drog 36
Martina Komzáková: O arteterapii (v plzeňském Kontaktním centru) 38
Jiří Broža: Psychoterapie a psychoterapeutický prostor 40
Ondřej Počarovský: Motivační trénink jako zásadní metoda práce
s toxikomany v nízkoprahovém zařízení 42
Evžen Klouček: Pozitivní aspekt drogového relapsu (a nejen drogového) ... 46

IDENTITA

Dana Šedivá: Profese „drogový pracovník“? 52
Luděk Kalousek: Terénní pracovník - automat na stříkačky? 54

ANKETA Č. 2

„S jakými nejčastějšími typy potřeb a zakázek se u svých pacientů
nebo klientů setkáváte?“ (odpovědi profesionálů: Procházková, Kudrle,
Nešpor, Bayer, Erbertová, Miovský, Počarovský, Dvořák, Klouček, Novotný, Zýka,
Kobližková, Adameček, Křivková, Němcová, Komzáková, Šedivá) 55

VIZITKY PRACOVÍŠTĚ, INFORMACE O PROGRAMECH, INZERCE 62

PL Červený Dvůr, Sananim Olomouc, Cesta SMK v Řevnicích, Elysium,
Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi (TKDZ),
Sananim Praha, „AT“ SMK (Alternativa), Program FIT IN

ANKETA Č. 1

K čemu může být závislost dobrá?

(Odpovědi dvaceti studentů psychologie FF UK a deseti studentů se sociálními nebo pedagogickými obory studia. Věk: až na výjimky 20-25 let. Anketa se uskutečnila v rámci víkendového kursu v drogové problematice, který ve dnech 14.-16. 5. 1999 pořádala sekce klinické psychologie ČMPS.) Podnět k položení této otázky hodně mladým lidem mi dala Bohumila Baštecká. Ti starší už přece vědí to „své“.

D. Dobiášová

...Závislý má důvod, proč ráno vstát a jít mezi lidi. Každý z těch lidí ráno vstane, aby obhospodařoval svoji „jistotu“ a zajišťoval její existenci.

...Prostřednictvím závislosti má toxikoman subjektivní právo požadovat pomoc. Vrací se tak do doby, kdy byl ještě dítě, kdy se měl dobře.

...Určité skupině lidí dává náplň volného času, pocit, že patří k nějaké skupině.

...Méně náročným způsobem zprostředkovává zajímavé zážitky.

...Pokud se člověk rozhodne ze závislosti uniknout a podaří se mu to, mohou se mu ukázat životní hodnoty, které by jinak nepoznal.

...Může být cestou ke změně.

...Společné závislosti (v podobném významu jako zájmy), spojují lidi, dávají téma rozhovoru.

...Závislost je náhražkou chybějícího. Může být i součástí systému, který by jinak nefungoval.

...Může posloužit jako prostředek získání pozornosti rodičů nebo jiných blízkých lidí.

...Otevření se světu - překonání studu, zapadnutí do party.

...Pro živení drogových bossů.

...Opora v situacích, které nezvládne svou vlastní silou.

...Je dobrá pro vyjádření revolty, odlišení, sebevyjádření.

...K tomu, aby se člověk mohl vyléčit, aby poznal sám sebe, své hranice a své dno.

...Závislost je pouze prostředkem, jak se pohybovat v naší společnosti a abúzus odráží celkovou, dost složitou sociální situaci. Závislý člověk rezignuje na existenční boj v tomto světě.

...Umožňuje prožít pocity, které mohou prožívat jen při silných zážitcích.

...Závislost není jen o penězích, je o životě.

...Situace závislosti vyvolá v rodině takové napětí, že se stává problémem číslo jedna, takže se už neřeší (a nemusí řešit) problémy ostatní.

...Závislost je dobrá k potrestání rodiny: „Nejsem tak dobrý/á, jak jste si malovali a jak jste to po mne chtěli“.

...Nabízí člověku dojem: „V tomhle ohledu se znám, tohle potřebuji, to jsem já.“

...Nabízí člověku směr, kterým se má ubírat.

...Dává pocit, že někdo pečuje, že se někdo strachuje.

...Dává možnost prosadit si své.

...Dává možnost zažít dobrodružství.

...Je to „dobrá“ schránka pro naše problémy.

...Posiluje ve smyslu „Co mne nezabije, ...“

...Dává možnost začít znova a jinak.

...To, na čem je člověk závislý, je něco, co mu patří, co je jeho.

...Závislost je vztahová věc.

Poznámka na závěr: Dovolila jsem si vybrat názory, které mne nejvíce zaujaly. U mnohých se jedná o obdivuhodně tvořivý pohled, který napomáhá volit cestu pochopení podstaty jevu. (D. D.)

Co s tou závislou Bárou B.?

MARTIN HAJNÝ

Nejdříve se míchá mléko s láskou

Bára pila matčino mléko a matka ji přitom pevně a přitom nekřečovitě držela. Když otevřela pusu a začala správně rejdit a hledat prso, vždycky se jakoby zázrakem na tom místě ocitlo. Celým povrchem těla čerpala matčinu radost z toho, že je na světě. Hrůza byla jen, když tam nikdo nebyl, křik ani náhodou nepomohl opatřit si pro sebe náruč. A taky někdy v břiše zuřilo něco zlého. Ale to přešlo.

Po nějaké době Báře mléko nějak zhořklo, a začalo jí připadat, že ji matka rukama tiskne, jako by ji chtěla umačkat. Teprve za delší dobu se dozvěděla, že v té době od nich z ničeho nic odešel táta. Když začala odmítat pít, přešlo se na Sunar, taky to šlo.

Mohou se míchat i jiné hmoty

Bára si myslela, že je dobrá - se vším všudy. A teď jí říkají, že to kakání je fuj! Je snad taky Bára fuj? Na koho se vlastně všichni tak zhnuseně dívají? Bára se stydí za to, co v ní je.

Jindy zase Báru napadlo, že když si máma neváží jejího kakání, tak jí ho prostě nedá. Bude si dělat, co chce. Stačí kus té hnědé hmoty podržet a koukat se, co to s ostatními udělá.

Pak se hmota odděluje od pocitů

Tak třeba takhle - malá Bára jí sladký šlehačkový dort a přitom uvidí babičku, jak dělá obličej. To jsou různé věci, obě dobré. Bára se už ale umí radovat i zlobit úplně bez pomoci hmot. Raduje se ze hry, z toho, že vidí kamarádku. Umí být smutná z toho, že musí jít spát i z toho, že maminka pláče. A jí také i jídla, která k nikomu nepatří. Ve školce má na tácu něco a vlastně neví, jestli to chutná tak hrozně, protože je to od paní učitelky nebo od té fousaté paní v okýnku, nebo to vyčaroval čaroděj.

A od vztahů

To už není daleko od pocitů. Celý ten složitý svět vztahů se stává i jejím světem. Bára má ráda babičku, ale občas se na ni strašně zlobí a uráží se. Bojí se rozložené maminky, ale ví, že to přejde. Dokáže být sama se sebou v zásadě spokojená, i když si připadá někdy hrozná a něco si vyčítá. Dokáže se nebát, když je chvíli sama a nemá dokonce už ani svého medvídku, se kterým spí. Umí si zlepšit ná-

ladu tím, že se stulí u dědy v náručí. Představuje si spoustu věcí a někdy při pohádce pláče.

A někdy se to celé zase promíchá, což je dobré

Když máma uvaří něco dobrého, co si Bára přála, a všichni to spolu jedí. Když si vybojuje colu, se kterou děda nesouhlasí. Když spolu s holkama čurají a smějí se. A když si napatlá máminy šminky a užívá si to.

Ale později se to může smíchat i špatně - třeba s vlastním tělem a jídlem

Když bylo Báře patnáct, byly s mámou nejlepší kamarádky. Sdílely s mámou její nepohodu v partnerském vztahu s nevlastním otcem. Hádala se s ním, nejraději by, aby odešel. On jí měl také plné zuby a neopomněl žádnou příležitost, aby na ní nenechal nitku suchou. Začínala věřit, že je to tak, jak říká máma - mužský jsou jen na zlost.

Na střední škole Bára zjistila, že není tak štíhlá, jak by chtěla. Ostatní holky jí připadaly nějak lepší. Začala zkoumat a sledovat svou váhu, svůj obraz v zrcadle, každý faldíček a oblinu. Hladověním a cvičením se jí podařilo zhubnout o deset kilogramů. To bylo trápení. Pak ale objevila, že se dá užít si jídla a zároveň si udržet postavu, klidně se pořádně najedla a pak to všechno vyzvracela do záchodu.

Postupně se začala ocitát v začarovaném kruhu - na jídlo myslela stále, když se ocitla sama doma, snědla, co mohla, když měla peníze, koupila si za ně ty nejkaloričtější potraviny, které pak doma zhlžala. Vždy jen sama. Nesnesla, aby ji někdo viděl jíst. Pak ale přišel pocit, že všechno je špatně. Byla plná, jakoby se v ní všechny ty dobré věci začaly kazit. Připadala si odporná a plná ošklivosti se všeho zbavila. Nepříjemný akt zvracení se ale také až paradoxně stal něčím přitažlivým. Snad jako spravedlivý očišťující trest za tu špatnost, kterou si dělala předtím.

Zanedlouho se všechny přání a chutě slily do dvou - být štíhlá (protože pak budu konečně dobrá a nebudu se stydět za to, jaká jsem, a budu mít všechno, co potřebuju) - a jíst (když jsem sama a hlavou mi víří všechny ty dobré věci, které bych do sebe mohla nacpat a zaplnit tak tu prázdnotu, která je nesnesitelná).

Všechny vztahy s lidmi byly najednou jakoby uzavřené za stěnou jejího studu a pocitů viny a vlastní nedokonalosti. Jen občas, když se jí zdálo, že s váhou se to zlepšilo, triumfovala naopak nad ostatními a jejich neschopností se kontrolovat a zdokonalovat. V každodenním přejídání a zvracení se stále víc uzamykala do vnitřního světa bulimických radostí a bolesti. Žaživala v něm utrpení po každém záchvatu či přibrání a slast z naplnění a následného očištění. Zlost i slast se opět slily s jídlem.

...nebo něčím silnějším

Za rok se na všechno přišlo. Mizející jídlo, ukradené peníze, pach na záchodě. Svěřila se mámě, od lékaře k psychiatrovi, po neúspěchu s antidepresivy hospitalizace. Vrátila se po dvou měsících. Záchvatů bylo méně a zbylé se naučila lépe

skrývat. Pak objevila prostřednictvím spolužáků pervitin, piko, peří. Ne že by šlo jen o to, ale i ty štíhlé postavy lidí, o nichž věděla, že berou, ji lákaly. Během tří měsíců brala i ona pravidelně. Po půl roce si konečně troufla i na heroin. To už měla za sebou první stihy, ale heroin to prý srovná. Zjistila, že si může opatřit okamžitou změnu nálady, myšlení i prožívání. Připadalo jí to jako zázrak. Možná, kdyby se pamatovala na první měsíce života, mohlo by jí to připomenout tu dobrou mámu a její mléko, které bylo tam, kde bylo potřeba. Tak jako tehdy umožnila hmota v jejím těle změnu k lepšímu. Jen místo úst přicházela přímo žilou. Máma už nebyla nejlepší kamarádka. Petr je opustil, máma jí její chování a časem i drogy vyčítala (bylo to jen kvůli tobě, ty mě zničíš). Byt se stal bitevním polem, ale to Bára neřešila.

Objevila nový svět, ve kterém byli lidé, kteří to dělali stejně, a byli v pohodě. Nebyla se svým špatným chováním sama. Měla také „nádobíčko“, měla stejné starosti i známé. Žila mezi lidmi a měla s nimi nějaké vztahy, ale nějak prostě nevěřila, že by jí pouhý život bez speciální hmoty mohl přinést něco dobrého.

Ocitla se na pomezí, kde bylo možné vše, ale nějak to nešlo dál. Mohla být **nezávislá** - „neřešila“, jak je to s mámou, s pocity viny, váhou, učením a dělal si (i se svým vědomím a prožíváním), co chtěla. A mohla být i **závislá** - stále měla po ruce něco, co ji utěšilo, povzbudilo.

Jak to dát zase vše na správné místo?

Jak uvěřit, že to stojí za to - zbavit se něčeho, co tak dobře funguje? I kdyby člověk zapomněl na tělo, kterému není při odvykání zvlášť do skoku, jak může zapomenout na to, že vlastní pocity, myšlenky jsou stejně tak nespolehlivé jako otevřené vztahy s lidmi?

Možná by Bára mohla uvěřit, že to, co si sama poskytovala, je zlo samo - nebezpečná a zákeřná droga. Možná by mohla uvěřit, že ona sama je špatná - hloupě a nezodpovědně si kazí život - a napravit se. Možná by ji poučilo, kdyby musela snášet ponižování prostřednictvím malicherných a manipulativních zásad, pravidel a iracionálních režimových stereotypů. Mohla by si říct, že je to spravedlivý trest za nezřízenost, které se oddávala. Možná by přistoupila na nějaký tréninkový program - jak žít jinak. Třeba by jí pomohla nějaká nová role - zdravá identita těch, kteří „už neberou“, neboli „jsem ta, kterou už nejsem“. Nebo by mohla začít sportovat a spolehnout se raději na endorfiny a krásnou hmotu vlastního těla.

Upřímně: já jsem k mnoha cestám, které se Báře nabízejí, skeptický. Myslím, že některé jsou příliš jednoduché a jiné nemohou a nechtějí rozumět jejímu příběhu. Jsou myslím i cesty iracionální, manipulující a kruté. Jsem však přesvědčen, že to, co pomáhá, jsou vztahy k lidem, které by Bára na těch cestách mohla potkat. Vztah, který má Báru vyléčit, musí nabízet prostor, ve kterém začne sama znovu objevovat své zamotané zlosti, smutky, deprese a závislosti. Je možné, že do nich trochu zaplete i toho druhého. Možná je to i nezbytné, aby mohla uvěřit, že se děje něco skutečného.

Doufám, že Bára na té své (teď trochu pökakané) cestě potká člověka, který si dokáže představit, jak mohou být ty hmoty a substance se vším strašně pomíchané, a přitom se nevydělá, nerozzlobí, ani nezůstane lhostejný.



Fotografie E. Jílkové (viz „Využití fotografie v poradenské a terapeutické práci s problémovými uživateli drog“)

„Vyzvednout na té správné zastávce“

MICHAL MIOVSKÝ

K napsání následující kazuistické studie mne inspiroval nesmírně zajímavý a skvělý seminář „Odpor a paradox,“ který vedl dr. Petr Teichmann na 4. mezinárodním semináři pro katatymně-imaginativní psychoterapii letos v Brně. V podstatě jsem se v konfrontaci s průběhem individuální terapie u Pavla (jak jsem klienta pro potřebu tohoto příspěvku pojmenoval) musel znovu hluboce zamyslet nad otázkou, co vše je vlastně ve hře přitom, aby vůbec mohlo dojít mezi terapeutem a klientem k setkání a klient byl schopen přijmout nabízenou pomoc. Dr. Teichmann na svém semináři užíval trefného přirovnání setkání s „vyzvednutím“ klienta na tom místě, kde skutečně je, a ne kde si myslím já, že je. Pavlův příběh je jedinečnou ilustrací toho, jak se lze v rodině i v terapii míjet a jak se mi vlastně stalo, že jsem se s ním stejně jako jeho rodina míjel a co nakonec umožnilo, abychom se setkali a Pavel mohl být „vyzvednut“ tam, kde právě skutečně byl.

Pavel žil s rodiči na menším městě. S otcem si nikdy moc nerozuměli, a ten mu často dával najevo, že je k ničemu, nic neumí, vše zkazí, k ničemu jej prostě nepustil. Otec sám byl nevyrovnaný, autoritářský, poměrně silný alkoholik a matka s ním setvářala pouze z přesvědčení, že je to tak nejlepší pro děti (Pavel má staršího bratra a mladší sestru). Matka se nikdy Pavla nedokázala zasiať, ačkoli jej měla velmi ráda a Pavel k ní má dodnes velmi vřelý vztah. Po základní škole šel studovat do Brna na SOU, začal bydlet u babičky. Jako kluk z vesnice měl po příchodu do města pocit, že toho v životě mnoho zamešká a propásal a že musí vše nyní rychle dohnat. Další průběh událostí měl již spíše učebnicový ráz: nejprve marihuana v kapele, kde hrál na bicí, pak zkusil pervitin a ten mu velmi „seděl.“ Najednou se potkával a kamarádil s klukama i holčkama, kteří byli v jeho očích nesmírně tolerantní, přátelští, upřímní - prostě všechno to, co nenacházel nikde jinde. Ve škole se vyhrotily problémy, nezvládl reparát a byl vyhozen. Na vojně dlouho nepobyl, neboť se zhroutil na střelbách a posléze mu na marodce (kde se ještě navíc dostal ke kodeinu) lékař, mimo pokročilého stádia angíny našel také množství vpichů - okamžitě jej poslali na psychiatrii a odtud zpět domů. Dalších sedm let již pak bylo ve znamení opakovaných relapsů a dlouhých období tahů. Pavel byl bez práce, a jako nevyučení ji neměl ani šanci sehnat - dvakrát se mu to zázrakem podařilo, ale jeho selhání na sebe nedalo čekat déle, než dva dny. Množství a frekvence užívání nabíraly rychle závratných rozměrů - prokládány obdobími několikaměsíčních pokusů o abstinenci. Jistým zvratem pro něj bylo zjištění hepatitis C - a Pavel byl nucen se omezit pouze na marihuanu, nicméně si to s ní vy-nahrazoval i za pervitin. Získal ID, který mu dlouhou dobu později stačil spolu s drobnými „přívýdělký“ na potřebný pervitin. V roce 1997 se u něj objevily první vážnější psychické obtíže. Deprese, pocity pronásledování, dojem, že jej lidé pozorují, že je jiný než oni a podobně. Tehdy byl poprvé hospitalizován

na uzavřeném psychiatrickém oddělení PK, kde jsem se s ním také poprvé setkal, neboť na toto oddělení každý týden docházím z našeho zařízení. Pracovali jsme spolu během celého asi třítydenního pobytu, během kterého hlavní obtíže ustoupily. Pavel si vše naplánoval, měl jasné představy a zdálo se, že je i dostatečně motivován. Po propuštění chodil první měsíc pravidelně a budil dojem, že to myslí vše vážně - až na jednu věc. Tou byla marihuana, které se rozhodně nehodlal vzdát. Bylo to stále a v bludném kruhu se točí téma. Stále jsme se jakoby mýjeli, on nechápal mne, já nemohl akceptovat jeho pravidelné kouření trávy. Zdálo se, jako by se právě toto téma stalo pro nás pro oba něčím, co manifestovalo naše rozdílná místa - jako bychom se nemohli prostě setkat, neboť každý byl na jiné „zastávce“ a prostě nešlo „nastoupit do stejného vlaku.“ Postupem času začal Pavel chodit nepravidelně, pozdě, vynechával sezení, až se nakonec neukázal vůbec. Zpětně jsem se dozvěděl, že se posléze rozešel i se svojí dívkou (s níž chtěl společně žít) a přes marihuanu se opět dostal postupně spolu s kamarády opět k pervitinu.

Uběhl rok a Pavel se opět ocitl na oddělení PK, tentokrát ve velmi špatném somatickém stavu a s podezřením na rozvíjející se toxickou psychózu. Psychotická symptomatologie však rychle během týdne ustoupila, přesto stále přetvářala podezřívavost, ostražitost a vysoká pohotovost k agresivnímu jednání. Začal jsem s Pavlem opět pracovat, byl jsem však mnohem skeptičtější, nežli při první hospitalizaci. Nebylo to způsobeno ani tolik mým (terapeutickým?) zklamáním, jako spíše stále opakující se zkušeností s kluky v podobné situaci, kteří se pro specializovanou dlouhodobou léčbu rozhodují až ve chvíli, kdy už se nedá říci, že si jenom natloukli - spíše, že si již pořádně rozbili drážku (dámy jistě výraz prominou) a mnohá z poškození, která si (od drog) odnášejí, jsou již ireverzibilní. O to více mne Pavel v tomto skeptickém postoji utvrzoval, oč více za nic na světě nechtěl a odmítal nabízenou resocializační komunitu. Trval na tom, že to musí zvládnout a že chce pokračovat v přerušené individuální terapii - vše ostatní striktně odmítal. Ze skupiny měl navíc panický strach, který jako by byl prodlouženou rukou prodělané krize a u Pavla se rozvinul strach z lidí, stálý pocit ohrožení - při komunikaci s cizími lidmi začal zcela selhávat.

Moc možností jsem neměl a tak jsem se pokusil alespoň stanovit jasné a pevné hranice a s nejasnou představou o budoucí strategii jsem s Pavlem začal opět pracovat. Nevím dnes zda to byla právě tato má nejistota, spíše pasivita a ne příliš velká důvěra v úspěch, ale Pavel chodil na sezení s přesností švýcarských hodinek, prakticky bez vynechání. Jeho nasazení a motivace byly obdivuhodné a o to více jsem tomu nemohl věřit. Z počátku jsem s ním velmi tvrdě pracoval na tématech abstinence a relapsu - sám to příliš nechápu, neboť se to vymyká mým běžným zásadám a postupu. Jsem spíše dynamicky orientován, pracuji v gestaltu pod intenzivní supervizí a styl práce, odpovídající více KBT je mi velmi cizí. Po prvních čtyřech měsících práce po propuštění z PK však Pavel udělal takové pokroky, že bylo možné postoupit a začít též pracovat skutečně více dynamicky. Trochu jsem se sám bál pouštět se do čehokoli s větší vervou a nasazením a tak jsem stále

v terapii spíše vyčkával. Nabádala mne k tomu též stále nějaká zvláštní opona mezi námi, jako bychom se v pracovně na sezení vidali přes záclonu. Některým Pavlovým poznámkám jsem moc nerozuměl a zdálo se, že mnohdy nerozumí on mému výroku. Tvrdou prací se podařilo vytvořit neuvěřitelně silnou zábranu k relapsu - něco však stále „viselo ve vzduchu“.

Zlomovým momentem bylo období mezi 7.-8. měsícem terapie, kdy mne Pavel začal poprvé a dosti výrazně atakovat. Kritizoval mne za kde co, stále byl s něčím nespokojen a stále bylo zřejmé, že čeká, co se bude dít. Byl jako zvědavé dítě rýpající klacikem do vosího hnízda a čekající co bude. Na stranu druhou mi však z ničeho nic projevoval takový respekt, jaký asi opravdu člověk může přirozeně mít jen k otci - a tím se mi vše začalo trochu (alespoň v mých očích) strukturovat. Dlouho na sebe nedalo čekat rivalizování. V této době Pavel poprvé za 9 měsíců terapie přišel s tím, že má dojem, že ta abstinence není tak jednoduchá, jak mi (i sobě) předchozích devět měsíců tvrdil. Vyzkoušel si také první vážnou akci a reakci doma - řekl matce, že si přeje, aby se alespoň nyní rozhodla ve svém životě podle sebe a nedívala se na ně (děti) a matka se obratem rozešla s otcem, který se mezitím opět rozpil (mimo chodem přímo úměrně se zlepšujícím se stavem Pavla). To Pavla zcela zaskočilo - něco spustil a čekal jiný konec a matka se zachovala jinak, než čekal, ale zvládl to a dokázal jí přiznat svobodu a právo na tento krok. Po několika dalších týdnech pak Pavel přišel s tím, že mívá vůči rodičům intenzivní pocity viny. Velmi jej to svazovalo v rozhodování a v podstatě je to nyní téma, na kterém pracuje nejvíce. Začal hovořit i o tom, že intenzivně v noci sní, a že by rád, až se na to bude cítit, se sny také pracoval. Udělal zkoušku zdravotníka a dodává si odvahy k tomu, aby dokončil ve svých 28 letech střední školu a měl maturitu.

Jeden z důvodů, jenž mne inspiroval k napsání tohoto příběhu, jsem již uvedl. Hlavním důvodem však pro mne nadále zůstává má ještě větší nejistota v tom, co vše vlastně v terapii může hrát klíčovou roli. Setkat se s klientem tam, kde to i on může bezpečně přijmout a může dojít k tomu, že mu mohu pomoci „vyzvednout jej“ a svést někam dál, někam kam chce on sám a kam díky své krizi prostě nějak nemůže či nedokáže najít cestu. Průběh terapie s Pavlem pro mne byl (a je) velkou školou toho, že právě s lidmi majícími problémy se svou závislostí může být nesmírně nebezpečné být i jen naznačené (či nonverbálně bez našeho vědomí uniknuté) zatěžování našimi (terapeutickými) očekáváními, představami; a že vlastně až ve chvíli, kdy jsem nechal terapii a Pavlovi volný prostor pro vyhraničení se, došlo k tomu, co jsem se z počátku pokoušel (bezvýsledně) strukturovaně plánovat.

Mgr. Michal Miovský
Denní psychoterapeutické sanatorium
ELYSIUM, Brno

Návrh řešení během prvního sezení

(kasuistika pro výcvik v rodinné terapii, Liberec 1999)

JARMILA PODRAPSKÁ

Pro celkové dokreslení považují za užitečné zmínit i okolnosti, za kterých se návštěva rodiny uskutečnila. Asi 10 minut před půlnoci při mé službě v RIAPSu přichází rodina. Matka, otec, dvě dcery. Matka pochází z Chile, otec je Súdánec. Od roku 1967 žijí v Československu.

Zde se jim postupně narodily 3 dcery. Nejstarší Hadjerr, 25let, prostřední Sarah, 23let a nejmladší Meika, 17 let.

Objednávka přichází od matky, která má s sebou bohatou lékařskou dokumentaci. Prostřední dcera Sára je problematické dítě, svým nezodpovědným chováním ohrožuje svůj život, stýká se s nebezpečnými lidmi, opijí se, opilá řídí auto, má sebevražedné chování, nestuduje, není jí prostě možné nechat bez dozoru. Měli bychom s ní něco udělat, alespoň ji na několik dní zavřít do léčebny a pořádně jí domluvit.

Sára je uplakaná, vyděšená, na první výzvu zcela odmítá komunikovat.

Beru si ji samostatně (ke zjevné nelibosti matky) na pohovor. Teprve, když zůstaneme samy v místnosti, pomalu začíná hovořit o tom, že už to doma nemůže vydržet, že je stále pod dozorem. Nemůže s matkou vůbec vyjít. Její starší sestra Hadjerr raději prý utekla z domova, než aby podobné zacházení snášela. Matka má velkou vilu v Průhonicích, má dětskou kliniku. Sára má možnost bydlet vede nich v malém domečku postaveném na vedlejší pozemku. Studuje druhým rokem medicínu, nyní v posledních týdnech žije a bydlí se svým přítelem, rockovým zpěvákem. Ten žije velmi nekonvenčním životem s častými večírky. Jejich byt se často hemží cizími lidmi. Matce toto donáší jejich sousedka. Matka se tím cítí kompromitovaná. Nutí všemi prostředky dceru, aby se vzdala přítele a šla bydlet do Průhonic. Tam je ochotna jí zajistit výdělek tím, že jí dává práci na své klinice. Na oplátku musí dcera hlásit matce svůj denní režim. Toto ale není Sára ochotná podstoupit, protože nechce být stále pod kontrolou matky. Na oplátku ostře kritizuje životní styl a nehospodárnost v domácnosti své matky. „Chodí domů dělat pořádek.“ Za neloajlnost je celou rodinou včetně své mladší dcery označena za nevděčnou a problematickou.

Sára líčí svého otce jako alkoholika, který celý život matce jen komplikoval život. Je bojovníkem za lidská práva v zemích třetího světa. Hodně cestoval a párkrát zbytek rodiny nějakým nedopatřením zapomněl bez pomoci tu v rovníkové Africe, tu v Jižní Americe.

Za celých 30 let života v Čechách se nebyl schopen a ochoten naučit ani částečně česky.

Matka by to prý nikdy nepřiznala, protože by to pociťovala jako vlastní selhání. Proto si tyto komplexy prý nyní léčí na své dceři. Tolik názor Sáry.

Při shromáždění celé rodiny má pak hlavní slovo mladší sestra, která vystupuje jako zkušená matka. Organizuje verbální projev celého zbytku rodiny. I matka čeká, až jí dcera vyzve, že může říci svůj názor. Pakliže dostane prostor, ohnivě ukazuje různá lékařská vyšetření a zprávy, které „usvědčují“ Sáru z různých úrazů a vyšetření a tedy z nezodpovědného života. Otec má zjevně minimální zájem o celé divadlo a velmi nezúčastněně sleduje dění okolo sebe. Když je vyzván, aby se k problému vyjádřil, vysloví pouze několik strohých vět, kdy o Sáře mluví zásadně ve třetí osobě. Asi v polovině sezení opouští konzultační místnost beze slova omluvy. Po zbytek konzultace čeká venku a pokouje. (Je cítit objektivně alkoholem.)

Pak se už odvíjí pouze ženský trojboj. Matka obviňuje starší dceru z nezodpovědnosti a z odchodu od rodiny. Mladší dcera mamince oponuje proto, aby Sáru zcela diskvalifikovala jako duševně chorou. Matku napomíná z unáhleností a nad vším si snaží uchovat okázalý nadhled. Sára je ubližovaná a snaží si matku získat zpět citovým vydíráním.

Nyní už nepotřebují ke svému zaběhnutému rytmu ani mě a opravdu spokojeně se hádají.

Asi po 10 minutách otec bez klepání nahlédne do místnosti a stoicky oznamuje, že si jde do večerky koupit pivo.

Velmi těžko a teprve poněkolkáté se mi daří jejich kompaktní masu hádky přerušit. Nesou to s nelibostí a snad ani nechápou, proč jim do té hlasité spokojenosti vstupují.

Snažím se navrhnout nějaké kompromisní řešení, které by bylo pro ně přijatelné. Nakonec se daří domluvit asi toto:

Sára pojedje s rodiči domů, nechají ji ale v malém domečku. Ona nebude zasahovat do dění v rodině a matka nebude Sáru aktivně telefonem kontaktovat vícekrát než jednou denně a to večer, aby se přesvědčila, že je Sára v pořádku. Mladší dcera nebude Sáru kontaktovat vůbec a počká, až jí Sára zavolá sama. Sára půjde normálně na přednášky, bude se samozřejmě dále stýkat se svým přítelem, ale první týden bude spát v domečku v Průhonicích. Do té doby si vyjedná terapii, na kterou pozve také rodinu. O dalším se dohodnou na další terapii. S výslednou dohodou je obeznámen i otec, který mezitím přišel a jen nezúčastněně pokrčí rameny.

Zhruba v půl třetí ráno rodina odjíždí domů. Jediný, kdo je zjevně nespokojen s výsledkem, je malá Meika, partnersky zavěšená do otce.

Hypotéza:

Jedná se o mnohočetnou výměnu rodinných rolí.

Otec je černá ovce rodiny, nedospělý syn, o kterém se v zájmu zachování dekoru raději moc nemluví. Zůstává tedy pod ochrannými křídly matky, aby na něho nebylo moc vidět.

Matka selhávající ve výchově „syna“ je pod dozorem laskavě kritické „matky“ Meiky.

Na Meiku je toho trochu moc a tak svou druhou dceru raději označí za blázna, protože blázen se nemusí vychovávat a ona už jednu dceru má. V tomto věku to není žádná legrace, protože už přeci musela vychovat svou nejstarší sestru. Jediny, koho si tedy může vzít na pomoc, je sice nedostačivý, ale tvárný partner - otec.

Návrhy řešení:

1. Posílit hranici mezi rodiči a dětmi, pokusit se posílit roli otce v rodině a nalákat jej do rodinného kruhu za pomoci nějakého úkolu. (To by ale asi byla ta nejobtížnější varianta.)
2. Zaměstnat Meiku nějakým jiným úkolem a dozorem nad okrajovými rodinnými záležitostmi. Podpořit její zájem o své vrstevníky.
3. Dát rodičům za úkol alespoň jeden večer v týdnu trávit společně mimo domov bez dětí.
4. Vymezit matce se Sárrou schůzky na neutrální půdě. Schůzky bude iniciovat Sára, a budou alespoň jedenkrát za 14 dní.

MUDr. Jarmila Podrapská
VFN, Apolinářská 4a,
PRAHA 2

www.terapie.cz
Informační server české psychoterapie

Tento server nabízí všem, kteří se zajímají o psychoterapii, aktuální informace rozdělené do kategorií akce - výcviky, kursy, semináře, workshopy... publikace - knihy, časopisy, odkazy na další prameny... kontakty - instituce i jednotlivci

Všecké informace
<http://www.terapie.cz/infoserver>
info@terapie.cz

Objednávky
anno@terapie.cz

Oficiální zahájení: 1.9.1999

Hosti a připravuje
ISZ, Hlavní 60, 141 00 Praha 4
tel/fax: (02) 727 66 234
e-mail: isz@comp.cz
<http://www.isz.cz>

Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogových závislostí

KAMIL KALINA

1. Tradice a inovace

Tradiční přístupy rezidenční léčby drogově závislých (dlouhodobá léčba v terapeutických komunitách) vycházely z několika předpokladů a očekávání:

- klientův ústřední problém je drogová závislost
- klient má dostatečnou vlastní motivaci užívání drog zanechat
- klient se přizpůsobí požadavkům léčby
- klient léčbu ukončí
- klient bude po návratu do společnosti abstinovat

Systematický výzkum, o němž se ze zahraniční literatury dozvídáme, postupně všechny tyto předpoklady vyvrátil a ukázal, že léčba, která na nich staví, není dostatečně efektivní. Vysoká četnost předčasného ukončení léčby a relapsů po řádném i předčasném ukončení nutí ke koncepčním a obsahovým změnám, které se především týkají těchto oblastí:

1. Práce s motivací - ideál klienta, který přichází do léčby již se zralou motivací, je tím vzdálenější, čím více se uplatňuje odborné mínění, že klient má přijít do léčby co nejdříve a co nejrychleji. Propracování motivace je pak integrální součástí léčby a podmínkou toho, aby se v ní klient udržel.

2. Podpora zapojení klienta do léčby - ukazuje se, že určitá míra *individualizovaného přístupu*, který bere v potaz potřeby a problémy klienta (včetně jeho motivační úrovně, osobnostních, psychopatologických a psychosociálních charakteristik) zlepšuje léčebné výsledky, protože umožňuje klientovi, aby v léčbě vytrval, měl z ní prospěch a řešil své problémy.

3. Prevence předčasného ukončení léčby - klienti, kteří léčbu předčasně ukončí, mají daleko horší vyhlídky na další život bez drog než ti, kteří v ní setrvávají. Udržet klienta v léčbě je proto požadavkem efektivity. Pravděpodobnost setrvání zvyšuje nejen podpora zapojení klienta, ale i další přístupy a metody, jako je kognitivně behaviorální prevence předčasného ukončení, krizová intervence či partnerská terapie.

4. Prevence relapsu - relapsy po léčbě, ale i během léčby jsou častým a závaž-

ným problémem. Není realistické pokládat relaps za katastrofu, vyhýbat se pracování touhy po droze (craving) či odsouvat prevenci relapsu až do období doléčování. Udržení klienta v léčbě a jeho vyhlídky na život bez drogy zlepšuje systematická podpora jeho osobnostních kapacit důležitých pro to, aby rozpoznal okolnosti, které relaps vyvolávají, našel způsoby, jak je zvládat, a dokázal přežít relaps bez zhroutení, když už k němu došlo.

2. Redefinice problému neúspěchu

Porovnávání „úspěšných“ a „neúspěšných“ klientů umožňuje definovat některé osobní rizikové faktory, které pravděpodobnost vypadnutí zvyšují. Je to například nízká schopnost vytvářet vztahy, komunikační problémy, špatné zvládnání stresu či vysoká míra vnějších problémů. Během léčby se „neúspěšní“ klienti obtížněji „zapojují“ do programu, vykazují méně pozitivních změn v postojích a chování, vyznačují se nižší schopností přijmout kritiku svého minulého či současného chování a v neposlední řadě též nižší důvěrou k terapeutům. Svoje problémy hůře rozpoznávají, sdělují a sdílí, spíše je popírají, nehledají možnosti řešení, mají tendenci k odmítání, výmluvám, bagatelizování, racionalizaci a účelovému jednání.

Uvedený stručný přehled vede ke zdánlivě triviálnímu závěru: „neúspěšní“ jsou ti klienti, kteří jsou problémovější a více léčbu potřebují. Selhání nemusí být tak docela „jejich problém“ - neúspěch léčby je vždy komplexním procesem a klinická zkušenost i výzkum nás učí, že v něm spojují faktory na straně klienta, na straně zařízení a na straně konkrétních terapeutů.

Podstatným posunem, k němuž v léčbě drogově závislých dochází, je, že se „neúspěch“ klienta stále více definuje a řeší jako problém na straně zařízení a terapeutů (podobně jako psychoterapeuti říkají, že „*odpor pacienta je problémem na straně terapeuta*“). Přijmout tuto odpovědnost může být sice nepříjemné, ale pro změnu nezbytné, protože změna může začít jen na této straně a problém musí být vždy formulován tak, aby ho někdo mohl řešit.

Často se například ukazuje, že neúspěch je výslednicí terapeutických postojů a přístupů nepřiměřených vývojovým možnostem a schopnostem klienta. Celkové „**nastavení**“ léčebného programu, jeho podmínek a pravidel může být **takové, že problémovějším klientům nedává možnost obstát.** Klient tak často selhává prostě proto, že je vystaven nadměrným nárokům bez podpory v jejich zvládnání - **selhává proto, že „neumí“ to, co by se během léčebného procesu teprve měl „naučit“ či k tomu dozrát.** Pracovní diagnóza „**obtížného klienta**“ či „**klienta, který nemá předpoklady vydržet**“, stanovená na počátku v terapeutickém týmu, může spolu s vlastními pochopeními a problémy klienta nastartovat mechanismus **sebestvuzující se předpovědi.**

Východisko, k němuž vyspělé země po dlouhém vývoji dospěly, spočívá ve změně na straně terapeutů. Vzdělávání a výcvik, nové poznatky a nové dovednosti umožňují lépe zhodnotit potřeby a kapacity klientů a přiměřeně na ně odpovídat zejména ve smyslu stimulace a podpory růstu a individualizované pomoci v překonávání nedostatků a bariér.

3. Problém „duálních diagnóz“

Uvedený vývoj je možné ilustrovat na příkladu „jiných psychopatologií“ v léčebných zařízeních pro drogově závislé.

Tradiční rezidenční léčba je „nastavena“ na klienty, kteří jsou závislí na drogách, ale jinak jsou víceméně normální. Rozsáhlá šetření mezi klientelou léčebných zařízení však tento původní předpoklad postavila na hlavu. Nejde o to, že by se psychopatologický profil klientů léčených pro závislost v posledních 20. letech zhoršoval - daleko pravděpodobnější je, že dříve unikal pozornosti a upozornily na něj až analýzy léčebných výsledků.

Vždy se vědělo o značném zastoupení problémů s alkoholem a léky, zastoupení dalších *duálních diagnóz* je však velmi závažný. Z různých studií vyplývá, že **v průměru jen asi 30 % klientů má pouze diagnózu „drogová závislost“ - dalších 60 % klientů trpí fobiemi, depresí, úzkostí, psychosexuálními poruchami a především poruchami osobnosti.** Více než v polovině případů *duálních diagnóz* jsou tyto obtíže natolik závažné, že by byla na místě příslušná léčba (zejména psychoterapie). Znamená to, že **každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné léčení** než to, které mu standardní program TK nabízí.

Duální diagnózy přinášejí následující problémy:

5. V zařízení pro léčbu závislostí další porucha velmi často komplikuje zapojení klienta do léčby, snižuje jeho schopnost mít z ní prospěch a případně vůbec v léčbě vytrvat.

6. Obtíže z další poruchy jsou častým spouštěčem relapsu.

7. Další poruchu obvykle není možné řádně léčit v běžných psychiatricko-psychoterapeutických službách, pokud klient bere drogy.

8. Personál drogových zařízení obvykle není vybaven potřebnými znalostmi a dovednostmi, aby tuto problematiku zvládal.

Vývoj ve vyspělých zemích ukazuje, že řešení tohoto obtížného komplexu problémů může a musí začít právě na straně zařízení a personálu: jeho vzděláváním, výcvikem a na to navazujícím posilováním (psycho)terapeutických aktivit během rezidenční léčby. Díky tomu mohou z léčení v TK profitovat vedle závislých klientů bez jiné psychopatologie další skupiny klientů, kteří dříve často z léčby vypadávali nebo nebyli vůbec přijímáni.

Práce s těmito klienty v rezidenční léčbě je možná, ale vyžaduje potřebnou míru individualizace, porozumění a podpůrné komunikace, která jim pomáhá řešit problémy a dává smysl léčebným pravidlům. Tak, jak se mění filosofie rezidenční léčby (a mění se částečně právě proto, aby dokázala integrovat jistou míru psychopatologie), zlepšuje se i její účinnost u těchto skupin klientů, dříve často pokládaných za „obtížné“ či „nesnesitelné.“ Prvním krokem k akceptování „obtížného“ a „nesnesitelného“ klienta může být vědomí, že on má sám ze sebe mnohonásobně horší pocit, než my z něj.

4. Změny v terapeutických komunitách

Řešení problémů klientů v rezidenční léčbě není myslitelné bez prostředí tera-

peutické komunity (TK), jejichž tradice v léčbě drogově závislých se datuje od 60. let. Jakkoliv je tedy terapeutická komunita „stará dáma,“ občas kritizovaná či pokládána za překonanou, nezdá se, že by byla nahraditelná něčím hodnotnějším - naopak se pružně vyvíjí a její principy šíří i do jiných typů léčby (intenzivní ambulantní léčení v denních stacionářích, metadonová léčba) a posilují jejich účinnost.

Inovace v TK se především zaměřují na ty účinné faktory, jimiž je bezpečné prostředí pro osobní růst a sociální učení. Dynamika „učení prostřednictvím krizi“ a „učení prostřednictvím konfrontace“ může být riziková tam, kde přesahuje individuální kapacitu klienta. Ukazuje se, že efektivitu TK lze zvýšit, jestliže klient má větší možnost zpracovat napětí mezi její „skutečnou“ a „terapeutickou“ dimenzí v terapeutické situaci skupinové i individuální.

Zatímco počátkem 80. let se standardní program TK v USA sestával převážně z komunitních setkání, pracovních úkolů a strukturovaných volnočasových aktivit, **do r. 1995 se podíl (psycho)terapeutických složek programu zvýšil trojnásobně.** Na 12 hodin programu připadají průměrně 2 hodiny těchto terapií (vedle komunitních setkání, jejichž délka se prodloužila v průměru na 1 hodinu a 20 minut). **Tím se zlepšily podmínky pro vytrvání v léčbě a řešení problémů u těch klientů, kteří dříve často selhávali.**

Souběžně s tím dochází k reformulaci role terapeuta v TK. Jeho role zralého vzoru v procesu sociálního učení se rozšiřuje o roli erudovaného průvodce klienta a skupiny úskalími léčebného procesu. Výcvik, vzdělání a supervize rozvíjí jeho osobnostní i odborný potenciál a také umožňuje objevovat a překonávat zdroje negativních postojů, které mohou vytvářet atmosféru, kde se neočekává úspěch a růst, ale selhání, a na principu *sebepotvrzující předpovědi* pak také k selhání dochází.

5. Chemická revoluce v léčbě závislých?

Na závěr se ještě zastavme u tématu metadonové léčby a jejího vztahu k psychosociálním terapiím u drogově závislých, v němž se opakuje známý vzorec „psychofarmakoterapie versus psychoterapie.“

Úspěšnost metadonové udržovací terapie se udává v rozmezí 55-80 % v porovnání s 30-50% úspěšností abstinenčních léceb. Rovněž její nákladová efektivita je vysoká, téměř dvojnásobná v porovnání s rezidenční léčbou. Naši kolegové ze zemí, kde se metadonová léčba stala základem národní drogové politiky ve snižování poptávky po drogách (například z Velké Británie) však upozorňují na nemalé riziko: masivní, snadno dostupná a levná metadonová léčba „odnaučuje“ terapiím vedoucím k abstinenci, protože snižuje motivaci klientů je podstupovat, motivaci odborníků je provádět a motivaci veřejných orgánů je platit.

Ukazuje se však, že pouhá distribuce metadonu nemůže požadavky efektivního postupu splnit. Z mnoha důvodů klienti z programů sami vypadávají a průběh je často komplikován užíváním drog mimo program, relapsy či kriminální činností, což nakonec může vést k vyřazení z programu. Bylo prokázáno, že psychosoci-

ální terapie zlepšují vytrvání a minimalizují komplikace. Příznivý vliv má kognitivně behaviorální terapie, zaměřená na trénink životních dovedností, plánování činností, zlepšení komunikace s okolím a prevenci relapsu. Zejména se osvědčuje kombinace metadonového programu a těchto technik s denním skupinovým programem na principech TK - kumulace účinných faktorů zde vede k mimořádně dobrým výsledkům.

Uvedená zjištění jsou pro nás poučná. Podobný entusiasmus, jaký doprovázel (a dnes u nás doprovází) uvádění metadonu do spektra léčebných postupů, provázal i předchozí farmakoterapeutické revoluce v léčbě psychických poruch, například zavádění neuroleptik či anxiolytik. Farmakoterapeutický optimismus vždy poněkud stavěl na vedlejší kolej psychosociální terapie, vždy se však také ukázalo, že se dosažení a udržení léčebného účinku bez nich neobejde. Naopak, střízlivější období po farmakoterapeutických revolucích byla vždy dobou rozvoje a prospěšných inovací v psychoterapii.

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSC,
SANANIM, Janovského 26, 170 00 Praha 7
Tel. (02) 80 31 30, Fax: (02) 6671 0489,
e-mail: office@sananim.cz

Literatura

1. *British Medical Association: The Misuse of Drugs.* Harwood Academic Publishers, Amsterdam 1997
2. *Buehringer G., Platt J. J. (eds.): Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives.* Krieger Publishing Co., Malabar, Florida 1992
3. *Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře.* FILIA, Praha, 1996
4. *Kalina K.: Zásady, metody a nástroje v plánování protidrogových strategií.* Studijní skriptá distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů, str 79-106. Úřad vlády ČR, Praha 1998
5. *Kalina K.: Kvalita a efektivita v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Grant MHMP. A.N.O., Praha, 1999 (v tisku)*
6. *Galanter M., Kleber H. D. (eds.): The Textbook of Substance Abuse Treatment.* American Psychiatric Press, 1994
7. *Nešpor K., Csémy L.: Craving (bažení) jako společný rys mnoha závislostí a jak ho zvládat.* Publikace na disketě, K. Nešpor, 1998
8. *Tims F. M., Inciardi J. A., Fletcher B. W., McNeill Horton A.: The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse.* Greenwood Press, Westport, Conn.-London, 1997

Psychedelika ve světle paradigmat medicíny a duchovních tradic

STANISLAV KUDRLE

Úvod

Albert Hofmann autor knihy „LSD - mé problémové dítě“ říká: „Já jsem jen otec LSD. Otázkou je, kdo je matkou? Matkou je houba jménem Ergot, námel. Námel se německy řekne *Mutterkorn* - mateřské zrno. Tady tedy je matka, matkou je námel. Ta dala zrod několika mým farmaceutickým dětem. Prvním byl Methergin, lék užívaný v porodnictví jako pomoc při vedení porodu dítěte. Druhým potomkem mého vztahu s matkou námelem se stalo LSD. Zatímco Methergin napomáhá porodu fyzického dítěte, LSD může napomáhat zrození duchovního dítěte skrytého v každém z nás.

Zatímco Methergin je účinný v materiálním světě, LSD je účinné v duchovním světě. A toto spojení nemůže být náhodné. Musí zde být nějaká vyšší autorita, která soudí, že naše doba potřebuje pomoc nejen na materiální, ale i na duchovní rovině a proto zajistila, aby se zrodilo LSD.“

(Citace z pozdravu Alberta Hofmanna účastníkům sympózia k 50. výročí objevu LSD, které se konalo 16.-17. 4. 1993 v San Franciscu)

Co víme o paradigmatu medicíny?

Paradigma moderní medicíny se datuje s rozvojem karteziánsko-newtonského myšlení, s rozvojem mechaniky, fyziky, biologie, makro a mikroskopických poznatků o hmotě. Hmotný substrát je vnímán jako primární, duševní činnost pak jako jakýsi epifenomén činnosti buněk šedé hmoty mozku. Základním experimentem v medicíně, od kterého se odvíjí veškeré uvažování a kterým testujeme účinnost nějaké metody, léků, nebo terapeutické techniky, je dvojité slepá srovnávací studie.

Tedy na principu lineárně kauzálních souvislostí vždy opakovatelný experiment. Hledají se kritéria pro „nezaujaté“ a „objektivní“ posouzení ve srovnávacích studiích. Tato kritéria mají svá opodstatnění a logiku a přinesla rozvoji technické medicíny mnoho dobrého.

Přinesla však také určitá omezení. Omezení spočívající v neotřesitelné „víře“, že tato kritéria lze aplikovat ve všech oblastech poznání, tedy i v oblasti duševních a duchovních stavů.

Tyto premisy „objektivit“ však nepracují s jedinečným, nepřisuzují relevanci tomu, co je neopakovatelné, významné jen pro nositele samého, mající specifický význam či poselství právě v tu chvíli a jen pro tohoto jedince, co zároveň může způsobit významný subjektivní posun ve vnímání reality.

Dalším omezením je pak skutečnost, že samo očekávání v situaci experimentu na straně experimentátora i posuzovaného subjektu významně ovlivňuje celou experimentální situaci.

S paradigmatem moderní medicíny také souvisí další fakt. *Symptom* je nejčastěji vnímán jako problém, jako projev nemoci, který je odstraňován, aniž se často postihne jeho specifický význam, jak je již možné jej postihnout, pokud se posuneme od lineárně kauzálních vztahů k cirkulární kauzalitě. Dokonce je možno v *symptomu* vidět úzdravnou tendenci organismu samého, klíč, cestu k odhalení hlubších souvislostí, pokud pracujeme např. s klientem ve změněném stavu vědomí. Nepotlačování *symptomu* např. úzkosti, ale zajištění jeho bezpečného prožití a vyjádření, může vést naopak k ohromné katarzi a náhledu na souvislosti, které vytvářely předpoklady pro existenci *symptomu*. *Symptom* v takovém kontextu přestává být problémem, není potlačován, naopak je facilitováno jeho vyjádření, aby se vyřešila situace, která je „za“ *symptomem*, a ten již nemusel více nastat.

Co víme o paradigmatu duchovních tradic?

Duchovní nauky, mystické tradice, východní tradice, to jsou termíny, které se v mnohém překrývají. Jejich poznatky o původu člověka, o stvoření, patří do oblasti, kterou Aldous Huxley nazval „věčnou moudrostí“ (*Perennial Philosophy*), a najdeme v nich napříč kulturami řadu významných shod. Mohou být definovány jako nauky a praxe, které zajišťují možnost hlubokého nazření na podstatu vědomí, mentálních procesů a reality pomocí mentálního tréninku (meditace ap.).

Tyto tradice mají společná určitá tvrzení (Walsh, Vaughn, 1980):

1. „naš obvyklý stav vědomí je pouze suboptimální, eventuálně až iluzorní,
2. existují mnohočetné stavy, včetně vyšších stavů vědomí,
3. těch lze dosáhnout určitým tréninkem,
4. verbální komunikace o těchto stavech má svá omezení.

Mystické nebo transcendentální zážitky jsou o spojitosti a jednotě s vesmírem a:

1. jsou nevýslovné - zážitek je takové síly a odlišnosti od běžných zážitků, než aby jej bylo možno definovat popisem,
2. jsou noetické - zvýšená vnímavost pro zřetelnost a porozumění,
3. mění vnímání času a prostoru,
4. přisuzují hodnotu holistickému chápání, spojitě a integrované podstatě světa a jednotě s ním,
5. přinášejí intenzivní pozitivní pocity a vnímání dokonalosti vesmíru.“

Jelikož obě paradigmaty vycházejí z rozdílných úrovní stavu vědomí, vzniká tak řada možností nepochopení a střetu obou paradigmat. To, co nejčastěji pozorujeme, je nesrozumitelnost referovaných či projevovaných zážitků změněného stavu vědomí pro pozorovatele, který je *nepoučený*, tedy nemá takovou vlastní zkušenost a nachází se v *bdělém* stavu vědomí. Situace poněkud připomíná vztah newtonské a kvantové fyziky.

Co tedy musíme změnit, jaká kritéria máme hledat, chceme-li např. zkoumat, jak vrcholový zážitek (*peak experience*), tato jedinečná a často neopakovatelná zkušenost, mající individuálně specifickou hodnotu, výrazně ovlivní život např. depresivního člověka apod.?

Kam v paradigmatu současné medicíny umístit skutečnost, že psychedelický zážitek může na hlubších úrovních psychiky vytvořit jakýsi *re-imprinting* (Leary, 1996) a vést k významnému ovlivnění kvality života člověka? Mystický zážitek může člověku otevřít rovinu vnitřní souvislosti, spojitosti věcí, spojitosti materiálního a duchovního světa, vytvořit předpoklady pro větší senzitivitu a prohloubit schopnost soucítění a empatie s bližními. Mluvíme někdy také o posunu k eko-systémovému myšlení.

Jak vysvětlovat jevy, kdy hluboký transformativní duchovní zážitek *zmůže* bludný kruh alkoholové závislosti, potlačí dosavadní nutkání po droze, nebo pomůže radikálně změnit náhled na místo jedince ve světě a na vztah k sobě samému? Co za sílu zde operuje, kterou Anonymní alkoholici nazývají *Vyšší moc* (*Higher Power*)? Jak souvisí užití psychedelických látek s těmito transformativními zážitky? Je mnoho takových otázek, na které je již méně odpovědí.

Náhle se tedy ocitáme na pomezí světa lineárně kauzálních vztahů a světa mystických tradic, akauzálních vztahů či cirkulární kauzality, archetypálních obrazů a energií, které operují ve fyzickém těle s malým respektem k *medicínským* předpokladům a zákonitostem (otevření energetických center - *čaker*, aktivace průběhu *meridiánů*, probuzení *kundalini* energie apod.)

Co víme o psychedelických látkách a jejich vztahu ke spiritualitě?

Historie:

Užívání psychedelických látek je stará jako lidstvo samo. Antropologové, kteří studovali různé domorodé kultury v různých částech světa, popisují, že psychedelické substance byly a jsou používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi, v šamanských rituálech ap. Psychedelické látky obyčejně navozují intenzivní prožitky, které mohou mít za optimálního vedení hluboký transformativní charakter, často obsahují sekvence smrti a znovuzrození ega, zážitky jednoty s vesmírem a další transpersonální jevy. Podrobně jsou tyto jevy zkoumány zejména výzkumníky z oblasti transpersonální psychologie. Termín *psychedelický* pochází od Humphrey Osmonda a znamená z řeckého *psyche* a *delein* = *učiniti zjevným*. Pro tyto látky byly raženy i jiné názvy, jako *halucinogeny*, byť halucinace vyvolávají spíše zídka, *psychoheuristika*, čímž se má zdůraznit

jejich funkce nástroje objevování nebo učení, *mystikomimetika*, *kultogenika* nebo *entheogeny*.

Podíváme-li se na užívání těchto substancí ve stručném historickém přehledu, pak nejstarším dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek jsou šamanské rituály.

Šamanismus je nejstarším náboženstvím, nejstarší medicínou v historickém vývoji člověka, sahá až k paleolitu. Šamani měli vypracované technologie na vyvolávání *změněných stavů vědomí* (dále ZSV) na nedrogové i drogové bázi. Vnímání a porozumění světu se v té době dalo na bázi bezprostředního prožitku, intuice a symbolu, spíše než na úrovni racionální, logické abstrakce. Člověk té doby patrně jinak využíval a jinak zatěžoval své mozkové hemisféry, na rozdíl od moderního člověka.

J. Achtenberg (1985) píše: „Posvátné rostliny zajišťovaly:

1. rychlý přestup do ZSV,
2. umožňovaly na podkladě přímého zážitku porozumět stavům zrození a smrti, vztahu ke kosmu, ke stvoření vůbec.

Psychedelický prožitek, ztráta hranic ega, vědomí kontinuity všech dějů a smysl pro zázrak dávaly šamanům možnost náhledu a poznání přesahující rámec smyslového poznání. Tyto rostliny proto nazývali posvátnými, medicínou. Rekreční užívání bylo často nemyslitelné. Šaman musel fungovat skvěle v obou realitách. Procházel vlastně věčným kruhem cestování do podsvětí za nějakým poznáním a vracel se zpět, aby vykonal službu druhým. Nebylo v tom nic samoučelného. Když léčil, bral medicínu spolu s nemocným a s pomocí vizualizace ovlivňoval chorobný proces. Pokud byly drogy (psychedelika, halucinogeny) užívány v duchovních tradicích, byly medicínou. Nejlepší medicínou, kterou svět po tisíciletí znal. Ale pro kulturu, která se progresivně odcizovala od ducha světa ve všech svých aspektech, pro kulturu, která udělala vše pro oddělení ducha od těla, tam drogy poskytují útrpnou příchuť mysticismu, kterou náš kulturní mýtus není schopen vysvětlit a není schopen integrovat“.

V historii čínské medicíny je popisováno užívání psychedelických látek již před 3 500 lety, ve staré indické literatuře se popisuje legendární posvátná rostlina a z ní připravovaný nápoj *soma*.

Konopí - využíváno pro posvátné, léčebné a rituální účely, objevuje se pod různými názvy - *hašiš*, *kif*, *marihuana*, *hemp*, *ganja* - v oblastech Středního východu, v Africe, Indii, Číně, Tibetu, Severní a Jižní Americe, v Karibské oblasti. Konopí vystupuje jako důležitá posvátná rostlina u tak odlišných skupin, jako jsou africké domorodé kmeny, indiští bráhmáni, stoupenci tantrického buddhismu, Skýtové a rastafariáni na Jamajce.

Obzvláště bohaté zastoupení psychedelických látek najdeme ve Střední Americe. Předkolumbovské kultury, jako Aztékové a Mayové, používaly řadu psychedelických rostlin, stejně jako indiáni kmene Huicholů a Mazatéků. Mezi nejnámější rostliny tohoto druhu patří kaktus *peyotl* (*Lophophora williamsi*) nebo *San Pedro*,

kde účinným alkaloidem je *meskalin*, dále posvátné houby *teonanacatl* čili „maso bohů“ (*Psilocybe mexicana*) a *P. cubensis*, kde účinnou látkou je *psilocybin*.

V amazónské oblasti je známa rituální substance *ayahuasca*, jejímž zdrojem je liánovitá rostlina *Banisteropsis caapi*. Je také známa pod názvy *caapi*, *yage*, *mihi*, *dapa*, *pindal*, či *vegetal*. Před nástupem dobývání amazónských oblastí Evropany a potlačováním domorodých náboženství v 16. století byla *ayahuasca* velmi rozšířena u domorodců v rámci religiósniých rituálů, magie, čarodějnictví, v léčbě ap. Navzdory úsilí potlačit tyto zvyky domorodců, zůstalo nadále posvátné a léčebné používání této látky nedotčeno. První výzkumné studie o této látce se datují do poloviny minulého století. *Spruce* zjistil, že nápoj z liány, který připravují *Mazanští* a *Zaparští* indiáni a nazývají jej *ayahuasca* (víno duše, víno smrti), obsahuje jako účinnou psychoaktivní substanci alkaloidy *Harmin*, *Harmalin* a *Tetrahydroharmin* z řady *beta-carbolinů*. V tomto století pozorujeme velký nárůst užívání *ayahuascy* zvláště v kontextu moderní synkretistické církve UNIAO DO VEGETAL (UDV), která registruje asi 7000 členů organizovaných v lokálních spoldích.

Podle některých odhadů více než polovina amerických indiánů se hlásí k americké indiánské církvi (Native American Church), synkretistickému náboženství, které kombinuje kult *peyotlu* s křesťanskými prvky.

Ze starověkého Řecka se dochovaly částečné zápisy z mystérií smrti a znovuzrození, jako např. Eleusinská mystéria zasvěcená božstvům *Demetry* a *Persephony*, trvající každoročně po dobu 9 dnů, v jejichž rámci byl podáván opojný nápoj s psychedelickým účinkem. Tato mystéria se tradovala po dobu 2000 let i přes odpor křesťanské církve.

Ve středověku byla celá řada psychedelických rostlinných i živočišných látek používána k výrobě nápojů a mazání, které se pak používaly v čarodějních rituálech, černých mších a sabatech (*Belladona*, *Mandragora*, *Durman*).

V rovníkové Africe je známa keřovitá rostlina *Tabernathe Iboga*, která je zdrojem drogy *Ibogain*. Zejména v Gabonu jsou kořeny využívány v malých dávkách jako afrodiziakum a stimulant, ve velkých dávkách pak v průběhu náboženských ceremonií k zasvěcení do kultu *Bwiti*. Účinky látky jsou popisovány již od poloviny minulého století.

Současnost, vztah ke spiritualitě:

V 60. letech dvacátého století objev *LSD*, jeho výzkum, terapeutické využití, ale i poznatky s halucinogeny z *neterapeutického* prostředí, tedy *happeningů*, různých obřadů a rituálů, vedly k určité kontroverzi o *chemickém vs. přirozeném mysticismu*.

Jsou popisovány 3 extrémní názory (*Grof 1994*):

- „vyvolání mystických zážitků chemickou cestou znamená přenesení religiósniých témat do laboratoří a tudíž možnost vysvětlit religiósitu vědeckým způsobem, tedy na základě např. biochemie mozku,

- mystické zážitky jsou považovány za pravé a *LSD* tudíž za posvátnou substan-

ci, která zprostředkovává kontakt s transcendentálními skutečnostmi, což byl již postoj šamanů a psychedelických kněží, kteří považovali tyto látky za posvátné, nebo dokonce za božstva sama.

- konečně řetě postoj, který považuje chemicky indukované mystické zážitky za *pseudomystické*, které jen napodobují a povrchně připomínají autentickou spiritualitu, která vychází z *Boží milosti*. Chemické vyvolání diskredituje jejich spirituální hodnotu.“

Na Harvardské universitě byl uskutečněn experiment známý pod názvem *Harvard Good Friday Study* aneb zázrak v Marshově kapli, kdy části studentů teologie v rámci bohoslužby byl ve slepé studii podán *Psilocybin* a druhé části placebo. Výzkumníci nemohli najít žádný rozdíl v popisovaných „*psilocybinem* navozených“ mystických stavech ve srovnání s těmi, které jsou známy po tisíciletí.

Zdá se tedy, že poslední postoj vychází z mylných předpokladů, neboť psychedelická cesta rozhodně není ani snadnou ani předpověditelnou cestou k Bohu a přináší podobná strádání a nesnáze jako jiné duchovní cesty (např. popisy u *Castanedy*, pozn. autora).

Je určitá shoda mezi výzkumníky, že nelze vést dělicí čaru mezi spontánním a chemickým mysticismem na bázi pouhé fenomenologické analýzy nebo experimentu. Rovněž je málo známo o biochemických změnách, díky farmakologickému účinku *LSD*, a o biochemických změnách, které se odehrají při náročném spontánním mystickém prožitku. Rovněž další nedrogové spouštěcí mechanismy, jako je hladovění, spánková a smyslová deprivace, pobyt v poušti v extrémních podmínkách, emoční nebo fyzický stres s vyvoláním extrémní bolesti, monotónní chanting a tanec, bubnování a další *technologie posvátných stavů*, vyvolávají často dalekosáhlé změny ve vnitřním prostředí.

„Je tedy těžké určit, koho považovat v této oblasti za autority - zda kněží, vědce nebo mystiky. Někteří dělají kategorické závěry, aniž měli být jedinou zkušenost s psychedelickými látkami. Na druhé straně řada ateistů prožila dramatické spirituální konverze s pomocí těchto substancí“ (*Grof 1994*).

Huston Smith (1964) tuto kontroverzi uzavírá konstatováním, že „se zdá, že i drogy navozují duchovní zážitky, není však již tak evidentní, že vyprodukují duchovní život“. Duchovní guru americké mládeže 60. a 70. let, *Ram Dass*, říká: „Není špatné mít zážitek identifikace s Kristem. Mnohem lepší by však bylo stát se Kristem, ale to již drogy samy o sobě nezajišťují“.

To znamená, že člověk připravovaný pro duchovní cestu bude mít patrně také větší užitek z takového zážitku, který bude mít trvalejší hodnotu a může mít i hluboký transformující význam.

Spirituální zážitky jsou často výrazem symboliky kolektivního nevědomí a přesahují např. příslušnost k náboženské tradici, kterou osoba zná. Obvykle mají spojující charakter a transcendují hranice jednotlivých náboženských systémů, aniž je jakkoliv diskvalifikují, a tím dávají prožitku širší kosmickou perspektivu.

V rámci rituálního užívání a v kontextu duchovní tradice byla a jsou psychedelika nástrojem poznání.

Popisuje se řada postupů, *technologii posvátna*, ať s využitím psychoaktivních látek nebo na jiném principu (viz výše). Jimi se člověk může uvádět do stavu *transu, posedlosti, hluboké relaxace, samádhí* atd., jak se různě definují a popisují změněné stavy vědomí. Různé úrovně a kvalitativní odlišnosti těchto ZSV jsou např. v zaměření pozornosti, jak je testována realita apod.

Pokud jako příklad uvedu stav hluboké relaxace, mohou stejný nebo velmi podobný stav vyvolat vizualizaci zklidňující scénérie, poslechem *relaxační* hudby, uvolňováním *svalového napětí, sensorickou deprivaci, práci s tělem (body work)*, nebo *zaměřováním dechu*. Podle Tarta (1983) jsou fáze indukce do ZSV popsateľné jako:

- *iniciace - destabilizace původního stavu - uspořádávání nových vzorců (repat-
tarning) v přechodu k novému stavu - konečná fáze stabilizace nového stavu.*

Jelikož neuronální systémy jsou v neustálé cirkulární interakci s psychickými stavy, jako je percepce, emoční prožívání, pocit identity apod., lze vhodným působením v různých komunikačních kanálech vyvolat nakonec podobný psychický stav, jak uvedeno výše - ovlivněním propriocepce, audiocepce, atd.

Tomuto jevu se také říká *kausální indiference*, což stručně řečeno znamená, že jde-li prožitkově o totéž, je jedno, co tento jev vyvolává.

Dalším zajímavým jevem je fenomén *obrácené tolerance*. Pokud použijeme například psychotropně působící látku k navození změněného stavu vědomí, můžeme vyvolat stav, kdy se zvyšuje výsledný efekt při stejné dávce drogy, což znají např. kuřáci marihuany. Dokonce se takto může otevřít cesta k poznání těchto stavů a možnost je postupně vnímat i bez účinku drogy.

V moderní době posledního století se *psychedelika* stala obávanou hrozbou spolu s ostatními drogami. Tu zatím příliš neovlivnily ani přibývající poznatky o možnosti jejich terapeutického využití v léčbě neuróz, sociopatických poruch, syndromu závislosti na drogách a alkoholu, v péči o umírající apod. Stále čekáme na možnosti širšího výzkumu těchto zcela mimořádně účinných látek, které kromě potenciálně terapeutického účinku dávají i předpoklad poznatků o podstatě vědomí a psychiky člověka.

Zcela jednoznačně se ukazuje, že *psychedelika* jsou látkami zásadně jiné povahy, než návykové drogy. Nevyvolávají syndrom fyzické závislosti a psychická závislost může nastat jen výjimečně. Účinkují nejspíše jako katalyzátory, které facilitují procesy na hlubších úrovních psychiky, a co je charakterizuje, je jejich mohutný účinek na psychiku člověka často již v minimálních dávkách. Mechanismus jejich účinku není spolehlivě znám, stejně jako přesná lokalizace jejich působení v mozku. O charakteru zážitku více než látka samotná rozhoduje psychická připravenost jedince na takové sezení, jeho očekávání, rámec, ve kterém se celé sezení děje, schopnost integrace zážitku a provázení či facilitace sezení zkušeným terapeutem.

Psychedelika, která se v současné době zkoumají z hlediska toxicity pro člověka a eventuálního terapeutického využití jsou *LSD, Psilocybin, DMT, Ibogain, Ahyauhasca, MDMA, Marihuana, Ketamin*. Existuje, vedle modelových studií na zvířeti, řada dílčích experimentálních studií, které ukazují jak velkou pomocí mohou být *psychedelika* v terapeutickém kontextu pro lidi závislé na alkoholu či tvrdých drogách, pro lidi s psychosomatickými potížemi, s rakovinou, pro lidi v terminálním stádiu života, v umírání. *Psychedelika* nabízejí i možnost pro „zdravého“ člověka. Tou je dnes moderní směr *rozvoje lidského potenciálu*. Další výzkum by nepochybně ukázal možnosti, meze, indikace a bezpečnost versus nebezpečnost těchto možností.

Získat povolení k výzkumu na člověku je však složitou záležitostí a podléhá radě vyčerpávajících schvalování. Státy, kde alespoň některé z těchto výzkumů běží, jsou: USA, Panama, Izrael, Švýcarsko.

Závěrem opět vyvstávají otázky:

Je vůbec možné smíření obou paradigmat? O setkání vědy a spirituality je řeč vždy, když součástí nějakého významného vědeckého objevu je intuitivní rozhodnutí vědce, vize, předtucha, či jiný stav transpersonální povahy. V takových případech byl vědec „otevřen“ možnosti jít dál, za hranici dosavadního koncepčního rámce, vzdát se v tu chvíli limitujících hledisek dosavadní úrovně poznání.

Toto téma je tradičně klíčové na symposiích a konferencích z oblasti transpersonální psychologie.

Zdá se, že na počátku století to byla *kvantová fyzika*, která byla odrazovým můstkem konvergence těchto původně vzdálených paradigmat. Dnes jsou to zejména oblasti kybernetiky a počítačového modelování, informatiky, co dává nové představy a možnosti k pochopení funkce mozku, vědomí, spirituality.

Co udělat pro to, abychom se na cestě za poznáním pohybovali od spíše divokých a nezajištěných experimentů s *psychedeliky* ke stále poučenějšímu zacházení s látkami, které dosud neztratily svůj posvátný význam? Myslím, že seriózní zkoumání *psychedelik* by bylo dobrou příležitostí. Jak pro ty, kteří disponují kvalitním lineárně kauzálním myšlením a hledají uplatnění v oblasti biochemie a fyziologie, tak pro ty, kteří disponují spíše intuitivní vnímavostí, empatií, soucítěním, které jim umožňují nořit se spolu s explorandem do jeho jedinečného světa s maximálním respektem k bezprecedentnosti situace a k možnostem duchovního probuzení. Zdá se mi, že právě v této oblasti se potvrzuje, že je nutno na obě paradigmata nahlížet jako na komplementární, nikoliv se navzájem vylučující.

Toto poznání nás také informuje o míře reálného bezpečí a nebezpečí užívání těchto substancí a současně dává podněty pro prevenci následků, pokud jsou drogy v našem *postmoderním* světě jaksi *bez-duše* zneužívány.

Literatura:

- Achterberg, J.: Imagery In Healing. New Science Library, Shambhala, Boston and London, 1985
Castaneda, C.: Oddělená skutečnost. Volvox Globator, 1993
Grof, S.: LSD Psychotherapy. Hunter House, Alameda CA, 1994
Hofmann, A.: v MAPS, Summer 1993, Vol. IV, No 2
Leary, T.: Záblesky paměti. Votobia, 1996
Ram Dass: ITA konference - Brazílie 1996, symposium „Psychedelic Research: past“
Smith, H.: Do drugs religious import? The Journal Of Philosophy, LXI, 517-530, 1964
Tart, C.: States Of Consciousness. El Cerrito, Calif. Psychological Processes, 1983
Walsh, R.: The Spirit Of Shamanism. Jeremy P. Tarcher, Los Angeles, 1990
Walsh, R., Vaughan, F.: Beyond Ego. Jeremy P. Tarcher, Los Angeles, 1980

MUDr. Stanislav Kudrle
Waltrova 40, 318 14 Plzeň

Harm reduction

PETR HRDINA

**- když už chceš brát drogy, tak je šnupej, nemůžeš-li je šňupat,
tak je kuř, nemůžeš-li je kouřit a musíš si aplikovat injekčně,
tak to dělej bezpečněji, nemůžeš-li to dělat bezpečněji,
tak neber drogy -**

Ledy se hnuly. Relativně rychle jsme prošli obdobím, kdy uživatel drog, v případě potřeby, neměl jinou možnost než kontaktovat lékaře psychiatra a začít abstinovat, lhostejno byli na to připraven. Na scéně se velmi rychle, díky potřebě klientů, objevily tehdy ještě „alternativní“ přístupy, jako terapeutické komunity místo psychiatrických léčeben. Psychoterapie si pomalu vydobyla místo mezi pilulkami psychiatrů.

Co však v případě, není-li klient dostatečně motivován k podstoupení léčby?

„Alternativa“ harm reduction

Mezi tyto „alternativy“ bychom mohli zařadit i přístup **harm reduction** (minimalizace rizik spojených s užíváním drog).

Dnes už ani tento přístup nevzbuzuje podivné pnutí a tázavě zdvižené obočí. Mnozí však ještě nepochopili, že harm reduction je součástí našeho každodenního života. Jak to? Co třeba takové sedadlové pásy u automobilu, pečetění maximální rychlosti na motoru, airbagy - to je přímo klasická ukázka minimalizace rizik v praxi. Je-li nějaká lidská činnost příliš nebezpečná, pokusíme se toto nebezpečí snížit a dát mu nějaká pravidla. Naštěstí v naší zemi nebyl tento efektivní a pragmatický přístup k uživateli drog nelegální.

... když si chceš „šlehat“...

Tento přístup v případě užívání drog se snaží snížit rizika, která vznikají ať již směrem ke společnosti (např. šíření infekčních chorob, kriminalita a sociální devastace), tak i směrem k uživateli (infekční choroby, předávkování, smrt).

Harm reduction není žádné bezbřehé rozhazování náruči stříkaček do davů intravenózních uživatelů drog, i když sterilní injekční stříkačky sem samozřejmě patří. Sterilní stříkačka, sterilní voda, alkoholové tampony, kyselina askorbová, letáky atd. jsou pro terénního pracovníka **nástroje jeho práce**. Skrze tyto věci je schopen motivovat klienta ke změně rizikového chování.

Výměna stříkaček a vzdělávání uživatelů v oblasti bezpečnější aplikace a sexu je jen jednou, ale nedílnou částí. Kromě toho patří do nabídky i zdravotní, sociální a právní poradenství, krizová intervence a reference do specializovaných zařízení. O schopnosti navazování a udržení kontaktu, schopnosti rychle se přizpůsobovat

poptávce klientů ani nemluvě. To všechno musí terénní pracovník (streetworker) a pracovník nízkoprahového centra ovládat.

Dělníci psychiatrie

Ve své práci se setkáváme s lidmi, kteří páchnou, jsou pod vlivem drog, předávkovaní, občas leží v bezvědomí, zvrací a ruce mají pokryté jizvami a abscesy. Takoví lidé jsou s námi v kontaktu, vídáme je takřka denně a najednou zmizí. Možná jsou ve vězení, v léčebně, přestalo je to bavit anebo jsou mrtví. Při takové práci je málo situací, při kterých cítí pracovník nějakou satisfakci: Uspokojení se dostaví, teprve až svého bývalého klienta „objevíte“ v nějaké léčebně. V té chvíli víte, že je to váš úspěch a nebyť vás, klient by v léčebně možná nikdy neskončil.

Politická schizofrenie

Proč lidé vlastně drogy berou? Patrně proto, že je brát chtějí. Přesto stále tvrději trváme na přístupech totální abstinence. Je přece zcela evidentní, že kampaně typu - *Just say no* - selhaly a často se změnily v kampaně - *Just say I know* - . Je smutné, že naše republika musí zkoušet to, co je už léta vyzkoušené (pilotní studie metadonového programu) a brát si za vzor většinou špatné příklady.

Jak může vláda vysvětlit, že na jedné straně posílá lidi užívající drogy do vězení a na druhé straně vydává státní peníze na sterilní stříkačky, aby si je aplikovat mohli. Politikové a ti, kteří připravují zákony, také zcela ignorují zahraniční zkušenosti. Jsou schopni tvrdit, že se zákony musí přiblížit evropskému standardu, jinak je ohrožen náš vstup do Evropské unie. To však není pravda, protože v Evropě můžeme vidět pestrou škálu zákonů a přístupů, které jsou ušity na míru daným zemím. Od tzv. „liberálních“ (země okolo Velké Británie a Nizozemí) až po tzv. represivní (země okolo Francie a Beneluxu).

Oficialitu a potřebu přístupu harm reduction potvrzují i dokumenty např. **UNAIDS** - „*Report on the global HIV/AIDS epidemics*“ z června 1998, neoficiální dokument **UNDCP - UNIS/NAR/656** z 11. března 1999. Oficiální materiál **World Health Organization** - „*Principles for preventing HIV infection among drug users*“ z roku 1998 a konečně dokument **Spojených národů - GA/9421**, který vznikl na základě zvláštního zasedání hlavního shromáždění OSN o drogách v New Yorku 9. června 1998. Doufáme, že doba planých frází a laciného moralizování brzy skončí.

Mgr. Petr Hrdina
Kordinátor terénních programů Sananim
Dotazy a připomínky na: hrdina@sananim.cz

(Tento článek vznikl a byl podpořen jako součást grantu The Lindensmith Center of the Open Society Institute)

Psychoterapie závislých v podmínkách stacionární péče

ZDEŇKA KOŠATECKÁ

Koncepce práce na oddělení pro léčbu závislosti vychází z přístupu dynamicky orientované psychoterapie s prvky Gestalt terapie, psychoanalyticky orientované psychoterapie a kognitivně behaviorální psychoterapie.

K dalším metodám patří:

- práce s režimovou složkou,
- práce s odpoledním programem zaměřeným na změnu životního stylu, přednášky, studium odborné a populární literatury,
- psychofyzické aktivity zaměřené na práci s tělem.

Z hlediska indikace léčby jsou sledovány dvě osy:

- I. osa - závislost na alkoholu, lécích a patologické hráčství.
- II. osa - poruchy osobnosti a neurotické poruchy.

Cílem takto koncipovaného psychoterapeutického programu je:

- abstinence,
- zvědomění nevědomých konfliktů a příprava jejich řešení,
- zvědomění funkce alkoholu, léků, hracích automatů při řešení konfliktů a problémů,
- uvědomování si vlastních pocitů,
- zmapování rizikových situací vedoucích k recidivě,
- získání informací o závislostech,
- změny v sociálním prostředí jako je rodina, pracoviště apod.,
- změna patogenního životního stylu.

Přijetí pacienta na oddělení předchází vstupní interview, jehož smyslem je nejen získání základních informací o pacientovi, ale současně zjištění motivačních faktorů k léčbě a uzavření psychoterapeutického kontraktu.

Ve své praxi se často setkávám s pacienty nedostatečně motivovanými k dlouhodobé léčbě. Většina z nás pravděpodobně zná situaci, kdy se terapie zpočátku dobře vyvíjí. Pacient je aktivní a kooperující. Ale po určité době a nemusí to trvat ani dlouho, můžeme vnímat, jak je jeho projev neosobní, popisný, deklarativní. Ve většině případů jde o pacienta, který byl k léčbě motivován manželkou, dospívajícími dětmi, zaměstnavatelem, rodiči apod. Jakmile odezní bezprostředně negativní důsledky spojené s pitím, klesá jeho potřeba léčit se. Takový pacient může buď nevědomě hledat způsob, jak terapii předčasně ukončit nebo jak celý terapeutický proces absolvovat s co nejmenším nasazením vlastních sil. Ve skupině může takový pacient vystupovat velmi přesvědčivě. Pohotově reaguje, jasně for-

muluje myšlenky, přináší skupinové téma. Určuje dění ve skupině, které většinou nemá přesáhnout rámec společenské konverzace. Je zdravě sebekritický, ale nikdy se nepouští do příliš osobních témat. Jestliže se pro něj stane situace ve skupině nebezpečná, začne manipulovat. Terapeutovi klade otázky a vyžaduje jednoznačné odpovědi. Nebo si ve skupině najde obětího beránka, na kterého zaměří pozornost. Jestliže je některý z pacientů osobnější, uchýlí se zpravidla k radám nebo diskutovaný problém bagatelizuje. Stane-li se takový pacient neformálním vůdcem skupiny a můžeme si být téměř jisti, že se tomu tak stane, dění ve skupině má monologický nebo dialogický charakter. Skupinová dynamika se vytrácí.

Z hlediska prožívání může být výše popsaná situace jak pro pacienty ve skupině, tak pro terapeuta velmi frustrující. Možná, že i Vy máte za sebou hodiny terapie, kdy jste se znovu a znovu pokoušeli vzkřísit osobní témata a pocity pacientů, ale znovu a znovu jste se setkali se zevšeobecnujícími reakcemi nebo přesměrováním pozornosti na jiné téma. Možná, že i Vy znáte pocity bezmoci, rezignace. A možná, že jste také jako já, s úlevou takovému pacientovi léčbu předčasně ukončili. A teprve po jeho odchodu jste začali bilancovat, co všechno přispělo k tomu, že jste se k tomuto kroku rozhodli. Zda jeho postoj a chování nesouvisely s jeho vážnější osobní patologií a silnými obrannými mechanismy. Jedna z možností, jak tomu předejít je zaměřit pozornost na to, co pacient sděluje, jak se chová. Pokusit se pracovat s ním tak, aby si uvědomil, co za jeho chováním a jednáním stojí. Gestalt terapie je jedním z mnoha terapeutických směrů, který tento přístup k pacientovi umožňuje.

Dovolím si nyní prezentovat teorii procesu změny v terapii tak, jak ji popisuje F. M. Staemmler. Tento gestalt terapeut rozlišuje pět fází:

1. fázi stagnace,
2. fázi polarizace,
3. fázi difúze,
4. fáze kontrakce,
5. fázi expanze.

K fázi stagnace

Na začátku terapeutického procesu můžeme u pacienta pozorovat různorodé jevy: patří k nim sociální role a manipulativní způsoby chování. To, s čím se můžeme setkat jsou stížnosti buď na frustrující partnerský vztah nebo na obtíže v navazování osobního kontaktu, ataky deprese, chronické bolesti hlavy nebo funkční tělesné poruchy. Na otázku po svém prožívání tito pacienti popisují znepokojení nad těmito symptomy. Obvykle se cítí být jejich obětmi, cítí se vůči nim bezmocní a čekají pomoc od terapeuta nebo od jiné osoby zvenčí. Pro tyto pacienty bývá charakteristické, že krátce po vstupu do terapie většinou nepokračují ve svém osobním rozvoji. Nedokáží sami na sebe nahlédnout jako na někoho, kdo je schopen ovlivnit svůj stav. Nepřijímají odpovědnost za svoji situaci a neřídka obviňují terapeuta za stagnaci v terapii.

Uvedu příklad:

Na oddělení přichází pacient, který v předchozích letech nedokončil podvkrát terapii. Je v debaklové situaci a zpočátku vidí v terapii svoji záchranu. Po odeznění abstinčních příznaků začíná pozornost zaměřovat na svůj zdravotní stav a dožaduje se různých somatických vyšetření. Poskytnutá péče však nepřináší zklidnění a posun v terapii. Témata, se kterými tento pacient přichází, nepřesahují rámec klišé. Klade otázky, na které vyžaduje jednoznačné odpovědi. Neutrální reakce terapeutů vnímá jako odmítnutí, dává najevo svoji nespokojenost s léčbou, popřípadě se snaží o vytvoření koalice s některými členy skupiny. Dovolí-li si některý pacient být osobnější, zarazí ho slovy: „Tady každý mluví o blbých problémech v manželství. To nechápu. Každý čeká, že mu tady pomůžou. Tak se nevdávej a je to. Já chci vědět, jak budete řešit problém s chlastem, až tady odtud odejdete.“ Pokud některý z pacientů reaguje emotivně, např. pláčem, blokuje nejen své pocity slovy: „Ta sem nepatří, měla by se snad léčit někde jinde.“ Jindy, aby uvolnil napětí začne udílet rady. Na otázku co cítí odpovídá somatickými steskami. V jeho chování a prožívání není patrný posun.

Úkolem terapeuta pro tuto první fázi je vedení pacienta ve směru uvědomování si vlastních pocitů a chování s nimi spojených. Jedině pak může být tato fáze uzavřena.

Po ní nastává přechodové období, kdy pacient zažívá pocity strachu, nerozhodnosti, pochybností. Příkladem může být situace pacienta, který si po fázi stagnace začne jasně uvědomovat potřebu abstinovat, ale současně se obává nepříjemných pocitů, které se mu, jak říká, začínají tlačit do hlavy. Po tomto přechodovém období přechází pacient do fáze druhé.

Fáze polarizace

V této fázi je prožívání pacienta rozděleno na dva póly:

- jeden pól představuje impuls směrem dopředu, tzn., že pacient má tendenci pracovat na tom, co je pro něj důležité,
- druhý pól představuje tendenci opačnou, vedoucí k vyhnutí se nepříjemným pocitům.

Síly na obou pólech se stávají vyrovnané a způsobují silné vnitřní napětí. V tomto období např. může pacient přijít s tím, že mu bylo tak špatně, že si musel vzít tabletku na zklidnění, aby neporušil abstinenci. Pacient nabízí svoji snahu abstinovat, nehovoří však o svých obavách z pocitů, které stav střídavosti přináší.

F.M. Staemmler ve svém článku O vrstvách a fázích k tomuto problému píše: „Ve fázi polarizace je pro pokrok klienta důležité, aby byl osvobozen od iluze, že není odpovědný za svoji situaci. Je třeba si připustit, že neexistuje okamžité řešení daného konfliktu, ale v principu je možné v této fázi dojít k poznání, že jeho vyřešení vychází z klientových vlastních zdrojů.“

Ve fázi polarizace je práce s pacientem vedena tak, aby se figuroy staly všechny způsoby chování a modality prožívání, kterými si pacient znemožňuje uspokojení svých potřeb. Tedy: jestliže si výše zmíněný pacient uvědomí, že tabletku si vzal

proto, aby se mu do hlavy netlačily nepříjemné pocity a ne proto, aby udržel abstinenci, je nastolen přechod z druhé do třetí fáze.

Třetí fázi předchází opět přechodové období. Pro něj je charakteristický stav, který Perls nazývá *impasse*, česky slepá ulička. Tam, kde byly pro pacienta jasné hranice, je naprostý zmatek. V rychlém sledu se objevují útržky myšlenek, záblesky vzpomínek. Pacient zažívá pocit desorientace, někdy až prázdnoty. Charakteristické jsou věty: „Tak teď nevím, co mám dělat. V hlavě se mi to všechno honí, jsem zmaten“, nebo: „Je mi hrozně. Už vlastně ani nevím, co chci.“ Následuje přechod do fáze třetí.

Fáze difúze

Tato fáze představuje stav, kdy se rozpadá vše i pacientův vnitřní konflikt. Ztrácí se i dva protikladné póly. Tato fáze je náročná nejen pro pacienta, ale i pro terapeuta. Zmatek, který pacient nejen verbalizuje, ale který se projevuje i v jeho chování a vytváří velký tlak. Může se stát, že všichni členové skupiny, včetně terapeuta se pokusí zmatek v pacientovi i v sobě ukončit tím, že situaci začnou strukturovat podle subjektivních kritérií. V tom případě nepokročí pacient dále, ale vrátí zpět do fáze polarizace a čeká na novou příležitost. Jestliže má být fáze difúze zvládnuta, nesmí mít terapeutická intervence racionální obsah. Pokud například pacient prožívá pocit prázdnoty, pravděpodobně se mu podaří ho překovat tím, že zaměří svoje uvědomování do středu pocitu. Teprve pak může přejít do předposlední fáze.

Fáze kontrakce

Jde o stav, který je pro pacienta novou zkušeností. Perls má pro tuto etapu terapeutického procesu název „vrstva smrti“. Pacient je stažen do sebe a často sděluje, že cokoliv nyní udělá, bude mít za následek, že ztratí sama sebe, už to nebude on a co pak. Podaří-li se zvládnout za podpory terapeuta tuto fázi, samovolně nastupuje fáze pátá a poslední.

Fáze expanze

Pro tuto fázi jsou velmi typická vyjádření: „No jo, vždyť se mnou nemusí souhlasit. Nevím, proč jsem si s tím dřív dělal takové starosti. Není dobré za každou cenu udržovat klid.“ V neverbálním projevu, na fyzické úrovni, lze pozorovat úlevu, uvolnění svalového napětí, které je doprovázeno rozmáchlými pohyby. Původní konflikt je vyřešen, terapie se uzavírá.

Ve své praxi mám zkušenost, že nejčastěji lze i s původně málo motivovanými pacienty dojít do fáze polarizace. I v té mohou najít způsob, jak se vyrovnávat se svým životem.

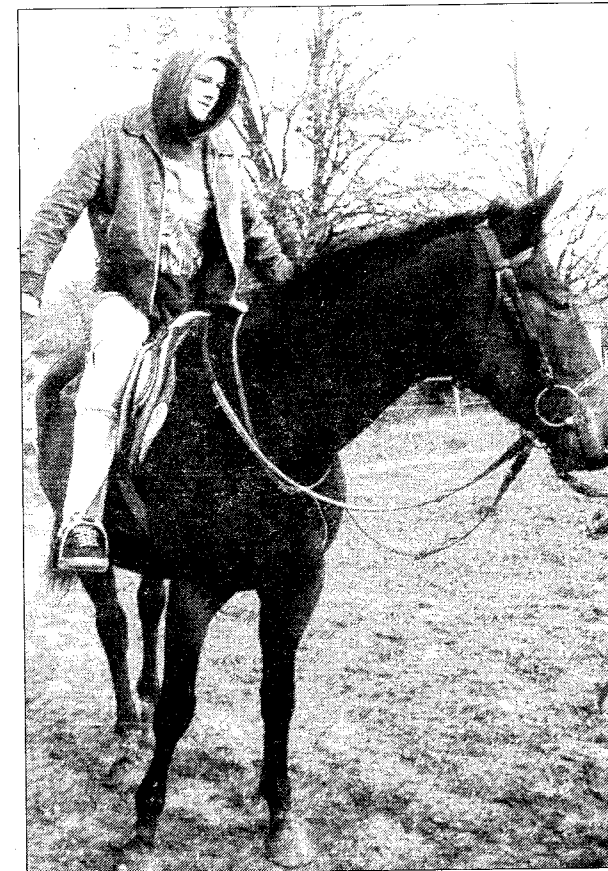
Na závěr si dovoluji osobní poznámku. Impuls pro vznik tohoto sdělení přišel v době, kdy byl do skupiny zařazen pacient, který nebyl k terapii dostatečně motivován. Byla to doba, kdy jsem i své napětí řešila ve skupině strukturováním situace, čímž jsem sama pohyb ve skupinovém dění brzdila.

Použitá literatura

Balcar Karel: „Tvarová metoda v rodinné psychoterapii“

Perls F. S.: Gestalt Therapy Verbatim 1969

Staemmler Frank-M.: O vrstvách a fázích. The Gestal Journal, ročník XVII, č. 1, česky: Konfrontace 1996, č. 2



Fotografie E. Jílkové k příspěvku Václava Schmidta „Možnosti pomoci mladým lidem ohroženým drogovou závislostí na oddělení Cesta SMK v Řevnicích“.

Využití fotografie v poradenské a terapeutické práci s problémovými uživateli drog

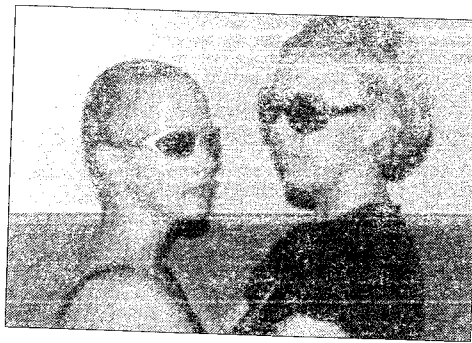
ELIŠKA JÍLKOVÁ

Tato práce vznikla na půdě Střediska pro mládež Klíčov, oddělení Cesta Řevnice. Jde o zařízení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí.

Oddělení je ambulantním a pobytovým pracovištěm s kapacitou 12 lůžek, a poskytuje sociální, výchovně vzdělávací, poradenskou a terapeutickou spolupráci chlapcům a dívkám ve věku 16-20 let, přičemž velký důraz klade na spolupráci se sociálním kontextem klienta, především rodinou.

Pobytová spolupráce je 8týdenní a v jejím průběhu není možný samostatný pohyb klienta mimo zařízení. Návštěvy a užší kontakt s vnějším sociálním prostředím je omezen pouze na rodinné příslušníky.

V programu oddělení Cesta v Řevnicích je i arteterapie jako součást prožitkového přístupu v léčbě. Je realizována prostřednictvím různých výtvarných technik jako je kresba, malba, modelování, koláž, ale i fotografie. V oblasti fotografie klient zpracovává během pobytu jednak ucelenou, jednak variabilní řadu témat personifikujících důležité oblasti života klienta (minulost, přítomnost, budoucnost, cíle a hodnoty, vztahy v rodině a vstevnické skupině aj.).



Do každé výtvarné činnosti, a to i v oblasti fotografie, klient projekuje svou osobnost - motivy, postoje, emoce: jejich rozpoznávání a interpretace klientovi pomáhá v sebepoznávání. Pomocí setkání se sebou samým klient získává náhled na svou životní cestu a má tak možnost změny postojů a chování. Z mých zkušeností je tato metoda vhodná pro klienty

ve věku dospívání, kdy přímá verbální komunikace bývá obtížná a autentický výtvarný projev zprostředkovaný fotografií se tak stává významným prostředkem komunikace mezi klientem a terapeutem.

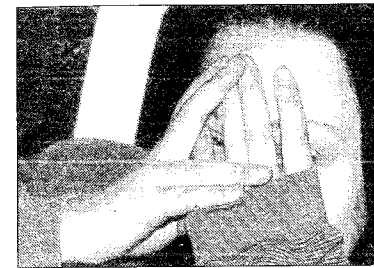
Fotografování - proces jako takový - vede ke vzájemné spolupráci klientů, k soustředění, k zamyšlení se nad výběrem témat, nad stavbou i skladbou obrazu jak při vlastním focení, tak i při práci ve fotokomoře při zhotovování fotografií. Navíc se tématem zabývá myšlenkově nejenom v tomu určených hodinách, ale i v podvědomí, a již v úvodu další práce leckdy ví, co a jak chce vyfotit, vytvořit či zvětšit. Jde o proces tvůrčí a navíc způsob, jakým volí témata, kterým tématům dává přednost i jak má vystavený obraz, je velmi výmluvné. Jde jak o komunikační, tak i o reflexní prostředek.



na je velmi náročná, emotivně nabitá. Velmi mnoho se z ní dá vytěžit a následně zpracovat. Průběh této skupiny si natáčím i na video jako záznam pro další práci.

Druhá skupina je nad fotografiemi stromů. S tímto tématem pracuji jako s metaforou, která poskytuje široký prostor projekcím jednotlivých klientů. Skupina je klidná, hloubavá, ponořená do sebe.

Potřetí, a naposledy, si sedneme nad fotografie, které tentokrát zhotovili již klienti sami během svého pobytu v zařízení. Před sebe si položí fotografie, za kterými si stojí, které jim během tvorby přirostly k srdci. Pokud žádnou takovou před sebe nedají, pak tedy proč? Klienti mezi sebou vybírají fotografie kolegů, které i jim



něco říkají či se jim prostě jenom líbí, a proč? Z focení je pro klienty nejzajímavějším tématem vlastní autotyp. Do tohoto tématu se pokládá a aktivně zapojuje největší počet klientů. Po drogovém terénu je toto druhá nejdynamičtější práce.

Fotografování a práce s ním spojené jsou tvůrčím procesem. Procesem, který nutí člověka k soustředění a zamyšlení se, ale též nabízí uvolnění a odreačování. Je nabit očekáváním a radostí z výsledku.



Eliška Jílková
oddělení CESTA,
Řevnice

O arteterapii (v plzeňském Kontaktním centru)

MARTINA KOMZÁKOVÁ

Co je arteterapie, je v podstatě jasné. Léčba uměním. Méně jasné je, jak vypadá forma. Co konkrétně arteterapie obnáší. Ve výsledku nakonec záleží na arteterapeutovi, k čemu „arte“ jako formu práce používá. K čemu použije lidský potenciál kreativity a její výsledek - konečný produkt. Těch způsobů a možností je mnoho a výběr stejně padne na směr, ve kterém je terapeut jistý, kde má svoji lidskou a terapeutickou polohu. Má volba padla na výtvarný projev a tezi, že samotný proces tvorby je léčivý...

Pracuji v „Káčku“ s toxikomany, pro něž potřeba tvořit je velmi příznačná. Drogý ve svém účinku vybarvují svět a realitu do jiných barev a kompozic a následně pak střízlivé prožívání dostává barvu šedivou. Také potřeba sdílení a sdělování hlavně u stimulantů je značně výrazná. Psychotropní látky často poprvé umožní „umělecky“ se vyjádřit, aniž by byl člověk spoután stereotypem - „tohle já neumím“.

Samozřejmě, v odborných kruzích se často vede polemika nad uměleckou hodnotou tvorby „pod vlivem“ nebo u lidí s psychiatrickou diagnózou. To, co mě na tom zajímá, je ale „Aha zážitek“, kdy člověk prožije zaujetí a radost poté, co zjistí, že může tvořit. Když objeví, že i on „může“.

Snažím se klienty dovést k tomu, že tato schopnost se vysazením drogy neztrácí. Je samozřejmě složité najednou ve střízlivém stavu uvolnit své tenze a potřebu kontroly nad vlastním výkonem a výsledkem. Navíc i v umění platí, že talent a vnitřní invence člověka má pouze určitý podíl na výsledném efektu, a že zbytek je obyčejná manuální rutina. Člověk se jí musí naučit a vůbec v prvé řadě tento fakt přijmout, aby výsledek odpovídal představě. Stejně ale ani tehdy není zaručené, že je autor spokojen hned napoprvé.

Z těchto východisek a zkušeností z arteterapeutické práce v Krizovém centru pro mládež „Most“ v Praze se nakonec moje práce v „Káčku“ s klienty zformovala do podoby ateliérové skupinové tvorby. Jednou týdně 2 hodiny čistého času pro výtvarnou práci a 15-20 min povídání nad výsledky. Nejvíc prostoru je věnováno učení se práce s materiálem a technikou a vůbec schopnosti vyjádřit to, co klient chce nebo potřebuje. V povídání pak hlavně „ukotvit“ prožití. To „povídání“ má velmi důležitou funkci. Je to jediný koncentrovaný prostor pro mluvené slovo.

Je to možnost, jak s klientem mluvit nepřímou o něm. Obzvlášť, když prostor „arte“ je jedině místo, ve kterém je klient ochotný komunikovat s terapeutem, s institucí, když jiné služby a možnosti nereflektuje. Často je to místo prvotního testování důvěry k instituci, lidem, kteří v ní pracují, k práci, která se v ní dělá a neposledně také k terapii. Protože ten název arteterapie a obsah se neztrácí, byť pracovní jazyk skupiny je výtvarný.

Stejně dobře je možné tento způsob práce používat jako doplňkovou terapii ke klasické psychoterapii. „Arte“ může dopomoci k nastartování nebo naopak k ukotvení psychického terapeutického procesu neverbálním způsobem. Použí-

vám k tomu „magickou formuli“ - Papír a barvy na rozdíl od lidí snesou mnohem více. Jediné, co papír dělá, je, že autora konfrontuje sama se sebou. A to vždy.

Proto - byť se jen „maluje“, tak velmi pomáhá a v arteterapeutickém procesu zvlášť, když má člověk podporu a možnost sdílení úspěchů a neúspěchů, což je stejně náročné jako v každé jiné terapeutické práci. Efektivitu své práce pak mimo jiné vidí v kvalitativní změně tvorby klienta anebo z možnosti, že se pro něj otevřely další možnosti seberealizace se vzory, jež jsou pro „normální“ společnost přijatelné.



Fotografie E. Jílkové k příspěvku Václava Schmidta.

Psychoterapie a psychoterapeutický prostor

JIŘÍ BROŽA

Jaké jsou možnosti využití psychoterapie v péči o dospívající, kteří se vinou užívání návykových látek dostali do problémů?

Dospívající obvykle svoje problémy nepřipisují užívání drogy, ale sociálnímu okolí (rodiče, autority, společnost...), které je nechápe, stojí v cestě jejich rozmachu a je potřeba se mu vzepít, odmítnout je. Jako neefektivnější a nejmocnější prostředek vzdoru se nabízí opět droga. Tak se odvíjí spirála až do chvíle, kdy sociální tlak zesílí natolik, že mu dospívající podlehne a rozhodne se situaci řešit jiným způsobem. Jedním ze způsobů (dalo by se říci prosociálnější) je obrátit se o pomoc k odborníkům. V této chvíli se dospívající dostává do prostředí, kde je jako prostředek pomoci využívána psychoterapie.

Je mi jasné, že tento popis je zjednodušený a schématický a neodpovídá komplexnosti reality. Nechci však popisovat vznik problémů, ale jednu z možností, jak s nimi naložit.

Využívat psychoterapii u dospívajících s sebou přináší mnohé složitosti. Jednou z největších je obtíž v definování cílů psychoterapie. Dospívající často vědí, co nechtějí a co se jim nelíbí. Definovat to, co by skutečně chtěli a zároveň dostáli požadavkům společnosti, však bývá komplikované, především u dospívajících, kteří měli za pomoci psychotropních látek možná poprvé v životě dojem, že svět má smysl, že v něm mají své místo a že mají hodnotu.

Naše zařízení nabízí dvou až čtyřměsíční pobyt, který není definován jako léčebný, ale jako zastavení se v životě, zamýšlení se nad svými vztahy, poznání svých možností, rozhodnutí se, co chci dál, atd. Tento relativně krátkodobý pobyt využívá mimo jiné také psychoterapii.

Důvody příchodu

- **Pobyt vnímá jako významný a má od něj realistická očekávání užitečnosti** (*dobrý klient, rychlá adaptace, pracovní aliance...*)
- **Pobyt vnímá jako významný a očekává změnu, pro kterou nechce sám nic udělat** (*pasivní, často kritický k ostatním, těžko chápe svou odpovědnost, bývá v odporu...*)
- **Pobyt vnímá jako přestupní stanici k intenzivní (komunitní) léčbě** (*celkem motivovaný, celkem dobře spolupracuje, nechává si rezervy, přizpůsobuje se, hlavně, aby vydržel...*)
- **Pobyt vnímá jako odpočinek od tlaku rodičů (lepší alternativa) případně odpočinek od drogy** (*převážně pasivní, slabá spolupráce, nechápe potřebu změny, drží se stranou...*)
- **Pobyt absolvuje na nátlak rodičů (společnosti)** (*velice slabá motivace, hyperkritičnost, často v odporu vůči členům komunity, členům týmu i pobytovému režimu, nechápe smysl pobytu...*)
- **Kombinace předchozích**

Vezmeme-li v potaz popsanou strukturu klientely, adolescentní věk se všemi svými konflikty, odpory, vzdory, boji za vlastní identitu a autonomii, slabou motivaci ke změně atd., je jasné, že s „pouhou“ psychoterapií nevystačíme.

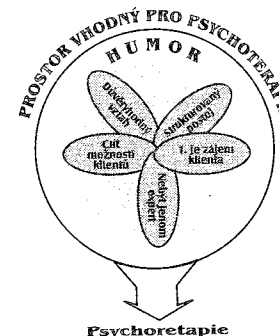
První, na co je potřeba klást mimořádný důraz, je vytvoření vzájemně důvěryhodného vztahu umožňujícího vytvořit psychoterapeutickou alianci (*akceptovat klienty i s jejich nedostatky, mít víru v možnost jejich změny, provádět společné aktivity, mít skutečný zájem o klientovy problémy, chovat se autenticky - i s negativními projevy, neznevažovat klientovy projevy...*).

Aby se klienti mohli cítit bezpečně, je potřeba jasně strukturovat prostor, ve kterém se ocitli a pomáhat jim strukturovat svět jako takový (*jasně vymezit role, být důsledný v dodržování „dobrých“ pravidel, ritualizovat některé prvky programu, dbát na kvalitní reflexe i všedních skutečností...*).

Znáť a cítit možnosti klientů (*nepředbíhat jejich schopnosti, nemít přehnané nároky, neukládat nesplnitelné úkoly, postupovat „malými kroky“...*).

Mít zájem klienta je na prvním místě (*spolupracovat s rodinou tak, aby klient měl jistotu, že spolupráce je v jeho prospěch a že neuzavíráme s rodiči koalici proti němu*).

Nechyťit se do expertní pasti (*nestát se expertem na klientův život, nevnučovat mu své hypotézy a závěry, neobviňovat, nedržet se tématu drogy jako jediného nosného...*).



Většinu z těchto podmínek nenaplníme psychoterapií, ale běžnými i mimořádnými denními úkony, různými aktivitami (sport, výlet, práce...) lidským vztahováním se ke klientům a k sobě navzájem. Jde tedy spíše o výchovu nebo o společné sdílení prostoru s jasně vymezenými pravidly a rolami. Dodržováním těchto oboustranně přijatelných pravidel vytváříme **psychoterapeutický prostor**, nebo lépe: prostor umožňující psychoterapii.

Všechny aktivity, které v tomto prostředí probíhají (od všedních pravidelných denních povinností, přes každodenní komunitní a skupinová setkání - včetně psychoterapeutických skupin, až po mimořádné zátěžové aktivity), mají psychoterapeutický náboj, přestože ne vždy je můžeme jako psychoterapii definovat.

Z mého pohledu je právě tento prostor pro dospívající tím, co jim umožňuje přistoupit na myšlenku eventuální změny sebe sama.

Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení

ONDŘEJ POČAROVSKÝ

Domnívám se, že nízkoprahová zařízení (kontaktní centra, drop in centra), jejichž **nejvýznamnějším cílem** je navazování prvního kontaktu s toxikomany, snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, poskytování krizové intervence a zprostředkování detoxifikace a léčby by měla nahlížet metodu motivačního tréninku jako bazální pilíř své práce. Nejen na rovině přípravy klienta do léčby - motivační trénink před léčbou (k rozhodnutí vstoupit do léčebny, terapeutické komunity), ale také na úrovni motivace klientů k „bezpečnějšímu“ užívání drog, tedy motivace ke změně chování od rizikového k chování odpovědnému, bezpečnějšímu (používání sterilních stříkaček a jehel etc.) pozn. vychází z modelu Public Health.

Základní definice motivačního tréninku říká, že jde o plánovaný a strukturovaný proces terapeutické intervence zaměřený na postupné zvyšování motivace klienta pro žádoucí změnu chování. V kontextu nízkoprahového zařízení, které poskytuje základní poradenské služby a služby programů Harm Reduction (redukce nebo snižování zdravotních rizik) ani tak nejde o abstinenci v obvyklém pojetí. Asi obtížně bude abstinentovat závislý klient na heroinu, který je sice v intenzivním kontaktu a prochází motivačním tréninkem před léčbou. Bez odborné lékařské péče na detoxifikační jednotce, případně v programu ambulantní detoxifikace toho prostě není většinou schopen. Samotná představa bolesti je příliš silná a strach z „abstáku“ stejně tak. Drogový pracovník v nízkoprahovém centru s ambicí dovést klienta závislého na heroinu v rámci motivačního tréninku k abstinenci je podle mého názoru a zkušenosti naivní. Pravděpodobně o tom můžeme diskutovat u pervitinistů. Je však možné dovést klienta k abstinenci od rizikového chování, k abstinenci od sdílení použitých injekčních stříkaček a jehel etc. Cílem programů Harm Reduction a nízkoprahových zařízení není přece léčba, ale fakticky minimalizace zdravotních rizik a příprava klienta pro léčbu, tedy jakási preterapie, jejímž cílem je dovést, co nejméně zdravotně a sociálně poškozeného klienta k rozhodnutí léčit se. Přirozeně v instituci, která je pro klienta s ohledem na jeho stav, diagnózu, anamnézu a drogovou kariéru nejvhodnější.

Je zřejmé, že se nám budou často opakovat jakési **dva typy klientely nízkoprahových zařízení** bez ohledu na zneužívané látky, u nichž je možné a vhodné používat metody motivačního tréninku. V první skupině se objevují **klienti nemotivovaní k léčbě** z různých důvodů. Tato skupina se kontaktuje se zařízeními a obvykle využívá služeb výměnného programu stříkaček a jehel, sociální práce, hygienického, potravinového a vitaminového servisu, v debaklových situacích krizové intervence, případně zprostředkování odborného lékařského ošetření. Abstinentovat, změnit životní styl, dospět ke změně nechtějí nebo nemohou. **Mohou však dojít ke změně chování tedy od chování rizikového** (sdílení

jehel, nechráněný sex) k bezpečnějšímu (sterilní jehly, chráněný sex). S touto skupinou klientů se pracuje v rámci kontaktních místností (součást standardních nízkoprahových zařízení) či při výměně injekčního materiálu, buď individuálně nebo s celou skupinou přítomných klientů. Rámec intervencí drogových pracovníků je spíše edukativní, témata jsou nasnadě: „Jaká infekční onemocnění mohu získat, pokud budu sdílet jehly, praktikovat nechráněný sex?“ „Jak se tomu mohu vyhnout a co pro to mohu udělat?“ „Kam se obrátit pro pomoc?“ „Co udělat, když se kamarád předávákuje?“ „Jak se správně a bezpečně »našlehnout«?“ „Co dělat, aby se mi nevytvořil absces či flegmona?“ atd. Důležité tedy je dovést klienty ke změně rizikového chování a **ještě důležitější tuto změnu udržet a podporovat**.

Další skupinu tvoří klienti, kteří proklamují rozhodnutí nastoupit do léčby. Otázkou zůstává, co nebo kdo za těmito slovy stojí, zda trestní stíhání, tlak rodiny, škola, strach z dealerů, kterým dluží peníze nebo skutečně pomalu se tvořící náhled na vlastní neutěšenou situaci a stav. I tak jsou všechny tyto důvody dobré a je třeba brát je v potaz a pracovat s nimi. S takovým klientem, jenž uvažuje nebo jeho objednávka je zprostředkování detoxu a léčby pracujeme obvykle měsíc až dva před nástupem na detox.

Základními cíli motivačního tréninku u obou zmíněných skupin klientů je vytvoření kognitivního rámce pro klientovu akceptaci diagnózy a terapeutického plánu, vytvoření kognitivního rámce pro žádoucí změnu chování, vytvoření kognitivního rámce pro klientovo přijetí odpovědnosti za vlastní chování. Je také nutné racionalizovat klientův sebeobraz ve vztahu k drogám a vytvořit rámec pro přijetí a zvnitřnění externalizovaných důvodů pro změnu chování. To jsou základní cíle motivačního tréninku bez ohledu na to s jakou skupinou toxiků pracujeme. Neméně důležité je **znát a umět zásady motivačního** tréninku tedy poskytnout pozornost, péči, pomoc, umět odpovídat klientovi na reálné problémy, nabídnout integrované možnosti v dané situaci, respektovat práva klienta, vyhýbat se minimalizujícím intervencím, umět zahrnout do práce s klienty KBT, vzdělávat atraktivní formou a pokusit se do intervence zahrnout rodinu pokud je to možné. Poslední významnou zásadou je umění pracovat se sociálním kontextem.

Pokud bychom si chtěli definovat tzv. léčebný cíl motivačního tréninku v nízkoprahovém zařízení, dospěli bychom k těmto krokům:

1. navázání a udržení kontaktu
2. snížení/změna rizikového chování
 - způsob administrace drogy
 - kontext užívání drogy
 - drogová kriminalita
 - prostituce/sexuální chování
3. eventuelní snížení konzumace drogy
4. eventuelní abstinence od drog (pervitinisté)
 - abstinence od rizikového chování
 - rozhodnutí nastoupit léčbu

Motivační trénink pracuje s **modelem změny** chování (Buisman, Kok), který postupuje po jednotlivých schodech. První schod znamená **kontakt**, ale také u klienta odpor a zároveň konfrontaci s případnými zdravotními, sociálními problémy, trestnou činností, sociálním konfliktem, stigmatizací, vývojovým konfliktem atd. Našimi nástroji ke zdolání prvního schodu se mohou stát nabízené služby, respektování klienta, pravidla, hranice, zájem, pocit bezpečí, informace, prostor pro rozhodnutí, osobnost pracovníka, přenesení odpovědnosti na klienta, ocenění, podpora, atd. Podařilo-li se nám stanout na prvním schodě, je nutné nakročit k druhému, který znamená **pozornost**. Pozornost je často zaměřena na abstinenci syndrom, zdravotní problémy, bydlení, rodinu, eventuelně policii, zákon, kvalitu drog, peníze atd. Nástrojem k došlápnutí na druhý schod může být naslouchání, trpělivost, čas, respektování klienta, hranice, kontrakt, plán, mapování hodnot a postojů, naše možnosti, rozhovor, využití jevů etc. Pokud jsme dva schody zdolali, je to dobré, ale je nutné ještě pokračovat. Na třetím stupínku číhá **pochopení**. Klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z psaného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou či rodiči. Našimi nástroji se mohou stát konfrontace, nastavení zrcadla, srozumitelnost, pochopení podmínek pro realizaci zakázky, jazyk, informační letáky, nácvik dovedností, profesionalita, brožury, zreflektování problému, zkušenosti vrstevníků, odborníků, ex-userů, používání reality atd. Jsme již dost daleko na to, abychom nezkusili čtvrtý schod znamenající **změnu postoje** tedy „já chci“ (nechci), jde o to změnit postoje v souvislosti s krátkodobými a dlouhodobými investicemi, s výhodami a nevýhodami tzn. „špinavá jehla X čistá jehla“, „nahodilý kontakt X intenzivní ambulantní terapie“, „intenzivní ambulantní terapie X terapeutická komunita“. Nástrojem se může stát doporučení, poradenství, konfrontace, příklady z okolí, nabídka servisu, názorná demonstrace, pomoc vytvořit pravidla, hranice, sociální služby, zpětná vazba, vztah pracovník X klient, opakování informací atd. Na pátém schodě nás očekává **změna záměru**. Například tlak sociálního rituálu - záměr může vést k postoji: „Nechci sdílet jehlu.“ Nástrojem, jímž můžeme vládnout, je uznání, potvrzení, podpora postoje klienta, porovnání výhod a nevýhod, obrana postoje „chci“, případně zintenzivnění kontaktu, mapování situace, zdůraznění rizik, naděje, ocenění, zhodnocení, zvýšení prestiže klienta ve skupině, nabídka prostředků atd. Pokud se jedná o skupinu klientů, s nimiž se pracuje před nástupem na detox a léčbu, odchází v této fázi na detox a kontakt v nízkoprahovém zařízení pro tuto chvíli končí. Schod šestý - **změna chování** - je pak v optimálním případě otázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo residenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje můžeme počítat podporu, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání, alternativu atd.. Ze sedmého schodu je důležité pokusit se o **udržení změny**, podle mého názoru patří do ranku následné péče a prevence relapsu. Jako nástroj zde můžeme využít reflexe, ocenění, podporu, opakování, udržení pozornosti, možnosti, asistence pracovníka, držení pravidel atd.

Pokud bychom měli na mysli práci se skupinou nemotivovaných klientů k léč-

bě, aktuálně užívající návykové látky, s nimiž také pracujeme nebo využíváme metody motivačního tréninku a jde především o změnu rizikového chování, pak provázíme klienta všemi sedmi schody.

Nabízím metodu motivačního tréninku jako jednu ze základních metod práce nízkoprahových zařízení, ale dobře vím, že nestojí vykořeněná, sama o sobě, že je nutné ji obohacovat a doplňovat o jiné metody a směry nebo obohacovat jí metody jiné, pokud to lze. Často se schody modelu změny chování, jak s ním pracujeme u popisovaných skupin klientů, prolínají, často je nutné postupovat jinak. Metoda motivačního tréninku je dobrým pomocníkem, nikoli šablonou a řešením.

Mgr. Ondřej Počarovský

Autor pracoval pět let v Kontaktním centru SANANIM jako speciální pedagog, poradce a dvě léta jako ředitel zařízení, toho času pracuje viz adresa.

PREV-CENTRUM
Středisko drogových závislostí
Na Folimance 15 Praha 2

Zdroje: MUDr. P. Bém - workshop: Motivační trénink
zkušenosti z pracovních dílen s kolegy z nízkoprahových zařízení na dané téma

Pozitivní aspekt drogového relapsu (a nejen drogového)

EVŽEN KLOUČEK

Existuje vůbec něco pozitivního na tom, že se klient po určité době abstinence a tedy i možné změny v životním stylu znovu vrátí k jedné, dvěma nebo třem dávkám své oblíbené drogy?

E. KLOUČEK

Již dlouho jsem se připravoval na napsání článku s tímto názvem. Doba, po kterou jsem se zamýšlel zda ho napsat či ne, byla často přerušovaná mými úvahami nad tím, zda tento název nebude příliš provokativní. A jestli svým provokativním názvem nezpůsobí, že jej čtenáři budou brát tak trochu na lehkou váhu s tím, že je příliš rebelantský. Nakonec jsem to riskl a možné odzívnutí jsem započítal do rizik následků, které beru dopředu na vědomí.

Nejprve o slovu relaps. Podle slovníku jde o návrat v negativním smyslu. Tedy o selhání. Nevím, zda je právě toto správné označení toho, o čem se pokusím psát. Protože mé vidění „relapsu“ není tak úplně negativní. Raději bych zvolil slovo znovuotevření nebo znovu-navrácení k minulému, osvědčenému způsobu děláni si dobře. Myslím, že když klient znovu „veme“ nemusí jít vždy o nějakou hlu-bokou osobní krizi nebo zátěžovou situaci, kterou nedomyslel. Možná v souvislosti s relapsem více přemyslím o lidské potřebě přesvědčovat se o tom, že naše rozhodnutí bylo v pořádku. Tedy správné. Svým způsobem je nutné, abychom zvláště v důležitých tématech svého života a jeho směřování měli v sobě přesvědčení, že děláme dobře.

Musím zdůraznit, že se snažím postihnout téma relapsu u klienta, který v sobě má rozhodnutí skončit a k tomu má i nějaký čas oddělenosti od drog za sebou. Není předmětem této úvahy popisovat pozitivní, růstové momenty proběhlého návratu k drogám u člověka, který toto opravdové rozhodnutí nemá. Možná vás napadá, jak se to dá rozlišit. Myslím, že dá a pokusím se o tom dále psát. Zároveň je nutné zdůraznit, že předpokládám, že tento člověk dochází do nějakého typu léčebného programu. A možný relaps se odehrává na pozadí terapeutického vztahu.

Pokusím se rozdělit výskyt relapsu a jeho působení na tři témata, která jsou z mého pohledu velmi důležitá a také z mých zkušeností problematická.

Téma I. Klient

Když si představíme, co vlastně po rozhodnutí člověka užívajícího drogy na něj dále čeká, není divu, že má v následujících obdobích občas pochyby nad tím, udělal-li dobře, že opustil způsob života, který mu v minulosti přinesl tolik pocitů naplněnosti a hodnoty.

Téma II. Psychoterapeut

Jsme my, lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích připraveni na to, že náš klient, kterému jsme tolikrát pomohli v těžkých chvílích počátku jeho změny, přijde znovu „sjet“? Jsme připraveni unést tento signál zmaru našeho úsilí, aniž bychom se museli uchýlovat k manipulativním pomstám formou zdůrazňování klientova pocitu viny?

Téma III. Rodiče, partneři, příbuzní a vůbec okolí

Jsou rodiče, rodinní příslušníci nebo institucionalizované okolí připraveni adekvátně zareagovat na možný nový výskyt drogového problému v jejich blízkosti?

Téma I. KLIENT

Nu, tak tedy popořádku. Představte si člověka, který nějakou dobu, spíše pár měsíců než týdnů poletuje v prostředí, kde se vyskytují drogy, a on sám není jen pasivním členem celého dění.

Jeho vztahy se poznenáhlu orientují jen na jiné lidi, kteří jako on užívají drogy, a předmětem jeho celodenního, celotýdenního snažení je snaha prožít příjemné chvíle s lidmi, kteří jako on k tomu potřebují nějakou tu látku. Dá se předpokládat, že takovýto člověk zřejmě bude brzy v tomto životním stylu docela pevně ukořten a jeho možné vykročení jiným než dosud probíhajícím stylem není tak úplně možné.

A tu jednou, ať již z důvodu tlaku nedrogového okolí, nebo negativním prožitkem na droze nebo s lidmi okolo drog se rozhodne, že končí. Co ho asi tak čeká?

Možná nebudu tak moc hádat, když si představím, že po naléhavých domluvách, ultimátech nebo vlastním rozhodnutím vyhledá pomoc v této fázi života. Ta by mu měla nějak pomoci s dalším existováním na tomto světě, který by měl být již bez dodávání si sil omamnými látkami. Ať je tento člověk v jakémkoli zdravotním, psychologickém nebo sociálním stavu, je jasné, že pro něj není vše snadné a budoucnost je velmi nejistá, plná spíše chaosu a prázdnoty než opačně.

A tak si představuji, že sice nastoupí do nějakého typu léčby nebo jiné pomoci, ale stále je provázen pocitem chuti na drogu, absencí vztahů, které musel pro abstinenci opustit a jiné zatím nemá. K tomu jistě je možno přidat i nějaké negativní signály od okolí a mám skoro dotvořenu postavu nepříliš spokojeného člověka. A tento člověk se v začínající fázi své změny dosavadního způsobu trochu rozechvěle rozhlíží kolem sebe a není si stále jist, jestli je tady, na tomto světě správně.

První etapa po skončení aktivního užívání omamných látek je podle mých zkušeností prožívána klientem jako odlehčující, nová zkušenost. Objevuje radosti a kouzlo v obyčejných věcech kolem sebe. Je to tzv. slunné období znovuzrození, znovuosvobození z minulého stereotypu. Jenže. Všechno je pomíjivé a zvláště v životě člověka, který se vynořil z nedávného urputně vyznávaného vztahu k omamným látkám. A tak se postupně nově stává běžným, radost a chuť do nového života cirkuluje v člověku od výskytu k absenci. Co s tím? Jak si uchovat

trochu stability v prožívání, existenci sebe zde. A pak se objevuje u člověka v této fázi vývoje abstinence tendence zakotvit se pomocí neustálého poměřování s ostatními, hodnocení sebe ve smyslu *dobře / špatně*. A začíná etapa, která je od první odlišná a také daleko více riziková z hlediska návratu k osvědčeným jistotám.

Vůbec téma polarit *správně a špatně, zle a dobře* je častým vyústěním jeho pohledu na sebe a to většinou, bohužel, s výsledkem negativním. Hodnotí sebe a druhé trochu nelítostně, snaží se nalézt nějaký opěrný bod, o který by se mohl opřít a najít tu jedinou správnou cestu dál. Mimochodem často se jím může stát jeho terapeut. A protože není možné mít všechno ve světě hned a teď, jak byl předtím zvyklý ve světě drog, mívá pocity zmaru a i možnost ukončení tohoto slzavého údolí ho sem tam napadá.

A tu se objeví nějaká další možnost v podobě bývalého kamaráda, absence zkušenosti rozchodu s bývalým nebo intenzivnější krize a najednou jde a zkusí se ještě jednou cítit jako kdysi, pod drogou. Relaps je na světě a vše jakoby začíná znovu. Zase se vracejí intenzivní chutě, s nimi i možná větší lehkomyšlnost ve vztahu k budoucnosti – a co s tím teď? Možná je dezorientován, zklamán sám sebou a úzkostný z toho, co na to ostatní, ti, kteří mu věří, že to myslí se změnou svého dosavadního vedení života vážně. Jeho nastavení je velmi křehké a má blízko k pocitům provinění. A tak jde za svým důvěrníkem, terapeutem, rodičem nebo partnerem. Prostě za tím člověkem, ve kterého má tolik důvěry, že mu o svých pochybách a selhání poví.

A co bude dál?

Téma II. PSYCHOTERAPEUT

Nejprve je potřeba zasadit reakci terapeuta na relapsovou situaci, stejně jako klienta, do kontextu jeho postavení v rámci práce s klienty. Takže si tak představuji... Terapeut po prvním setkání s klientem začíná přemýšlet, jestli by jeho svěření bylo vhodné tomu, aby mu poskytl svoji péči a znalosti. Pokud tomu tak není, začne uvažovat nad jinými léčebnými možnostmi – pokud se mu klient vůbec jeví jako vhodný k tomu, aby se s ním pracovalo s cílem změny vztahu k drogám. Mám na mysli cíl abstinování a vytváření dalšího prostoru, kde by mohly být a také jsou obsaženy možnosti dalšího klientova spokojenějšího života.

Pokud tedy shledá, že klient je vhodně nastaveným k těmto cílům a typ péče, který terapeut může klientovi poskytnout, se mu jeví jako prognosticky úspěšný, zahájí s ním kontakt.

V rámci takového kontaktu je nejprve třeba vytvořit něco jako prostředí, které by bylo vhodné pro růstové změny v klientově životě. To jde velmi pomalu a je jasné, že na této cestě je plno pastí a pastiček, do kterých se jeden nebo druhý či oba společně mohou chytit.

Těmi mohou být např.:

- společně vnímaná bezproblémová prvá etapa abstinence (slunné období), bez vzhledu, že tím vše nekončí

- terapeutova tendence předbíhat dosažený vzhled klienta
- terapeutovo nehlídání hranic ve smyslu distribuce odpovědnosti za cíle kontaktu
- terapeutova velká očekávání od sebe i klienta
- důraz na expertskou roli terapeuta
- zachování status quo: asymetrie vztahu terapeut versus klient
- klientovo chtění rychlosti a bezbolestnosti řešení

Samozřejmě, že jsem pojmenoval jen ty nejdůležitější překážky ve vztahu terapeut versus klient. A to z mého pohledu. Zákrutů a vedlejších ne-li slepých cest v léčebném vztahu je jistě daleko více a každý, kdo pracuje v profesi psychoterapeuta, klade důraz na jiné aspekty, které problematizují celé snažení ve směru změny a růstu.

A jednou, po několika týdnech, měsících – nedej bože snad i rocích – kontaktu vejde do místnosti, kde my terapeuti sedíme a čekáme na své klienty, člověk, který nám nepříliš pevným hlasem sdělí, že se znovu ponořil do stavu intoxikace. Co se tak v nás v této chvíli děje? Co se v nás děje po čase, který jsme strávili ve společnosti tohoto člověka, kdy jsme do něho investovali to nejlepší, co jsme znali a čeho jsme byli schopni? Nechci být nepřesným prorokem, ale myslím, že to, co u nás první nastane, nebude mít daleko k těmto stavům:

- zklamání
- vyčerpání
- pocit nesmyslnosti ze všeho, co děláme
- vztek

Tento stav terapeutova diskomfortu se pochopitelně může, pokud je nezpracován, nerefléktován, projevit i navenek ve vztahu ke klientovi, který nám tuto zvěst nejen přinesl, ale i provedl.

A tak si sedíme na supervizích a dostává se nám od druhých podpory, že je to normální vývoj procesu uzdravy, že nikdo není dokonalý atd. Ale přesto tak trochu zklamání se s námi veze dál do dalšího vztahu ke klientům, kteří nás vždy mohou tímto návratem ohrozit v našem snažení o to pomoci a být dobrým, úspěšným pomáhajícím pracovníkem.

A co s tím?

Téma III. RODIČE, PŘÍBUZNÍ, PARTNEŘI A VŮBEC OKOLÍ

Toto téma je asi vůbec nejsložitější. A nejen v tom jak ho popsat, ale také v tom jak ho ovlivnit. A tak si nedělám velké iluze, že bych našel nějakou novou formu sdělení, kterým bych mohl tuto skupinu lidí pozitivně ovlivnit, nicméně počítat s tím musím.

Okolí klienta, který má vztah k omamným látkám, má tendenci k jednání v první chvíli, kdy se dozví, co se to vlastně děje u jejich syna, dcery, partnera, žáka a pracovníka, k rychlým a jasným řešením. „No tak nám s ním, pane doktore, něco udělejte, domluvte mu nebo ho zastrašte“ – to jsou slova, která často

od postiženého okolí slýchám. Odhlédnu-li od toho, že nejsem doktor, musím přiznat jak sobě, tak i jim samým, že nevím, jak to, co ode mě okolí očekává, mám rychle a jednou provždy udělat. Jak mám jednoduše s někým pracovat tak, aby uznal, že je na místě svým slastem dát sbohem a věnovat se něčemu rozumnějšímu, hodnotnějšímu.

Okolí klienta nejprve nedůvěřivě hledí na tzv. odborníky, kteří přiznávají svoji bezmoc bez spolupráce klienta samého a pak upadá do různých nutkavých akcí, kde je vždy přítomen nátlak a moc, kterou ve většině případů nad člověkem užívajícím drogy ani nemají.

A tak začínají hynout na svoji nepřiznanou bezmoc a vylévají si svoje smutky na profesionály, policii, partu, stát a kdoví co ještě dalšího.

A pak se jednoho dne člověk, který je zdrojem jejich problému, odhodlá něco dělat, něco změnit. Úleva okolí na sebe nedá dlouho čekat a pokud pozitivní význam klientova kroku je jimi absolutizován, je okolí stále uvězněno v cele. V cele, kde vše je jednoduché a okolí rychle propadá pocitu, že již je všechno v pořádku a začínají předbíhat svým přáním klientův vývoj, stabilitu změny, úzdravy člověka, který nyní tedy abstínuje. A lidé stojící kolem člověka, který vykročí jiným směrem, začínají realizovat své sny a přání v požadavcích na něj.

Až jednou, až jednou, až jednou se dozví, že ten člověk, ta noční můra se zase vrátila. Jejich syn, dcera, partner, žák nebo pracovník zase znovu okusil své zakázané ovoce. A znovu se opakuje situace popsaná v úvodu tohoto tématu, což pochopitelně ničemu moc nepomáhá, ale co se dá dělat, že?

POZITIVNÍ VÝZNAM RELAPSU

Tak, a teprve nyní se dostávám k titulku článku. V čem tedy já vidím růstový potenciál celého tohoto nevesele popsaného skutku? Je jasné, že návrat člověka ke zdroji návykového chování vytváří nebezpečí v celém vztahovém systému okolo klienta samého. Jde o to, že jeho terapeutické, sociální a osobní spektrum vztahů je ohroženo. Nicméně právě v této chvíli se objevuje nejen ohrožení, ale i výzva pro všechny zainteresované, aby tomuto ohrožení co nejlépe a nejefektivněji čelili. Zde nejde o boj, ale o strategii působení, která by mohla zabezpečit, že relaps nebude ničivý, ale růstový nejen pro klienta. Na této nelehké situaci se osvědčuje nejen klientův dosavadní posun v léčbě, ale i zralost terapeuta samého a okolí, které obklopuje člověka v léčbě.

Člověk, který se znovu vrátí ke svému v minulosti masivně opakovanému chování, je jistě ve vývojové etapě, která je poznamenána nestabilitou a křehkostí.

Jde tedy o to, že **relaps je nejen signálem ohrožení, ale také signálem, který oznamuje jeho pozice ve vývoji léčby** a jako takový by i měl být v terapeutickém vztahu brán a zpracován. Zároveň je také signálem ve vztahu k terapeutovi, že jejich společná práce ještě není u konce a není to chyba jejich, ale docela normální proces, který potřebuje ke svému dovršení čas a další léčebnou práci. Svým způsobem jde také o to, že klient signalizuje svému okolí, že jejich

možná spokojenost s dosaženým pokrokem je spíše živena nadějí než skutečně dosaženým základem.

Nyní je nutné, aby jak terapeut, tak i okolí s těmito signály pracovali ve směru pozitivního ovlivňování a ne generálního zatracení. Často bývá na obou stranách cítit nebo slyšet rezignace, která je jistě odůvodnitelná, nicméně ve vztahu k problému je spíše devastující. Taktéž rychlé odpouštění bez propracování stavu, který vedl k relapsu, je podle mého názoru možným vyhnutím se obtížným tématům nejen na straně klienta, ale i na straně terapeuta a blízkého okolí klienta.

Jak tedy pracovat s klientem, který k nám má tolik důvěry, že nás o své situaci informuje:

- Zachovat si terapeutickou neutralitu.
- Nezvyšovat klientův možný pocit viny.
- Zjistit prožitek, který klient v relapsu zažil.
- Posílit jeho odpovědnost ve vztahu k budoucnosti.
- Nechtít od klienta sliby a okamžitá rozhodnutí.
- Vnímat klientovo konání jako pokus vyznat se v sobě.
- Zachovat ve výčtu prognóz i tu, že nejde o nahodilý čin, ale začátek návratu k minulému existování.

Pozitivní význam zpracovaného relapsového okamžiku v etapě léčby spočívá především v tom, že klient se může znovu přesvědčit, že jeho rozhodnutí opustit minulé stereotypy životního stylu bylo správné. To může celému procesu léčby jenom pomoci a urychlit terapeutickou práci. Nutným předpokladem k tomuto potvrzení správnosti rozhodnutí je však negativně prožitý relaps. Pokud tento zážitek v klientově vzpomínce chybí, nebo je zatlačen jiným směřováním terapeuta, je nutné počítat s tím, že klient bude z pozitivního významu relapsu vytlačen a ten nebude takto zhodnocený. **V tomto smyslu je velmi nešťastné, pokud terapeut nebo někdo jiný v dobrém úmyslu tlačí klienta do výčtu negativních ohrožení, pokud bude dál pokračovat v návykovém jednání.**

Relaps jako každé jiné ohrožující jednání klienta je možností, jak dosavadní způsob změny upevnit a podle toho je i jakýmsi prubířským kamenem dalšího růstu a spokojenosti klienta. Pokud tento pozitivní potenciál není zpracován a tedy ani využit, je pravděpodobný další negativní vývoj léčby. A koneckonců pokud by se ukázalo, že klient není schopen pozitivní aspekty relapsu zpracovat, je dobré, že jak klient tak terapeut budou více v realitě svých možností než svých očekávání nebo nadějí.

Profese „drogový pracovník“?

DANA ŠEDIVÁ

Pokryvač pokrývá, učitel učí, drogový pracovník „droguje“... Jeden z pokusných termínů o pojmenování mladé profese je zde zatažen do prostinké hříčky se slovíčky. Bohužel ne každý tomuto žertu rozumí.

Stojíme před otázkou, jak naložit s povoláním, které vykonávají desítky, stovky pracovníků různých oborů, většinou jiného vzdělání než psychologického či medicínského v nízkoprahových zařízeních a terénních programech. Tato otázka je v několika zařízeních s vysokým standartem poskytovaných služeb již zodpovězena, v jiných - a to hlavně v menších městech či okresech - se odpověď teprve hledá...

Šaty dělají člověka a termíny vědu, opět zjednodušuji, jisto však je, že dokud není jasně vymezen obsah jakékoli profese a souhrn dovedností, znalostí, schopností, jimiž by měl daný pracovník vládnout, aby danou práci mohl dobře vykonávat, nelze se příliš divit, že u mnoha úředníků i vedoucích pracovníků zejména v menších regionech, kde tato pracoviště fungují krátkou dobu či teprve vznikají, panují značně naivní představy o profilu pracovníka nízkoprahového zařízení či terénního programu. Je pak až zarážející, s jakou lehkomyšlností jsou někdy noví pracovníci vybíráni a přijímáni. Jistě hrají velkou roli i zkušenosti a kontakty na zařízení tuzemská či zahraniční, v nichž jsou služby poskytovány standardním způsobem. U nás v republice je možno čerpat zkušenosti jistě v SANANIMU v Praze či v Podaných rukou v Brně.

Pokud stručně načrtneme, s jakými nároky se člověk v těchto typech zařízení setkává, pak jsou to zejména: neustálé odolávání manipulacím ze strany klientů a jejich blízkých, stereotyp ze zachování nutnosti permanentní pohotovosti flexibilně a rychle reagovat na vzniklou situaci, nepřetržitý boj o zachování hranic a pravidel, konfrontace s nezájmem či s odmítáním - s frustrací, potřeba schopnosti přijímat a zpracovávání nových informací i o sobě atd.

Je to skutečně namáhavá a mnohdy i riziková práce. Člověk, má-li se prací těšit, musí v ní nalézt jisté zalíbení třeba i prostřednictvím jistoty, fortelu, prostřednictvím vědomí významu svého činění, prostřednictvím perspektivy osobního a profesního růstu, ocenění, prestiže.

Pokud profese nemá jasně vymezený obsah ani další východiska, potřeby, vzniká výborné podhoubí pro podceňování této profese i samotnými pracovníky. Vzniká také podhoubí pro vnímání této profese jako provizoria, až brigádnického charakteru, kde „stačí srdce na dlani“... Toto všechno bohužel poškozují úroveň posky-

tovaných služeb, klientelu, pracovníky samé a v konečném dopadu celou společnost. Kladu si pak otázku, CO může napomoci člověku v tom, aby u této profese zůstal, aby cítil jako potřebné a dobré na sobě dlouhodobě pracovat, aby byl důstojným pracovníkem - odborníkem v „káčku“ nebo v terénu... a to nejen do pětadvaceti, třiceti, ale i do čtyřiceti, padesáti. Vždyť věk přece není kvalifikace, trvá roky, nežli si člověk osvojí dostatek informací o dané problematice i o sobě jako pracovním prostředku, dovedností, zkušeností... Je tomu tak přece v každé náročnější profesi.

V posledních letech a zvláště měsících se mnohé děje pro změnu k lepšímu. Např. zavedení akreditačních řízení a standardů péče bude jistě zásadním podnětem pro zvyšování profesionalitu pracovníků a úroveň péče vůbec; třísemestrový interdisciplinární kurs v problematice léčení drogových závislostí realizovaný subkatedrou návykových nemocí IPVZ v Praze je dalším významným počinem.

Kvalitních možností pro pracovníky nízkoprahových zařízení a terénních programů tak vedle již fungujícího Skálova institutu v Praze a Pražské psychoterapeutické fakulty přibývá. Nelze opominout ani další cestu ke zkvalitňování připravenosti pracovníků a pro celkové zkvalitňování služeb. Není nákladná, ale velmi „vyživující“ - stáže... Vzniká tak sociální kontrola uvnitř odborné obce, vznikají tak kontakty a vzájemné obohacování. Stážista může přijít s postřehem, kterého člověk zaběhlý v jistém systému není schopen atd.

Jistě, řadu kroků k postulování této profese a k získání jisté prestiže mohou vykonat státní instituce, ale podle mne záleží zejména na nás, jak bude přibývat profesionálů s jistotou v tom, CO a hlavně JAK to dělají, záleží zejména na nás jak se bude měnit vnímání potřeby a úroveň těchto služeb veřejností, a tím i samotná prestiž.

D. Š., Kontaktní centrum Plzeň

Terénní pracovník - automat na stříkačky?

LUDEK KALOUSEK

Laický pohled na práci terénního pracovníka je velice často zúžen na akci výměny injekčního materiálu. Výměna a rozdávání čistých jehel aktivním uživatelům má samozřejmě svůj obrovský význam, ovšem z hlediska metody práce terénního pracovníka se jedná více o prostředek nežli o cíl. Byla-li by výměna, resp. šíření sterilního aplikačního materiálu jediným cílem terénní práce, pak by byl pracovník docela dobře zastupitelný automatem na stříkačky, který pro tyto účely má jistě mnoho předností.

Cílem terénní práce ale není výměna. Základním cílem je změna uživatelova postoje k rizikům souvisejícím s injekčním, ale nejen injekčním, užíváním drog. Je to postoj, který je základem pro jeho způsoby aplikace drogy a manipulace s aplikačním materiálem a drogou i pro jeho sexuální chování.

Za tímto účelem si pracovník snaží vybudovat kvalitní postavení na drogové scéně a za tímto účelem se snaží o kontakt s uživateli např. prostřednictvím výměny aplikačního materiálu.

Ve většině terénních programů je výměna injekčních stříkaček měřítko efektivity práce. Pod vlivem těchto hodnotících mantinelů se snadno může vytratit z vědomí pracovníků pravý cíl jejich aktivity. Takový program potom plní funkci automatu na stříkačky. Vedení statistických údajů o počtech vydaných a vrácených stříkaček je automatickým nárokem na každé zařízení terénních programů, nelze jej ale zaměřovat za vhodný způsob měření a hodnocení efektivity práce. Hodnověrný způsob je vždy vztahován k vytyčenému, konkrétnímu cíli programu, tedy např.: minimalizace případů sdílení jehel v dané cílové populaci.

Tedy nikoli výměna, ale samotná fyzická přítomnost pracovníka na drogové scéně má z hlediska terénní práce zásadní význam. A tento význam ještě roste s vlivem a postavením, které si pracovník na scéně buduje.

Po celou dobu své přítomnosti na scéně působí pracovník na své sociální okolí, na své klienty a ovlivňuje je. Zde leží zásadní význam zodpovědnosti každého pracovníka, využívá-li této příležitosti k práci na změně postojů svých klientů nebo, zda jen neurčitě proplouvá časem stráveným na scéně, anebo dokáže-li si svůj čas jen dokonale užít, třeba jako voyeur.

L. K., TP Sananim Praha

ANKETA Č. 2

S jakými nejčastějšími typy potřeb a zakázek se u svých pacientů nebo klientů (jinak řečeno - co vaši klienti potřebují a co po vás chtějí?)

Potřebují praktický návod, jak se chovat v nejrůznějších životních situacích (zda sdělit při žádosti o zaměstnání, že jsem léčený/á, případně kdy, komu apod.). Kladou otázky typu: Jak se chovat k partnerovi? Jaké chování vyžadovat od partnera? Jak si udržet hezkou postavu? Který sport bych chtěl dělat? Kterou školu studovat? Jak si najít koníčka (práci), který by mě bavil? Jak se ubránit vzteku a agresivitě? Jak zahnat černé myšlenky... depresí? Jak odmítnout rodiče, jejich pomoc (když jsem jim tolik ublížil) a nemít včítky svědomí? Zároveň požadavek na pomoc rodičům - vysvětlení celé problematiky závislosti v pohovorech s nimi. V krizových situacích otázky: Proč se léčit? Proč být na světě? Jaký má smysl život... léčba?

Jak najít v životě smysl a nejvyšší hodnotu?

V čem je pro mě dobrá abstinence - v čem spočívá to pozitivní a co mi to přinese?

MUDr. Iva Procházková
prim. odd. Želiv
(20 let praxe)

Co od nás klienti chtějí:

Pochopení pro jejich závislosti, zájem.
Odbornost a profesionalitu při léčení.
Pomoci získat sebedůvěru, sebejistotu, aby psychický stav byl stejný, jako byl před závislosti.

Lidské zacházení, vyslechnutí jakéhokoliv problému.

Dodržování lékařského tajemství.

Pomoci objevit, proč beru, najít příčiny.

Pomoci radou, naplánování další léčby a životosprávy, pomoci s návratem do normálního života.

Pomoci s depresí, pocitem beznaděje.

Pomoci s problémy v rodině, v komunikaci s rodinou.

Najít řešení problémů, úzdravu.

Respektování osobnosti pacienta, diskretnost.

Psychiatr by měl vědět, jak nás léčit, jak nás z toho dostat.

Abych se dostala do úplně jiného života, byla spokojená, neměla problémy a nepila.

Mít možnost otevřeného, fundovaného a soukromého rozhovoru s terapeutem.

Zjistit rozsah a závažnost svého problému a nutnou délku léčby.

Být seznamována s výsledky svého léčení, tedy i s fyzickým stavem, s chybami, kterých jsem se dopouštěla.

Domlouvat se o způsobech a přístupech k řešení problémů.

Respekt k psychickým zábranám pacienta a trpělivost.

Na anketě spolupracovali pacienti
Oddělení pro návykové nemoci
PK FN Plzeň Lochoťín.

MUDr. Stanislav Kudrle
vedoucí lékař
AT PK Plzeň-Lochoťín

Následující výčet potřeb a zakázek není naprosto úplný, je to spíše krátké zamýšlení na dané téma.

Typicky za námi přicházejí lidé v debaklové situaci. Narůstající utrpení, které jim návyková nemoc přináší, nechťejí dále snášet a očekávají nějaké, nejlépe snadné a jednoduché řešení.

K prozaickým důvodům zájmu o léčbu patří existenční starosti. Stručně to vyjádřila jedna mladistvá dívka závislá na drogách: „Kdo neabstinuje, ten nebydlí.“ Za určitých okolností může být i nemocniční strava a střecha nad hlavou vnímána jako vítaná změna oproti životu na ulici.

Někteří přicházejí s fantaziemi o tom, že svůj problém, své bouřící se příbuzné i své terapeuty „přečtyračí“. Doufají, že bude možné se zbavit problémů, a přitom si podržet návykové chování.

Konečně další, kteří se cítili kvůli návykové nemoci izolovaní, nepochopení a bezradní, potřebují zastavit, uklidnit se, svěřit se a rozmyslet si, co dál.

Nesmím zapomínat na ty, kteří už jasně vědí, že chtějí návykový problém překonat. Ti od nás očekávají podporu v oblasti emoční i při získávání potřebných dovedností. Očekávání a cíle se mění v průběhu léčby, ať už spontánně nebo v jejím důsledku. To vše se odehrává na pozadí narůstajícího počtu závislých, nedostatku lůžek i omezených finančních prostředků.

*Primář MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice
(lékař s psychoterapeutickým výcvikem
a dvacetiletou praxí
při léčbě návykových nemocí)*

Při první návštěvě v poradně je téměř vždy standardní požadavek: „Potřebuju přestat brát drogy a vy s tím něco udělejte“, tzn., že základní zakázka je mířena na abstinenci. Tento požadavek však málokdy

mívá hlubší motivaci, mnohdy je výsledkem tlaku ze strany rodiny, přátel či školy, neuspokojivé sociální situace.

*MUDr. David Bayer
Poradna pro návykové choroby při Nemocnici Pardubice
(lékař s 5letou praxí
na psychiatrii, 1. rok v oboru
drogových závislostí)*

Od začátku loňského roku jsme zřídili pobytové oddělení ČERV specificky zaměřené na problémové uživatele drog ve věku 15-21 let.

Důvody příchodu klientů na pobyt

➤ **Pobyt vnímá jako významný a má od něj realistická očekávání užitečnosti** (dobrý klient - takové si přejeme, rychlá adaptace, pracovní aliance, stanovuje si jasné cíle, rád přijímá práci navíc...)

➤ **Pobyt vnímá jako významný a očekává změnu, pro kterou nechce sám nic udělat** (pasivní, často kritický k ostatním, těžko chápe svou odpovědnost, bývá v odporu - hlavně proti terapeutům, nerozhodný...)

➤ **Pobyt vnímá jako přestupní stanicí k intenzivní (komunitní) léčbě** (celkem motivovaný, celkem dobře spolupracuje, nechává si rezervy, přizpůsobuje se, hlavně, aby vydržel do odchodu do TK...)

➤ **Pobyt vnímá jako odpočinek od tlaku rodičů (lepší alternativa) případně odpočinek od drogy** (převážně pasivní, slabá spolupráce, nechápe potřebu změny, drží se stranou, jedinou motivací je to, že nemusí být doma s rodiči...)

➤ **Pobyt absolvuje na nátlak rodičů (společnosti)** (velice slabá motivace, hyperkritičnost, často v odporu vůči členům komunity, členům týmu i pobytovému režimu, nechápe smysl pobytu, často předčasně odchází či utíká...)

➤ **Kombinace předchozích** (nejčastěji klienti ve věku od 17 let a výše - max. do 21 let mění svou zakázku na to, že čekají na TK)

Na pobyt přicházejí klienti ze všech vyjmenovaných skupin. Pokud převažují motivovaní a chápající, co od pobytu očekávají, lze počítat s tím, že ojedinělý případ nemotivovaného klienta zvládne samotná skupina. V opačném případě je na umu, akčnosti, odvaze, trpělivosti a odolnosti členů týmu, jak dokážou se skupinou pracovat a co jim umějí a mohou nabídnout, aby klienti byli schopni přijmout myšlenku, že pobyt na oddělení není proti nim, ale pro ně. (Řešením se občas stává dobrovolný odchod nemotivovaného klienta, který se bohužel často nechá doprovodit jiným klientem nebo klienty). V každém případě, je tato situace pro členy týmu náročná.

*Mgr. Věra Erbertová
sociální pracovnice
vedoucí pobytového oddělení
Preventivní a krizové centrum, Liberec
(délka praxe 5 let)*

Obávám se, že univerzální, jednoduchou a jasnou odpověď nedokáží nalézt, ale mezi nejčastější vědomé i ne zcela uvědomované zakázky našich klientů patří to, aby měli od všech ostatních (hlavně rodičů, školy či zaměstnavatele) pokoj - ten získají tím, že se jdou jakoby léčit. V lepším případě to pak bývá to, že si chtějí s někým povídat o tom, co je začalo zúskostňovat či trápit ve spojitosti s drogami a co se jim začíná zdát, že se vymyká z jejich kontroly a jejich rukou. Na začátku snad nejméně klientů přijde otevřeně skutečně proto, že hledá nějakou pomoc. Očekávané jsou rychle a co nejlepší výsledky, vůbec nejlépe by bylo, pokud by se na tom nemuseli podílet (mnozí i účastnit). Je až tristní, jak

často se setkávám s postojem rodiny: „tady vám vedeme našeho holomka, dejte nám ho do pořádku (opravte ho), my s ním nejsme spokojeni, chová se jako dobytek. Až bude hotovo, tak si ho vyzvedneme.“ Asi to vyznívá hodně negativně, ale opravdu mám dojem, že toho frustrujícího je zde více, než kde jinde a opravdu dobře motivovaných a zdárně se léčících klientů v oblasti nealkoholových drog moc nenacházím.

Z toho povzbudivého snad mohu uvést to, že mám dojem, že drtivá většina našich klientů, kteří se chtějí opravdu vážně léčit, hledá v terapeutovi především kamaráda či spojence a že pro ně je terapeutický vztah něčím, co saturuje jejich obvykle velmi hlubokou frustraci z nedostatku přijímajícího, akceptujícího vztahu s druhým člověkem. Myslím, že právě tím, že většina z nich nikdy nezažila akceptaci, toleranci a přijetí jich takových jaci jsou, s dostatečnou dávkou autenticity, je jeden ze základních zdrojů toho, proč dnes dělají to, co dělají. Často mívám dojem, že léčbu bychom měli opravdu začít u jejich rodičů.

*Mgr. Michal Miovský
Denní psychoterapeutické sanatorium
ELYSIUM
Sdružení Podané ruce, Brno
(psycholog, 5 let praxe s klienty
v oblasti nealkoholových drog)*

1. Zprostředkovat detox a léčbu. Informace o léčbách.

2. Poradenství při následujících typech zakázek: „Poradte mi, co mám dělat, nevím kudy dál, chci, aby naše dítě přestalo fetovat? Jak ho mám přesvědčit, aby se šel léčit? Mám ho vyhodit z bytu? Poradte nám, jak se k ní máme chovat?“ A nebo také: „Jsmě tady, protože XY má problém s heroinem.“

3. „Chci docházet na ambulantní kontakt, léčbu nepotřebuju, ale sem bych chodil. Zkusím tak, jestli dokážu venku abstinentovat.“

4. Chceme, potřebujeme informace o drogách, co a jak funguje, co se může stát....

*Mgr. Ondřej Počarovský
PREV-CENTRUM, Praha
(speciální pedagog, 7 let praxe
s klienty v oblasti
nealkoholových drog)*

Nejčastější zakázky našich klientů jsou zpravidla určeny situací, ve které se daný člověk nalézá, v jakém procesu vývoje je jeho závislost na drogách. Pracují jak s těmi, kteří se teprve rozhodují svou situaci změnit, tak s těmi, kteří již mají dlouhodoběji ověřeny možnosti změny chování a životního stylu. Typickým klientem ambulantního poradenského a léčebného programu je nejčastěji osoba ve věku 24 let s délkou závislosti zhruba 3 roky a v průměru s téměř desetiletou drogovou kariérou. Nejčastější látkou je pervitin.

*Mgr. Dušan Dvořák
Sananim Olomouc
(speciální pedagog
s psychoterapeutickým výcvikem,
8 let praxe s klienty
v oblasti nealkoholových drog)*

- stabilizace vztahu k drogám
- životní orientace
- práce s psychickými symptomy, vyplývajícími z brání drog (úzkost, strach, nedůvěra)
- zlepšení existenciálních pocitů prázdnoty a pocitu smysluplnosti
- zlepšení vztahu s rodiči
- zlepšení schopnosti projevovat své emoce

*Evžen Klouček
Centrum následné péče DROP IN
Praha (psycholog)*

Nejčastěji verbalizovanou zakázkou je pomoc s řešením problémů stojících mimo klienta - nechápající rodina, škola, problémy v práci, zdravotní problémy. Pobyt u nás (dvouměsíční krátkodobá léčba) je směřován k pomoci klientovi uvědomit si, že prvotní příčinou většiny jeho problémů je právě zneužívání návykových látek. Zaměřujeme se na mladistvou klientelu (16-20 let). V mnoha případech pro tyto děti pozitivní spojení s bráním drog stále vysoce převažují nad negativy. Například děti z dobře situovaných rodin, kde užívání drog s sebou nepřináší skutečnou materiální chudobu a skutečný život „feťáka“. U takových mladých lidí chybí uvědomění bezvýhodnosti započaté drogové kariéry, nebo je pouze mlhavé.

*Mgr. Karel Novotný
Podané ruce Brno
(sociální pracovník, 6 let praxe)*

ZBAVIT SE FETOVÁNÍ nebo HAZARDNÍHO HRANÍ jakož i příslušných CHUTÍ...

ZACHRÁNIT VZTAHY K BLÍZKÝM OSOBÁM...

ZACHRÁNIT SE VE ŠKOLE - doučit se, dostudovat...

ZÍSKAT ÚTOČIŠTĚ, OCHRANU, AZYL, ÚKRYT...

ZÍSKAT VÝHODY pro soudní řízení...

SNAHA VYHNOUT SE HORŠÍMU (psychiatrická léčebna, výchovný ústav pro mládež, vězení).

*PhDr. Jaromír Zýka
ALTERNATIVA, odd. pro mládež
ohroženou drogou, Praha
(psycholog, 10 let praxe
v oblasti drogových závislostí)*

- popovídat si o „běžných životních událostech“
- výměnný program injekčních stříkaček a jehel

▪ zprostředkování léčby

▪ zdravotní ošetření (abscesy), testy na hepatitidy a HIV

▪ čaj, vitamíny

▪ sprcha, vyprání prádla

*Mgr. Radka Kobližková
Kontaktní centrum
pro drogově závislé
Ústí nad Labem
(speciální pedagog, 7 let praxe)*

- moci žít jako normální lidi,
- naučit se žít bez drog,
- připravit se na samostatný život (získat práci a bydlení),
- dát se dohromady po psychické a fyzické stránce
- obnovit (urovnat) vztahy s příbuznými (v našem případě zejména s rodiči), získat zpátky jejich důvěru

*MUDr. David Adameček
lékař, ředitel Terapeutické komunity
pro drogově závislé v Nové Vsi
(4 roky praxe v oblasti
drogových závislostí)*

Klienti naší OAT ambulance představují 2 velké skupiny: Jednak přicházejí ti, kteří jsou na drogách závislí a potom také ti, kteří drogy zatím jen zneužívají.

Další skupinou jsou rodiče - přicházejí obvykle v situaci, kdy si už neví rady a všechny možné vyzkoušené prostředky, jak vyřešit problém drog a změněného chování jejich dítěte, selhaly.

Rodiče je možno rozdělit na bezradné a aktivní. Aktivní rodiče dotáhnou svoje dítě do ambulance s tím, že je potřeba s ním konečně něco udělat (dětem tohoto typu rodičů není obvykle 18 let). Žádají toxikologické kontroly, léčení - nejraději okamžitě. Jejich děti se během společného sezení projevují minimálně, tváří se znuděně, jsou ve zjevném odporu. Rodiče

obtížně chápou potřebu motivace dítěte a proto se ani nezajímají, co pro ni i oni sami mohou dělat. Chtějí, abychom něco udělali hlavně my a jejich dítě. Bezradní přicházejí s pokorou, jsou ochotní víc naslouchat a také se více ptají. Opakovaně se však setkáváme u obou skupin rodičů s tím, že **drogy jsou pro ně tabu**. První skupina má tendenci informace odmítat jako něco, s čím nechce mít rodič nic společného, protože je to strašné a odpuzující. Druhá skupina - někdy - čím víc informací o drogách a životě toxikomanů má, tím víc je rodič tohoto typu úzkostný a tím hůře ovládá potřebu neustále svoje dítě kontrolovat. Nicméně, otázky směřují k doporučením a radám, jak se mají k dítěti chovat, co tolerovat a co již nikoliv, jak motivovat k abstinenci a jak to zařídit, aby se život doma stal snesitelnějším, jak uchránit mladší sourozence, sebe, domácnost. Někdy se potřebují rodiče utvrdit v tom, že udělali dobře, když dítě nepustili domů, jindy si potřebují ulevit od pocitů viny a selhání. Občas přicházejí i s tím, že už sami nevědí jak dál a žádají kontakt na psychoterapeuta.

Zavislí, kteří přicházejí sami, mají nejčastěji odvykací obtíže, nemají peníze na další dávku, potřebují něco na spaní apod. Mnozí cítí drogy jako problém, ale odmítají ústavní léčbu, chtějí docházet ambulantně, většinou však nemají představu, jak ambulantní léčba probíhá. Někteří přicházejí s tím, že si chtějí o svém životě jen tak popovídat a někdy nezávazně připouštějí, že by se časem i léčili. Další se chtějí naučit kontrolovanému užívání drog. A existuje typ klientů, jejichž zakázka je od začátku nejasná. Jsou to obvykle klienti, kteří potřebují uklidnit rodiče, chodí na důkaz toho, že s problémem něco dělají. Většinou se jedná o formální, nepravděpodobnou a krátkodobou zakázku. K posledně jmenovaným

klientům patří i ti, kteří potřebují potvrzení o docházce pro vojenskou správu s cílem získat „modrou“. Několik děvčat v poslední době potřebovalo potvrzení o abúzu drog pro bezplatnou interrupci.

A na závěr, největší část pravidelných návštěvníků OAT se skládá z abstinujících klientů, kteří absolvovali ústavní léčbu a vyhledali nás z podnětu léčebny. Klientů, kteří k nám přišli s rozhodnutím léčit se od samého začátku kontaktu s námi, je minimum.

*MUDr. Elena Křivková, psychiatr
Ludmila Němcová, sociální pracovníce
OAT ambulance FN Hradec Králové*

Vzhledem k typu instituce, ve které pracuji a situaci v regionu, vzhledem k obsazení poskytovaných služeb jsou zakázky poměrně širokospektré. Od Harm Reduction, poradenství, terapií, doléčovací aktivity až po primární prevenci.

V podstatě se dají shmout do základních typů požadavků.

U výměn: dostat „nádobičko“, na kontaktní místnosti to je základní hygienický, jídelní, zdravotní a popř. soc.-právní servis, v poradenství zajištění léčby, u rodičů: jak spravit jejich dítě a zprostit se pocitů viny a u klientů s ukončenou léčbou: co s abstinencí, když tím problémy nekončí. A to všechno pochopitelně hned a teď. To bývá první kolo kontaktu klienta s námi. Zakázku splníme, klient je spokojený. Často ale následuje kolo druhé. Zakázka je splněna, klient nespokojený, co s tím. Chce klient vlastně něco jiného, než co napoprvé dokáže povědět?

Čím je zakázka vysokoprahovější, specifičtější, tím je terapeuticky náročnější ji splnit. Výhodou je, že přeci jenom je klient více identifikovaný se svým problémem a je schopen ho lépe formulovat. Přesto se

často stane, že po několika konzultacích je zakázka přeformulována a začíná se nanovo, bohatší o vzájemnou zkušenost. Na druhou stranu, čím prostší a snadno vyplnitelná je zakázka, tím intenzivněji mi začíná pracovat „tykadlo“, zda je žádáno to, co je říkáno. Obzvlášť na kontaktní místnosti. A o to víc, čím mladší je věk klienta a kde čas, za jak dlouho je zakázka rozkódována a je na ni reagováno, hraje ještě velkou roli.

Toto pátrání po zakázkách mi připomíná detektivku - bez základního motivu není možné příběh rozuzlit. Problém pochopitelně ovšem nastává v situaci, kdy je toho pátrání mnoho v mnoha příbězích a v jednom čase. To mě potom uklidňuje vědomí, že pracujeme v týmu. A že je tím i prostor pro zachytávání našich zakázek. I těch nevyřčených.

P.S. Samozřejmě odhalením zakázky vše začíná a následuje konfrontace s možnostmi a schopnostmi terapeuta a instituce, zda je zakázku vůbec možné splnit.

*Martina Komzáková
K-centrum Plzeň, psycholog
(praxe v oboru 5 let)*

Nejčastější zakázka bývá - je mi špatně, potřebuji ošetření, potřebuji se vykoupat, najíst, vyměnit si infekční náčíní, poradit se, vypovídat se, zajistit léčbu... Vyřčené zakázky nejčastěji odpovídají spektru nabízených služeb. Za většinou těchto praktických a vyjádřených potřeb jsou však jiné - skryté, vědomé či nikoli: ...potřebuju, aby mne někdo vnímal, aby mne někdo přijal bez hodnotících soudů, potřebuju, aby mne někdo ocenil - už jen tím, že mi věnuje čas, zpětnou vazbu. Potřeba podpory ve zvládnutí strachu o sebe sama, tichého jištění.

...čili - využívání nabízených služeb ne-

spočívá jen v jejich komplexnosti a pestrosti, ale rovněž v lidském potenciálu, jímž každé zařízení disponuje tu ve větší či menší pozitivní míře. Kontaktní centrum má „kontakt“ ve svém názvu nejen proto, že by mělo být schopno umět kontakt navázat, nýbrž také být v něm, pěstovat jej ve smyslu kultivovat jej. Mnohdy nitka, na kterou lze navázat. Kontakt se světem, v němž existují pravidla, které se vyplatí dodržovat ku prospěchu všech zúčastněných. Spojení s hranicí v bezhraničním přebývání - přebývání.

*Dana Šedivá
K-centrum Plzeň, pedagog
(2 roky praxe v tomto oboru)*

VIZITKY PRACOVÍŠŤ, INFORMACE O PROGRAMECH, INZERCE

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Poloha:

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr se nachází na jihu Jižních Čech přibližně deset kilometrů od Českého Krumlova. Léčebna je v areálu barokního zámku. V její blízkosti je pouze obec Chvalšiny (necelé dva kilometry), město Český Krumlov (asi deset kilometrů) a bohaté lesy.

Historie

Od r.1966 byla v zámku zřízena psychiatrická léčebna specializovaná na léčbu závislosti na alkoholu. Od r.1995 se léčebna postupně více začala zaměřovat na léčbu závislých na nealkoholových drogách. V r.1996 byla vybudována detoxifikační stanice.

Zaměření léčebny

Léčebna se specializuje na léčbu návykových nemocí - závislosti na nealkoholových drogách, alkoholu, a na léčbu patologického hráčství. Nabízí střednědobou a dlouhodobou ústavní léčbu, předcházející detoxikaci a pro naše pacienty i některé z forem následného doléčování. Součástí léčebny je i Noční stacionář s chráněným bydlením. Léčebna je zařízení středněprahové - pro zahájení léčby existují některé podmínky (viz dále).

Léčebna je zařízení koedukované - v jednom zařízení se léčí muži i ženy, ubytování jsou ovšem v odlišných částech zámku. Léčebna je vnitřně diferencována na čtyři oddělení.

Terapeutický program

Terapie je postavena na komplexním terapeutickém programu. Celý terapeutický

program se odehrává v komunitním prostředí - skupinová psychoterapie, arteterapie, komunitní aktivity, přednášky, volnočasové aktivity. Důležitou součástí léčby je zvládnání některých rolí s větší zodpovědností za chod léčebny, oddělení či komunity. Denní i týdenní program je strukturován, základní vyplň všedního dne tvoří pracovní terapie.

V rámci terapie probíhá i rodinná terapie formou týdenního společného pobytu v léčebně.

Podmínky přijetí do léčby

Do léčebny přijímáme pacienty splňující následující kritéria:

- věk minimálně 18 let (zcela výjimečně od 16 let)
- syndrom závislosti jako hlavní diagnóza
- psychický a somatický stav nevyžadující jinou speciální léčbu a umožňující plné zapojení do všech aktivit
- motivace k léčbě

K přijetí pacienta do léčby požadujeme doporučení psychiatra. Ideálně specializujícího se na léčbu závislosti.

Kontakt

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr
Český Krumlov 381 01
tel. 0337 / 739131



Sananim Olomouc
*(více k odpovědi na anketu
pro Konfrontace)*

Pracuji v poradenském, léčebném a doléčovacím centru pro osoby závislé na drogách. Moje vlastní práce je součástí týmové práce, ve které jsou zastoupeni sociální pracovníci, socioterapeuti, psycholog, ergoterapeuti a v blízké budoucnosti i psychiatr, se kterým nyní spolupracujeme extempore. Typickým klientem ambulantního poradenského a léčebného programu je člověk kolem 20 let se zhruba čtyřletou drogovou kariérou na pervitinu, klientem doléčovacího programu je nejčastěji osoba ve věku 24 let s délkou závislosti zhruba 3 roky a v průměru s téměř desetiletou drogovou kariérou. Nejčastější látkou je opět pervitin. Do obou programů však dochází jak závislí na tvrdých nelegálních a legálních drogách, tak gambleři. Pro zjednodušení uvádím poskytované služby, neboť v nich je možné vidět nejčastější zakázky našich klientů:

A. Poskytované služby

v poradenském a léčebném programu

1. Poradenské služby se nejčastěji orientují na poskytnutí informací z oblasti:

a) Zdravotní a psychologické: informace o zdravotnických a terapeutických zařízeních a jimi poskytovaných službách - včetně diagnostiky a léčby somatického poškození a nemocí; zprostředkování příslušné zdravotnické intervence; minimalizace rizik spojených s užíváním drog - včetně výměny sterilních jehel; provedení testů HIV ze slin; poskytnutí informačních brožur o minimalizaci zdravotních rizik spojených s užíváním drog; poskytnutí osvětové literatury pro závislé. Psychologické poradenství je orientováno i na edukativní pomoc v porozumění pro-

blémům spojeným s užíváním drog nebo abstinencí, poskytnutí krizové intervence. Nepřetržitý provoz umožňuje rovněž poskytovat telefonické konzultace.

b) Sociální a právní: informační servis anebo osobní asistence při vyřizování sociálních dávek, pojištění, registrací, dokladů a různých žádostí úřadům; poskytnutí právních informací nebo zprostředkování levných či bezplatných právních služeb; poradenství v oblasti levného ubytování v regionu; zprostředkování šatstva a stravy a poskytnutí nezbytné finanční pomoci; poskytnutí informačních brožur o síti sociálních služeb a úřadů v regionu, sociálních dávkách, trestněprávních postupech a zákonech ap.

c) Vzdělání a práce: aktualizované informace a informační brožury o jednotlivých typech vzdělání a vzdělávacích institucích; poradenství při výběru vhodného studia, rekválifikace; zprostředkování brigády nebo práce; poskytnutí informací o aktuální nabídce volných pracovních míst v regionu; podpora či asistence při registraci na úřadu práce; u stabilizovaných a motivovaných klientů ve spolupráci s úřadem práce poskytnutí dotace na vzdělání nebo na vznik pracovního místa.

2. Terapeutické služby nejčastěji reflektují zakázky pomoci při rozhodnutí změny současného života - nejistota a sebedůvěra, pocit nedostatečnosti, neschopnosti a viny, bezmoc a hledání smyslu, pocit osamocenenosti a neporozumění okolím. Program je orientován na získání náhledu na vlastní problém klienta a jeho významné vztahy; převzetí osobní odpovědnosti a nalezení efektivních postupů prevence relapsu; vlastní práci s relapsem; podporu při změně životního stylu. Klientům, kterým se nedaří se svým problémem vyrovnat ambulantně, zprostředkujeme detoxikaci a následnou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě Bílá Voda a dochází do strukturovaného programu. Při duálních diagnózách a ošetření drogového problému spolupracujeme, případně dále zprostředkujeme léčbu ve specializovaných psychiatrických léčebnách. Jako

prostředky používáme individuální, rodinnou a partnerskou terapii, relaxaci a jógová cvičení. Stabilizovaní klienti mohou využít skupinovou terapii, arteterapeutické a socioterapeutické programy doléčovacího centra.

B. Služby pro odléčené osoby

1. Poradensví - nejčastější problémy odléčených klientů: Např. zdravotní poradenství a zprostředkování léčby se týká poškození v důsledku dřívějšího užívání drog, edukací při různých léčbách - nejčastěji jaterních onemocnění, nikoli akutních příhod, psychologické poradenství se častěji zabývá partnerskými vztahy nebo návratem klienta do rodiny, sociální poradenství naopak otázkami bydlení, právní poradenství často řeší otázky dluhů v důsledku dřívějšího života a v oblasti vzdělání a práce můžeme díky vysoké stabilizaci klientů prosazovat různé finanční podpory jejich vzdělávání nebo vzniku pracovního místa a provádět poradenství ve výběru vhodného studia.

2. Psychoterapeutický program pomáhá klientovi řešit otázky, které klade běžný život „venku“ a které v chráněném prostředí léčeben nemohly být zcela otevřeny a řešeny. Nejčastěji jde o interpersonální problémy, navazování a udržení vztahu s partnerem, otázku jak se radovat bez drog nebo řešení diskomfortu z konfrontace klientova očekávání s běžným životem. Používáme individuální, rodinnou nebo partnerskou psychoterapii, skupinovou terapii - dynamická a tématická kognitivně behaviorální skupina, arteterapii, jógu a relaxace.

3. Socioterapeutický program je orientován na nácvik sociálních dovedností a integraci do běžného nedrogového prostředí. Součástí jsou i společné pobytové, sportovní, výtvarné a rekreační programy klientů doléčovacího centra a nabídka různých volnočasových aktivit. Pravidelně realizujeme otevřené hudební, divadelní a výtvarné programy. Díky spolupráci s Univerzitou Palackého mají naši klienti možnost využívat levné sportovní kluby a aktivity pro vysokoškoláky.

Program reflektuje velmi časté obtíže našich klientů jako jsou pocit osamocení, neschopnosti se zařadit do běžné společnosti a navázání vztahů nespojených „drogovou zkušeností“.

4. Chráněné bydlení představuje pro řadu klientů, a to nejen mimoolomouckých, jedinou možnost, jak absolvovat doléčovací program, postupně si vybudovat vlastní zázemí a možnost po určitou dobu požívat zvýšené ochrany. Nájemní poměr je sjednáván na dobu korespondující s délkou terapeutického programu. Bydlení si klienti hradí. K dispozici máme 9 lůžek ve třech pokojích se společným sociálním zařízením a kuchyňkou. Ukončení nájemního poměru předchází zajištění nového bydlení mimo doléčovací centrum.

5. Chráněné pracovní programy a rekvalifikace jsou zaměřené na obnovu pracovních návyků, získání pracovních dovedností a získání finančního zajištění - mzdy. Část mzdy je hrazena z prostředků úřadů práce jako veřejně prospěšná práce - z kapitoly aktivních nástrojů politiky zaměstnanosti. Obory, které provozujeme, jsou: truhlář, kuchař, prodavač-galerista, řezbář. Celkem máme 10 pracovních míst. Truhlářská a řezbářská dílna vyrábí kromě nábytku také předměty, hračky a pomůcky pro postižené. Pracovní poměr je sjednáván na dobu korespondující s délkou terapeutického programu a může být prodloužen v případě rekvalifikace klienta v daném oboru. Rekvalifikace provádíme ve spolupráci s akreditovanými školami a agenturami. Ukončení pracovního poměru předchází zajištění nového pracovního místa mimo doléčovací centrum. Díky velmi dobré spolupráci s Úřadem práce v Olomouci můžeme klientům garantovat poskytnutí příspěvku na vznik nového pracovního místa u externího zaměstnavatele, což je vzhledem k vysoké nezaměstnanosti a současné stigmatizaci těchto osob efektivní kompenzace a praktická pomoc.

V Olomouci 10. 6. 1999
Mgr. Dušan Dvořák,
Sananim Olomouc

Stručné CV: Vzděláním jsem speciální pedagog s psychoterapeutickým výcvikem, 13 let praxe, z toho zhruba 8 let převážně práce s osobami s problémy spojenými s užíváním nealkoholových drog, 5 let praxe převážně s teenagery s problémy sociální integrace.



Možnosti pomoci mladým lidem ohroženým drogovou závislostí na oddělení Cesta SMK v Řevnicích

Oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí vzniklo v rámci resortu MŠMT, zahájilo provoz a stalo se součástí SM Klíčův, Praha 9 v květnu 1997. Profesionální tým byl pod vedením MUDr. Ivana Platze vytvořen a doplňován ze zkušených a kvalifikovaných pracovníků, postupně byly a stále jsou dotvářeny koncepční prvky, přičemž základem se staly zkušenosti z několikaleté činnosti oddělení Alternativa v SM Klíčův, kde předtím působila většina současných pracovníků.

Oddělení je ambulantním a pobytovým pracovištěm s kapacitou 12 lůžek a poskytuje sociální, výchovně vzdělávací, poradenskou a terapeutickou spolupráci chlapcům a dívkám ve věku střední školy, tj. v rozmezí 16-20 let, přičemž velký důraz klade na spolupráci se sociálním kontextem klienta, především rodinou.

Pobytová spolupráce je 8týdenní a v jejím průběhu není možný samostatný pohyb klienta mimo zařízení. Návštěvy a užší kontakt s vnějším sociálním prostředím je omezen pouze na rodinné příslušníky. Tato, i jiná restriktivní opatření jsou směřována k tomu, aby nedocházelo k průniku drog a alkoholu na oddělení, protože jednou ze základních podmínek pobytové spolupráce je vytvoření bezpečného nedrogového prostředí pro klienty. Ti přicházejí na oddělení na základě pí-

semné dohody s rodiči nebo jejich zákonnými zástupci, někdy na doporučení jiných institucí, převážně zdravotnických. Při rozvinuté závislosti na heroinu je požadována detoxikace a všichni klienti absolvují ještě před nástupem lékařské vyšetření, především jaterní testy na předchozí kontakt s hepatitidou typu A, B, C. V den nástupu je provedeno orientační toxikovyšetření z moči a přijímání jsou pouze klienti s negativním výsledkem.

Během pobytu je provedeno komplexní zhodnocení aktuální situace klienta s návrhem dalšího postupu a doporučením následné péče. V tak omezené době působení a vzhledem ke specifickým klientelě (vývojové období dospívání) není cílem „vyléčení ze závislosti“, ale kromě jiného lepší orientace klienta v jeho situaci včetně možnosti i rizik jejího řešení, sebezpoznaní a změna postoje k užívání drog a souvisejícího životního stylu, příp. rozvíjení motivace k další poradenské či terapeutické spolupráci.

Klientelu tvoří problémoví uživatelé drog a závislí, nejčastěji na heroinu či pervitinu. Zpravidla se jedná o klienty, kteří během své drogové kariéry už pocítili v jedné nebo i více oblastech svého života určité ztráty, takže jsou sami motivováni ke změně, i když zároveň často pod silným tlakem sociálního okolí, především rodiny. Tato skutečnost může částečně vysvětlit i soc. původ a zázemí. Většina klientů pochází z lépe situovaných rodin vysokoškolsky vzdělaných rodičů, kteří mají velký zájem na řešení problematické situace, mají dost informací a vyvíjejí značnou aktivitu na realizaci změny. Klienti sami jsou nejčastěji středoškoláci, většinou „chroničtí repetenti“, opakující v souvislosti s problémovým užíváním drog neúspěšně nižší ročníky nějaké střední školy.

Léčebný program, který klienti absolvují, je závazný a nabízí prostřednictvím nejrůznějších přístupů, forem a metod práce:

skupinovou terapii, která vytváří sociální pole, v rámci něhož umožňuje větší míru se-

bereflexe, poskytuje korektivní zkušenost, náhled na rizikové situace i sociální vztahovou síť klienta, konfrontuje klienta s praktickými způsoby chování, nabízí alternativy, a prostředky sociálního učení se snaží navodit změnu nejen na úrovni prožitkové a racionální, ale také na úrovni chování;

rodinné poradenství, terapie a rodičovské skupiny: každý klient se během pobytu účastní nejméně dvakrát setkání s rodinou. Setkání jsou orientována na důležité aspekty rodinného života, a témata vycházejí z očekávání zúčastněných. Součástí spolupráce s rodinou jsou i 4 společná setkání všech rodičů pobytových klientů. Tyto skupiny jsou zaměřeny vedle poskytování vzájemné podpory a informací, také na orientaci v situaci, hledání východisek z ní a konstruování pozitivních a žádoucích změn vzhledem k budoucnosti, včetně možných rizik a překážek v rodinných komunikačních vzorcích, vzájemných očekávání apod.;

individuální poradenství a psychoterapie: především jde o hledání a stanovení reálných cílů, které by byly splnitelné a kontrolovatelné (operacionalizace), a to ve spolupráci s klientem, neboť by to měly být jeho cíle. Součástí takového hledání je samozřejmě i hledání a osvojování praktických způsobů jejich dosahování. V rámci individu. práce s klientem jsou také prováděna základní psychologická vyšetření;

sociální práce a pomoc v profesní orientaci: během pobytu se snažíme po dohodě s příslušnou školou vytvořit pro klienta vhodný studijní plán, který umožní pokračovat ve školní docházce. Pokud to z nějakých důvodů není možné, hledáme společně s klientem jiné reálné možnosti. Doučování, ve skupině i individuální, probíhá denně;

zážitková pedagogika: jde o aktivity mimo oddělení, krátkodobé (víkendové) i déleodobější (pětidenní), spojené často s výraznou

fyzickou i psychickou zátěží. Tyto aktivity (hory, voda, pěší pochody, horolezectví aj.) poskytují vedle intenzivního zážitku také náhled na projevy vlastního i skupinového chování v situaci zátěže, pomáhají odhalovat vlastní rezervy, posilují vzorce kooperativního chování atd. Oddělení spolupracuje se speleologickou společností a Hippocentrem Karlštejn (klienti pravidelně jezdí na koních), vhodné terény v okolí jsou využívány k cyklistice, na oddělení je k dispozici také posilovna. Na akcích mimo zařízení participují finančně i rodiče klientů.

PaedDr. Václav Schmidt

■ ■ ■

**Denní psychoterapeutické sanatorium
ELYSIUM
Sdružení Podané ruce**

Hapalova 22, 621 00 Brno-Řečkovice

Kontaktní dny:

pondělí a středa od 8 do 15 hodin.

Tel/fax: 05/ 41 22 77 04

E-mail: nexilis@sky.cz

**Od října 1999 zahajuje v Brně
oficiálně činnost
Denní psychoterapeutické
sanatorium ELYSIUM**

Po dlouhých měsících jednání se podařilo pro Brno prosadit specializované pracoviště pro intenzivní ambulantní péči pro klienty trpící závislostí. V říjnu 1998 jsme pro tento záměr získali budovu bývalé MŠ v Brně-Řečkovicích, ve které nyní intenzivně probíhá rekonstrukce a v říjnu letošního roku předpokládáme oficiální zahájení provozu, do této doby pracujeme v dočasném, provizorním režimu a klienty přijímáme pouze ve velmi omezeném počtu.

Zřizovatelem Denního psychoterapeutického sanatoria ELYSIUM je Sdružení Podané

ruce se sídlem v Brně. Denní sanatorium je dalším zařízením v systému komplexní péče, který v regionu Brna je postupně již několikrát rok budován a který po zprovoznění Doléčovacího zařízení v příštím roce bude tvořen řetězcem státních i nestátních organizací počínaje K-centrem s výměnným programem, přes detox, resocializační komunitu a konče právě Doléčovacím zařízením a chráněnými byty a pracovišti.

Denní sanatorium nabízí tři základní programy pro závislé. Jednak je to program denního stacionáře (tříměsíční intenzivní program) a odpoledního stacionáře. Ten zahrnuje jednak uzavřenou i otevřenou ambulantní skupinu (obě běžící dvakrát týdně) a rodičovskou skupinu (jednou týdně otevřená skupina). Standardně nabízíme v indikovaných případech individuální, rodinnou či párovou terapii. Pro všechny klienty pak různé možnosti arteterapie, pracovní terapie a kulturních programů. Další program tvoří zátěžové programy, spočívající v cíleném a postupném vystavování klientů zátěžovým a stresujícím situacím, jež je nutí samostatně řešit a rozhodovat a kde mají možnost si opakovaně zažít situaci, kdy se mohou spolehnout buďto pouze sami na sebe nebo na svého kamaráda.

Tým Denního sanatoria tvoří psychiatr, psychologové, spec. pedagog, sociální pracovníce a arteterapeutka. Kromě jmenovaných činností pak Denní sanatorium zaštiťuje výzkumnou činnost v našem Sdružení. V letošním roce jsme dokončili rozsáhlé dotazníkové šetření na vzorku 5000 respondentů z řad středoškoláků a učňů v pěti okresech jižní Moravy. O výsledky si lze psát na naši adresu či faxové číslo. Na tomto čísle si současně každý může objednat též katalog odborných publikací, které jsme připravili. Jedná se o původní i přeložené publikace z oblasti psychologie, psychiatrie a psychoterapie a výzkumu v humanitních vědách.

Za DPSE Mgr. Michal Miovský

■ ■ ■



**Terapeutická komunita
pro drogově závislé v Nové Vsi
(TKDZ)**

Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi (TKDZ) je ústav sociální péče pro dospělé (není zdravotnickým zařízením), jehož zřizovatelem je Okresní ústav sociálních služeb v Liberci. V zařízení je poskytována dlouhodobá léčebně-resocializační péče. Zařízení je v plném provozu od června 1997.

Cílová skupina

Závislí na nealkoholových drogách. Muži a ženy starší osmnácti let, ne partnerské dvojice.

Filozofie a režim

Základem je individuální přístup ke klientům. Vychází z pravidelně revidovaných individuálních plánů, které jednou měsíčně zpracovávají klienti společně s terapeutem. Významnou úlohu zaujímá sociální učení přímou konfrontací mezi členy komunity a přijímání odpovědnosti za sebe i za druhé. Klienti se podílejí na chodu komunity včetně rozhodování v důležitých záležitostech, terapeutickému týmu zůstává právo veta. Z řad klientů se pravidelně sestavuje spoluspráva, jejíž členové přebírají zodpovědnost za činnosti v domě. Záležitosti komunity jsou všem společné, nepodporuje se izolace ze společenství.

Projekt umožňuje klientům změnit dosavadní způsob života a připravit se na nový život bez drog, umožňuje jim objevit životní styl, kde drogy nemají místo.

Strukturovaný program poskytuje klientům příležitost hledat nové možnosti pro trávení volného času, získat či obnovit pracovní návyky, osvojit si komunikační dovednosti, zlepšit fyzickou i psychickou kondici. Skupin-

nová sezení v atmosféře důvěry, úcty a vzájemného respektu dávají prostor pro sebe-poznání.

Léčebný režim tvoří klíčová a doplňující pravidla.

Pobyt probíhá za dodržování abstinence od drog včetně alkoholu.

V úvodních fázích pobytu je, se souhlasem klientů, částečně omezen jejich kontakt s okolím (telefonování, vycházky, návštěvy).

Kouření tabáku je povoleno v určitou dobu na vyhrazených místech.

Klienti respektují ostatní obyvatele komunity, bez ohledu na jejich rasu, pohlaví, věk, sexuální orientaci, společenskou třídu nebo zdravotní postižení. Projevují nesnášenlivost, ponižování nebo utlačování z uvedených důvodů jsou neslučitelné s pobytem v komunitě.

Program

Život v komunitě se řídí strukturovaným denním programem. Jeho součástí je skupinová terapie, individuální terapie, vzdělávací lekce, pracovní činnost, večerní kluby, sport, volný čas.

Pracovní činnost je dána aktuálními potřebami domu, nezaměstnáváme pomocný personál. Uklid, vaření, praní, žehlení a jiné domácí práce obstarávají sami klienti. Klienti pracují také na tkalcovských stavech, v dílně ručních prací se dřevem a kovem a na pomocném hospodářství, kde pěstují zeleninu a chovají králíky. Součástí naší pracovní nabídky v rámci programu je i práce v domově pro lidi s mentálním postižením, a to pro vážné zájemce z řad klientů, kteří si tak mohou ověřit svou schopnost pomáhat druhým.

Pobyt je rozdělen do tří fází. První, adaptační a diagnostická, trvá 2 až 4 měsíce. Druhá fáze trvá 4 až 8 měsíců, je to fáze usku-tečňování osobnostních změn a počátečních setkávání s vnějším světem, třetí fáze trvá 3 až 6 měsíců. Během ní se klienti postupně odpojují od komunity a v konkrétních oblastech si připravují budoucí život: násled-

nou péči v některém z doléčovacích programů, zaměstnání, bydlení.

Nepravidelnou součástí programu jsou několikadenní akce mimo prostor komunity (např. zimní pobyt na horách, několikadenní cyklistický výlet, lesní brigáda). Tyto akce slouží mimo jiné ke zlepšení fyzické kondice klientů. Učí také klienty zvládat únavu a větší zátěž. Jsou samozřejmě i příležitostí pro zábavu a radost bez drog.

Prostory a ubytování, vybavení

Dům komunity se nachází 10 kilometrů od Liberce, v Nové Vsi u Chrastavy. Je to třípatrová vila s jedním čtyřlůžkovým pokojem pro ženy a třemi tři až čtyřlůžkovými pokoji pro muže. V domě je dále velká společenská místnost, kuchyň, upravená půda s ručními tkalcovskými stavy, vybavená dílna a zázemí pro personál. Klientům je v rámci programu k dispozici následující vybavení: stolní tenis, horská kola, míčové hry, lyže, televize, video, hi-fi věž, hudební nástroje, stolní hry.

Tým

Multidisciplinární tým. Deset stálých členů personálu: ředitel, hospodářka, osm terapeutů (pět žen, tři muži).

Návštěvy, soukromí

Návštěvním dnem je v komunitě neděle. Žádoucí jsou zejména návštěvy členů rodiny. Není možné přijímat aktivní toxikomany a lidi pod vlivem alkoholu nebo drog. Každá návštěva se při příchodu vždy setkává se členem týmu. Klienti mají potom možnost s návštěvou hovořit v soukromí.

Po předchozí domluvě je možné, aby příbuzný klienta nebo klientky strávil v komunitě víkend a účastnil se programu.

V první fázi pobytu nejsou návštěvy možné.

Telefonování z komunity není možné, s výjimkou hovorů v pracovních a právních záležitostech. Přijímat hovory v komunitě je umožněno klientům od druhé fáze, ve vy-mezeném čase.

Příchozí pošta je kontrolována personálem (obsah obálek, balíků). Dopisy nejsou personálem čteny.

Klienti v komunitě nemohou mít u sebe na pokojích peníze ani doklady. Ty jsou uloženy v trezoru a jsou vydávány klientům na požádání.

V komunitě je možné v době mimo program poslouchat libovolnou hudbu, která neomezuje ostatní. Je také možné mít v komunitě vlastní knihy.

Strava, zdravotní péče

Strava je v rámci možností vybírána tak, aby splňovala nároky na zdravou výživu. V případě potřeby se jídla upravují pro lidi vyžadující dietní omezení nebo pro vegetariány.

Klienti jsou krátce po nástupu zaregistrováni u místního praktického lékaře. Dostupná jsou také potřebná speciální lékařská vyšetření.

Klienti mohou v komunitě užívat předepsané léky včetně psychofarmak.

Ukončení pobytu

Klienti končí léčbu podle dohody s terapeutickým týmem. Před odchodem si zajistí následnou péči v některém z doléčovacích programů a v ideálním případě také zaměstnání a bydlení.

V komunitě není možný delší pobyt než osmnáct měsíců.

Klienti mohou ukončit na vlastní žádost pobyt kdykoli. Své rozhodnutí odejít si roz-mýšlejí během doporučené čtyřadvacetihodinové izolace. Vzhledem k administrativě spojené s odchodem není možné odházet mezi osmnáctou a sedmou hodinou.

Podmínky a okolnosti přijetí

1. Věk nad osmnáct let.
2. Občanský průkaz nebo náhradní doklad.
3. Průkaz pojištění zdravotní pojišťovny.
4. Aktuální abstinence, bez tělesných známek stavu z odnětí drog, minimálně po detoxifikaci. Klienti se po příchodu na po-

žadání podrobují dechové zkoušce na alkohol. Je jim odebrána moč k vyšetření na obsah návykových látek. V případě pozitivního výsledku je pobyt klientům okamžitě ukončen. Výhodný je přímý překlad klientů ze zařízení, kde již absolvovali část nebo celou klasickou střednědobou odvykací léčbu (PL Bohnice, Červený Dvůr a další). U těchto zájemců předpokládáme vyšší motivaci a podle možností jim dáváme přednost.

5. Doporučení ze spolupracujícího zařízení (z kontaktního centra, z ambulance AT...) a propouštěcí zpráva z překládajícího zdravotnického zařízení (detoxifikace, krátkodobá, střednědobá terapie). Vhodný je telefonický rozhovor doporučujícího s námi (mimo jiné ve věci klientových příjmů - možností hrazení pobytu v TKDZ).

6. Nezbytné je, aby se s námi před nástupem spojil telefonicky či písemně sám klient a poslal nám **žádost o vstup do komunity** a svůj **životopis**. Po splnění této podmínky je klient zařazen do pořadníku žadatelů o umístění do komunity, o čemž je písemně vyzooměn. Čekací doba se pohybuje mezi 3-12 měsíci.

Vhodné je, aby klienty z překládajícího zařízení doprovodil do komunity někdo z příbuzných. V nutných případech zajišťujeme přepravu my.

Do komunity si klienti podle svých možností berou oblečení (včetně pracovního a sportovního); hygienické potřeby, hrnek, přibor.

Cena

126,- Kč na den v případě, že má klient finanční příjem.

Spolupráce, supervize

TKDZ v Nové Vsi je součástí projektu zaměřeného na komplexní péči o toxikomany v libereckém regionu (zahrnuje 1. kontaktní centrum, 2. detoxifikaci v rámci psychiatrického oddělení liberecké nemocnice, 3. TKDZ a 4. program následné péče občanského sdružení Advaita).

TKDZ spolupracuje s organizacemi zabývajícími se léčebnou a resocializační péčí o problémové uživatele drog i z jiných regionů (například s PL Bohnice, PL Červený Dvůr, PL Horní Beřkovičky, PL Nechanice, K-centrem Ústí nad Labem, DC Sananim, DC Sananim Olomouc a s dalšími). TKDZ vděčí za pomoc a podporu v začátcích pracovníkům občanského sdružení Sananim, zejména terapeutické komunity v Němčicích.

V TKDZ zajišťujeme odbornou externí spoluprázi.

Adresa:

Nová Ves 55, 463 31 Chrastava
Telefon: 048 514 6988
Fax: 048 282 0704, 613 4510
E-mail: tekadez@who.net
WWW: <http://tkdz.hypermart.net>

Na TKDZ navazuje **doléčovací centrum Advaita** (občanské sdružení pro pracovní a sociální rehabilitaci drogově závislých). Cílem doléčovacího centra je doprovázet klienty při zapojení do běžného života a podporovat je v trvalé abstinenci. Dostupné služby: individuální a skupinová terapie, základní sociální a právní poradenství, práce s rodinou, volnočasové aktivity.

Doléčovací centrum slouží i lidem, kteří se vrátili do Liberce z jiných zařízení než je TKDZ.

Adresa:

Advaita, Nezvalova 662, 460 15 Liberec
Telefon: 048 275 0607,
mobilní 0603 829 730



SANANIM o.s.

Sdružení pro prevenci, léčbu a resocializaci osob ohrožených zdraví škodlivými návyky
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc.
vrchní lékař, vedoucí Denního stacionáře a psychologického centra

**Denní stacionář
- psychologického centra
SANANIM (DS)**

DS je jediné zařízení svého druhu v Čechách. Je určeno klientům s diagnózami „škodlivé užívání“ nebo „závislost“ na nealkoholových drogách, zejména na heroinu a pervitinu a s motivací pro změnu vedoucí k abstinenci. Další předpoklady: věk od 17 let (horní hranice není stanovena), zázemí ve spádové oblasti (Praha a nejbližší okolí), které klientovi umožňuje docházet či dojíždět do DS. Přijetí je možné i bez lékařského doporučení.

DS poskytuje široké spektrum psychologických, zdravotnických a sociálních služeb pro uživatele drog, jejich rodinné příslušníky, partnery i širší sociální okolí.

DS nabízí: denní stacionární program formou skupinovou pro max. 12 osob v rozsahu 3 měsíců - otevřenou ambulantní skupinu 1 x týdně - individuální psychoterapii - rodinnou terapii - skupinu pro rodiče a partnery klientů - sociální práci a poradenství.

DS navazuje v systému péče o.s. SANANIM na nízkoprahové kontaktní centrum a předchází, resp. nahrazuje ústavní léčbu. Na léčebný program v DS dále navazuje resocializační a doléčovací program.

DS si klade tyto terapeutické cíle: získání náhledu, propracování změny v sebepojetí, vztazích, sociální integraci a životním stylu souběžně s udržením abstinence a prevencí relapsu. Konečným cílem je vyšší kvalita života, k níž je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující. Podporujeme

klienty v jejich osobním zrání a přiměřeném zvládnutí výzev jejich vývojového období.

DS disponuje kvalitním, kreativním a kompetentním terapeutickým týmem pod vedením předního pražského psychoterapeuta Dr. Kamila Kaliny. Umožňuje stáže odborníkům a studentům. Individuálně můžeme přijmout i anglicky mluvící klienty.

DS je dobře dostupné, najdete ho nedaletko Veletržního paláce v Praze-Holešovicích.

DS Sananim, Janovského 26,
170 00 Praha 7, tel. (02) 803130,
fax: 6671 0486,
e-mail: office@sananim.cz,
kamilkalina@hotmail.com



**Profil oddělení „AT“ Střediska
pro mládež Klíčová
(Alternativa - odd. pro mládež
ohroženou drogou)**

Čakovická 51, Praha 9 - Prosek,
tel. 6846277, 83880212

Nabízí speciální služby od roku 1988. Název „Alternativa“ vznikl roku 1993 a vystihuje nabídku alternativního, zdravějšího životního stylu. Oddělení je otevřeno pro dobrovolnou spolupráci mladým lidem ve věku zhruba 15-20 let po 24 hod. během školního roku, jejich rodinným příslušníkům a dalším blízkým osobám. Kapacita 12 lůžek. Preventivní, poradně-léčebná a rehabilitační pomoc v problémech, týkajících se škodlivých návyků a závislostí, látkových a procesních, včetně chorobného hráčství. Celoroční programy zahrnují letní i zimní, prázdninové i víkendové výjezdy mimo Prahu do přírody. Kvalifikovanou a nezávislou supervizorkou je psychoterapeutka PhDr. M. Frouzová.

Za terapeutický tým PhDr. Jaromír Zýka



**Program FIT IN
Prevence problémů působených
návykovými látkami**

Program vznikl v roce 1990. Anglické „fit in“ znamená hodit se nebo být vhodně zasažen. Směřujeme k vytvoření systému prevence, v němž má důležité místo učitel, rodič, spolupracující vrstevník, žurnalista, zdravotník i jiní.

Organizačně program zajišťuje Sportpropag, a.s., ve spolupráci s týmem, který vede MUDr. Karel Nešpor, CSc. Od roku 1990 jsme vytvořili, vydali a distribuovali velké množství materiálů. Program byl obhájen při oficiální oponentuře pro základní i střední školy.

Kde nás najdete?

Sportpropag, Moldavská 2, 101 00 Praha 10,
tel. 71734209
nebo: primář MUDr. Karel Nešpor, CSc.,
PL v Praze 8, Ústavní 91, 181 02 Praha 8, tel.
8574249.



**POPUD - Rodinná poradna pro
problémové uživatele drog
- program v roce 1999**

128 00 Praha 2, Vratislavova 11
t/ 02 301 3904 nebo 0602642616
nebo 02 24010256

- a) individuální konzultace**
- b) párová a rodinná terapie**
- c) psychologické skupiny pro :**
 - abstinující alkoholiky - (úterý 19.30-21.30 hod.)
 - problémové uživatele drog („motivační“)
 - pátek 13-15 hod.
 - toxikomany usilující o abstinenci (pátek 15.30-17.30 hod.)
 - abstinující mladé závislé usilující o další práci na své osobnosti a její rozvoj i v partnerských vztazích (pátek 18-20 hod.)

- pro rodiče problémových uživatelů drog (pátek 20.15-22 hod.)

Ke konzultacím je třeba se objednat (400 Kč za 1 hod.), ke skupinovému programům účastníci přijímání na základě zhodnocení její indikace při individuální konzultaci (700 Kč za měsíc)

MUDr. Zdeněk Šolle a PhDr. Magdalena Frouzová, vedoucí programu

■ ■ ■
**Skálův institut
(akreditován společností
pro psychoterapii a rodinnou
terapii)**

nabízí v roce 2000

sebezkušenostní pětiletý výcvik ve skupinové psychoterapii (typ SUR - dynamická psychoterapie, důraz na nonverbální techniky) v šesté výcvikové komunitě SI, začátek na podzim r. 2000, obsahuje 118 hod. v sebezkušenostní části a 32 hod. teorie ročně. Frekventant se dále s velkou slevou může účastnit dalších programů Skálůva institutu (viz dále nácviky dovedností a supervize). Kursovné za jeden rok 9 000 Kč.

- **Teoretické víkendy** - Základy psychoterapie závislosti - 8.-9. I. a 11.-12. III.

- **Základní psychoterapeutické přístupy** v oblasti drog - Nácvik rolí I - 15.-16. I.

- **Motivace a defense** v psychoterapii závislosti - Nácvik rolí II - 12.-13. II.

- **Techniky prevence relapsu** v psychoterapii závislosti - Nácvik rolí III 25.-26. III.

- **Výcvik v supervizi** (pouze pro absolventy psychoterapeutického výcviku nebo pro vedoucí pracovníky) - 15.-16. IV.

- **Techniky vedení skupinové psychoterapie**. Nácvik rolí IV. 8.-9. IV.

- **Terapie rodin** při závislosti na drogách. Nácvik rolí V - 2-3. 9.

- **Kasuistický seminář** 18.-19. 11.

- **Bálintův seminář** 2.-3. 12.

Lektoři: PhDr. M. Frouzová a prof. Jiří Heller (vedoucí komunity, dále lektorský tým Skálůva institutu)

Finance:

Víkendové semináře: 700 Kč, pro absolventy a frekventanty SI 350 Kč

Předplatné na všech deset seminářů se slevou - 6 300 Kč, pro absolventy a frekventanty SI 2 500 Kč.

Uzávěrky přihlášek jednotlivých seminářů jsou 2 týdny před aktivitou.

Informace a přihlášky:
PhDr. M. Frouzová, 163 00, Praha 6,
Vondroušova 1211, tel/fax 02 301 3904,
nebo 0602 642616
Prof. J. Heller - 0602 275 976



**Nabídka Holotropního dýchání
v Plzni**

Zážitkové semináře s holotropním dýcháním patří do oblasti transpersonální psychologie a jsou vedeny certifikovaným terapeutem.

Určeno: pro pomáhající profese v oblasti drogového poradenství, léčby a prevence.

Pro klienty se závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách ve fázi stabilní abstinence a dobrého psychického a fyzického stavu.

Formát: **víkendové semináře (Pá, So) každé 4 týdny.**

Cena: **700,-/víkend, studenti 450,-/víkend.**

Ubytování možno zajistit za cenu 150,- Kč za nocleh.

Bližší informace:
MUDr. Stanislav Kudrle,
Psychiatrická klinika FN Plzeň,
Alej Svobody 80, 340 60 Plzeň,
Tel/F. 019-7103156,
e-mail: kudrle@fnplzen.cz,
internetová stránka: <http://www.avu.cz/maja/html/holo.htm>



Ustavující schůze **České systemické společnosti** - odborného sdružení jedinců a institucí, vycházejících z teorie radikálního konstruktivismu a rozvíjejících ji v různých aplikačních oblastech včetně rodinné systemické terapie - se koná 20. 10. 1999 od 17 hodin v budově Českého svazu vědeckotechnických společností, Novotného lávka 5, Praha 1. Program schůze: 1. Stanovy ČSS a volby do orgánů společnosti. 2. Pokračování diskuse o cílech a programu Společnosti. Prozatímní stanov občanského sdružení ČSS byly zaregistrovány u MV v červenci t. r. Text stanov dohledáte na www.terapie.cz. Společnost je otevřena všem zájemcům z řad kolegů i studentů příslušných oborů. Na vaši účast se těší přípravný výbor ČSS.

Institut pro systemickou zkušenost

(řádný člen Evropské Asociace pro Psychoterapii)

otevřít 21. října 1999 další
tříletý (400 hodin)

VÝCVIK V SYSTEMICKÉM PŘÍSTUPU

ke klientům, pomáhání a vlastní profesionální roli

Výcvik je určen zejména pro psychoterapeuty, psychology, lékaře, pedagogy, sociální pracovníky a studenty příslušných oborů

Struktura výcviku

Celkem 400 hodin výuky - 18 setkání, cca jednou za 6 týdnů.

Počet účastníků: 20-25

Termín zahájení: 21. října 1999 v 9 hodin v ISZ

Místo konání: ISZ, Hlavní 60, Praha 4

Cena a podmínky pro přijetí

Cena: 70 Kč/hod., tzn. 1.600 Kč za jedno setkání

Zájemci o výcvik obdrží přihlášku a návrh smlouvy obsahující podrobné informace o výcviku a podmínkách jeho absolvování.

Podmínkou přijetí je podepsaná smlouva, zasláná společně s avízem platby na adresu ISZ, a to nejpozději do 15. září 1999.

Certifikát o absolvování výcviku

Absolventi výcviku obdrží Certifikát, jehož příloha obsahuje úhrnný popis absolvovaného programu.

Supervizní vzdělávání (min. 100 hodin)

Účastníci výcviku mají možnost pokračovat v dalším supervizním vzdělávání.

Přihlášky a veškeré další informace

ISZ, Hlavní 60, 141 00 Praha 4

tel./fax: 02 / 727 66 234

e-mail: vycvik@isz.cz

www.isz.cz/vyvcik

