

EDITORIAL

O respektu (Takže tak trochu o budoucnosti?)

Budu-li mít dost sil, rád bych napomohl vzniku a rozšíření nového psychotherapeutického směru. Byl by „nadškolní“ či „post-školní“. Pracovně ho někdy nazývám „psychotherapie respektem“ nebo „psychotherapie bez diagnóz“ nebo „psychotherapie lidskou komunikací“. Tím slovem „lidskou“ míním, že komunikace není prvořadě „odborná“ či profesionální, ale na prvním místě (a pak dlouho nic..., jak se říká) obyčejná, humánní, beroucí druhého člověka rovnocenně. Napadl mne rovněž název „etická psychotherapie“. Pokud vím, není zatím ani v Čechách ani mezinárodně „obsazen“. Myslím, že tímto směrem by se psychotherapeutický kontakt s lidmi dostatečně odlišil od kontaktu psychiatrického či kliniky psychologického (v obou případech jde o kontakty nepochybně rovněž cenné a potřebné, jež však pracují s distribucí moci a spoléhají se na autoritu jedné strany).

V tomto směru by bylo zapovězeno říkat lidem „klienti“ či „pacienti“ či „zákazníci“ či „případy“. A také členové, příslušníci, frequentanti, čekatelé, žadatelé... A tak dále. Ostatně, některá má stanoviska jsou již pár let známa.

Nepochybně by v této nové psychotherapii hrála hlavní roli etika terapeuta. A to jak v jeho „práci“ před setkáním (nevytváření si stereotypů, škatulek, odborných příprav), tak při práci samotné. A samozřejmě i v jeho „práci“ po setkání opět: nevytváření stereotypů, škatulek, zařazování, diagnóz. Jsem přesvědčen o tom, že způsob, jakým mluvíme - sami k sobě svým vnitřním jazykem, a také na druhé lodi - může mít dalekosáhlé dopady. Buď diskvalifikující a poškozující, nebo léčivé a napomáhající. Psychotherapeut v „psychotherapii respektem“ by byl vycvičen ve verbální a ne-

verbální komunikaci, ve facilitaci a usměrňování psychodynamického dění a ovšem trénován v etických postojích. (Tak, aby pro něj slovo „etika“ nebylo vágním pojmem.)

„Nadškolní“ směr mne láká také proto, že považuji ustavičné limitování nás „odborníků v psychotherapeutické profesi“ za - prostě - limitující... Omezující při kontaktu s lidmi, z nichž každý další vztah je jiný než ten předchozí. A náš reperetoár postupů že by měl zůstávat stále týž? Svázaný školou? Řídící se ustálenými odbornými instrukcemi jak postupovat - v podstatě - jednotně a za všech okolností stejně? Že bychom měli (jako psychotherapeuti) postupovat ke všem stejně? Už delší dobu se mi zdá, že to není přiměřené právě oně zvláštní a jedinečné profesi, jíž by psychotherapie mohla a měla být. Psychotherapeut má především umět improvizovat. A vodítka mu mají být zkulturnované (vypěstované, vytrénované) komunikační dovednosti a etické zásady. Neboť vše, co se naučí, může jak využít, tak zneužít.

Psychotherapie respektem jistě načerpá mnohé z psychoanalýzy, z individuální a analytické psychotherapie, z vedení skupin, z da-seinanalýzy, z analýzy transakční i z principů rogersovských a existenciálních. Programově by však pěstovala a rozšiřovala nadsměrové směřování odborníků, trénovaných právě v komunikaci, v respektu a etice.

Budu-li mít dost sil a zaujme-li tato myšlenka dost kolegů, jsem připraven etablování této nové psychotherapie pomáhat. Pokud někoho z vás tato raná myšlenka zaujala, určitě se ozvěte.

Prozatím... si v tomto čísle můžete přečíst o etice terapeuta a o etických souvislostech dva články, které by vaší pozornosti nemusely uniknout. V dnešní rychlé době vyžadují spíše návrat k pomalosti, k prožitku pomalého čtení. Ale vyplatí se! Pokorným čtením trénujeme svůj cit pro slova. Jak píše Helena Klímová, „psychotherapeutům je slovo pracovním nástrojem“. V jejím článku se mi také líbí: „Nicméně moje osobnost není profesí zcela pohlcena. Spíše naopak, psychotherapie mne inspiruje...“

Zjišťuji, že to již vůbec nejsou snadné úkoly pro mnohé z nás - zdánlivě tak jednoduché:

nenechat se pohlit, umět číst pomalu a soustředěně, nechávat se inspirovat. Odměnou za pomalost a za „cit pro slova“ však bývá zážitek.

Zbyněk Vybíral, 10. května 2001

P.S.

Protože ne každý z vás zná dosud webovou verzi *Konfrontací*, na níž vycházejí Editoriály jiného znění, zde je upravený výňatek z toho zatím posledního - dubnového:

Tento časopis představuje možná středoevropskou anomálii. V 10tímiliónovém Česku je se svými více než 600 abonenty tištěné verze a nákladem 850 výtisků srovnatelný s psychoterapeutickými časopisy, které pokrývají

například celou německy mluvící oblast Evropy - a snese srovnání dokonce s časopisy celoevropskými.

Svědčí to o tom, že v Česku stále rádi studujeme, čteme a zajímáme se. Svědčí to i o tom, že vedle specializovaných časopisů, revue a ročenek, jak je dnes u nás mají psychoanalytici nebo rodinně orientovaní terapeuti, se v našich podmínkách pořád dobře daří periodiku, které nejen zrcadlí historicky zintegrovanou scénu českých psychoterapeutů, ale také ji pomáhá udržovat.

Časopis ale - jsem o tom přesvědčen - nabízí víc: jeho četba či vlastnění zvyšuje identifikaci s odbornou scénou české psychoterapie, identifikaci s nově se rodícím nadřazeným oborem lidského humanitního činění, s psychoterapií.

PSYCHOTERAPIE: LÉČBA, POMOC, METODY

Integrovaný terapeutický program pro pacienty s neurózami a psychosomatickými poruchami (Zkušenosti z otevřeného oddělení psychiatrické kliniky) - část první

Michal Kryl

Úvod

V podmínkách hospitalizace vystupuje vlivem každodenního kontaktu pacienta s terapeutem do popředí kvalita jejich vztahu. Paternalistický model přisuzující pacientovi roli objektu očekávajícího od experta v bílém plášti zázraky (ať už v podobě omnipotentního léku nebo třeba hypnózy - nic proti metodě!), nerespektuje ani pacienta jako svobodného člověka ani děje probíhající v „zákulísí“ projevů nemoci. Symptomatická léčba neurotických potíží

benzodiazepiny či antidepresivy bez provázející psychoterapie nemůže vést terapeuta k poznání a pochopení pacientovy individuality, jeho způsobů reagování, vztahování se k druhým atd. Pacientovy vnitřní zdravé rezervy a síly jsou potlačeny jak účinkem látek likvidujících příznak jako hybný činitel možné změny, tak i budovanou závislostí na nich či na odborníkovi. Byly to právě tyto a podobné argumenty, jež vedly zakladatele integrovaného terapeutického programu pro pacienty s neurotickými a psychosomatickými poruchami Boučka a Podhorovou k jeho spuštění v září roku 1995 (1) na otevřeném oddělení psychiatrické kliniky.

Charakteristika oddělení

Pacienti s neurotickými a psychosomatickými (somatoformními) poruchami tvoří přibližně dvě třetiny klientely oddělení. Početní naplně-

ní psychoterapeutické skupiny pro léčbu neuróz však neodpovídá tomuto poměru z toho důvodu, že řada klientů z různých důvodů není pro léčbu v uvedené skupině indikována. Těmito důvody jsou nejčastěji těžší depresivní symptomatika, těžší poruchy osobnosti, nižší intelektové schopnosti nebo naprostá nemotivovanost pro práci ve skupině. Tito lidé jsou tedy přiřazeni do skupiny pacientů s depresí (orientované kognitivně behaviorálně), která, ač je zacílená na jiné potřeby, často přináší užitek i jim. Ti, co nejsou indikováni pro skupinovou terapii vůbec, mohou využít psychoterapie individuální. Jak už bylo naznačeno, na oddělení se léčí i pacienti s lehkou či středně těžkou depresí.

Terapeutická komunita

Vlastní léčebný program funguje ve formě terapeutické komunity, i když termín „komunitní uspořádání“ oddělení by byl asi výstižnější. Skutečnou komunitu lze chápat jako samosprávné uzavřené společenství s mnohem většími pravomocemi a těsnějšími vztahy, než tomu může být v rámci kliniky podléhající nemocničnímu řádu a neustálému koloběhu pacientů. I tak však tento kolektiv plní některé z mnoha Kratochvílem (2) uváděných funkcí terapeutické komunity, jako je spoluúčast pacientů na programu léčby a provozu oddělení a otevřenější výměna informací mezi pacienty a terapeutickým týmem. V čele komunity stojí tříčlenná volená samospráva s předsedou, jenž plní roli mluvčího a prostředníka mezi pacienty a personálem. Ostatní členové samosprávy mají na starosti vedení rozcviček, péči o stolování, výzdobu oddělení ap. Organizaci společenského večera mají na starosti členové, kteří o ni projeví zájem. Ranní pravidelné komunitní setkání si udržuje strukturu, která sestává z přivítání, uvedení nových a rozloučení se s odcházejícími členy, vytýčení programu na daný den a připomínky k němu či jiných poznámek nebo otázek. Za důležitou považujeme otázku eventálních konfliktů odehrávajících se na úrovni vztahů mezi členy komunity nebo mezi komunitou a personálem. S ohledem na to, že část klientely tvoří pacienti

s depresí, kteří se liší od lidí s neurózami a psychosomatickými obtížemi povahou svého onemocnění a svým způsobem vnímání a (ne)schopností navazovat interpersonální vztahy se všemi konsekvencemi typu zvýšené interpersonální senzitivity a vyššího stupně psychické zranitelnosti, je setkání strukturované a nepřilíhající dlouhé (do 15 minut). Vyskytne-li se nějaká konfliktní situace, snažíme se ji řešit spíše směřováním pacientů k domluvě, kompromisu a toleranci, než k hlubší analýze sporů. Neznamená to však, že takto vzniklý tématický materiál nevyužije v práci psychoterapeutická skupina neurotiků (viz dále). Právě pro ně je (na rozdíl od klientů s depresí s vlastním terapeutickým programem) komunitní setkání alternativou klasické lékařské vizity „po pokojích“, která zde podle našeho názoru není účelná - stavěla by je do submisivní role a odkláněla by je od samostatného a aktivního zacházení se svým problémem (životem). Na druhou stranu respektujeme potřebu svěřit se s některými závažnými nebo akutně vzniklými potížemi lékaři „mezi čtyřma očima“, proto je tomuto rozhovoru vyhrazen čas před začátkem skupinové terapie. Tento pohovor však neplní roli žádné individuální psychoterapie, kterou u neurotiků a „psychosomatických“ pacientů se skupinovou formou léčby nekombinujeme. Těžiště klientova snažení patří zkrátka skupině.

Jsmo si dobře vědomi limitů daných jednak diagnostickou heterogenitou komunity, jednak otevřeným charakterem oddělení s neustálým „přilivem a odlivem“ pacientů, což podobně jako v systému otevřených skupin (viz dále) působí určitou povrchnost ve vztazích mezi jednotlivými členy, jejich dočasnost a přechodnost. Dalším významným limitujícím faktorem je i uspořádání práce zdravotnického personálu. Pracovní doba lékařů a psychologů totiž končí odpoledne a při absenci dalších terapeutických sil (ať už vyškolených sester či laických terapeutů) a přítomnosti pouze jediné sestry na odpolední směně není bohužel možné další rozšíření programu do odpoledních či večerních hodin. Ač se ve svém funkčním omezení popsaný komunitní systém liší od jiných

(3, 4) a nedosahuje tak maxima svých pozitivních účinků, považujeme toto uspořádání za stávajících omezených možností nemocničního lůžkového oddělení za přínosné. I kdybychom nenalezli jiný kladný efekt tohoto způsobu léčby, než je - slovy Růžičky (5) - „posun od chápání člověka jako předmětu medicínských výkonů a procedur směrem k budování odpovědnosti ve věci vlastního zdraví,“ bude to pro nás dostatečným důvodem k jeho aplikaci.

Vstupní interview

Zásadní význam před zařazením pacienta do léčebného programu má posouzení charakteru a závažnosti jeho obtíží, stanovení indikace ke skupinové psychoterapii. K tomu dochází během vstupního interview (vyšetření), jehož vedení se významnou měrou podílí na budování pozdějšího terapeutického vztahu. Odchází-li pacient ze vstupního vyšetření vybaven nejen informacemi o způsobu a průběhu léčby, ale i s pocitem „tento člověk mi porozuměl“, jde o první krok k nastolení důvěry, na jejímž podkladě lze zahájit psychoterapii. V duchu moderního pojetí vztahu mezi lékařem a jeho pacientem, který ustoupil od paternalistického modelu (6), zdůrazňujeme již při příjmu nemocnému nezbytnost spolupráce a aktivního podílu na léčbě. *Terapeutická smlouva* je v našich podmínkách spíše implicitní forma dohody na způsobu terapie a její délce než „klasický“ písemný kontrakt. Vysoké procento pacientů totiž přichází k hospitalizaci naprosto neinformováno o způsobu léčby (ačkoli byly regionální ambulance opakovaně obeznámeny s naším terapeutickým programem) a pod pojmem psychoterapie či skupinová terapie si nedokáží nic představit. Těžko lze tedy v takovém případě očekávat pregnantní odpověď na otázky, jaké změny chtějí v psychoterapii dosáhnout, jaká mají očekávání apod. Navíc motivace u klienta odeslaného ambulancí na psychiatrii k „dovyšetření“, k „odpočinutí si“ nebo jako k „poslední instanci, která si snad s jeho problémy poradí“ je často velmi problematická. Těžko se lze ptát pacienta, jenž přišel, „protože ho sem jeho pan

doktor poslal“, co je ochoten pro své vyléčení obětovat... Z praktického hlediska je tedy pro nás účelnější dohodnout s pacientem kromě způsobu a časového vymezení terapie např. princip postupného vysazování anxiolytik, podmínky jeho účasti v programu i svobodné rozhodnutí předčasně léčbu ukončit. Posledně jmenovaný bod směřuje jednak k volbě pacientově (dobrovolnost léčby), jednak k případu, kdy terapeut zjistí, že pacienta uvedený způsob léčby poškozují nebo že šlo o jinak nevhodnou indikaci.

Souhlas s léčebným programem a jeho dodržováním vyjádří nově přijatý pacient svým podpisem na předtištěném formuláři. S vlastními pravidly skupinové psychoterapie, která jsou stručně shrnuta ve formě skupinového desatera (zásady typu otevřenosti, upřímnosti, dodržování důvěrnosti, tolerance, respektování času a délky sezení ap.) je každý nově přichozící seznámen v rámci prvního skupinového sezení nebo před ním. Desatero není prezentováno jako žádný dogmaticky uplatňovaný kodex, spíše jako rámeček, ve kterém se může uskutečňovat skupinová terapie *lege artis*. Během vstupního interview se setkáváme s jedním problémem, který Balint označuje... „za vždy velmi důležitý a naléhavý, a sice (pacientův - pozn. M. K.) požadavek na sdělení názvu nemoci, diagnózy“ (9). Častěji tuto potřebu ventilují pacienti, kteří se na své pouti po ordinacích praktických lékařů i specialistů setkali buď s bagatelizací nebo totálním nepochopením svých obtíží. Bezradné výroky lékařů typu: „To bude od páteře...“ nebo: „To jsou jenom nervy...“ ještě alespoň v jistém ohledu znamenají pokus o vysvětlení příčiny či uklidnění pacienta. Někteří z nemocných se však při návštěvě specialisty (s vysokým očekáváním) setkávají s lékařovým mlčením: „Pan doktor nic neřikal, jen si prohlédl nálezy...“ Zažívají pak opuštění a pocit bezradnosti nad řadou negativních výsledků vyšetření stejně jako mnozí, jež lékaři ujistili, že se v jejich těle nenašla žádná organická (rozuměj: „vážná“) příčina. Zdá se, že řada specialistů, ba i praktických lékařů žije v mylném přesvědčení, že každého pacienta absence takového nálezu musí uspokojit. Zde

pak lze hovořit slovy balintovské terminologie přímo o „nežádoucích účincích drogy zvané lékar“, jež na své kůži pocítí nejčastěji sorta lidí s psychosomatickými nebo tzv. konverzními (disociačními) potížemi.

Terapeutická skupina

Komplexní terapie neurotických a psychosomatických poruch se v našich podmínkách opírá o skupinovou psychoterapii, která probíhá v jedné otevřené skupině s kontinuálním přijímáním a propouštěním členů. Nebylo tomu tak od počátku založení programu. Tehdy byly otevřeny skupiny dvě. Období „bohatá“ na pacienty indikované do skupin se střídala s obdobím „chudými“, kdy docházelo k takové redukci počtu členů, že se zcela vyčerpala potenciál skupinových témat a skupinová dynamika uvázla na mrtvém bodě, což je v souladu s teoriemi skupinové terapie Yaloma (10) i jiných (3). Sloučením obou skupin jsme dosáhli zefektivnění léčby, markantního zvýšení dynamiky, zmožnění a zesílení skupinových interakcí. V současné době se počet členů ve skupině pohybuje průměrně od pěti do osmi.

Skupinová sezení se konají čtyřikrát týdně. „Odlehčeným“ dnem, kdy probíhá prohloubená relaxace a sport (viz dále), je středa. Délka skupinového sezení je devadesát minut, což považujeme za dobu optimální k úvodnímu rozproudění, otevření témat a k práci na nich. Ve shodě s literárními prameny (10) pozorujeme, že k nejkvalitnější práci dochází v poslední třetině až čtvrtině sezení. Zdá se, že časový limit blízký konci sezení poněkud urychluje a zintenzivňuje práci skupiny.

Při vedení skupinové terapie vycházíme ze základního kréda „léčit člověka, nikoli diagnózu“, což je zejména pro začínajícího lékaře - psychoterapeuta výzva k přehodnocení naučených školských diagnosticko-terapeutických schémat. Uzavření úzkostného pacienta do diagnostické škatulky dle operacionálních kritérií MKN 10 může dobře posloužit pro statistická hodnocení, pro indikaci ke skupinové terapii může přispět částečně, o pacientově životním příběhu však nevypráví nic. Jako terapeuti vidíme svou roli především ve vytvoření

a ošetřování dostatečně bezpečného zázemí ve skupině, ve kterém mají všichni členové stejně otevřené možnosti projevu a zacházení se svými tématy.

Terapeutický tým

Terapeutický tým účastníci se vedení skupinových sezení sestává v současnosti z psychologů přítomné na každém skupinovém sezení a ze tří psychiatrů (dvou žen a jednoho muže), kteří se ve skupině pravidelně střídají v průběhu týdne. Terapeutickou dvojici muže a ženy (psychiatra a psychologu) považujeme z mnoha aspektů za výhodnou, nicméně nejsme ji za současných podmínek pracovního vytížení lékařů (výuka mediků, vizity, příjmy a propouštění nemocných) schopni pro skupinu zajistit na všechna sezení. Vedení skupinového sezení (tedy rozdělení rolí hlavního terapeuta a koterapeuta) je věcí vzájemné dohody mezi terapeuty. Neexistuje žádné pevné pravidlo, kdo z terapeutů se bude věnovat rozhovoru s pacientem. Krátce po zavedení skupinové terapie byla praxe taková, že s pacientem pracoval automaticky vedoucí terapeut, tedy ten, jenž skupinové sezení otevíral a uzavíral a koterapeuti se přidávali teprve v průběhu skupiny. Tento způsob příliš nerespektoval pacientův výběr. Proto jsme později přešli k metodě „objednávky“, tedy pacient si po vyzvání, s kým chce hovořit, sám terapeuta zvolil. Nakonec jsme upustili od našeho vyzvání, s kým chce klient pracovat a ponechali jej pouze pro případ, kdy si „neví rady s adresátem svého sdělení“. Obrací-li se spontánně na někoho z terapeutů, předpokládáme určitý motiv jeho rozhodnutí a ponecháváme mu v jeho rozhodnutí plnou svobodu.

Někdy se k terapeutické dvojici přidružuje ještě jeden koterapeut, zpravidla začínající psychiatr, stážující lékař nebo student, který tak získává zkušenost svou spoluúčastí na vedení skupiny.

Metodická orientace

Metodika vychází z profesionální orientace jednotlivých terapeutů. V krátkém přehledu jsou uvedeny základní směry, ve kterých jsou

(vyškoleni terapeuti pracující na oddělení stabilně:

- *Gestalt terapie* (Gestalt Centrum Bělehrad)
- *Antropologicko-hermeneutická skupinová psychoterapie (daseinsanalytická PT)* (Vzdělávací institut aplikované psychologie - Pražská psychoterapeutická fakulta)
- *Skupinová psychoanalytická psychoterapie* (Institut aplikované psychoanalýzy Praha).

Každý z terapeutů vnáší do skupiny své způsoby práce, které získal nebo dosud získává během svého psychoterapeutického výcviku. Přesto, myslím, lze hovořit o dobré kompatibilitě jednotlivých terapeutických způsobů, i když na celkové hodnocení je ještě brzy. Dva ze stálých terapeutů totiž výcvikovými skupinami teprve procházejí - lze tedy těžko mluvit o samostatné aplikaci vlastní metody, spíše o postupném osvojování si jednotlivých postupů v praxi s pacienty. Na druhou stranu možná právě fakt, že si žádný z terapeutů neuzurpuje post pro „svou“ metodu (jak tomu asi bude po skončení vzdělávání?) přispívá k tomu, že navzdory odlišné teoretické orientaci se jednotlivé postupy setkávají na společné základně a jsou v zásadě schopny dosáhnout stejných cílů i když různými cestami.

Za důležitou považujeme nejen spolupráci terapeutů ve skupině, ale i vzájemnou komunikaci o pacientech. V pravidelném setkání po skončení každé skupiny nemluvíme „technologickou hantýrkou“ našich škol, ale spíše „civilně“ rozmlouváme o lidech ve skupině a o svých reakcích.

Gestalt terapie slovy F. Perlse „podporuje proces růstu, rozvíjí lidský potenciál, doplňuje díry v osobnosti, aby se člověk stal úplným a celým...“ (14). Tento expresivní směr je zaměřen na přítomnost a na její prožívání. Pacient je veden k „vynášení svých emocí na světlo“. Jeho problémy vznikají z nedostatečného uvědomování

* Několik kolegů psychiatrů školících se v jiných výcvicích otevřeným oddělením pouze procházelo v rámci své „rotace“ po klinice nebo rozvázali pracovní poměr (jejich orientace byla *gestalt terapie, kognitivně-behaviorální terapie, dynamická skupinová psychoterapie*).

ni si pocitů. Terapeut zvyšuje u klienta uvědomování si bezprostředních zážitků „teď a tady“. Stěžejní je důraz na zodpovědnost za vlastní myšlenky, emoce a činy. Její převzetí vytváří předpoklad pro žádoucí změnu. Terapie je považována ze jeden z proudů *humanistické psychoterapie* (2).

O postupy *gestalt terapie* se opíráme ve skupinové praxi poměrně často. Lze říci, že i způsob práce s jedním pacientem po většinu času sezení, kdy ostatní členové tvoří „chór“ v pozadí (eventuálně jsou nápomocni při určité akci), je typická pro *gestalt přístup*. S oblibou používáme např. *techniku opakování určitého důležitého výroku* jednotlivým členům skupiny, kdy dotyčný zkoumá, co mu to emočně přináší, jak mu jeho věta „sedí“, jak se s ní cítí. Někdy si klienti zpřítomňují *nedokončené záležitosti z minulosti* (např. nedokončený proces rozloučení se s blízkými zemřelými osobami, nedokončený konflikt ap.) a v psychodramatické situaci si je za pomoci terapeuta nebo ostatních „dokončí“. O tom, do jaké míry ke zpřítomnění minulé (nebo vůbec neproběhlé) události přítom dochází jsme, se přesvědčili na sezení, kde se loučila mladá dívka se svou zemřelou matkou „nad její rakví“. Ponurá atmosféra, jež se ve skupině rozhostila, pohltila všechny zúčastněné včetně terapeutů. Byli jsme prostě všichni na pohřbu.

Ve shodě s *gestalt přístupem*, tak jak se pojímá v současnosti, poskytujeme ve skupině pacientovi větší oporu a neponecháváme jej v pocitu extrémní frustrace, jak tomu bylo za Perlse. Oceňujeme klientovu snahu a odvahy, otevíráme mu prostor k sebeakceptaci. Toho, co se schovává za svou sílu, vede terapeut k přijetí svých slabostí. Toho, kdo se cítí u konce s dechem zase k přiznání svých vnitřních rezerv.

Výše naznačený postup však nemá implikovat nějaké nekritické zaujetí pro psychoterapeutické techniky. To by naším dalším teoretickým východiskem nemohla být *antropologicko-hermeneutická psychoterapie* (reprezentovaná u nás především O. Čálkem a J. Růžičkou). Tento směr hlásící se k *daseinsanalýze* odmítá nejen biologicko-redukcionistické

či systémové pojetí člověka, ale i chápání léčby jako věc jedné či více „technik“, které se stávají jakýmsi „puncem vědecké metody“ terapie opodstatňujícím a legitimizujícím (15). Antropologická metoda je v aplikaci psychoterapeutických technik obezřetná. Důvodem je oprávněná obava ze vzniku mocenské situace, kdy má terapeut techniku takřka jako „v ruce“ (tj. může ji uplatnit jako nástroj moci). Proto se zde zachází s technikami užitelně a pragmaticky. Techniky, pokud je jejich užití, se podřizují dané situaci, nikoli situace technikám. Moc (sila) je v *daseinsanalýze* (potažmo antropologické psychoterapii) vztahována „k něčemu“ (k životním krokům, ke svobodné realizaci možností), nikoli „nad něčím, někým“. Terapeutovo základní nastavení ve vztahu s pacientem je „být k dispozici“, tj. pečovat o jeho rozvoj a růst způsobem, jenž jednak vychází z pacientových potřeb, jednak z možností a schopností terapeuta. Terapeut se vyhýbá jakékoliv indoktrinaci pacienta, v terapii jej nevede, ale provází. Respektuje veškeré jevy, příznaky a úkazy v terapii se objevující v jejich konkrétním významu a kontextu tak, jak jim rozumí pacient. Tato metoda bezprostředního porozumění a ponechání pacienta svobodně rozumět všemu, s čím se ve světě setkává bez jakýchkoli hypotetických konstruktů a znásilňujících výkladů se nazývá *fenomenologickou*.

Fenomenologickému pojetí je poplatný i způsob výkladu - *antropologická hermeneutika* (tj. nauka o výkladu). Lze jej chápat tak, že terapeut otevírá pacientovi možnosti porozumět všemu, s čím se v životě setkal. Je však naprosto nezbytné, aby k tomuto plnému pochopení došel klient „svou cestou“, na níž jej terapeut provází a podporuje otázkami, jemnými poukazy na některé momenty či souvislosti v jeho příběhu a nabídkou určitých možností výkladu - *interpretací*. Interpretace setrvávají v jazykové i sémantické rovině pacientova vyprávění, cití jeho autenticitu, bezprostřední zkušenost. Mají daleko k spekulativním a apriorním soudům. Pacientem prezentovaná zkušenost není terapeutem vztahována k jiným jevům, není vykládána symbolicky, pokud sám klient nevidí takovou souvztažnost

či symboliku. Uvedené způsoby doplněné o využití intuice a empatie, to vše za plné akceptace pacienta, jsou vlastně jedinými technikami tohoto humanistického směru. Těžiště je v individuálním přístupu k pacientovi, v přístupu, který ctí jeho jedinečnost a neopakovatelnost. Diagnostické kategorie pro vlastní terapii nejsou podstatné, stejně jako vědeckovýzkumný zájem v klasickém pojetí komparace souborů s určitými příznaky.

Terapeutický vztah je chápán jako autentický, původní, nikoli „přenesený“. Je vzájemnou otevřeností, ve které se může klient za terapeutovy podpory autenticky rozvíjet a dosáhnout vnitřní svobody (naplnění svého *dasein-bytí*). Psychoterapeutická skupina je oblastí otevřenosti společné. Skupinové vyladění (intimita) určuje, co bude v sezení probíhat, jaká témata se objeví. Čím pevnější je vzájemná důvěra ve skupině, tím ryzejší a pravdivější je i skupinová komunikace. Tím, jak si jednotlivci počínají se svým tématem vnášeným do skupiny, vybízí i ostatní členy k péči o jejich vlastní témata. Ve společně otevřeném skupinovém prostoru si témata zpravidla neudrží dlouhodobou autonomii a postupně se „slévají“ v téma společné - skupinové. Psychoterapeutická skupina tím, že se zabývá mezilidskými vztahy vzhledem k jedinečnosti každého svého člena, a nikoli věcnými každodenními záležitostmi, směřuje až k nejzákladnějším otázkám pravdy a tajemství lidského bytí. Tématika psychoterapeutické skupiny je tedy v chápání tohoto směru tematikou existenciální (17).

Psychoanalytická psychoterapie je sice přírodním potomkem psychoanalýzy, avšak oprostila se od jejího ortodoxního pojetí terapeutické práce. Terapeut není „mlčícím plátnem“, pružně může reagovat na osobnost a potřeby pacienta, pracuje s interpersonální. Využívá dynamických interpretací může poskytovat rady a nabídky. V prostředí terapeutické skupiny, která je ekleticky orientovaná, mají aktivní, někdy i direktivní přístup terapeuta a vhodně volené interpretace své místo, zejména u pacientů pasivnějších a v odporu.

Ačkoliv lze považovat výše uvedené metody za převažující, nezřídka se v určitých kon-

krétních situacích pragmatického použití metod dalších, jako je psychodramatická etuda (kupř. manželský spor, vztahové situace na pracovišti ap.) nebo některé kognitivně-behaviorální postupy (kupř. expoziční trénink fobického pacienta, strukturované řešení konkrétního problému po jednotlivých krocích nebo prvky edukace). (Dokončení v příštím čísle)

Vztah matky a dieťaťa v rodinnej terapii

Jana Porubská

Ako špeciálny pedagóg sa pri svojej práci stretávam prevažne s detskou klientelou. Za formu svojej práce som si zvolila rodinnú terapiu, ktorej sa venujem už 4 roky.

Rodinná terapia je podľa môjho názoru oveľa efektívnejšia ako hrová alebo iná terapia s deťmi. Pokiaľ aj nie sú problémy dieťaťa spôsobené rodinným prostredím, predsa len dieťa žije v rodine, trávi v nej najviac času zo všetkých ostatných inštitúcií. Pokiaľ psychoterapeut pracuje s dieťaťom jednu alebo dve hodiny týždenne, efekt nie je taký, ako keď sa rodičia naučia pracovať s dieťaťom a trávia s ním týmto spôsobom doma oveľa viacej času. Spomínam si na jednu matku, ktorá sama povedala, že je pre ňu dôležité vidieť, ako s jej dieťaťom jedná, učila sa na tom. Opakovane som sa stretla s negatívnym postojom rodičov k takej terapii, kde dieťa bolo v miestnosti s psychológom a rodičia čakali na chodbe. Jedna rodina bola z toho tak vydesená, že viac už dotyčného psychológa nenavštívili. Separčná úzkosť bola totiž súčasťou ich problému (separačná úzkosť je nadmerná úzkosť sústredená na odlúčenie od osôb, na ktoré je dieťa emočne naviazané, je to úzkosť z odlúčenia a straty milovanej osoby). Istá rodina to pomenovala veľmi výstižne - prirovnali to k situácii, kedy vezmú pokazené hodiny k hodinárovi a ten im ich po chvíli čakania prine-

sie opravené. Mojou skúsenosťou je, že rodičia majú záujem niesť zodpovednosť za spoločné problémy.

To, čo si pri práci s rodinou všimam čoraz viac, je vzťah matky a dieťaťa. Týmto sa nechcem dotknúť ďalších členov rodiny a ich vzťahov, ale vzťah matky a dieťaťa neustále púta moju pozornosť svojou mnohorakosťou a dôležitosťou. Uvedomujem si ako deti citlivo vnímajú duševné rozpoloženie matky, ako mnohé problémy detí sú vlastne indukovanými problémami matiek. Na začiatku existencie je život dieťaťa závislý na dospelých, ktorí sa o neho starajú, hlavne na matke. Ako píše Millerová vo svojej knihe *Dětství je drama* „...deti majú obdivuhodnú schopnosť vycítiť potreby matky alebo oboch rodičov intuitívne a tak prevziať funkciu, ktorá mu bola nevedome pridelená. Deti sa tak stávajú matkami svojich matiek a vytvárajú si nakoniec celkom zvláštne senzory na nevedomé signály potrieb druhých ľudí“¹¹.

Spomínam si na prípad 12-ročného chlapca, ktorého priviedla matka na základe lekárskeho doporučenia. U Janka išlo o nešpecifické bolesti žalúdka, ktoré nemali organický podklad. Keďže otec rodiny pracoval mimo bydliska, na stretnutia chodieval klient s matkou. Postupne vychádzalo najavo, ako úzko spätý je ich vzájomný vzťah a na stretnutiach si čoraz väčší priestor pre seba brala matka, ktorá prežívala depresívne obdobie spôsobené smrťou blízkeho človeka a odchodom manžela na prácu mimo domu. Tak ako sa zlepšoval matkin duševný stav a ona dokázala nájsť iné možnosti nasýtenia ako ťaživé opieranie sa o manžela, tak postupne vymizli aj Jankove žalúdočné záchvaty.

Pokiaľ u dieťaťa a matky neprebehne z rôznych dôvodov separačný proces dokonale, dieťa zostáva stále silne naviazané na matku a hranice medzi nimi sa stierajú. Takými príčinami bývajú ohrozenie života matky chorobou alebo úrazom, hospitalizácia dieťaťa bez prítomnosti matky, ich vzájomné oddelenie v ranom veku dieťaťa, nespracované úmrtie iného člena rodiny, atď.

Iným príkladom je 10-ročná Denisa, ktorá

mala obrovský strach z chodenia do školy. Prejavovali sa u nej neurotické príznaky ako zvracanie pred odchodom do školy, bolesti žalúdka, hlavy. V terapii sa ukázal ako nosný vzťah matky a Denisy, ktorý bol príliš tesný. Po nejakom čase matka sama prišla s myšlienkou, že je to možno ona, ktorá spôsobuje Denisine problémy. Matka bola vážne chorá a často pred rodinou hovorila o strachu zo zhoršenia jej zdravotného stavu a aj smrti. Denisa, majúca strach o matku, ktorá môže kedykoľvek zomrieť, sa bála opustiť ju a nechať ju doma samotnú.

Príkladom nejasných hraníc medzi matkou a dieťaťom je situácia, kedy matky prežívajú svoje dieťa ako seba samú a napriek tomu, že dieťa má úplne iné prežívanie, ony na základe svojich projekcií s dieťaťom zaobchádzajú podľa svojich predstáv. Príkladom je mamička 4 synov, ktorá do terapie priviedla najstaršieho z nich s diagnózou apatie.

4-ročný Ľuboš bol veľmi bledý, chudorľavý dieťa, bez náznaku radosti, živosti. Matka odmietla dať syna do škôlky, pretože ona sama do škôlky chodila nerada a zaobchádzala s ním podľa svojej predstavy, že dieťa je úplne také isté ako bola ona sama. Keď však napokon dala Ľuboša do škôlky, dieťa ožilo, prejavy nechutenstva a apatie vymizli, matka si mohla uvedomiť, že životná depresia a únava patrili jej a nie synovi. Tak sa mohla začať individuálna terapia matky.

Každá matka má svoju vlastnú históriu, svoje neodžité emócie, biele miesta na mape a to, čo sa matke ako dieťaťu nedostalo v detstve, teraz môže získať pomocou dieťaťa. Dieťa je matke plne k dispozícii, vzhliada ku nej, miluje ju, je na matku plne sústredený. Matka, ktorá nevie o svojich pocitoch, o svojich bolestiach, môže dieťa „zneužívať“ k plneniu si svojich potrieb.

V terapii je dôležité ujasniť si kto s akým problémom prichádza a pýtať sa na to každého člena rodiny zvlášť. Často sa totiž stáva, že rodinní príslušníci prichádzajú s rôznymi problémami a tiež je potrebné odlišiť, či je to vlastne problém, ako vníma rodina problémy svojho člena. V praxi sa stretávam s rodinami, ktoré majú príliš tesné alebo príliš nejasné hra-

nice. Obe možnosti sú pre dieťa máta a môžu viesť až k vážnym psychickým problémom. Príkladom je rodina, ktorá prišla do terapie s problémom: dcérinými agresívnymi predstavami.

12-ročná slečna mávala občas predstavy, že fyzicky ubližuje svojej matke. Tieto predstavy prichádzali kedykoľvek a kdekoľvek a často mávali až hororový charakter. Pri rodinnej terapii sa postupne načrtával príliš úzky vzťah matky k dcére, ktorý bol obmedzujúci a pre 12-ročnú slečnu musel byť až dusivý. Išlo nielen o spoločné spanie 4 člennej rodiny (rodičia, dcéra a syn) v jednej manželskej posteli, ale aj výlučne spoločné trávenie voľného času. V terapii sme sa venovali téme hraníc a priestoru, ale pri náznaku rozšírenia hraníc matka ukončila rodinnú terapiu s odôvodnením, že dcéra sa musí učiť do školy, lebo poľavila v učení.

Iným príkladom nejasných hraníc je rodina, kde 15-ročná dcéra napriek svojmu veku trvala na tom, aby matka spávala vždy s ňou. Otec bol v rodine neprítomný, domov chodieval len zriedka. Staršia sestra už mala svoj život a matka neposkytovala dcére emočne podporu ani istotu. Dcéra mala všetko dovolené - čo je možno snom každého pubertiaka, ale pre ňu to bolo prejavom nezaujmu matky o jej osobu. Svojím afektívnym správaním sa snažila upútať matkinu pozornosť, to bol jej jediný prostriedok na získanie matkinho záujmu.

Odmietanie matky poskytnúť dieťaťu pevné hranice býva prejavom matkinho strachu byť „zlá“ pre dieťa a jej vnútornej neistoty. Dieťa tak získava všetko, čo od matky žiada, ale je to tzv. falošné víťazstvo. V skutočnosti stráca tým, že matka nie je schopná uniesť jeho a ani svoje emócie spojené s dieťaťom.

Spomínam si na rodinu so 4,5 ročným Kajom. Obaja rodičia odmietali prevziať do svojich rúk výchovu v zmysle určovania hraníc dieťaťu čo smie a čo už nesmie. Obaja chceli byť pre dieťa len tými dobrými a jeden od druhého očakávali, že túto nepopulárnu funkciu preberie ten druhý. Dieťa, dezorientované nedôslednou a zmätenu výchovou, bolo voči rodičom agresívne a neustále im vyčítalo, že mu venujú málo pozornosti.

Ďalším zaujímavým fenoménom v rodinných vzťahoch je používanie vlastného dieťaťa na splnenie si vlastných snov a úspechov. Ako keby sa dieťa stalo predĺženým žitím rodiča. Opäť sú tu prítomné zotrené hranice medzi matkou a dieťaťom.

Spomínam si na matku a dcéru, ktoré prišli do terapie niekedy na začiatku školského roka. Dcéra v septembri začala študovať na výberovej strednej škole a hoci predtým bola na základnej škole jednotkárka, teraz jej študijný prospech bol viac ako podpriemerný. Táto situácia spôsobovala Milade bolesti hlavy, neschopnosť oddýchnuť si, poruchy spánku, lakrimozitu a nervozitu. Matka, prísna dáma, vedela presne, ako by sa malo Milade pomôcť, čo by som jej mala povedať a ako by som jej to mala vysvetliť. Pri stretnutí s nimi som sa cítila ako malý nesmelý žiačik, ktorý by mal podávať výkony a hlavne nesklamať.

Často počúvam od takýchto prehnane vyžadujúcich rodičov, že oni dieťaťu nekážu, aby sa tak drelo, to dieťa samo. Vtedy viem, že prísny vnútorný kritik už pracuje v dieťati a to sa na ceste za nereálnym úspechom už poháňa samé. To, čo predtým bolo dieťaťu ukazované zvonka, zo strany vyžadujúcich rodičov, si dieťa internalizovalo a teraz to už vníma ako svoje vlastné ciele a rozhodnutia. „Prispôsobenie sa rodičovským potrebám vedie často (ale nie vždy) k vytvoreniu akejsi „nepravej osobnosti“, alebo toho, čo sa často nazýva falošným Ja. Pod tým sa však skrývajú pocity osamelosti, prázdnoty, vykorenenosti.“²¹ Dieťa si nemôže dovoliť riskovať stratu lásky matky a urobí veľmi veľa pre to, aby si ju zachovalo. A nielen dieťa, ale aj mnohí dospelí zasvätili svoj život neustálemu si potvrdzovaniu matkinej lásky a nežijú svoj život, ale akúsi falošnú hru.

Iným príkladom vzťahu medzi matkou a dcérou je vzťah rivalizujúci. Oproti sebe stoja dve ženy a bojujú o moc, o priazeň otca.

Tak ako to bolo v rodine, ktorá navštívila naše zariadenie pre dcérino neprimerane sexuálne správanie voči otcovi. Nebolo sa však čomu diviť, keďže dcéra bola často prítomná intímne-mu spoluzitiu rodičov, rodina sa vo zvýšenej

miere venovala sexuálnej výchove detí formou spoločného kúpania a sporého zaodievania v rámci pobytu doma. Matka s 11-ročnou dcérou chodili rovnako oblečené a medzi sebou mali skôr priateľský vzťah ako vzťah matky a dcéry. Matka, zdesená kam to až dospelo, iniciovala toto stretnutie. Snáď najjasnejším diagnostickým kľúčom pre mňa ako terapeuta bolo otcovo katekétné správanie so sexuálnym podtónom.

Pri rodinnej terapii sa stretáva v jednej miestnosti hneď niekoľko osobností. Každá má svoje mechanizmy, obrany, vzorce správania. Pre rodinného terapeuta je potrebné zo scénickej situácie postrehnúť, čo je kameňom úrazu, čo je v rodine dôležité, o čom spolu hovoria, o čom spolu nehovoria, čo spolu robia, čo spolu nerobia. Ako sa k seba vzájomne vzťahujú, ako si udržiavajú vnútornú stabilitu a k čomu má slúžiť vzniknutý problém. Čí je to vlastne problém a čo komu prináša, čo komu berie. Aká je rola každého člena rodiny a aké sú hranice každého z nich a hranice rodiny voči vonkajšiemu svetu. Rodina je jeden úžasný neopakovateľný systém bohatý na interakcie, ale pritom nesmieme zabúdať, že tento systém je tvorený jednotlivcami s vlastnou históriou.

ODKAZY:

¹ Millerová, A.: Dětství je drama. Hledání cesty k pravému já. NLN, Praha 1995, str. 9.

² Millerová, A.: Dětství je drama. Hledání cesty k pravému já. NLN, Praha 1995, str. 12.

DALŠÍ POUŽITÁ LITERATURA:

Stork: Duševný vývoj malého dieťaťa z psychoanalytického hľadiska. Separátka.

Rieger, Z., Vyháňková, H.: Ostrov rodiny. Konfrontace. Hradec Králové, 1996.

Psychosomatika, bulimia a anorexia nervosa (2. část)

Jan Poněšický

V minulém čísle jsme se zabývali konkrétními traumaty a zátěžovými interpersonálními situacemi i bezprostředními psychosomatickými reakcemi na ně. Tyto reakce mohou být i méně bezprostřední, obecnější, až archetypální. Tak se často setkáváme s mýtem věčného dětství či s mýtem ještě nezrálé oboupohlavnosti, bezpohlavnosti či s mýtem sexuální neposkvrněnosti (spojené se symbolickými jmény Eva a Marie). Druhá strana, potlačená orálně-agresivní sexualita, se projevuje v mýtu vampirismu, odtud i ono časté sebepoškození ostrými předměty, uklidňující reakce na krvácení, snaha vysát z terapeuta co nejvíce (pozornosti, lásky), odtud i silná vzájemná žárlivost mezi pacienty. Velkou přitažlivost má i téma smrti, touha i úzkost z navrácení se do lůna matky (což by znamenalo konec vlastní existence), jakož i opačná touha a úzkost z osamostatnění. Anorexii lze v tomto kontextu chápat jako hru se životem a smrtí, napínavou, nebezpečnou, šokující, zoufalou.

Obecnější rámec poskytuje i rodinný a sociální aspekt. Kromě těžkých traumát v průběhu dětství, které mají za následek i jiné psychopatologické poruchy, se u anorexie a bulimie (dále jen A+B) setkáváme se specifickými rodinnými konstelacemi a traumaty:

1. Rodiče neposkytují dostatek svobody pro individuaci a vývoj. Typickým postojem je tabuizování sexuality, odmítání nastupující ženskosti u dcer, namísto toho podněcování (spíše mužské) soutěživosti, výkonnosti, budoucí kariéry. Narcistické zneužívání pro vlastní účely, např. pro dosažení cílů, kterých nedosáhli rodiče. Zneužívání dětí coby důvěrníků, nerespektující generační rozdíly, jindy coby spojenců proti manželskému partnerovi. Nejhorším jhem je přinucení k incestu pod hrozbou mlčenlivosti či

jiné formy dětského týrání a zneužívání vlastní síly, vlastní moci a převahy.

2. **Dítě se snaží zajistit soudržnost rodiny,** čímž je opět zabrzděn jeho vlastní rozvoj. Rodina „deleguje“ a dítě bere na sebe vše negativní, čímž umožňuje ostatním členům rodiny bezkonfliktní vztahy. Toto může mít různé formy: dítě coby obětní beránek, na kterého si všichni vylévají svou nespokojenost, své agrese; dítě beroucí do sebe napětí v rodině (tzv. introjektivní identifikace); nemocné dítě, které tmelí rodinu tím, že se jeho nemoc dostala do středu pozornosti, zároveň burcující celou rodinu, k čemuž se právě anorexie tak hodí - stále umírá 10 procent pacientů na podvýživu a interkurentní onemocnění.

3. Poměrně často se v rodinách anorektiků vyskytuje **konkurující sourozenec,** který je jedním z rodičů oblíbenější, více milovaný či podporovaný. A+B se tak stávají prostředky k dosahování pozornosti, někdy i proto, že jiné, subtilnější signály rodina neregistruje.

Chvála a Trapková skvěle popsali celou tuto komplexní rodinnou psychodynamiku v pubertálním období coby opakování přání přiblížit se k matce, „natankovat“ u ní podporu a porozumění právě v této kritické vývojové fázi, aby se poté lépe povedlo osamostatnění (což je oboje frustrováno zvláště u anorektiků). U bulimických pacientek se totéž týká otce, s potřebou potvrzení vyvíjející se ženskosti od muže a opět s možností se žensky emancipovat, samostatně vyvíjet.

Ze sociálně ekonomického zorného úhlu je nápadné, že se u anorektiček (event. i u bulimické formy anorexie) jedná o **dívky z vyšších sociálních vrstev,** kde panují silné normy a tlaky týkající se vzdělání, kariéry a hladkého bezkonfliktního fungování. Tyto dívky jsou opravdu v terapii těžko uchopitelné, idealizují rodinné poměry, bez silné potřeby vlastní individuality, hladce - bezbarvé, **přizpůsobivé.** Zároveň se jedná formou poruchy příjmu potravy o **nevědomý protest** proti materiálním náhražkám opravdového zájmu, lásky a času na výchovu, proti konzumní společnosti orientované na úspěch a přizpůsobení.

Řecký analytik žijící v Německu, Stavros Ment-

zos, hovoří o neschopnosti A+B pacientů sladit deklarovanou starost a materiální podporu rodičů s vlastním pocitem prázdna či s odporem přizpůsobit se očekávání bezporuchového fungování. Odtud ona dvojakost symptomatologie: jedení a odmítání jídla, přizpůsobení se sociálním vzorům a sociální provokace (např. když bulimická pacientka v záchvatu horečnatého jedení vyprazdňuje odpadkové koše), protest (zvracením) až po pracovní neschopnost, nemoc (odmítání jídla, hubnutí).

Poněvadž onemocní na A+B přibližně dvacetkrát více dívek než chlapců, je možné se ptát, zda se zde nejedná o typicky ženský protest, protest proti patriarchální nadvládě, mužským normám a představám o tom, jak se mají lidé, zvláště pak ženy chovat. Faktem je, že se dívky, jež dietou dosahují štíhlosti, stávají **zprvu atraktivní, posléze však, zcela vyhublé,** vyvolávají spíše mráz přebíhající po zádech, úzkost z kontaktu s nimi. Opět tedy obě konkurující tendence: přizpůsobení a stažení se do pasivního protestu. Tyto dívky mívají pocit, že stažení se do sebe poskytuje bezpečí a autonomii - tam nikdo nemůže, nikdo tam tomu nerozumí, to je jen jejich prostor, **tam se cítí absolutně svobodné** a samy sebou, v tomto jejich prostoru jsou i rodiče, celá společnost bezmocní. Vše to připomíná onu specificky lidskou svobodu s možností zvolit sebevraždu, čímž anorexie může i být.

Tento ženský protest, resp. potlačení ženskosti, má i specifické vývojové psychologické kořeny, a to **úzkost z vlastní sexuality, jež by mohla ohrozit labilní mužskou identitu** a vést k odvrácení muže od emancipované a eroticky náročné partnerky. Je to pochopitelné, zamyslíme-li se nad časným vývojem u batolat obou pohlaví, která se přirozeně identifikují s matkou, prvním lidským vzorem pro prožívání různých situací a reagování na ně. Chlapec se později identifikuje s otcem, mužským elementem, a má často celý život obavy z aktivace oné původní ženské identity, např. ve formě slabosti, plakání či latentně homosexuálního chování. Kompenzačně se snaží pěstovat tělesnou sílu, získat profesionální převahu a po-

litickou a ekonomickou moc. Stejně jako bojuje v sobě proti jakékoliv známce ženskosti (animy), nesnese vedle sebe ženu, která by měla nad ním převahu.

Dívky, které se i nadále mohou nerušeně identifikovat s matkou - a proto je u nich i psychosexuální vývoj rychlejší - změní na rozdíl od chlapců svoji vztahovou osobu za osobu opačného pohlaví, ke které začnou být přitahovány v oipidálním období prvotní dětské sexuality a jež je v jejich ženské roli potvrzuje. U chlapců je to od počátku matka, která potvrzuje chlapce a dává mu pocit neotřesitelného vztahu. **Dívka musí o nový vztah k otci bojovat, snažit se i bát se o něj,** a proto je i později vztah pro ni tak důležitý. A právě pro jeho uchování je ochotna i podřít silnou či náročnou ženskost, která by mohla muže a jeho vztah k ní ohrozit.

To se později projevuje také jako úzkost ze ztráty sebekontroly, jež je zčásti podmíněna i bouřlivým vývojem v pubertě, což se zvláště u dívek projevuje ve formě vytváření sekundárních pohlavních znaků, což může být vnímáno jako ztráta vlády nad tím, co se s vlastním tělem děje. Tam, kde chybí přítakání tomuto vývoji, kde např. i matka coby ženský vzor není se sebou spokojena či kde dochází dokonce k traumatům v psychosexuálním vývoji, se zvyšují úzkost, bezmoc či pocit „vydání všanc“. Dívka hledá ženské módní vzory, jejichž nápodoba má opět nastolit pocit subjektivní jistoty. Zároveň objektivizuje své tělo (externalizace), coby nepřátelské cizí těleso, jež vyvolává úzkost a které se stává objektem manipulací, a tím se stává kontrolovatelným.

Jak je možné **terapeuticky** pracovat s pacienty, jež byli vystaveni neúnosným tlakům až k průlomům do své osobnosti, s traumatickým poškozením psychosexuálního vývoje a odmítavým postojem k sobě samému, s následující parálzou či vzdáním se vlastní seberegulace?

Poněvadž se jedná o strukturální vývojovou poruchu, s tělesnými i behaviorálními pokusy o řešení (kompenzacemi), musí mít terapie **zčásti edukační charakter a bude se tudíž odvíjet po krůčcích.** To klade zcela jiný nárok

na terapeuta, který dosud pracoval spíše s neurotickými konflikty, na jeho trpělivost a vydrž.

Protože je deficitní vývoj sebeřízení i s tím související představa o sobě samém (zdravé - narcistické sebeobsazení) často determinována určitou rolí v rodině, stojí zvláště v ambulantní léčbě na prvním místě **rodinná terapie.** Zde platí v podstatě stejné principy jako v rodinné terapii jiných, např. schizofrenních pacientů, jen je třeba mít na mysli nejčastější patologické rodinné konstelace. Důležité je **vymanění se z vlastních jak fantaziálních, tak i více méně reálných představ o tom, co od dítěte rodiče očekávají** a zda by reagovali na konfrontační diskusi s příslušným chováním odmítnutím či dokonce vyhoštěním. Je důležité, aby se terapeut ubránil tendenci stranit svému pacientovi a dávat vlnu jen rodičům - vždyť anorektické „vyražování“ hubnutím či dokonce vlastní smrtí je eticky též problematické. Jde tudíž o intrapsychickou i interpersonální regulaci emoční blízkosti a vzdalování se, osamostatňování v závislosti na vnímání vlastních potřeb. Pacient se učí realisticky posuzovat kvalitu vztahů, místo jednoduchého „bud / anebo“ se učí **budovat důvěru,** zvládat s tím spojené napětí, nahlíží, že jeho rodiče nežijí jen pro něj, stejně jako nikdo nemůže od nich očekávat, že budou splňovat beze zbytku očekávání rodičů, resp. ostatních lidí.

Jaké jsou **indikace pro klinickou léčbu** na specializovaném psychosomatickém oddělení? V první řadě je to **extrémní forma A + B,** extrémní vyhublost či zvracení. To znamená i absolutní neschopnost regulovat příjem potravy, vlastní váhu, extrémní úzkost ze ztráty kontroly nad sebou, svým chováním, nad regulací vlastního sebevědomí, sebeoceňování. Zde je na místě režimová léčba, **celodenní pevný rámec** s odměnami i sankcemi, spojený s individuální a skupinovou hlubinně psychologicky fundovanou psychoterapií. Ta by měla splňovat v podstatě tři úkoly, mít tři cíle, jež na sebe navazují a jež spolu souvisejí.

1. Naučení se novému chování či znovunaučení se chování, jež bylo narušeno, otřeseno

traumatickou zkušeností, jeho zvědomění, symbolizaci a flexibilní prožívání. Nazval jsem kdysi tuto terapii, která se nyní používá k léčbě posttraumatických stavů, **motivační psychoterapií**. Princip je v podstatě podobný jako u gestalt terapie, psychodramatu či učení se nových rolí. Jde o to nechat pacienty autenticky prožít jak patologické, tak i potenciálně zdravé chování. Zároveň se koncentrují na emoční prožívání, jež ozřejmí motivace tohoto chování, jako např. impulsy pomsty a touhy získat násilím veškerou pozornost rodičů, tak i hrdost nad tím, podaří-li se tyto pohnutky sdělit přímo. To znamená, že zprvu nové, nacvičované chování osloví (a nastartují) ladem ležící, dosud zanedbané či desymbolizované motivace, které se s oním chováním spojí ve smysluplné interakce.

2. Druhým úkolem, resp. podmínkou úspěšné psychoterapie je spojení nového a vědomého chování s „objektem“, tj. jeho „zavzetí“ do vztahu, k čemuž je třeba podpory druhého či skupiny. Jde o to, že zvláště u traumatizovaných pacientů dojde ke ztrátě důvěry v pomoc a podporu, které se v oné traumatické situaci tak trpce nedostávalo. Rozpojení tohoto zážitku od nosného vztahu k druhému vede k jeho desymbolizaci a dezorganizaci, a tudíž i k zapomnění, resp. uvíznutí v tělesné paměti s příslušnými, pro pacienta nesrozumitelnými somatickými, většinou panicky prožívanými reakcemi na situace, které aktivují určité „trigger“ - body, jež nějak souvisí s původní traumatickou situací.

3. Nové, adaptivnější či přiměřenější chování je možno získat i skrze nové interakce, korektivní sociální reakce, sociální nápodobu či vciťtění se druhého člověka do sebe. Nedílnou součástí klinické léčby je tudíž **interakčně vedená psychoterapie**, kde namísto (analytické) interpretace stojí selektivně autentická emoční odpověď. Jedná se nejenom o psychoterapeutickou techniku, nýbrž o neustálé nastolování otevřené atmosféry na principu **terapeutické komunity**. Je tak vytvářen jakýsi přechodný model malého společenství s rozdělením nejrůznějších úkolů ve formě samosprávy, a tím i nutností neustálého kontaktu

a **komunikace**. V terapii naučené chování si lze taktó vyzkoušet s příslušnými pozitivními i kritickými reakcemi okolí.

Z toho, co jsme zde dosud řekli, je patrné, že klinickou léčbu potřebují i pacienti s těžkými traumatizacemi či vážnými poruchami osobnosti, jakými jsou neschopnost ohraničení se u prepsychotické osobnosti, časné poruchy individuace či pohlavní identity, borderline - a narcistické osobnosti atd. U těchto **strukturálních poruch nejde o to, jako u neurotiků, dostat něco „do pohybu“, nýbrž - skoro naopak - pomoci vybudovat základní struktury, které mají, jak již bylo řečeno, tělesný základ**, a proto je vhodné aplikovat tělesně orientovanou psychoterapii. První takovou strukturou, která bývá pravidelně narušená i u A + B pacientů, je nosná funkce, pro kterou se hodí psychoterapeutický termín „grounding“, uzemnění. Používají se cviky se soustředěním se na chodidla, postoj, chůzi se zavřenými očima, cvičení rovnováhy, gymnastika zaměřená na vzpřímené držení těla a hrdou chůzi a vůbec sport.

Druhá důležitá tělesná i emoční funkce je schopnost relaxace, **střídání relaxace a napětí**, střídání - cvičení blízkosti a vzdalování se, stání a padání do opory druhého, tělesná kontaktní cvičení atd. Podobně i kombinace aktivní a receptivní muzikoterapie.

Velmi důležitá pro A + B je třetí základní tělesná a později i behaviorální funkce **sebeřízení, koordinace**. Kromě různých koordinačních cvičení sem patří i rozlišování mezi destruktivní a konstruktivní agresí a s tím spojené různé hry. Komplexnější je taneční psychoterapie. Ještě komplexnější, zároveň obohacená o sociální kontext, je již zmíněná režimová komunitní léčba se svým systémem pobídek a vytyčením hranic, na které zejména chaotický pacient naráží. Terapeuti na našem specializovaném oddělení vyhodnocují každý týden otevřené chování spojené s příjmem potravy, angažovanost i pokroky v nonverbální i verbální psychoterapii i interpersonální sociální chování. A to zejména pokud se týče přibližování se k rovnovážnému stavu mezi sebezprosazováním a respektováním ostatních,

mezi samostatností a emoční vztahovostí, flexibilní seberegulací i podílením se na seberegulaci celé léčebné komunity.

Více než u jiných pacientů je třeba zabývat se obdobím po propuštění (o což se stará sociální pracovnice). To se dotýká jak situace v rodině, tak profesionálního života. I v klinické léčbě je neoddelitelnou částí rodinná terapie, dále cvičné pobyty, které poskytuje naše pedagožka, a pokud možno zajištění další am-

bulantní péče či alespoň možnost navštěvování skupin bývalých či stávajících pacientů. Alternativně poskytujeme intervalovou léčbu na našem oddělení.

MUDr. Jan Poněšický, přední odborník na psychoterapii psychosomatických onemocnění, emigroval do Německa po událostech kolem Charty 77. Působil a dodnes pracuje (včetně vedoucích funkcí) na několika německých psychosomatických klinikách.

INSTITUT MILTONA H. ERICKSONA, ČR - nový ericksonovský výcvik -



Otevíráme nový běh výcviku **KOMUNIKAČNÍ A NARATIVNÍ ERICKSONOVSKÁ PSYCHOTERAPIE** (hypnotická a nehypnotická). Výcvik začne koncem září 2001. Je rozpočítán na 720 hodin, z toho 500 hodin teorie a sebezkušenostního praktického tréninku a 220 hodin supervize (supervize je integrovanou součástí výcviku) - 4 třídní a 2 pětidenní setkání v jednom roce; celkem 5 školních let. Třídní setkání budou probíhat střídavě v Brně a v Praze, pětidenní setkání na Českomoravské vrchovině.

Vlastnímu začátku výcviku budou předcházet „nultá“ setkání zájemců s lektory, v Praze a v Brně (termíny dle domluvy konec června až začátek září). „Nultá“ setkání slouží vzájemnému seznámení se lektorů a zájemců, ujasnění očekávání, obsahových a organizačních otázek a definitivnímu uzavření výcvikové smlouvy. Vedoucí výcviku: PhDr. Juraj Barbarič; lektor: MUDr. Olga Kunertová; supervize výcviku: PhDr. Alena Zemanová. Školné: 14 000 CZK za rok.

Předběžní zájemci (především z řad psychologů, lékařů a sociálních pracovníků s univerzitním vzděláním, případně studenti těchto oborů), zašlete prosím svůj stručný profesionální životopis a kontakty na sebe do 30. 6. 2001 klasickou poštou na adresu: PhDr. Juraj Barbarič, Příkop 2a, 602 00 Brno, anebo e-mailem na adresu:

juraj.barbaric@telecom.cz; (tel.: 05 / 45210629); obratem Vám zašleme podrobnější informace o výcviku a domluvíme termín „nultého“ setkání...

ETIKA V PSYCHOTERAPII

Etika terapeuta a etika občana?

Helena Klímová

Prvních sedm certifikovaných českých skupinových analytiků předneslo na nedávné konferenci své závěrečné teze. Aniž se předem domluvili, autoři několika prací našli ve svých terapeutických skupinách podobné jevy. Tyto jevy byly rozpoznány jakožto posttotalitní přenosy.

Projevily se tak, že nová skutečnost - malá lidská skupina - byla nazírána a dynamicky uchopena způsobem, který si její členové osvojili ve skupinových vztazích své minulosti, nejčastěji v dětství. Nová skupina se pak ocitla v nebezpečí, že ji členové připodobní svým zažitým, někdy patologickým vzorcům.

Jedním za zažitých vzorců je bazální předpoklad - dělení společenského celku na „my“ a „oni“. Jakožto „my“ se následně může objevit utajovaná dvojice či podskupina vůči skupině jako celku, anebo celá skupina (svádějící i terapeut) vůči nadřazené komunitě, výchovnému institutu nebo společnosti jakožto celku.

Takové situace patrně zná mnohý terapeut.

Zmíněné vzorce svědčí o krizi lidské skupiny ve společnosti, kterou pokolení dosud mladé zažilo v dětství jako tzv. „kolektivistickou“.

K opakování zažitých vzorců přispívají specifické „základní předpoklady“: společenská struktura je viděna jako nepřekonatelně nespojitá, jedinec se může identifikovat pouze s malou skupinou či spíše s pár jedinci, struktury vyššího stupně (širší sousedství, širší pracovní tým, společnost...) vidí jako sobě odcizené. Inicjuje prožívání sub-paranoidní. Postrádá důvěru ve svou možnost mezi ostatními a zájem celku spatřuje jako lhostejný či sobě nepřátelský. Ve vztahu k celku prožívá černobílý splitting (a v touze po „dobré matce“ pak může

propadnout sektě, která ho z osamělosti a nedůvěry vyvede do totálního splnutí).

Krise lidské skupiny není vlastní pouze naší části světa, u nás pouze dospěla do svébytné podoby - a možná, že je pro nás obtížnější se s touto krizí vypořádávat proto, že doba minulá lidskou pospolitost zneuctila.

Co my, terapeuti, s tím můžeme udělat?

Téma nepřehlédnutelné je „my“ budoucí

- skupiny dětí a mládeže, školní třídy i party. Pro naprostou většinu současníků představují první zážitek společnosti, imprinting, a to stále častěji negativní: násilí, šikana, strach. Až budou dospělí, jaké skupiny, jakou společnost tyto děti vytvoří?

Nedávná ministerská opatření (proti šikaně ...) připomínají spíše symptomatiku než kauzální léčbu. Chybí to, co psychoterapie může dát, totiž prevence: porozumění pro dynamiku lidské skupiny.

Už mnoho let mám sen: zařídít, aby všichni, kdo zacházejí se skupinami dětí a mládeže, tedy především učitelé, mohli sami absolvovat skupinový výcvik. Vysvětlovat cenu takové zkušenosti není třeba, mezi námi je to zřejmé samo sebou.

Přála bych si mít dost energie pro splnění toho snu.

Možná ještě potkám někoho, kdo sní podobně, někoho energického.

Kdo je opravdu subjektem společnosti?

Kdo je dnes a nyní tím „my“? Čím je „my“ určeno? Národnostně? Politickou většinou? Je „my“ omezeno státními hranicemi? Rozhoduje víra? Vzdělání, hodnoty a životní styl? Gender?

Jak jednoduché bylo rozhodnutí za totality - mezi dvěma protiklady vzájemně se vylučujícími.

Volba současná není bipolární ale tangenciální - jako dialog ve velké skupině. Identita může být pluralitní, těžko si představit jinak, než že jedinec ve svém životě prožil/prožívá současně více než jen jedno „my“.

Úvaha snad teoretická souvisí s živou skutečností. Ve většině posttotalitních zemí kolem nás se v průběhu posledních let odehrávají zápasy o televizi (u nás dokonce o dvě). V prvním plánu jakoby šlo o stranický boj o moc, o politiku v úzkém slova smyslu, s níž si mnozí nechtějí zadat, politika si u nás pokazila pověst.

Kdo se letmým pohledem nedá odradit, nahledne jinak. Politika je na povrchu. Pod povrchem a v samé podstatě se děje zápas o usku-tečňování svobody, zápas o integritu osobnosti, rozhodnutí být subjektem a nikoli nástrojem.

TV tvůrci představovali „my“ jakožto pluralitu, její tvořivost a svobodyžádost inspirovala radostně infantilní hravost a spontánní družnost...

Společnosti mohou mít sklon obnovovat/omlázovat se revolucemi jestliže společenská struktura ustrne. Možná u nás dospíváme k řešení nekrvavým. Čas od času, kdy se neřešenost nakupí a kolektivní trpělivost vystřídá hněv, odehraje se u nás prudký společenský pohyb, trochu připomínající divokou slavnost nebo rituály přechodu u přírodních národů.

Psychoterapeuti takové události mohou vidět i jako myšlenkovou inspiraci. Nejen moderátorům a novinářům, také psychoterapeutům je slovo pracovním nástrojem. Dobry profesionál pracující se slovem hledá subjektivitu a snaží se ji pravdivě vyjádřit. „Kdo je to „my“?“ pro novináře znamená setrvalé konfrontování a srovnávání se čtenářem. „Kdo je to „my“?“ pro terapeuta znamená setrvalé hledání pravdivého „já - ty“ - v ordinaci i mimo ni - tak se domnívám.

Terapeut společenské věci neřeší, zabývá se pouze pacientem

Čas od času slyším takovouto námitku. Přemyslím pak, co je správné. Terapeut nechce být klientovi pedagogem, vůdcem ba ani vzorem (hrozná pomýšlení). Psychoterapii vidím jako službu: mohu klientovi pomoci, aby sám sebe byl s to přijmout v pravdivosti (která předpokládá pochopení), s láskou a ve své vlastní jedinečnosti.

Nicméně moje osobnost není profesí zcela

pohlčena. Spíše naopak, psychoterapie mne inspiruje, jistě jako další kolegy - k porozumění více než jen osudům individuálním. Mohu to říci i naopak: zájem o věci obecné přivádí i ke snaze porozumět člověku jako jedinci.

Domnívám-li se, že mám co říci k věcem obecným, celospolečenským, že mohu prospět nejen jedinci, ale možná i obecnému zájmu, mám se držet zpět? Proč? Jestliže vím a nedsdělím, není to skoro jako kdybych řekla nepravdu?

Ve vztahu ke klientovi je terapeut „ve službě“, má povinnost zkoumat svůj protipřenos a střežit svoji neutralitu. Snaží se zvědomit a zvládnout veškeré vlivy, které na něho z okolí působí a působily.

Současné víme, že proti žádným vlivům nemůžeme být imunní zcela. Co když nás také ohrožují některé posttotalitní přenosy?

Připustíme-li takovou možnost, pak jedním z nich by mohlo být i přesvědčení o určité vylučnosti terapeutů jako to „my“; „my“, které nesouvisí natolik s ostatní společností („oni“), aby se mohlo/smělo/mělo zabývat tématy obecnými.

Otázka tedy zní:

Kde jsou hranice oboru?

Pracuje terapeut pouze na objednávku jednotlivce nebo nějaké instituce? Nebo má spontánně vyjít vstříc tomu, co vidí jakožto objednávku celospolečenskou?

Na jedné straně jsme opatrní vůči nebezpečí násilných regulací a sociálního inženýrství, na druhé straně můžeme sledovat, jak v zemích, kde identifikace se širším celkem nebyla zkompromitována jako u nás, vystupují psychoterapeuti na pomoc celé společnosti, zejména ohroženým skupinám a obětem pohrom. Často tak činí jako moderátoři: pro skupiny matek nezvěstných mladých lidí v jižní Americe, pro skupiny obětí terorismu, pro skupiny imigrantů a utečenců před násilím etnickým, náboženským, politickým...

Může jedinec oddělit svou etiku profesionální od etiky občanské?

Neumím si to představit. Viděla bych to jako nedůslednost. Zbývá mi ještě zdůraznění na ko-

nec: jsem členkou etické komise ČPS, ale vše co říkám, říkám pouze za sebe. Zatímco při péči o pacienta se můžeme opřít o etické zásady jasně zformulované, péče o společnost zcela závisí na individuálním rozhodování. Mohu se zeptat, nemohu vymáhat.

Ale stejně!

Mohu svěřit blízkého člověka do péče terapeuta, který by byl netečný k širšímu, obecnějšímu mravnímu kontextu?

Etické souvislosti vztahové odpovědnosti v terapii - etika pro třetí tisíciletí?

Jan Špitz

Každé lidské jednání má svůj **etický rozměr**. Dokonce i naše myšlení je více nebo méně slušné nebo mravné. Většinou hodnotíme zpětně své činy, nebo dopředu své záměry; méně už hodnotíme to, co právě konáme, takže se někdy chováme spíše jakoby bezděčně nebo skoro bezmyšlenkovitě. Nicméně je to pak druhými lidmi hodnoceno jako morální nebo nemorální. Záleží ovšem na tom, s čím je naše konání porovnáváno nebo s čím je porovnáváme my sami. Sami se s ním vyrovnáváme ve svém svědomí. Druhými lidmi bývá srovnáváno s **etickými kodexy nebo normami**, které jsou různého druhu. Některé z nich jsou nadčasové, zakotvené ve filosofii určitého druhu nebo v konkrétním náboženském systému, jiné jsou spíše sekulární nebo praktické, zakotvené v určité kultuře nebo vytvořené pro určitou dobu či prostředí. Mezi ně patří i **etické kodexy profesionální**.

Je třeba rozlišovat **etické rozhodování**, které má své místo v celé klasické medicíně a jehož extrémními příklady jsou operace siamských dvojčat, volba nákladné transplantace,

ukončení resuscitačního programu apod. Mnohem častější je **etické sdělování**, jako je informování o postupech, sdělení infaustní prognózy, zpráva o smrti blízké osoby apod. Nejčastější je však **etické chování**, k němuž patří volba postupu lege artis, chování terapeuta ke klientovi a etika odpovědnosti za změnu v průběhu terapie. Konečně bychom mohli připojit **etické sdílení**, které se týká zejména procesu psychoterapie, při kterém ještě více než při všech předchozích je ve hře otázka vztahu.

Od etiky založené na ctnosti nebo na apriorních hodnotách vede řada etických přístupů, mezi nimiž je třeba v první řadě jmenovat **etiku povinnosti**, která byla svázána s racionalistickou érou a rozvinula se až do podoby, kterou Lipovetsky (1999) nazývá „náboženským povinností“. Ve své knize Soumrak povinnosti mluví o vývoji etiky po překonání povinnosti jako vedoucího principu. Na jedné straně uvažuje o „konci veškeré morálky“, na druhé konstatuje, že „21. století bude etické, nebo nebude vůbec“. „Etika třetího typu“ v této postmoralistní epoše neobnovuje totiž model tradiční náboženské morálky ani morálky moderní s jejími laickými přísnými povinnostmi. Je třeba obhajovat soudnou etiku; společenská spravedlnost se neobejde bez úcty k člověku a bez lidské dimenze. Lipovetsky říká, že více než kdy jindy musíme odhodit „etiku přesvědčení“, stejně jako amorálnost, ve prospěch dialogické a zodpovědné etiky.

Na rozdíl od etiky povinnosti se tedy dostává do popředí stále více **etika odpovědnosti**. Hans Jonas (1997) považuje princip odpovědnosti za základ nové etiky pro technologickou civilizaci. Odpovědnost vidí Jonas jako kauzální připsování vykonaných činů, tedy zpětné posuzování toho, co jsme vykonali. Do popředí se však dostává otázka odpovědnosti směrem k budoucnosti, odpovědnost za to, co je třeba učinit pro zachování lidského rodu, přírody apod.

V kontextu uvažování o profesionální etice je nejdůležitější **vztahová odpovědnost**, tedy odpovědnost, která plyne ze vztahu a patří ke vztahu. V teorii odpovědnosti rozlišuje Jonas smluvní odpovědnost, jejímž příkladem je

samostatně zvolená odpovědnost politika, a přirozenou odpovědnost, jakou je odpovědnost rodičovská. Rodiče a státník mu slouží jako vzor. Podobně však můžeme uvažovat i o dalším příkladu, jaký představuje odpovědnost terapeutická. Ta je sice zvolená, ale má spíše rozvinuté atributy odpovědnosti přirozené, autentické.

Od doby, kdy terapeutický vztah byl pouze dyadický, jsme se dostali zejména v rodinné a systémické terapii ke vztahům podvojným nebo mnohotným. Podvojný nebo mnohotný vztah se týká jak posunu od práce s jedincem na práci s celým systémem vztahů, kdy do terapie vstupuje celá rodina, tak i samotného procesu terapie - kdy s tímto rodinným systémem pracuje často dvojice nebo dokonce terapeutický tým.

Dotýkáme se zde mnohotných vztahů v terapii, které jsou pro sám proces terapie důležitější než obvykle kritizované vztahy paralelní k terapii. Výrazně etický rozměr má podvojný vztah mimo terapii. Nejčastěji se pod pojmem dvojích vztahů myslí především sexuální vztahy s klienty, jejichž odmítání je předmětem každého kodexu profesionální etiky. Haugová (1998) považuje za stejně destruktivní i nesexuální vztahy společenského rázu, kontakty obchodního nebo zájmového rázu, poskytování služeb apod. Požaduje jasné hranice, očekávání a komunikaci. Naproti tomu Tömm (in McNamee-Gergen, 1999) soudí, že dokonce ani vedlejší kontakty nemusejí být nutně destruktivní. Pokud k nim však dochází, je třeba je otevřít a reflektovat. Nelze např. s někým domluvit něco, o čem by ostatní, třeba dodatečně, nevěděli. Terapeut tím osvědčuje věrnost ke každému členu rodiny a také věrnost svému přístupu, případně etickým zásadám, kterými je vázán. Lze tedy mluvit o **etice věrnosti nebo loajalitu**.

I když základní etické požadavky jsou většinou kodifikovány a zdají se samozřejmými, nelze se někdy vyhnout určitým střetům při jejich konkrétním uplatňování. Vzniká otázka, čemu dát přednost: co je dobré nebo co je užitečné, co je správné nebo co je čestné, co je odpovědné nebo co je legální, co je legitim-

ní nebo co je dovoleno, co je nařízeno nebo co se připouští, co je loajální nebo co je profesionální apod.

Etické zásady profesní etiky zahrnují vědomí, že každé jednání, i nevýznamné, má etické důsledky, že je třeba pečlivě rozlišovat mezi osobními a společenskými hodnotami, profesionálními etickými standardy a hledisky a že je nutné svědomitě vážit možné důsledky terapeutického působení (Haugová, 1998).

Zásady etického kodexu představují tedy základ profesionální etiky. Od explicitních etických principů vede však kontinuum kroků až po etické nuance každodenního života. Velmi často se tedy vyskytují minisituace, ve kterých nejde o principy postihované sankcemi, ale které od nás vyžadují to, co bych nazval **etickým profesionálním minimalismem**. Jde o nekodifikované etické chování, které odpovídá stavu rozvoje terapeutického přístupu i osobnímu vývoji terapeuta. V této souvislosti je možno mluvit i o **situacní etice** (Fletcher, 1966). Základním předpokladem profesionální etiky je totiž vědomí o tom, že každé jednání, i zdánlivě bezvýznamné, má své etické důsledky (Haugová 1998).

Lidské systémy jsou vztahové systémy, založené na jazykové interakci (Andersonová, 1997). Lidé vstupující do terapie jsou částí systému, který se vytváří kolem problému nebo dilematu. Tím může být stejně tak symptomatické chování, jako je nemoc, případně životní událost, jako je smrt, handicap, úraz, ale i rozvod. Terapie se z tohoto hlediska jeví jako určitý druh vztahového jazykového systému, v němž lidé, minimálně jeden pacient a terapeut, vytvářejí spolu ve vzájemné aktivitě významy. Konverzace a dialogický princip jsou základem terapeutického procesu. Protože se to týká všech zúčastněných a jejich vztahů, je zde na rozdíl od individuální odpovědnosti zdůrazněna vztahová odpovědnost (McNamee a Gergen, 1999) a lze tedy právem mluvit i o **vztahové etice**. Vztahově odpovědné akty fungují tak, že posilují a rozvíjejí takové formy interakce, z nichž jsou generovány významy. Neodpovědně působí aktivity, které podvracejí, pozdržují či zmrazují proces vytváření vý-

znamů nebo odcizují, umlčují nebo rozdělují účastníky do bojovných protitáborů.

Při systemické terapii je na rozdíl od jiných postupů v popředí **etika věrnosti a odpovědnosti** všem členům rodiny (rodina jako celek z tohoto hlediska vlastně neexistuje, nelze tedy mít vztah k rodině nebo s rodinou). Stejně tak odpovědnost týmu je dána odpovědností všech členů týmu. Teprve na základě těchto osobních vztahů je možné reflektování vztahů mezi druhými osobami. Systemická terapie rozvinula zvláště dobře i práci na vztazích s osobami nepřítomnými na setkání.

Etika stejně jako systemické myšlení nejsou věci, které můžeme mít nebo nemít, ani jednou provždy dané modely nebo předpisy podle principu vše nebo nic, ale popisy procesu, který terapeut sleduje a který také popisuje vývoj terapeuta. Jako základ systemického terapeutického chování lze považovat následující 4 postuláty (von Schlippe, 1996):

1. Mysli a jednej ekologicky. (Neboli: Vždy je nějaký širší kontext.)

2. Pozor na definice a hodnocení, která přijímáš. (Neboli: Všechno může být také zcela jinak.)

3. Mysli na svou osobní odpovědnost. (Neboli: Nic není správně nebo špatně, ale ty jsi částí kontextu a všechno, co děláš, má své důsledky.)

4. S rozdíly pracuj respektujícím způsobem. (Neboli: Přidej něco nového k tomu, s čím lidé do terapie vstoupili a jak se vidí.)

Základní pozice systemické/rodinné terapie se podle rámcových etických směrnic německého pracovního sdružení rodinné terapie (Ethik-Rahmenrichtlinien, 1997) vyznačují úctou, respektem a pozitivním příklonem ve vztahu k jednotlivcům a systémům. Zahrnují akceptování jednotlivců jako osob a neutralitu ve vztahu ke všem členům systému. Účastníci jsou považováni za experty na sebe a na své problémy a jsou povzbuzováni, podporováni a doprovázeni při objevování a využívání vlastních zdrojů a při přebírání osobní odpovědnosti za hledání možností řešení problémů. V dialogu se terapeuti zaměřují na to, aby jejich postup byl užitečný pro zúčastněné. Tito

jsou podporováni ve své identitě, aby činili nezávislá rozhodnutí pro svůj život a aby za to přebírali odpovědnost.

Možno sice namítnout, že etika povinnosti a dále etika odpovědnosti i etika věrnosti nebo loajality, jsou vlastně etikou ctností. Skutečně etika ctností není odsunuta na smetiště dějin, ale nabývá nové tvářnosti v tom, jak se tyto ctnosti rodí stále znovu aktuálně ze sociálního života společností. Přitom jsou to ctnosti, které jsou jakoby předem dány, ale jejich nastolení není více příkazem nebo věcí povinnosti, ale jejich vytvářením aktuálně v dané situaci. Jsou to stále tytéž hodnoty nebo ctnosti, ale jejich nastolování, proces jejich aplikace je nový.

Etiku dnes nelze odvozovat od apriorních konvenčních požadavků dobra a zla, neobejde se bez diskuse kolem problému odpovědného řešení něčeho jako problému. To nečiní nikdo sám, ale vždy jako člen reálného komunikativního sdružení (Apel, 1990). Etické zásady kmene kanibalů nejsou použitelné ve viktoriánské Anglii, stejně jako požadavky této doby nejsou relevantní pro postmoderní svět. Požadavek komunikační etiky zní: Jednej tak, jako bys byl členem ideálního komunikačního sdružení. Tato etika vzájemnosti směřuje k vytvoření konsensu prostřednictvím diskurzu. **Diskursní etika** (Habermas, 1991) byla však pojímána spíše jako etika argumentu než jako dialogická etika (Kron-Klees, 1998, Henriksen-Vetlesen, 2000).

Etická kultura totiž není něco, co buď přijímáme anebo vytváříme, ale vždy je to obojí. Neplatí to jen o celospolečenském a systémovém přijímání a vytváření etických zásad, od občanského konsensu po přijetí zákona, ale platí to i pro vytváření pravidel, které každé malé sdružení, jakým je bezesporu rodina nebo její ekvivalenty, přijímá nebo při svém soužití spolu vytváří.

Odpovědnost znamená žít v souladu s tím, co si uvědomujeme jako žádoucí nebo nežádoucí důsledky svého vlastního konání (Tomlinson: McNamee-Gergen, 1999). Rozlišujeme tři úrovně tohoto vědomí: rovinu aktuálních důsledků našeho postupu (na rozdíl od našich

záměrů); rovinu rozlišování toho, zda tyto důsledky jsou žádoucí nebo nežádoucí; a rovinu vlastní upřednostňované vnitřní koherence a konzistence. Toto uvědomění je zdrojem spolutvářené odpovědnosti a nejvýznamnějším prostředkem při utváření tohoto uvědomění je konverzace (dialog). Odpovědnost je pojata nově, nikoli jako odpovědnost terapeuta, ale jako odpovědnost klienta za svůj příběh, jako právo být autorem svého příběhu, ale také povinnost stát se odpovědným za jeho další vývoj. To všechno nikoli v perspektivě jedince, ale v perspektivě rodiny jako systému nebo jako kultury, která generuje významy, v tomto případě v kooperaci s terapeutem. Mluví-li se o neexpertním přístupu v terapii, znamená to, že terapeut není expertem na životy a příběhy lidí. Je však expertem na vytváření prostoru pro dialog a pro usnadnění dialogického procesu. To je jeho odpovědnost.

Spolupracující, kooperativní přístup v terapii přináší nové aspekty vztahové odpovědnosti. Neexpertní přístup je sám o sobě etickou hodnotou, protože zabráňuje tomu, co se v jiných terapeutických vztazích musí hlídat prostřednictvím kodexů nebo pravidel. Brání totiž mocenskému zneužívání vztahu, je sám o sobě respektujícím přístupem a poskytuje zúčastněným otevřenost a informovanost, a tím zajišťuje jejich rovnost. Respektuje pluralitu pohledů a vidění skutečnosti.

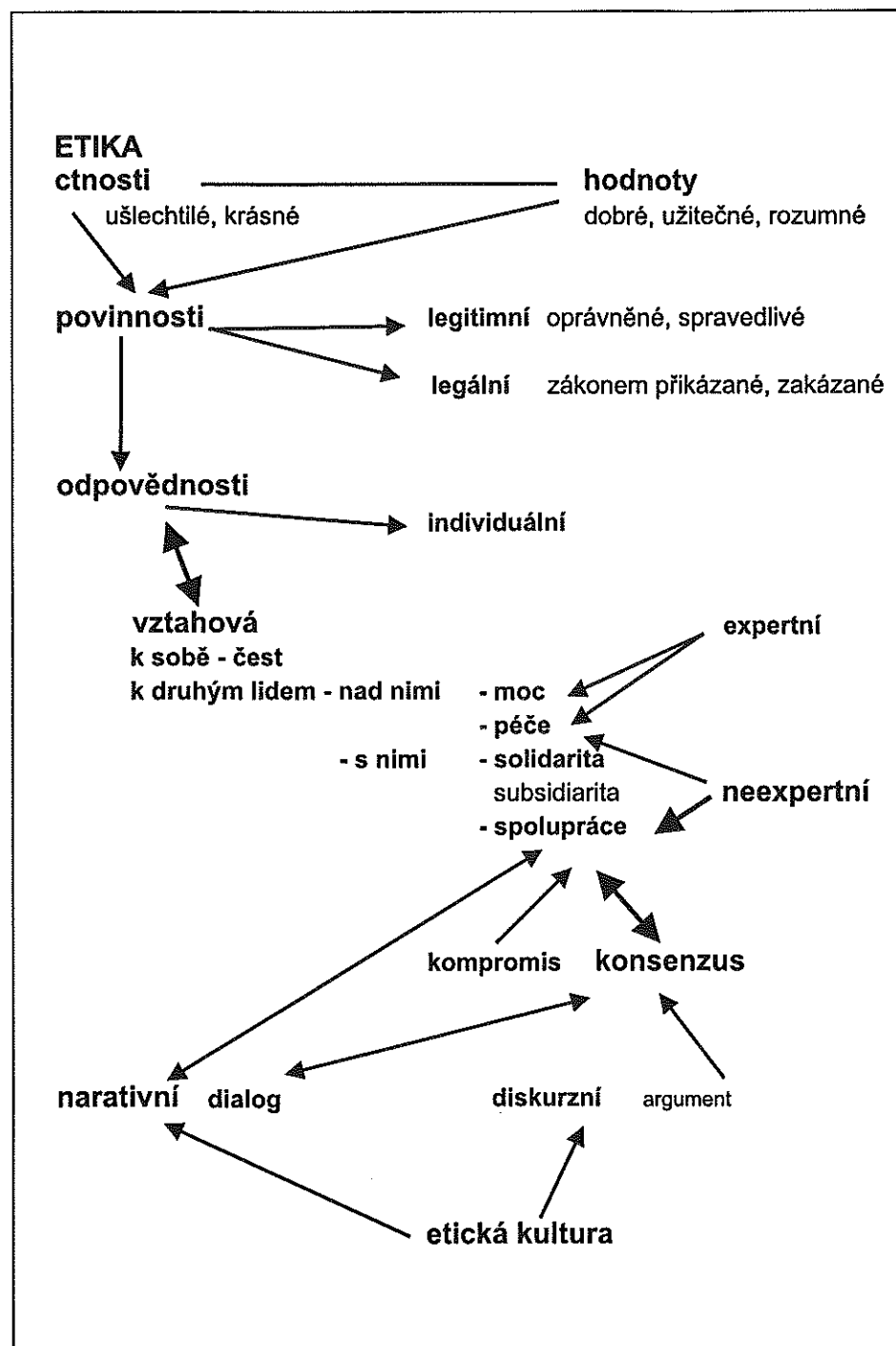
Deissler (1998) soudí, že se na jedné straně málo mluví o etice v našem oboru a když tak o pochybeních. Na druhé straně se zdá, jakoby psychotherapeuti nepotřebovali žádnou zvláštní etiku, protože terapeutické jednání je samo o sobě rovno etickému jednání; že tedy terapie je imanentně etická. Deissler to nazývá „sebeopomenutím etiky“. Není to však zcela tak samozřejmé.

Neexpertní pozice terapeuta je nejen odpovědností za proces terapie, ale také za jeho etické dimenze. Pozice terapeuta, která není paternalistická ani manipulativní, podporuje autorství lidí v jejich příbězích a umožňuje jim přebírat za ně odpovědnost, orientovanou nikoli do minulosti, ale směrem do budoucnosti, to jest k dalšímu rozvíjení jejich příběhu.

Narativní přístup považuje historickou skutečnost za odlišnou od skutečnosti narativní. Ptáme-li se na historickou pravdu, zajímá nás, jak to tehdy opravdu bylo, co se to skutečně stalo. Narativní pravda se týká spíše současnosti, tedy toho, co to pro nás dnes znamená, jaký význam tomu přisuzujeme. Je tedy jasné, že tyto dvě pravdy nejsou od sebe rozlišeny lineárně, buď / anebo, ale že jsou to dva aspekty, jimiž nazíráme dění v našem světě. Nejsou tedy vzájemně se vylučující, ale často se právě dobře doplňují a obě nás mohou oslovovat, pokud se neptáme, která z nich je ta skutečně pravdivá. V narativní pravdě - v pravdě příběhu nebo ještě lépe v realitě významu, jaký pro nás ta (historická) pravda má, mají pak smysl pojmy jako odpuštění, odčinění, smíření, pokání, zapomenutí, překročení nebo naopak vyčítání, obviňování, pomsta, křivda, setrvání, uvznutí apod. V této souvislosti můžeme mluvit o **narativní etice** (Ellos, 1994, Henriksen-Vetlesen, 2000).

Závěrem mi dovolu, abych vám vyprávěl keltský příběh o páté provincii. Irsko sestává odedávna ze čtyř geografických provincií. Pátá provincie, odlišitelná od těchto čtyř, mohla stejně dobře být skutečná jako vůbec existovat nemusela. Vypráví se o ní řada příběhů. Podle jednoho z nich má pátá provincie své místo pouze ve fantazii. Jiný příběh klade pátou provincii do středu Irska, někam do míst, kde se čtyři ostatní provincie stýkají. Do tohoto centra putovali králové a kmenoví vůdci, aby se při rozhovoru s keltskými druidy poradili a vyřešili své konflikty. Dnes zůstala stopa páté provincie nejen v mýtu, ale i v irském jazyce, kde slovní označení každé provincie je „pátá“. Označení „pátá“ nyní symbolizuje postoj tolerance a empatie. Irská prezidentka Mary Robinsonová to vyjádřila tak, že pátá „je místo v každém z nás, které je otevřené pro druhé“. I když se, jak je nám dobře známo, metafora „pátá“ v reálném politickém prostoru Irska příliš neosvědčuje, je její šance na uplatnění v terapeutickém prostoru podstatně větší.

Imelda McCarthy (1995) používá ve své práci metaforu páté, když se snaží nově pojmout otázky etiky, spravedlnosti, moci a jazy-



ka. Překračuje nerovnost pozic, ambivalentní sociální oblasti a různé verze reality a životních stylů. Zahrnuje přitom všechny pozice a příběhy, s nimiž přicházejí jak terapeuti, tak rodiny, které se obracejí o pomoc. Je to tedy **etická dis-pozice** pro práci s rodinami z rozdílného sociálního prostředí, ale i pro práci s rozdíly uvnitř rodin. Etická praxe je taková, při níž je odborník otevřen zkušenostem člověka nebo lidí, s nimiž se profesionálně setkává. Dis-pozice není tedy morálně neutrální, ale prostřednictvím naslouchajícího postoje, který nepřikazuje, probouzí vědomí odpovědnosti ve všech zúčastněných. Děje se to v obou směrech: terapeut činí odpovědným a současně se stává odpovědným. Morální postoj terapeuta je tedy být lidem v terapii k dispozici.

LITERATURA:

- Anderson, H.: Conversation, Ethics and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy. New York, Basic Books 1997.
 Barnsley, J. H.: The social reality of ethics. The comparative analysis of moral codes. Routledge, London 1972.
 Bermant G. - Kelman H. C. - Warwick D. P. (eds): The Ethics of Social Intervention. Hemisphere, New York 1978.
 Čas a etika. Texty k problému temporality. SOFIS, Praha 1998
 Deissler, K. G.: Ansichten im Vorübergehen. Zeit. syst. Ther. 1998, 16, 227
 Doherty, W. J. - Heinrich, R. L.: Managing the Ethics of Managed Healthcare: A Systemic Approach. Fam. Syst. Health 1996, 14, 17-28
 Ellos, W. J.: Narrative Ethics. Avebury, Aldershot 1994

- Ellos, W. J.: Ethical Practice in Clinical Medicine. London, Routledge 1990
 Ethik-Rahmenrichtlinien der DAF vom Sept. 1997. Zeit. syst. Ther. 1998, 16, 265-266
 Fletcher, J.: Situation Ethics. The New Morality. Westminster Press, Philadelphia 1966
 Haug, I. E.: Gedanken zur Ethik in Theorie und Praxis der Familientherapie. Zeit. syst. Ther., 1998, 16, 235 - 245.
 Hála V.: Možnosti hodnotové etiky. Filosofia, Praha 2000.
 Henriksen J. - O. - Vetlesen A. J.: Blízke a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi. Albert, Boskovic 2000.
 Jonas, H.: Princip odpovědnosti. Praha, Oikumene 1997
 Kron-Klees, F.: Reflexionen über systemisches Handeln und Ethik. Zeit. syst. Ther., 1998, 16, 228 - 234
 Lipovetsky, G.: Soumrak povinnosti. Praha, Prostor 1999
 Marsh, D. - Magee, R. D. (eds): Ethical and Legal Issues in Professional Practice with Families. New York, Wiley 1997
 McCarthy, I.: Der Missbrauch von Normen. Zeit. syst. Ther. 1995, 15, 84-89
 McNamee, S. - Gergen, K. J. (eds): Relational Responsibility. London, Sage 1999.
 Pfeifer-Schaupp, H.-U.: Diskurs und Verantwortung in Beratung und Therapie. Zeit. syst. Ther., 1996, 14, 33 - 46.
 Schlippe A. von - Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck, Göttingen 1996.

Text odeslán jako přednáška na 19. sympóziu „Duševní zdraví mládeže“ v Brně 15. 11. 2000.

Autor, psychiatr a čelní představitel rodinné terapie a systémického přístupu u nás, působí ve Fakultní nemocnici v Praze - Motole.

KONFERENCE:

Kvalitativní přístup ve vědách o člověku: hranice a perspektivy

Ve dnech 17.-18. ledna 2002 proběhne v Brně I. ročník konference „Kvalitativní přístup ve vědách o člověku: hranice a perspektivy“, kterou pořádají Psychologický ústav Akademie věd ČR, Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého Olomouc a Sdružení SCAN. Konference je věnována možnostem a hranicím využití kvalitativního přístupu a metod v základním i aplikovaném výzkumu ve vědách o člověku. Uzávěrka přihlášek je 30. října 2001. Blíže informace o konferenci, včetně formuláře přihlášky, jsou k dispozici na adrese Sdružení SCAN, Hanáčkova 710, 666 03 Tišnov. Fax: 0504/ 413534, e-mail: scan@tisnov.cz

VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOLOGII A PSYCHOTERAPII

Psychoterapeutické diplomky na pokračování

Antonín Šimek

Před třemi lety Konfrontace (IX, 1998, č. 3) uveřejnila přehled diplomových prací studentů pražské katedry psychologie, které se dotýkaly z různých stran tématu psychoterapie.

Jsou pro mnohé autory startem do oboru, jemuž se často později jako zralí psychologové věnují. Letmý pohled na závěrečné školní práce dnešních zkušených psychoterapeutů naznačuje, že jejich dávné diplomové práce byly oknem do světa psychoterapie, prvním krůčkem na budoucí cestě.

V závěru svého tehdejšího úvodu jsem vyslovil přání shromáždit přehled psychoterapeuticky zaměřených diplomových prací také od studentů moravských vysokých škol. Tedy z kateder psychologie filozofických fakult Univerzity Palackého v Olomouci a Masarykovy univerzity v Brně. Díky profesorům Stanislavu Kratochvílovi (za Olomouc) a Mojmiru Svobodovi (za Brno) se to podařilo. I letmý pohled na zpracovaná témata může inspirovat úvahy o specifice a rozsahu zaměření jednotlivých pracovišť. Jsou často odrazem odborného zájmu vyučujících, kteří studenty inspirují. Přehled za pražskou katedru je výběrem za poslední dva roky (předchozí, tedy za léta 1994-1998, byl již publikován), ostatní poslali seznam za celé desetiletí.

Samozřejmě jde o informaci, která nic neříká o kvalitě a hodnocení prací. Bližší zájemci si mohou v knihovnách kateder úhledně svázané diplomky vyhledat i s příloženými posudky.

Naše psychoterapie je zralá k vlastní reflexi. Málo kolegů se věnuje systematickému výzkumu i teoretickému nadhledu, který je pro

etablování oboru nezbytný. I proto může být tento na první pohled strohý výčet užitečný a inspirativní.

Seznam diplomových prací z oblasti psychoterapie vypracovaných na katedře psychologie FF UK v Praze v letech 1998-2000

Bukovská Lucie: Možnosti intervence v manželské terapii a poradenství. 1998.

Čapková Kateřina: Možnosti psychoterapeutické intervence u onkologicky nemocných. 1998.

Perglová Pavla: Prvky syndromu vyhoření u psychoterapeutů. 1998.

Smetanová Lenka: Nova cesta k psychoanalýze - život a dílo Karen Horneyové. 1998.

Spoustová Jitka: Existenciální frustrace u drogově závislých. 1998.

Štěpů Jiří: Klinické využití sebesupozovací škály depresivity CDI u dětí. 1998.

Tilšerová Hana: Psychický stav pacientů po cévní mozkové příhodě. 1998.

Tmějová Zdenka: Obezita a její léčba KBT (aplikace kognitivně behaviorálního přístupu v léčbě obézních žen v praxi). 1998.

Voplatek Petr: Místo a možnost psychologa při práci se schizofrenními pacienty. 1998.

Pelcák Stanislav: Obezita z pohledu systémového přístupu ke zdraví a nemoci. 1999.

Ezechelová Pavla: Pojetí významných principů kognitivně-behaviorální terapie a jejich využití v současné psychoterapeutické praxi. 1999.

Povolná Pavla: Relaxační techniky jako psychoterapeutický prostředek pro práci s bolestmi v rámci rehabilitačního zařízení. 1999.

Ptáčeková Andrea: Hodnotový systém a psychoterapie. 1999.

Sýkora Radek: Příspěvek k reflexi pojetí člověka v behaviorismu, humanistické psychologii a psychoanalýze. 1999.

Tylová Václava: Metoda EEG biofeedback u poruch pozornosti. 1999.

Zídková Barbora: Příspěvek k problematice krizové intervence. 1999.

Voska Vladimír: Psychologické základy kognitivně-behaviorální terapie. 1999.

Hermanová Kateřina: Některé aspekty vlivu cvičení jógy na psychické stavy a vlastnosti osobnosti. 2000.

Kuldová Lenka: Nástin katatymně imaginativní psychoterapie. 2000.

Kůrková Blanka: Možnosti využití hipporehabilitace v terapii psychotických pacientů. 2000.

Roubal Pavel: Krizová intervence v uprchlických táborech. 2000.

Šantorová Kristina: Autismus a možnosti psychoterapeutického působení na děti s autismem. 2000.

Štyrandová Miroslava: Místo psychoterapie v systému komunitní péče o duševní zdraví. 2000.

Wagenknecht Martin: Nástin dalšího vývoje Franklovy existenciální analýzy a logoterapie. 2000.

Výběrový seznam diplomových prací z klinické psychologie Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Adamcová Dagmar: Sociálně psychologické aspekty integrovaného psychoterapeutického programu pro schizofrenní pacienty. 1997.

Andrllová Lia: Kognitivní aspekty integrovaného psychoterapeutického programu pro schizofrenní pacienty. 1997.

Antoš Jaroslav: Psychologická manipulace v sektách. 1998.

Březíková Miroslava: Terapie frigidity. 1996.

Burdová Yvonne: Aktuální a ideální pojetí u neurotiků. 1999.

Canibalová Vendula: Atopický ekzém dospívajících z psychopatologického hlediska. 1999.

Cadoušková Silvie: Význam a specifičnost psychologických faktorů u hematoonkologických pacientů po transplantaci kostní dřeně. 2000.

Černohorská Anna: Depresivita jako naučená bezmocnost u epileptických pacientů. 1999.

Černý Michal: Katamnózy mužů léčených sexuální terapií. 2000.

Dohnal Petr: Suicidium a suicidalita u obviněných a odsouzených. 2000.

Dudová Daniela: Neuroticismus a životní po-

stojí nemocných s vředovou chorobou gastroduodena. 2000.

Dvořáková Ivetta: Terapie anorgasmie. 1996.

Fittíková Zuzana: Některé aspekty adaptace handicapovaných osob. 1995.

Föglerová Petra: Stres u osamělých matek. 2000.

Hansmanová Lenka: Sdělování nepříznivé diagnózy. 2000.

Harvanová Jana: Postoj žáků olomouckého okresu k sociálně deviantnímu projevu chování - šikanování. 2000.

Havlíková Martina: Vztah mezi osobnostními rysy a sociální adaptací u schizofrenních pacientů. 2000.

Hlavinka Pavel: Daseinsanalýza. 1999.

Hon Milan: Kvalitativní analýza průběhu skupiny pacientů s neurotickými poruchami. 1999.

Horníček Zdeněk: LMD, anxiety a EEG-biofeedback. 2000.

Hůlek René: Spokojenost v partnerském vztahu jako determinanta sexuální reaktivity. 1998.

Hynštová Andrea: Postoje k alkoholismu u středoškolské mládeže. 2000.

Chovancová Denisa: Osobnostní zvláštnosti nemocných s psoriázou vulgaris. 1997.

Chronc Pavel: Rozdíly v manželské spokojenosti mužů a žen. 1998.

Chytilová Kateřina: Některé aspekty osobnosti závislých na alkoholu a patologickým hráčstvím. 2000.

Jandásková Zdeňka: Terapie poruch erektility. 1996.

Jelínková Bibiána: Úloha rodičovských vzorů při výběru partnera. 1999.

Jelínková Marcela: Technika „Ostrov rodiny“ u dospívajících dívek. 1999.

Jindrová Veronika: Psychologická problematika u osob s diagnózou mentální anorexie. 2000.

Kadlecová Jana: Posthypnotická amnézie. 1998.

Laurynová Jana: Katamnózy žen léčených sexuální terapií. 2000.

Mautsková Dagmar: Proměnné ve skupinové psychoterapii neuróz. 1992.

Mecnerová Kateřina: Subjektivní hodnocení účinných faktorů ve skupinové psychoterapii. 1998.

Němcová Leona: Účinné faktory ve skupinovém poradenství. 1999.

Nováková Vladimíra: Průběh skupinové psychoterapie neuróz. 1995.

Ondrušková Helena: Ovlivňování kvality života onkologických pacientů. 1999.

Otevřelová Renata: Srovnání průběhu skupinové psychoterapie neurotiků a psychotiků. 1998.

Procházková Hana: Terapie vaginismu. 1995.

Vaňková Petra: Katamnestické hodnocení efektivity skupinové terapie. 1997.

Ženata Marek: Meditace a její vztah k osobnostním faktorům extraverti - introverti a neuroticismu. 1999.

Diplomové práce z oblasti psychoterapie z FF MU v Brně

Handáková Darina: Vliv speleoterapie na aktuální psychický výkon dětí s asthma bronchiale. 2000.

Ychodilová Zuzana: Psychosociální stres a možnosti a meze sanoterapeutické intervence. 2000.

Ambrosová Kateřina: Psychoterapeutické metody v aplikaci na výcvik sociální kompetence. 1999.

Zemáková Soňa: Fenomén lodi v arteterapeutickém procesu. 1998.

Jakrlíková Alena: Účinky některých postupů somatické psychoterapie ve skupinové práci. 1997.

Nevolová Veronika: Sociální reprezentace „dobrého“ psychoterapeuta u psychoterapeutů a klientů, kteří prošli psychoterapií. 1997.

Plagová Gabriela: Diagnostické aspekty arteterapeutických technik. 1997.

Kramolišová Kateřina: Proces změny osobnosti v humanistické psychoterapii. 1997.

Zemanová Lucie: Komunitní, alternativní způsoby léčby drogových a jiných závislostí. 1997.

Mitáček Z.: Prof. R. Konečný a psychoterapie. 1995.

Musilová Renata: Vliv jogové terapie na posílení duš. zdraví žáků zvl. škol. 1992.

Jurková Dušana: Osobnost jedince závislého na alkoholu a možnosti terapie. 1991.

Jak se studuje (psychologie) v belgické Lovani?

Jaroslava Blížkovská

Ze všeho nejdříve je nutné vědět, že Lovaně jsou v Belgii dvě. Jedna původní vlámská, založená r. 1425 papežem Martinem V. ve městě Leuven, zrušená za francouzské revoluce a obnovena na počátku belgické samostatnosti v r. 1834, a druhá, teprve třicetiletá, valonská, kterou začali budovat „na zelené louce“ od r. 1970 a pojmenovali ji Louvain-la-Neuve, což by se dalo snadno přeložit jako Nová Lovaň.

Proč mají Belgičané dvě lovaňské univerzity? Protože mají skoro všechno dvakrát - dva národy, dvě úřední řeči, dva téměř nezávislé správní orgány, dvojí povahu svých obyvatel a dva nezávislé stipendijní fondy pro vlámskou a valonskou část. To byla ostatně první překvapující informace, se kterou jsem se setkala. Jen si představte, že jdete na konkurz s pozváním do Antverp. Jste celkem klidní, protože víte, že pozvání je pro získání stipendia rozhodující a uchazečů hovořících francouzsky není nikdy přehnaně množství. Jaké bude vaše překvapení, až vám monsieur attaché diplomaticky sdělí, že projekt studijní stáže se mu sice líbí, ale že si musíte najít nějakého školitele ve valonské části Belgie, protože jen pro ni má pravomoc stipendium udělit. „Vždyť Belgie je snad jedna země!“, běží vám hlavou, „aspoň jsme se to kdysi v zeměpise učili...“ Je a není. A tak si odhodlaně sednete k internetu a odešlete spoustu dopisů na všechny valonské katedry psychologie, které potkáte, oslovíte mnoho neznámých profesorů a budete se je snažit „českou“ francouzštinou přesvědčit, jak přínosné pro všechny zúčastněné strany bude, když vás na nějaký čas k sobě pozvou. Možná budete mít štěstí, že dr. Godin z fakulty psychologie v Nové Lovani bude mít zrovna družnou náladu a pozve vás. To potom pojedete stážovat tam, kde jsem strávila říjen a listopad

loňského roku, a mohu vás proto předem vybavit nějakými informacemi.

Nová Lovaň (Louvain-la-Neuve) byla naplánována jako zbrusu nové univerzitní město v r. 1970. Leží asi 30 km jihovýchodně od Bruselu a přibližně stejná vzdálenost ji dělí od její vlámské starobylé univerzitní sestry ve vlámské Lovani. Obě univerzity jsou právnícky nezávislé. Slavnými absolventy, z nichž nejzvučněji zní Erasmovo jméno, se však pyšní obě rovným dílem.

Katolickou univerzitu v Nové Lovani tvoří komplex jedenácti fakult:

1. Theologie a kanonického práva
2. Filozofie
3. Právnícká
4. Ekonomických, sociálních a politických věd
5. Moderních a klasických jazyků
6. Psychologie a pedagogiky
7. Medicíny (a tělesné výchovy)
8. Přírodních věd
9. Aplikovaných přírodních věd
10. Agronomie
11. Otevřená fakulta ekonomické a sociální politiky.

Pojďme se teď společně podívat, jak se studuje psychologie na fakultě psychologie a věd o výchově.

První dva roky jsou naplněny obecnými předměty a po složení tzv. kandidátských zkoušek se jejich absolvent může rozhodnout, zda bude dále studovat psychologii nebo raději přejde do třetího ročníku na kriminologii na právnícké fakultě nebo na informatiku a komunikaci na ekonomické fakultě. Pokud se rozhodne setrvat na psychologii, čekají ho další tři roky studia, během kterých si může vybrat jednu z následujících specializací:

1. Kognitivní psychologie a psychologie práce
2. Sociální psychologie a psychologie organizací
3. Vývojová psychologie se zaměřením na společnost
4. Vývojová psychologie a ps. učení
5. Psychopedagogika handicapu
6. Klinická neuropsychologie
7. Klinická psychologie: osobnost, osud, kultura

8. Klinická psychologie: emoce, kognice, chování

9. Klinická psychologie: lidské systémy v průběhu života

Výuka na fakultě je čistě teoretická vzhledem k vysokému počtu studentů v jednotlivých ročnících. Praxi je naopak věnován celý čtvrtý ročník. Student stráví prvních pět měsíců školního roku v nějaké instituci dle své specializace a následujících pět měsíců v nějaké jinak zaměřené organizaci, opět dle svého výběru. Může se stát, že udělá dobrý dojem a externí vedoucí stáže se stane jeho příštím zaměstnavatelem. Nepředbíháme však událostem, protože našeho studenta čeká ještě pátý ročník zaměřený opět na teorii a sepsání diplomové práce. Po jejím obhájení a složení závěrečných zkoušek konečně získá tzv. licenci.

Pokud stále není vědomostí syt, může postoupit do třetího cyklu studia, které je rozděleno na praktičtější orientovaný diplom specializovaných studií a teoretičtější diplom prohloubených studií vedoucí ty nejpilnější až k doktorátu.

A co učitelé? Celá fakulta je rozdělena na tři velká oddělení:

- experimentální psychologie
- klinická psychologie
- oddělení věd o výchově

Vzhledem k tomu, že jsem byla přijata na oddělení klinické psychologie, zaměřme se na ně. Zabírá v budově tři celá poschodí a každé poschodí je věnováno stoupcům jednoho velkého psychologického a psychoterapeutického směru: psychoanalýze, kognitivně behaviorální psychoterapii a systemické psychoterapii. Každý další psychoterapeutický směr je považován za zbytečný, a není tedy ani vyučován. Pokud se vás tedy zeptají na vaši terapeutickou orientaci, předpokládají, že se zařadíte do jednoho z výše uvedených směrů. Nepodaří-li se vám to, budete podezřelí z ulpívání v nějakém bezvýznamném, nevědeckém, neúčinném či dávno překonaném proudu. Samotná koexistence tří terapeutických orientací není v žádném případě idylická. Jejich příznivci zůstávají obklopeni svými kolegy na jednom podlaží, jiná poschodí většinou ne-

navštěvují a může se stát, že se s jejich obyvateli ani nepozdraví, setkají-li se náhodou na schodišti. Dáme-li si to všechno dohromady, zjistíme, že země, jejíž hlavní město je zároveň hlavním městem Evropské unie, trpí některými rozpory a konflikty: valonská část Belgie příliš nespolupracuje s vlámskou, katolické univerzity nerozvíjejí kontakty s univerzitami volnými a v rámci jedné fakulty na sebe vlídně nepohlížejí psychoanalytici s behaviorálními kognitivisty.

O pracovitosti lovaňských odborníků nelze pochybovat. Přicházejí na fakultu mezi 8. - 9. hodinou ranní a odcházejí kolem sedmé večer. Hodně publikují a mezinárodně projektované výzkumy jsou pro ně samozřejmostí. Není zvykem (jako u nás), aby si vysokoškolské učitelé hledali další práci na vedlejší úvazek nebo obohacovali své teoretické poznatky vlastní klinickou praxí. Být zaměstnaný na fakultě znamená až na drobné výjimky plně se věnovat vědě. Veškerá akademická obec má k dispozici rozlehlou, výborně vybavenou knihovnu. Jen si to představte - odebrá 250 odborných psychologických časopisů z celého světa, které jsou neustále volně dostupné k nahlédnutí. V Belgii bibliografické rešerše rozhodně nepřipomínají naše obvyklé detektivní pátrání...

Jestli se mě teď zeptáte, jak přišly pracovní podmínky ovlivňují práci studentů, nebudu asi umět odpovědět. Vedla jsem pro zájemce z pátého ročníku workshopy taneční terapie a podivila jsem se, jak nezvyklá je pro ně praktická forma výuky. Sdělili mi, že poprvé za celé své studium jsou ve škole oblečení ve sportovním a zkoušejí některé techniky přímo na sobě. Postěžovali si rovněž na málo individualizovaný kontakt mezi učiteli a studenty. Vyplývá to samozřejmě z jiné koncepce studia (viz informace na začátku článku) - těžko udržovat individuální kontakt se studenty, jsou-li jich v každém ročníku třeba dvě stovky.

Sami mezi sebou se ovšem studenti druzí až až. Nová Lovaň je nedávno postavené univerzitní městečko, architektonicky zdařile poskládané z fakult, kolejí a několika domů. Jinak nic. Je-li takto izolované město ve studentův rukou, můžete si být jisti, že se stále něco

děje. Ke studentskému folklóru patří přijímání tzv. modrých - studentů prvních ročníků. Jsou podrobeni mnoha zkouškám, kterým by se našinec raději vyhnul. Jejich snesitelnost zvyšuje pravděpodobně narůstající promile alkoholu v krvi. Alkohol v podobě mnoha druhů belgického piva hraje roli i při volbě „krále modrých“ - stane se jím nováček s největší rezistencí vůči alkoholu. Ale abychom z nich nedělali jen potenciální alkoholiky, je nutno říci, že si studenti sami pro sebe (a nejen pro sebe) organizují spoustu báječných věcí. Organizačními centry jsou takzvané „kots“ - kolejní domky pro 8 - 12 studentů, které spojuje nějaký zájem. „Kotů“ jsem v Nové Lovani napočítala 96. Věnují se hudbě, tanci, ekologii, filmové tvorbě, pěstování květin, fotografování nebo také mentálně či tělesně postiženým, politickým vězňům a problémům rozvojových zemí. Nezůstávají uzavřeni sami ve svém studentském domečku, ale pořádají aktivity pro ostatní - výstavy, promítání filmů, kurzy tance, hudby nebo východních bojových umění, nabízejí pomoc handicapovaným studentům nebo třeba ve svém „kotu“ zařídili dva pokoje, které mohou posloužit jako krátkodobý azyl studentům v krizi. Zrovna když jsem před vánocemi odjížděla, zval velký transparent na hlavním náměstí (agoře) všechny obyvatele Nové Lovaně do „Herbakotu“, aby si přišli objednat svůj vánoční stromeček.

A jací jsou Belgičané obecně? Oni sami sebe striktně rozdělují na Valony a Vlámky. Valoni mluví francouzsky se hlásí k obyvatelům románských zemí a pyšní se svým smyslem pro pozemské požitky a slasti. Vlámové hovoří vlámsky (řeč velmi blízká holandské) jsou údajně již seversky ladění, racionální a pragmatičtí. V hodině francouzštiny jsem se navíc dozvěděla, že: „Les Belges sont nés avec une brique au ventre - Belgičané se rodí s cihlou v břiše“, což jsme neměli chápat jako výraz národní zatěžkanosti, ale jako touhu všech Belgičanů po vlastním domě se zahradou a jejich připravenost věnovat spoustu energie jejich zvelebování. Na malém vzorku Belgičanů, které jsem potkávala, jsem měla příležitost ověřit pravdivost daného výroku.

Ať už pojedete do Belgie studijně či jen na výlet, nebudete zklamaní. Země krajek a báječné čokolády se má čím pochlubit - Brusel, Antverpy, Bruggy, Gent, Lovaň, Namur - města s nezaměnitelnou atmosférou. Jen, prosím, neříkejte (tak jako já) ve valonské části Belgie, že chcete navštívit Antverpy, Bruggy a Gent. Způsobíte tak drobné faux pas vzhledem k tomu, že všechna zmíněná města leží ve Flandrech...

Autorka učí psychologii na FFMU v Brně.

Psychoterapie a poradenství Kdo je kdo a jak to spolu máme?

Jan Knop

Dlouhá léta pozoruji a také jsem účastníkem diskusí o vymezení psychoterapie a poradenství. Vidím pohříchu mezi poradci a psychoterapeuty více spor než diskusi. Myslím, že je to spor o prestiž, o pozici, o sféru vlivu, stavovskou čest a kdovíco ještě. Psychoterapeuti při tom vůči poradcům nezdědka vystupovali jako ti, kteří se považují za kompetentnější.

Mezitím ve Strassburgu spatřila světlo světa deklarace prohlašující, že psychoterapie je samostatný a nezávislý obor, který nepatří nikomu výhradně, jenom psychoterapeutům. Tak jsem si to alespoň vyložil já.

V naší republice jsme nyní začali (doufejme) diskutovat o tom, kde všude se psychoterapie aplikuje. Věřím, že jsme na cestě konečně najít zřetelnější vymezení.

Dostal jsem za úkol od Asociace manželských a rodinných poradců diskutovat o této otázce s výborem Psychoterapeutické společnosti ČLS JEP - tentokrát s výborem pověřeným úkolem (od EAP) probudit psychoterapii jako svébytný obor v České republice a to bez

ohledu na oblast, ve které se užívá. Pro toto jednání jsem za pomoci dalších kolegů (hlavně Zdeňka Riegra) připravil kratší písemný materiál. Z něho vyjímám některé odstavce a doplňuji o další úvahy.

Rodinné poradny tvoří prvoliniová pracoviště pro krizovou intervenci s návazností na krátkou či dlouhodobější psychoterapii.

Přístup odborného pracovníka v oblasti manželského a rodinného poradenství (dále poradce) je biopsychosociální a pojímá do své péče a působení nejen klienta samotného, ale i všechny další osoby v jeho nejbližším okolí, tj. osoby se kterými je klient v interakci. Spíše než jedinec je pro manželského a rodinného poradce klientem v jistém smyslu pár či celá rodina a případně i další související sociální systémy.

Jsem toho názoru, že v manželském a rodinném poradenství se přirozeně užívá psychoterapie jako odborná aplikace psychologických postupů a prostředků s cílem zmírnit či zcela eliminovat stav duševní nepohody či poruchy.

Chtěli jsme najít odpověď na otázku: V čem se poradenství a psychoterapie liší? Jsou mezi nimi rozdíly v jejich cílech? Přiklonili jsme se k této odpovědi s vědomím, že je to možná úplně jinak.

Poradenství se zaměřuje především na poznání kauzálních zdrojů problémů, jejich popis a vymezení možných způsobů jejich „řešení“. Poradenství se více soustředí na poskytnutí informací o možných způsobech řešení potíží a problémů a na stanovení postupů, jak řešení dosáhnout a/nebo kde k jejich dosažení dospět (například kurzem komunikace, školením či cvičením rodičovských funkcí či psychoterapií).

Cílem poradenství i psychoterapie je změna. Oběma jde o změnu aktuálního stavu. Nejen v psychoterapii je cílem nezvratná změna, která povede k eliminaci poruchy v samých základech jejich zdrojů, a tedy v zásadě k odstranění překážek na cestě přirozeného vývoje či růstu jedince, respektive rodiny. Dnes psychoterapie neznamená výhradně léčení (a ne-zabývá se výhradně pacienty), zná také

cesty k tomu, jak pomoci lidem v rozvoji sebe sama.

Psychoterapie a poradenství se jistě odlišují v tom, že psychoterapie má obecně větší prestiž, přebírá něco z autority, které se těší medicína, pod kterou by přece každá „terapie“ měla patřit. V tomto smyslu pak se hovoří o tom, že psychoterapie patří pacientům. Jsou však dnes již i psychoterapeuti, kteří se naopak chtějí od medicínské praxe vymezit a chtějí být svými klienty (nikoliv pacienty) považováni spíše za průvodce než za experty, jakými bývají lékaři.

Podobně o tom hovoří I. a M. Polsterovi: Je dnes již zřejmé, že psychoterapie nemůže zůstat uzavřenou a izolovanou od přímého vlivu společnosti. Lidé se přestali starat jen o to, zda jsou či nejsou nemocní. Začali se víc a víc zajímat o to, jak by mohli využít svoje schopnosti, jak by mohli prožívat pocity sounáležitosti, jak dospět k prožitkům spokojenosti, jak mohou momentálně uspokojit svoje potřeby a přání v přítomnosti, jak vytvořit podmínky pro rozvoj manželství, rodiny, jak zacházet s narozením, smrtí, ztrátou zaměstnání, s rozvedem apod. K tomu lidé hledají ty, kteří jim nabídnou cestu, jak rozvinout sebe samé a na tomto místě právě psychoterapie sehrává rozhodující úlohu.

Došli jsme postupně k tomu, že otázku směřující k odlišení poradenství a psychoterapie je nutné položit jinak:

Kdo je psychoterapeut a kdo poradce? Naše odpověď je, že psychoterapeut a poradce se odlišují svým vzděláním - výcvikem. Není to nic objektivního. Myslíme si však, že tudy vede cesta ze spleti sporů a námitek: odlišení a vymezení poradenství a psychoterapie je v zásadě možné a to podle toho, kdo tuto činnost vykonává, tedy jak je k výkonu poradenství resp. psychoterapie připraven.

Psychoterapii vykonává psychoterapeut a psychoterapeutem je ten, kdo je v psychoterapii vzdělán, vycvičen a kdo splňuje odbornou obcí přijatá kvalifikační kritéria.

Důležitý je specifický - psychoterapeutický - modus působení. Jsme přesvědčeni, že psychoterapeut pak právě tento modus už není schopen díky svému vzdělání - výcviku při práci

s lidmi pominout. A to se děje bez ohledu na to, ve které oblasti a s jakými klienty pracuje.

Poradcem je pracovník vzdělaný ve specifických poradenských oborech (patří sem psychologie, speciální pedagogika, sociální práce, andragogika...) a vycvičený ke specifickému - poradenskému - modu působení. Přičemž v převážné většině základem takového výcviku (vzdělávání) je způsob, jehož kořeny jsou v psychoterapii. Poradcem je ten, kdo splňuje kvalifikační kritéria té které odborné společnosti - zde uveďme kritéria Asociace manželských a rodinných poradců.

AMRP již na počátku 90. let vytvořila vzdělávací pravidla pro poradce. Vzorem pro tvorbu „Kvalifikačních požadavků AMRP“ byl rakouský zákon o psychoterapii. Definovali jsme dva stupně: manželský a rodinný poradce a samostatný manželský a rodinný poradce.

Také jsme definovali supervizi, kdo může být supervizorem a jak má supervize probíhat.

Na vyjádření supervizora o adeptovi pro příslušný kvalifikační stupeň je kladen veliký důraz.

V první polovině devadesátých let proběhl v Asociaci „grandparenting“.

Manželský a rodinný poradci se v minulých letech intenzivně zajímali o psychoterapii a také se v ní vzdělávali. Z vlastní zkušenosti chci dosvědčit, že v letech 70. a 80. se právě v oblasti manželského a rodinného poradenství užívala psychoterapie měrou velkou - velký rozvoj a rozkvět zaznamenala zejména rodinná terapie. Myslím si, že to bylo především díky tomu, že právě manželské a rodinné poradenství nebylo spoutáváno hierarchickým uspořádáním medicínským a poskytovalo dostatek volnosti k aplikaci a rozvoji psychoterapie.

Mnozí poradci absolvovali psychodynamické výcviky SUR, nezanedbatelná část jich je vzdělána - vycvičena v oblasti rodinné terapie. Manželský a rodinný poradci přirozeně považují psychoterapeutické vzdělání za nutný předpoklad svého působení.

Co chci ještě dodat? Otevřeme hranice mezi oblastmi aplikace psychoterapie. Stanovme

jasné a dostatečně náročné podmínky pro získání kvalifikace „psychoterapeut“.

Vedle hodin strávených ve výcvicích položíme důraz na supervizi. Vytvoříme systém supervize a supervizorům dejme skutečně velký díl odpovědnosti. Víme přece každý z zkušenosti, že kdo projde psychoterapeutickým výcvikem se nestane automaticky psychoterapeutem. Je to ještě dlouhá cesta. Každý potřebujeme čas ke zrání.

A stejně tak ne každý, kdo projde výcvikem pro supervizory, je schopen vést supervizi a vzít si veškerou moc a zodpovědnost s tím spojenou. Ale to už je jiná kapitola.

Mgr. Jan Knop, zakládající člen Asociace manželských a rodinných poradců, dlouholetý předseda její Stávovské rady. Vedl rodinnou poradnu v Liberci. V současnosti pracuje jako klinický psycholog a psychoterapeut ve Středisku komplexní terapie u V. Chvály. Vedoucí výcvikových skupin v psychoterapii. Evropsky uznávaný gestalt-terapeut.

Zpráva z téměř utajené konference

(Ateliér, kde všichni hledají a nalézají)

Jaroslava Brožová

K desátému výročí založení Jihočeské univerzity a zároveň k desetiletí existence studijního oboru arteterapie na této univerzitě uspořádali v polovině března studenti i pedagogové tohoto oboru v Českých Budějovicích ve spolupráci s Českou arteterapeutickou asociací 1. jihočeskou arteterapeutickou konferenci. Této konferenci se zúčastnilo přes sto bývalých i současných studentů a také řada přednášejících z odborných pracovišť z celé republiky. Podařilo-li se sehnat finanční prostředky, bude z prezentovaných referátů vydán sborník.

Čtyřleté bakalářské studium v uplynulých letech úspěšně ukončilo 50 absolventů, v sou-

časné době studuje obor téměř 70 frekventantů. Zvláštností oboru je forma studia, která probíhá 2x měsíčně jako víkendové semináře, jejichž součástí jsou přednášky i výtvarné dílny. V mezičase studenti absolvují odbornou praxi, výtvarně zpracovávají zadaná témata a studují odbornou literaturu.

V arteatelieru, jak je zkráceně studijní obor nazýván, se setkávají studenti nejruznějších vysokoškolských disciplín, kteří si studiem arteterapie rozšiřují svou základní odbornost, ale též už hotoví odborníci, nejčastěji psychiatři, psychologové, speciální pedagogové a učitelé výtvarné výchovy. Co vede tyto dospělé lidi, z nichž mnozí získali již ve svém původním oboru magisterský titul nebo doktorát, event. vědeckou hodnost, aby dojížděli často i ze vzdálených končin Čech a Moravy na vcelku neznámou provinční univerzitu, aby tam po čtyřletém studiu získali pouze bakalářský diplom arteterapie? Určitě to není honba za slávou, ohromujícím titulem či penězi. Studium je časově a finančně dosti náročné, navíc odborná skripta prakticky neexistují. Velmi proto záleží na aktivitě a samostatnosti všech studujících.

Sama arteterapie není ovšem ničím novým a neznámým. Užít některých arteterapeutických metod je známo z historie. Ve dvacátém století byl zřejmě nejnámější osobností, která praktikovala arteterapeutickou analýzu, zakladatel „hlubinné“ psychologie Carl Gustav Jung. Z českých (resp. moravských) významných odborníků to byl zejména psychoterapeut Hugo Široký, který se aplikací arteterapie ve zdravotnictví zabýval od počátku šedesátých let. Nezávisle na něm ovšem své vlastní metody vytvářeli další lidé z příbuzných oborů, uhranulí širokou škálou uplatnění, které tato projektivní disciplína nabízela.

Za minulého režimu byla omezena vzájemná komunikace a výměna zkušeností mezi našimi odborníky, kteří si tak vytvářeli, bez možnosti soustavnějších kontaktů se zahraničními odbornými pracovišti, své vlastní arteterapeutické postupy, často obdivuhodně originální. Jedním z těch, kteří si na základě dlouholetých zkušeností našli svou vlastní cestu v tehdejší úhru české psychoterapie byl před

rokem zesnulý Jihočeš - psycholog, pedagog, výtvarník a hudebník PhDr. Milan Kyzour.

Jeho orientace na arteterapii měla své počátky v dlouholetém pedagogickém působení, kdy se mu stále výrazněji jevila souvislost výtvarné produkce žáků a studentů s jejich psychickými procesy. Tyto své poznatky využíval od šedesátých let u pacientů psychiatrické léčebny v Červeném Dvoře, později na psychiatrickém oddělení českobudějovické nemocnice. Jeho metoda je založena na předpokladu, že změnou výtvarného projevu lze dosáhnout změny psychického stavu klienta, změnu jeho prožívání a vzorců chování. Tato arteterapeutická metoda je dosud málo známa a málo doceněna, neboť obecné pojetí arteterapie spočívá v jejím využití jako relaxačního, event. diagnostického postupu.

Díky Kyzourově originální arteterapii a dobře sehranému terapeutickému týmu bylo českobudějovické psychiatrické nemocniční oddělení vyhlášeným pracovištěm, které v osmdesátých letech vyhledávali pacienti nejen z jižních Čech. Vysoké procento úspěšně vyléčených souviselo s užívanými postupy. Zatímco při verbalizaci během standardně prováděné psychoterapie může klient „uhnout“ ve své výpovědi o svých traumatech a nasadit si masku osoby, skrze níž ve starořeckých dramatech přednášeli herci své role, arteterapie tento únik omezuje, neboť nabízí celou škálu možností bezděčného neverbálního sdělení.

Po „sametovém“ převratu se zdálo, že nastává zlatý věk české, teď už necenzurované psychoterapie. Předpokládala se její všeobecná dostupnost, preventivně předcházející psychosomatickým onemocněním, ale též konfliktním situacím v mezilidských vztazích. S touto optimistickou perspektivou bylo akreditováno specializované studium arteterapie na nově založené Jihočeské univerzitě. Praktický výcvik ve studijním oboru, který jeho zakladatel Milan Kyzour téměř doslova „vydupal ze země“, byl proto zaměřen v prvních letech zejména na zdravotnickou aplikaci arteterapie a probíhal na psychiatrickém oddělení.

Leč do nových nadějí záhy vtrhly výdobytky postkomunistických trhoveckých časů, se všemi

následnými společenskými i ekonomickými důsledky. Hospitalizace pacientů, procházejících intenzivní skupinovou psychoterapií, byla v krajské nemocnici zrušena jako zbytečný luxus. Tím byla ztracena i jedinečná možnost praxe pod odborným vedením pro studenty arteterapie.

Dnes si každý student musí zajistit svou praktickou výuku podle svých možností. Stále častěji je tato praxe zaměřena na výtvarnou výchovu, která může velmi závažně, pozitivně i negativně, ovlivnit psychický vývoj dětí a dospívajících. Zdánlivě nevinné výroky rodičů či vyučujících, nadměrně kriticky hodnotící výtvarný projev dítěte, mohou celoživotně zablokovat jeho zdravé sebehodnocení a tvořivost. Často to bývá jednou z řady příčin nejružnějších psychosomatických potíží v dospělosti.

Připomeňme si, jak charakterizuje terapii „duše“ Jan Vymětal ve svém „Úvodu do psychoterapie“:

„...Vznikla jako léčebná metoda a vyvinula se v interdisciplinární obor. Měla by mít charakter lidského setkání individualit, které jsou si rovny i v nezbytně asymetrickém vztahu terapeut - pacient. Je to způsob, jak porozumět lidské existenci, jak pomoci tomu, kdo o pomoc stojí. Je to činnost, při níž všichni zúčastnění mohou nabyt většího duševního zdraví a schopnosti žít v pravdě.

Je to mnohavrstevný proces, v němž všichni účastníci dávají a dostávají, hledají, nalézají a objevují. Úspěch závisí na tom, zda se podaří přerušit fatální vztahy, ve kterých lidé uvízli. Pokorně přijet sama sebe a svého údělu vede zdánlivě paradoxně ze slepé uličky osudu, který se zdál být nezměnitelným. Pokora ovšem neznamená rezignaci, ani trucovité sebeobětování. Je přijetím svých mezí a převzetím odpovědnosti...“

V tomto kontextu je „kyzourovská“ arteterapie mnohavrstevnou tvůrčí metodou, podporující sebeúdrživý proces výtvarnými prostředky. Kromě výtvarné produkce klienta využívá volné asociace, slova, ale také i mlčení, dotýká-li se věcí příliš křehkých...

Další osud arteatelieru je poněkud nevyjasněný, i když už stačil vychovat řadu odborníků,

kteří zde získanou kvalifikací mohou pozitivně ovlivňovat své okolí. Po loňské ztrátě svého zakladatele má tento studijní obor prozatím vedení, jemuž chybí akcent výrazné osobnosti. Kvůli finančním potížím Jihočeské univerzity je také ohrožena kontinuita přednášek externích odborníků z oboru psychologie, psychiatrie, dějin umění a speciální pedagogiky. Ač prý arteatelier spotřebovává nejméně finančních prostředků ze všech oborů Jihočeské univerzity, občas se ozývají hlasy, zda toto nekonvenční víkendové studium není jakýmsi luxusem, který by si měli studenti platit.

Konference, jež byla samozřejmě i vzpomínkou na doktora Milana Kyzoura, byla příznačně zahájena slovy děkana zastřešující fakulty, jak těžké bylo před lety zařadit toto speciální mezioborové studium do nějaké univerzitní „škatulky“. Symbolicky vyzněla též úvodní přednáška teoretika umění PhDr. Kaliny k Freudově studii Michelangelova Mojžíše. Unaveného patriarchy, jenž poté, co sestoupil z hory Sinaj, zjistil, že zatímco rozmlouval s Hospodinem, z jeho národa se stali uctívači trpělivých model. V dnešní postmoderně konzumní době jde o téma velmi aktuální. Studie sama je však

nadčasová tím, co vlastně ani neanalyzuje, pouze pozorným čtenářům naznačuje o problémech s autoritami.

Účastníky konference zaujaly nejen půvabné názvy některých dalších referátů, např. „Dej mi pokoj“... „Třesk jako počátek herního těsta“... či „Psychické trauma arteaterapeuta“. Neméně zajímavý byl obsah těchto i ostatních konferenčních příspěvků, jejichž „maraton“ ve třech samostatných sekcích nebylo ani možno kompletně absolvovat.

Věřme, že letošní užitečné konferenční setkání v jihočeském univerzitním „arteatelieru“ nebylo posledním v dalších deseti letech. Patřilo k těm akcím, které mohou vždy o kousek výš a dál posunout laťku svého profesního oboru. Je zřejmé, že účastníci konference mají ve vztahu ke svým žákům či klientům na zřeteli dávno moudrost, známou už z tajemného kabalistického učení: „Zlo je potlačeno a dobro nastává, když schopnost rozpoznání GEVURAN je spojena s laskavým soucitem HESED.“ To samé platí i v arteterapii.

(Článek odezněl v březnu 2001 také v *Rádiu Svobodná Evropa*, v rubrice *Hlasy a ohlasy*)

Arist von Schlippe, Jochen Schweitzer: Systemická terapie a poradenství Nakladatelství Cesta 2001

Knihu distribuuje: Společnost pro výcvik v psychoterapii s.r.o.
Starobrněnská 7, 602 00 Brno,
tel. 05/42 21 45 47 (dr. Zeman), e-mail: bethesda@volny.cz
Cena knihy: 245,-Kč

Možnosti objednání:

1. Přes e-mail - sleva 25,-Kč/kus, budou však započteny poštovní náklady na dobírku. Balné zdarma. Vyplatí se hlavně při objednání dvou a více kusů.
2. Dopisem na výše uvedenou adresu s přiložením originálu útržku poštovní poukázky typu A, kterou bude poukázána částka 245,-Kč/kus na účet č. 994404-149079001/0800, Čs. spořitelna, pob. Josefská 6, 602 00 Brno. V tomto případě je poštovné i balné zdarma a knihu obdržíte poštou. Na kopie poštovní poukázky nebude brán zřetel. Pokud zašlete kopii bankovního převodu, vyhrazuje se lhůtu dodání 1 měsíc kvůli nutnosti kontroly došlé částky.

PSYCHOTERAPEUTICKÉ FEJETONY

Když nůž srdcem otvíráš

I. Kunst

Mluvil přerývaně s dlouhými pauzami, kdy se díval oknem někam daleko. Musel. Každou chvíli to vypadalo, že se mu zlomí hlas. Potřeboval trochu času, aby spolykal slzy. Nechtěl, abych je viděl. Nechtěl ani žádnou terapii. Říkal, že chce jenom vyslechnout a co nejupřímněji říci, jestli je nebo není neseřízná a agresivní.

Znali se z práce. Vážil si jí. Ani ve snu ho nenapadlo, že by mohli být milenci. Na jedné společné akci si ho vzala. Sám by si asi nikdy netroufl. Přitom jí měl rád. Ona byla nešťastně vdaná, on i jeho žena se také řadu let trápili ve vztahu, se kterým si nevěděli rady. Miloval dcerku, synka, přítelkyni, bolestně ženu. Miloval blues, jazz, poezii, svou práci a lidi. V řadě věcí měl zmatek.

Devět a možná i více let spřádal konspirační plány o tom, jak se, až budou s přítelkyní volní, budou společně probouzet. Toužil, a trochu se za to styděl, cítit ráno její prs v dlani. Někde uvnitř ho bolelo, že by to tak mělo být se ženou. Nikdy se jim to přes společnou snahu nedařilo. Báł se, aby jí a dětem příliš neublížil. Snil, pracoval, občas trpěl depresemi, za které si možná tak trochu mohl i sám. Miloval život a nenáviděl „papíry“. Ty ho ale pronásledovaly jako morová nákaza. Kličkoval před nimi, klamal tělem, ale nic mu to nebylo platné. Vždycky ho dohonily. Neměl na ně čas a ani ho nechtěl mít. Utíral a při tom zběsilém tempu zapomínal i na sebe. Byl šťastný, když mohl být potřebný. Asi by byl schopen se prosnit, promilovat a proutíkat až do stáří.

Od přítelkyně začal stále častěji slyšet, že je neseřízná. Zpočátku to bral jako únavu ze vztahu. Viděli se vlastně pracovně každý den a museli konspirovat. Sice mu už delší dobu

nebylo jasné proč, ale přítelkyně na konspiraci trvala a on to respektoval. Dělal mu dobře, jak náročně bděl nad její ctí.

Výtek ale přibývalo. Vlastně nic už neudělal dobře. Také se dlouho nemilovali. Nepřikládal tomu velký význam. Poté, co se rozešla s manželem, potřebovala mít jistě klid, aby se v nové situaci zorientovala.

Nakonec se mu začala vyhýbat. Občas se zeptal, jestli se něco neděje. Býval překvapen, když se mu místo odpovědi dostalo podrážděného pokárání, že je protivný, a proto se s ním nemiluje. Cítil to sice jako křivdu, ale zkusil to. Chtěl být pro ni dobrý a zasloužit si ji.

Po roce výtek týkajících se jeho agresivity a neseříznosti mu přeci jenom začala docházet trpělivost. Zvláště, když mu přítelkyně řekla, že není dost seriózní a perspektivní pro skutečný a neskrývaný vztah. Když ještě slyšel, že se ho bojí, zůstal jako opařený. Zpytoval svědomí, co udělal špatně, v čem nebyl dost dobrý. Nespál. Také mu dobré duše donesly, že asi rok přítelkyně udržuje blízký vztah s jiným kolegou. Příliš nekonspirovali, a když, tak jenom vůči němu.

Prokouřil a prochodil řadu nocí. Uvnitř prsou cítil tlak, jako by ho to mělo roztrhnout. Nebolelo ho ani to, že něco, čemu věřil tak dlouho, skončilo. Bolelo ho, jak to skončilo. Nakonec přítelkyni nestál zato, aby mu řekla, že se zamilovala. Nevyčítal by jí to, protože se to stává.

Zavolal a požádal ji, aby mu už nevolala a ani jinak ho nekontaktovala. I když měl pocit, že to měla udělat ona, vzal to ještě jednou na sebe. Hned druhý den mu napsala dopis. Ozámila mu, jak se má s novým přítelem skvěle. Ať se na ni nezlíbí, ale že se ho bála, a proto mu to neřekla. A také trochu ukřivděně dodávala, že by jí měl dodělat účetní uzávěrku, se kterou jí léta nezištně pomáhal. To už bylo na něho moc. Naštval se, odmítl a snažil se zaobaleně říci něco o své bolesti a pocitu zneužití. Ta „neseříznost“ a „agresivita“ zase urazila a poranila ji. K tomu, aby za ni ještě jednou udělal uzávěrku, ho pak trochu dovydírala přes dopisy, které jí psával. Byla velmi cílevědomá.

Nelitoval se. Snažil se být upřímný a věcný. Za celou dobu neřekl směrem k virtuální přítelkyni jedině křivé slůvko. Když dovyprávěl, nevěděl jsem, co říci. Zlobil jsem se a měl vztek. Trochu na něho, ale hodně na ni.

Teď už definitivně spolykal všechny slzy. Protože nechtěl terapii, ale upřímnost, netajil jsem svůj bezmocný a bolavý vztek. Poslouchal mě, a pak mu z očí zmizel popel, se kterým přišel.

„Víte, ona možná je mrcha a zneužila mě, ale v životě to neměla lehké. Asi se mužských bojů a jinak to s nimi neumí. Je teď taky zamilovaná... Znáte tu písničku, jak se tam zpívá o tom, že se nůž jen srdcem otvírá?“

Zvedl se, jemně situaci zironizoval, poděkoval a odešel.

Dosud mám ve svých pocitech zmatek. Jedním jsem si ale jistý. Mám toho člověka rád. Možná i proto, jak při své „neseříznosti“ a „agresivitě“ nůž srdcem otvírá.

O tvrdém srdci Veroniky K.

I. Kunst

(Paní B.V.)

Odejít od muže se čtyřmi dětmi, i když modřiny v obličejích a po těle pálí křivdou a poníženi, není jednoduché. Někdy ale nutkání vzbouřit se nemá jinou lidskou alternativu. Poslední kapkou byl přetrvávající němý úžas ve zděšených dětských očích, které ještě stále nebyly schopné strávit obrazy bezmoci povalené a rozbolavělé matky a surově rozkuráženého otce. Možná, že by i Kristus na stěně někdy nejráději odvrátil zrak nebo alespoň zavřel oči.

Církev a muži jí vzpouru neodpustily. Snad ze strachu z následování. Ostatní ženy ze zášti vlastní neodvahy. Že jí odsoudila i matka, ji nepřekvapilo.

Ustála to. Našla dokonce víru, zbavenou

poníženě usnaženého věření. Našla důstojnost, která nemusí být vykupována rituálem vděčnosti. Dokázala se i dotknout svého žensství, důstojnějšího a něžnějšího, než si až dosud byla ochotna přiznat. Méně závislého na ledabylé pochvalě odvalivšího se muže.

Když děti spí a má trochu času na sebe, občas se jí daří poskládat střípky vzpomínek. Ten těkavý proud obrazů a slov už jí nestahuje k zalknutí. Téměř. Stále ještě jsou vzpomínky, které bolí.

Jako malá holka nebyla příliš obratná, ale tatínek měl oči plné něhy a svého copatého andílka. Když jí matka vzala za ním do nemocnice, byl to pro ni šok. Ty jeho něžné, ale smutné oči, zoufalé, že nemohou vyhrát zápas s různými hadičkami, které na něho útočily ze všech stran! Ty tatínkovy oči plné bolesti! Utekla před nimi a schovala se doma.

Pak to přidušeně šeptané ticho ztěžklé náhlou přítomností tolika sestřenic, tet a strýců. Těch kradmých pohledů k přivřeným dveřím jejího pokojíčku! Ani po letech se nezbavila pocitu, že při tom tajuplně horečném chystání všem jenom překážela. Vírání obrazů, vzdálených zvuků a rozporuplných pocitů zmrtvělo až ve dveřích kostela. Stále ještě cítí to strašné, co jí nedovolilo dodýchnout nebo se jenom maličko pohnout směrem k černému hloučku postávajícímu před tatínkovým tělem.

Podrážděná matka nedokázala pochopit, proč nepomohly ani výhrůžky. Nikdy nepochopila, co se stalo s jejími slzami. Neodpustila jí, že nemohla pátravým pohledům smutečních hostí nabídnout dceřiny okázale uplakané oči. Kolikrát pak od ní a od příbuzných slychávala o své svéhlavosti, bezcitné nevděčnosti a tvrdém srdci.

Dál vyrůstala s matkou. Měla pocit, že její touhu po něze může trošinku nasytit jenom vzpomínka na tatínkovy oči. Ubránila si jí i tenkrát o pohřbu.

Přísná matka kontrolovala vše, včetně pečlivě, ale ne dost bezpečně skrývaného dívčího deníčku. Mravní odsudek býval rychlý a nepřilížitelný. Ještě dnes jí běhá mráz po zádech, když si vzpomene na matčino vyprávění, co jí čeká, nebude-li poslušná. Byla pečlivá v popisu uzamčených místností, které se napl-

ňují až po strop vodou, aby posloužily jako výchovný prostředek v děsivě tajemných zařízeních napravujících neposlušné děti. Kolikrát nemohla hrůzou ani spát. Přitom, co je nebo není špatné, nebyla schopna sama předem odhadnout. Matčin odsuzující soud byl předvídatelný pouze ve své všudypřítomnosti. Život Veroniky se naplnil ustavičným strachem z provinění a neposlušnosti.

Stejný pocit měla i tehdy, když se náhodně seznámila s materiály o vlastní adopci a chtěla si s matkou o tom promluvit.

Všeprorostující pocit vlastní nedokonalosti jí skvěle připravil pro starozákonní manželství. Velmi rychle pochopila, že vdát se, znamená dávat se muži k dispozici.

Nejmladší se ve spánku trochu odkopala. Přikryla ji a lehounce si pohrála s jejími vlásky. Je něco po půl jedné. Chvilku si bude ještě číst. Snad mezi řádky najde alespoň náznak odpovědi, jak je to vlastně s tvrdostí jejího srdce.

Autor je pedopsychiatrem a psychoterapeutem se soukromou praxí v Hradci Králové.

Centrum duševní a tělesné harmonie - MUDr. Olga Kunertová

nabízí pro vaše klienty:

individuální, párové a rodinné psych. konzultace, speciální integrované masáže dle dr. Schmitta - bodywork a psychoterapeutickou skupinu pro cizince v anglickém jazyce (ve spolupráci s Mgr. Jaroslavem Vydrou).
Veškeré služby jsou hrazeny přímou platbou.

Dále kurzy:

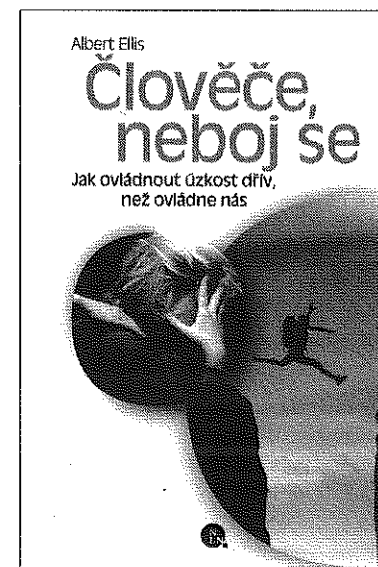
ASERTIVITA - STRATEGIE KOMUNIKACE
(třídenní kurz pro laickou i odbornou veřejnost)
21.-23. 9. 2001, cena: 1 920 Kč.

TÝDENNÍ POBYT RODIN S DĚTMI, NAZVANÝ RODINNÁ DŽUNGLE
(Rodina v džungli nebo džungle v rodině?), zaměřený na podporu vztahů a psych. rozvoj jednotlivých členů (handicap některého z rodinných členů není překážkou) ve spolupráci s občanským sdružením Proměny -PoO-, zastoupené Mgr. Alenou Pospíšilovou
19.-25. 8. 2001 v lázních Lipová (Jeseníky), cena: 2 000 Kč za rodinu + ubytování a strava

PRÁCE S TĚLEM (BODYWORK)

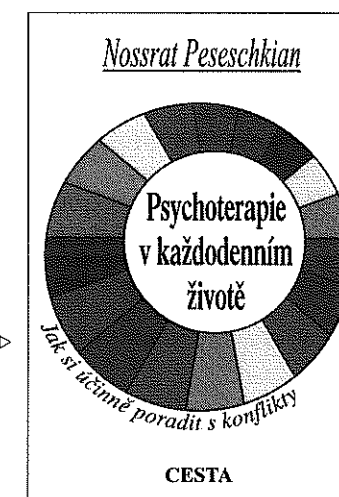
trojdílný zájmový kurz základů hlubkových masáží, spojených s integrací dechu podle dr. Schmitta (pro zdravotníky, rehabilitační pracovníky, psychoterapeuty, psychiatry, psychology, speciální pedagogy a další pracovníky v pomáhajících profesích)
4.-7. 10., 8. - 11. 11. a 13.-16. 12. 2001, cena: 2 040 Kč za jeden díl, 5 900 Kč při platbě celého kurzu dohromady předem.

Kontaktujte: tel.: 02/22 51 87 76, 0603 26 75 14 (Dr. Kunertová)
Čermákova 10, 120 00 Praha 2 - Vinohrady
e-mail: olga.kunertova@volny.cz

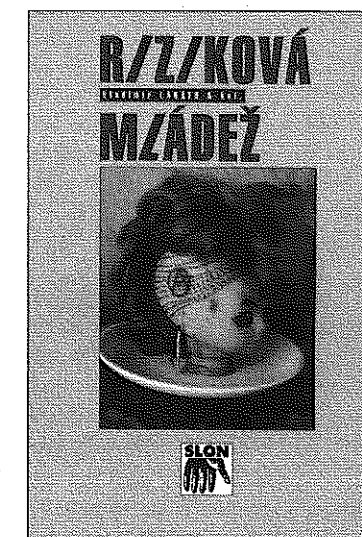


Nová příručka ▷
tzv. pozitivní psychologie

◁ První český překlad tvůrce racionálně emoční behaviorální terapie. Albert Ellis, psychiatr, svého času sám úzkostný, napsal tuto knížku o ovládnutí úzkosti z nepochybně osvětových pohnutek. A podařila se. Je srozumitelná a využitelná terapeuty i těmi, kteří se trápí. Vydalo Nakladatelství Lidové noviny (2001).



CESTA



V Sociologickém nakladatelství SLON vyšla letos příručka pro práci ▷ s rizikovými mladými lidmi (a jejich rodiči), která je zároveň studijním textem o agresivitě a sociálnosti. Spolu s V. Labáthem napsali: Ambrózová, Šmik a Štůrová.

STUDENTSKÉ ESEJE

O zralosti (nejen) terapeutů a o Dítěti v nás

(Inspirativní polemika nad pojetím G. Allporta)

Tereza Kocourková

Začnu tvrzením: Každý psychoterapeut by měl být, pominu-li vše ostatní a neměně důležité, zralou osobností. Zralost, prvořadě osobnostní, druhořadě profesní, považují za základní předpoklad pomáhajícího mezilidského kontaktu a setkávání se. Kontaktem chci zdůraznit význam zralosti v poradenské oblasti a v oblasti krizové intervence, tj. při poskytování jednorázové pomoci. Dlouhodobějším, opakovaným setkáváním se mívám význam zralosti v klinické oblasti, tj. v profesi klinického psychologa - terapeuta. Úmyslně, pro kontextové zakončení, zdůrazňuji dvě významné dimenze zralosti: stupňování, vývoj zralosti (od osobnostní k profesní) a prostor pomáhání (nejen) prostřednictvím (vy)zralosti pomáhajících. Zralost k pomáhání a zralost pomáhání. Jsem přesvědčená (ale případně konfrontaci stále ještě „otevřená“...), že posloupnost vývoje od zralosti osobnostní ke zralosti profesní nelze převrátit. Určitý stupeň nevyzralosti osobnostní bývá nepřekročitelnou propastí k vyzrávání profesnímu. Uvědomuji si ale paradox ukrytý v předchozím tvrzení. Vždyť slovo „určitý“ je značně neurčitě... Konkretizovat a specifikovat jakousi (třebaže subjektivní) hranici „určitosti“ by mělo být „figurou“ sdělení následujících řádků.

Ještě krátký dodatek k úvodu. Pomoc na úrovni laické by se měla odlišovat od pomoci odborné. Je-li ale pomáhající laik v protikladu k pomáhajícímu odborníkovi osobnostně zralejší, doporučuji (bez váhání) odklonit se od kvantitativní vzdělání a rozumění ke kvalitě zkušenosti a (po)rozumění.

Co vyjadřuje adjektivum „zralá“ osobnost psychoterapeuta? Co je jádrem zralosti coby „plodu“ individuálního vývoje? Co vše lze objevit pod „slupkou“ běžně užívaného pojmu „zralost“? Zdroj inspirace k přemýšlení mi svoji teorií osobnosti poskytl jeden ze zakladatelů humanistické psychologie G. Allport. Mírou zralosti definuje jako stupeň nezávislosti aktuálních motivací na minulosti. Slovy autorů Psychologie osobnosti: „...stupeň, do kterého vědomé myšlení a želaní získávají převahu nad nevědomou motivací, a stupeň, do kterého jsou črty nezávislé od ich povodu z dětství...“ (Hall, Lindzey, 291) Stručně řečeno, osvobodím-li se od motivů svého nevědomí a svého dětství, dosáhnou adekvátního stupně zralosti. Jak ale „donutit“ vědomí, aby odstránilo „nežádáného sourozence do kouta“? (To už autoři nezmiňují...) Jak zajistit trvalou dominanci vědomí v (bitevním) poli aktuálního prožívání a chování?

Tak tedy definitivní vítězství nad nevědomím? (S)trpěným, leč odhaleným, a tudíž neohrožujícím nevědomím...neohrožujícím moji cestu ke zralosti... A ještě jednodušeji: Jak se odpoutat od minulosti? Vědomě „přetnout pupeční šňůru“ mezi motivací a potřebami Dítěte a motivací a potřebami Dospělého? Racionální, cílevědomý Dospělý nepotřebuje na své cestě ke zralosti Dítě? Dítě zdržuje nebo dokonce brání dosahování zralosti?

Ne, nesouhlasím! Ale možná, že ani G. Allport by po přečtení těchto řetězců asociací s otázkou nesouhlasil. Mírou zralosti není vědomé vzdání se motivací Dítěte v nás. Mírou zralosti není nezávislost Dospělého v nás na svém dětství, na Dítěti, bez něhož by nikdy nedospěl. Do určité míry jsme a musíme být závislí na potřebách a motivech, vznikajících a ovlivňujících naše chování od raného dětství. Nechci tím říci „nevědomě závislí“ a bezradně, bezmocně „spoutaní dětskými potřebami“. Pokud pozorně nenaslouháme hlasu svého Dítěte, nikdy nedospějeme ke zralému, tj. laskavému a vřelému, pochopení a naplnění svých potřeb. Reakcí na pláč opuštěného Dítěte bývá přísné (po)kárání se za dětinskost. A od přísnosti k sobě (ke své potřebě pohlázení, objetí,

utišení, vyplakání) je jen nepatrný krůček k přitnutí a rigidnímu naplnění role přísného (leč domněle zralého) Rodiče-Terapeuta pro druhého Dospělého s očima vystrašeného a uplakaného Dítěte. Přísný Rodič a zralý Dospělák v jedné osobě Terapeuta (často) beze slov pokárá a odstrčí cokoliv z projevů Dítěte toho druhého (méně zralého, protože v zajetí svých dětských motivací...). Proč? Protože: jinak to nejde, jinak to neumí, jinak se to nesmí, jinak se bojí, jinak se zachová nezrale. Tak tedy přísnost a racionálnost v zájmu a jádrem zralosti... Svě i tvé...

Zralost jako nezávislost na minulosti... Nezávislost? Allport se zmiňuje o autonomní motivaci, o motivačních silách, které mají kořeny v přítomnosti a budoucnosti. Čím více jsou nezávislé na minulosti, oddělené od motivací, působících na naše chování v minulosti, tím účinněji přispívají k vyzrávání jedince. „Jednou z najužitečnějších stránek koncepcie funkční autonomie je fakt, že umožňuje relativně rozchod s minulostí organismu“ (Hall, Lindzey, 287). Rozchod s minulostí organismu! Opomenuli slůvko „relativně“, budou moje myšlenky okořeněné špetkou nadsázky (a přiznávám, že některé už byly...) Opět chci zdůraznit: „zapomenutím“ potřeb dítěte, kterým jsme kdysi byli, ohrožujeme vyslyšení potřeb Dítěte, které přetrvávají a které významně ovlivňují chování Dospělého. G. Allport se také zmiňuje o celoživotním procesu neustálého dosahování jednoty, „stávání sa viac jednotným“ (Hall, Lindzey, 288).

Vybavují se mi fragmenty pojetí jednoty dvou významných teoretiků osobnosti. E. Berne by asi zdůrazňoval sjednocování triády potřeb a motivací Rodiče, Dospělého, Dítěte. C. G. Jung by asi zdůraznil proces individuace, proces sjednocování vědomého s nevědomým, proces odhalování obsahu nevědomí, proces dosahování integrovaného já a přijímání obsahu vědomí a nevědomí. Proces dosahování jednoty si ani já nedokážu představit bez celoživotního sjednocování minulého s přítomným a budoucím. Dosažení zralosti prostřednictvím autonomie motivů ve vztahu k minulosti je podle mého názoru nemožné, neužitečné a ne-

smyslné. Snaha o dosažení (pseudo)zralosti skrze autonomii jedince na vlastní minulosti mi asociuje s rčením „nadělat více škody než užítku“. Znamenalo by to, podle pojetí G. Allporta, rozchod (nejlépe definitivní) s nevědomím, s Dítětem a dokonce i Rodičem v nás. Znamenalo by to, podle mne, oddalování se od vyzrávání. Kým bychom se po takovém rozchodu stali? Racionálními, cílevědomými, v budoucnost směřujícími ale také vlastních potřeb citu a pohlázení nevědomými, od vzpomínek-oproštěnými a ztrátou minulosti vyprázdněnými bytostmi.

Navzdory předchozí kritice považuji za užitečné a (v)hodné pozornosti, sebereflexi a sebezpytování Allportovo vymezení vlastností zralého jedince. Následující stručný výčet doporučuji všem, kdo souhlasí s tvrzením, že stupeň zralosti ovlivňuje kvalitu (nejen) pomáhajícího vztahu. Zralost se projevuje vřelostí vztahu k sobě (sebe)přijetí i mimo sebe. Ochotou k „vydání se“ druhým a vzdání se bezpečí sebeuzavření. Podílením se na utváření blízkých, intimních, laskavých vztahů. Přístupností k odlišnosti světů, v nichž žijí „ti druzí“. Porozuměním pro sebe i pro druhé. Tolerancí k nesrozumitelnému v druhém. Laskavostí ke svým i cizím nedostatkům. Trpělivostí k hranicím vlastních i cizích sil. Hledáním cest, které poskytnou setkání se sebou i s druhými. Zralým životem by se měla „tiahnuť červená nit plnej vážnosti, ktorá dáva zmysluplnosť všetkému, čo človek robí...“ (291).

Zralost není stav, zralost je celoživotní proces. Čas od času je smysluplné zastavit se, odolat vábení každodenního shonu, utišit chvátajícího Dospělého a (ne)činností kárajícího Rodiče, pohladit odstrčené Dítě a popřemýšlet. O čem? O (ne)zralém Dospělákovi, Rodiči i Dítěti v nás. O (ne)zralém přijímání (ne)vědomých procesů v nás. O (ne)zralém porozumění minulým zkušenostem a o procesu následné integrace minulého s přítomným a budoucím... O smysluplnosti naší cesty...

T. K. je studentkou psychologie v magisterském studiu na Fakultě sociálních studií MU v Brně.

Úvaha o normalitě, vědě a psychologii

Kamila Strachoňová

Následující úvaha se váže ke sloům skutečnost, pravda, norma, normalita a jim podobným. Je velmi zvláštní a zrádné, že tato slova nabývají různých významů a definic, nebo dokonce přestávají existovat, v závislosti na tom, jestli představuje jejich meta-teoretické pozadí objektivismus či subjektivismus. Pro vyjádření vztahu člověka ke světu, ke skutečnosti a normě možná neexistuje zásadnější a možná ani obecnější otázka, než-li ta po primárnosti objektu nebo subjektu, důrazu na objektivní či subjektivní realitu. Jakkoli uznávám nebezpečí chaosu a nemožnost dohodnout jakákoliv pravidla společného soužití lidí ve světě, pokud by byla východiska subjektivismu (a potažmo radikálního konstruktivismu) dotažena do krajností, domnívám se, že v psychologii a psychoterapii má takový světónázor své opodstatnění a že musí minimálně oříznout u některých psychotherapeutických směrů až skálopevnou jistotou v to, že znají definici pravdy, normality, skutečnosti a dobra.

Je to zvláště otázka po normalitě, o níž ať uvažují z těch nejrůznějších úhlů a na nejrůznějších úrovních abstrakce, vždy dojdou na klíčové místo, kde bych musela buďto přijmout všechny „patologické“ projevy za pouhé odlišnosti a charakteristiky rovnoprávných subjektivních realit, nebo objektivně vymezit, které projevy chování a myšlení jsou přijatelné, zdravé, normální a ty zbývající léčit nebo postihovat. Na obou stranách je obrovská zodpovědnost, jejíž míra doléhá zejména na představitel oboru psychologie a psychiatrie. Tyto zmatky ohledně přijetí či nepřijetí kritérií normality, vědomí jejich časové a kontextuální proměnlivosti potvrzuje řada beletristických děl.

Bez znalosti kontextu by bylo těžké porozumět charakterům jednotlivých hrdinů, kromě obecných - i hanlivých - formulek a diagnóz

např. pro Coelhovu Veroniku, Plathové mladou spisovatelku Esther, Gudmundsonova hrdinu Palliho, Whartonova Birdyho a další. Je tu pestrý příběh umožňující porozumět konkrétnímu jednání, příběh dávající mu smysl a vysvětlující často hrdinovo chování jako jediné možné východisko v situaci. Vtipně a zároveň smutně vkládá Gudmundson svému hrdinovi Pallimu do úst slova o tom, že když kritizovali Hegelovu nauku za to, že neodpovídá skutečnosti, řekl na to filosof: „Chudinka skutečnost - ta na tom musí být špatně...“. Hrdina románu dodává smutný fakt, že toto privilegium je dovoleno a tolerováno umělcům, filosofům a lidem majícím určitou moc, ti ostatní patří na „Útes“ (psychiatrická léčebna).

Domnívám se, že spousta lidí je ochotná přiznat, že norma a normalita nejsou jasné a v čase neproměnlivě vymezené pojmy, vnímají, jak se pomyslná hranice mezi normalitou a nenormalitou, zdravím a nemocí pomalu v čase pohybuje a normalita absorbuje dříve jednoznačně patologické stavy. Uznávají i důležitost společenského vyjednání normálního a nenormálního. Přesto tam, kde jejich tolerance a porozumění končí a ohrožení z nového a odlišného začíná, ohání se diagnózami, typologiemi, a na té nejběžnější úrovni komunikace slovy jako vždycky, nikdy, zlý, naschvál, nemocný, blázen, mimo, hulvát, puška a podobně.

Existují psychologové a psychiatři, jejichž snahou je - necháme stranou jejich motivy - projevy toho druhého co nejrychleji zaškatulkovat a tak jednoduše a rychle navrhnout konkrétní léčbu či psychoterapii. Podobně lidé v běžném životě diagnózou a jinou obecnou nálepkou ořezávají kontext, ten konkrétní příběh, do něhož projevy zapadají, a mohou přisuzovat člověku i další chování, pohovky a prognózu, jež se s ní obecně pojí.

Neumím si představit komunikaci mezi lidmi i mezi odborníky bez obecných označení, neumím si představit společnost, která nemá stanovenou hranici mezi normálním a nenormálním, bez definice přijatelného, trestuhodného či zdravého. Zároveň ale vidím výzvu a potenciál ve směrech jako konstruktivismus, so-

ciální konstrukcionismus nebo narativní psychoterapie právě v tom, že zdůrazňují příběh, kontext a subjektivní realitu každého konkrétního člověka a dávají tak vztahu terapeuta a klienta a jejich komunikaci jiný rozměr co do vzájemných pozic, direktivnosti, rozkrývání významů nebo platnosti klientovy výpovědi.

Nabízí se otázka, jak se takový posun k subjektivismu jako nad-rámci uvažování musí podepsat na vědě. Myšleno na vědě, s níž máme tu možnost se setkat. Problematika možnosti a pravdy v poznání má svou odezvu v teorii vědy. Podle Pstružiny je poznání a věda v současné době charakterizována konstruktivní racionalitou. Kromě jiného se tedy proces poznání realizuje alternativním vědeckým diskurzem - jinou výpovědí o skutečnosti. Jsou tak neustále konstruovány nové pravdy, nové příběhy a zmíněný autor připodobňuje konstrukci nových světů literární tvorbě a označuje charakter vědy za narativní.

Zdá se tedy, že příběh a kontext nachází svou úlohu i ve vědě. Pokud bychom ale byli důslední v takových pohledech na vědu a pravdu, jaká se pod konstruktivní racionalitou skrývá, dojdeme opět na ono klíčové místo, kde buďto přijmeme nekonečně mnoho příběhů jako možné vědecké teorie (a jelikož stanovují i kritéria své pravdivosti, nikdy s větší jistotou než jistíme jejich hodnotu, přecínáme je), nebo naopak odsoudíme jako postmoderní neurčitost a relativismus, který nikam nevede, který nanejvýš odkrývá dosud ukryté problémy a umožňuje každému předkládat svůj názor jako rovnoprávný těm druhým i bez potřebného vzdělání - jak ve svých kritikách uvádí např. Edward Wilson. Je patrné, že praxe se většinou opožďuje za teoretickými východisky.

O postmodernismu ale i konstruktivismu a konstrukcionismu a jejich metateoretickém pozadí se - zvláště v zahraničí - mluví již mnoho let, filosofie jazyka je záležitostí pocházející již ze začátku století. Přesto však těžko tyto přístupy pronikají a nahrazují stávající pojetí vědy, ačkoliv nabízí kvalitativní metodologii, narativní metodologii, analýzu diskursu, studium významů a metodologii N=1. Opět se dostáváme k tomu, že není možná obecnější otázka

než té, zda vystavíme své myšlenkové systémy a teorie na subjektivistických či objektivistických východiscích.

Může to připomínat odvěký spor racionalistů a empiristů, materialistů a idealistů a nejasné zůstává, jestli i ta nejobecnější teorie zvláště pro psychologii je s to dualismus subjektivismu a objektivismu překlenout. Kniha Teorie všeho Johna D. Barrowa se věnuje důkazům, že nelze poznat nějaký konečný soubor pravidel, na základě kterého by bylo možné vysvětlit všechny jevy ve vesmíru. Vztáhneme-li tento závěr k psychologii jako vědě o člověku a člověkem provozované, nelze než podpořit odklon od hledání obecně platných principů a kategorií pro psychické jevy bez ohledu na společenský a historický kontext.

V knize Konsilience Edwarda Wilsona převládá myšlenka přiblížení humanitních věd přírodním a jejich částečné splynutí. Na abstraktnější rovině se to může zdát jen jiným vyjádřením pro interdisciplinární spolupráci a integraci. Bohužel autor jako evoluční biolog zdůrazňuje, že význam kultury a všech jedinečných kvalit člověka můžeme pochopit pouze za podmínky kauzálního propojení s přírodními vědami. Vyhraněné stanovisko posiluje i fakt, že Wilson k přírodním vědám počítá psychologii redukovanou na fyziologickou psychologii. Ačkoliv mi myšlenka konsilience jako propojování vědních oborů, rozšiřování jejich předmětů zkoumání a integrace poznatků za účelem nových interpretací je sympatická, Wilsonovo pojetí konsilience a psychologie v rámci ní považuji za krok zpět.

Dále považuji za nutné zmínit systémový přístup Ludwiga von Bertalanffyho, jenž se osvědčil v pohledu na řadu specifických problémů v psychologii (studium rodinných systémů, nový model příčin duševního onemocnění, přístup ke komunikaci, kognitivním procesům atd.). A nejen v ní, mnoho oborů by bez nového přístupu ke komplexním systémům nevzniklo, nebo alespoň neodpovědělo na řadu svých otázek. Přínos této teorie spočívá v široké možnosti aplikace na problémy a obory, také v tom, že překračuje problém materialismu a idealismu. Z nových trendů uvedu sociální

konstrukcionismus. Představitel Kenneth Gergen ve svých pracích zdůrazňuje primárnost sociálního kontextu, sociálního vyjednání významů mezi lidmi. Troufale odsouvá obecnou psychologii až na druhé místo za sociální. Tvrdí, že poznatky obecné psychologie jsou odvozené z reálných situací sociální výměny.

Nyní k vědecké praxi. Troufnu si považovat za psychologickou vědu ten výsek, s nímž se setkávám na univerzitní půdě. Metodologii stále vládne - i přes postupné změny - kvantitativní výzkum, vědci jakoby stále nejraději hledali kauzální vztahy mezi proměnnými, společné charakteristiky pro co možná největší soubor respondentů. Dotazují se položkami bez ohledu na jejich subjektivní míru důležitosti pro respondenta, nutí ho vyjádřit míru svého sou-

hlasu číslem na vymezené škále. Aby hledaný vztah platil pro významně velkou část vzorku a aby bylo možné operacionalizovat proměnné, stávají se někdy výzkumné otázky a interpretace poněkud banálními. V prvním ročníku studia psychologie nám bylo v rámci jedné přednášky řečeno, že psychologie je vědou 21. století. Nyní stojíme na prahu tohoto století a aby bylo této předpovědi učiněno zadost, musela by zřejmě psychologie nejen na úrovni svých aplikací ale i na té nejobecnější úrovni projít nejspíše velmi radikálními změnami.

K. S. studuje psychologii na Filosofické fakultě MU v Brně. Esej byla odevzdána do předmětu „Filosofické diskuse o psychologii“, vypsaném na FSS MU poprvé ve školním roce 2000/01.

Objednejte si druhé vydání OSTROVA RODINY, knihy, kterou na půdorysu metafory, vymyšlené svého času Zdeňkem Riegreem, sepsali Z. Rieger s H. Vyháňkovou. Ostrov rodiny je dnes již klasickou, hojně citovanou originální metodou, již lze účinně léčit v rámci rodinné terapie, eventuálně pomáhat k náhledu v rámci rodinného a jiného poradenství.

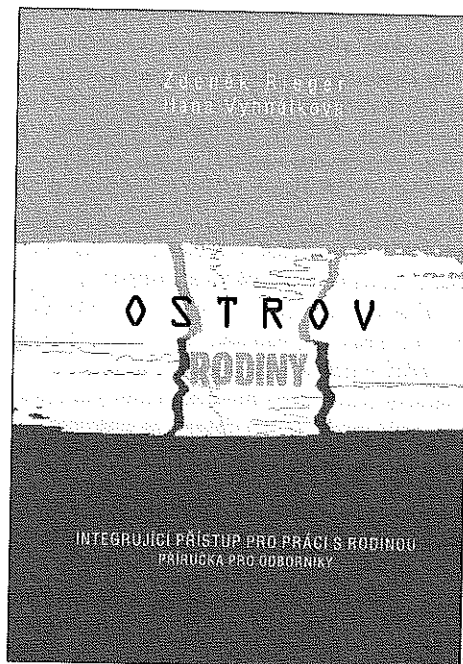
Knihy shrnuje teorii rodinné terapie ve 20. století, nabízí teorii vlastní a na podrobně vylíčených příbežích rodin dokládá využitelnost metody při různých druzích obtíží.

Druhé upravené vydání - kompletně upravené autory, doplněné předmluvou MUDr. V. Chvály a doslovem MUDr. V. Tichého.

Vychází v září 2001, rozsah 260 stran, cena asi 256 Kč.

Objednávky přijímá: Z. Vybíral, Tomkova 139, 500 03 Hradec Králové, tel.: 049 5515506

e-mail: zbynek.vybiral@uhk.cz



OHLASY

Přečetla jsem si s radostí článek Jirky Růžičky v čísle 1/2001, věnovaný životnímu jubileu Darji Kocábové. Potěšilo mě, že tak hezky představil Darju, která se sama málo prezentuje.

Představil člověka hluboce zakotveného a pevně stojícího, který může být jistou oporou právě těm nejvíce ohroženým. A zároveň ženu citlivou, laskavou, bezelstnou a průhledně a vynalézavě komunikující. Psychoterapeutku, která svou roli přijímala s plnou odpovědností a dávala jí k dispozici svým pacientům. Pracovala bez ohledu na čas a přesto nezanedbávala svou rodinu ani přátele. Zůstávala sama sebou po boku svého manžela i svých dětí v dobách dobrých i zlých. Těžkými obdobími kolem Charty procházela s hrdoostí a bez váhání. Nechala manžela i syna, aby jednali podle svého svědomí a riskovali kariéru. Se stejnou vnitřní zakotveností přijímala období, kdy se členové rodiny posunuli velmi vysoko na společenském žebříčku. Kdy by nemusela pracovat, ale mohla by se účastnit společenských večírků nebo jezdit po světě.

Zůstala však sama sebou.

Přímo mě zabolěl kdysi článek v Konfrontacích od jednoho z psychiatrů, který reagoval na Darjinu knihu. Nařkl ji ze sekundárních zisků a dalších nekalostí. Ale jakoby si sám při četbě nevsílil ničeho opravdu podstatného.

Nevnímal svědectví o člověčině v psychotherapii, svědectví o těžkém boji za lepší možnosti pro pacienty, ani téma téměř nekončící odpovědnosti za ty, kteří se nedokážou osamostatnit. Pokud jde o sekundární zisky, které obětává práce přináší, předpokládám, že je Darja mohla získávat i mnohem snadněji. Myslím, že vyvažovaly to úsilí a nezdary a pomáhaly proti vyhoření. A proč se neradovat, když se práce daří?

Při dobré práci člověk prožívá širokou škálu emocí. Psychoterapeut stejně jako jiný odborník, který se nemůže pevně ohraničit proti nečekaným krizím těch, kteří na něm v tu chvíli závisí. Každý si své hranice budujeme podle svého kréda a na vlastní odpovědnost a také s ohledem na momentální možnosti. Darja dostala do vínku mnoho a svá obdarování dokázala využít ve prospěch lidí, kteří se dostali do její blízkosti.

Já sama jsem Darju osobně potkala jednou asi ve svých dvaceti letech a jednou ve čtyřiceti. Obě setkání si pamatuji přesně. Kdybych byla někdy pacientkou psychiatrického zařízení, velmi bych si přála, aby se v mé blízkosti pohyboval někdo z odborníků, který bude mít srdce na pravém místě, odborné znalosti, jasnou hlavu, dobrou vůli a vytrvalost.

Člověka, který mi bude důvěřovat a bude se o mě rvát stejně silně jako Darja Kocábová se rvála o své pacienty a o své blízké.

Všechno dobré a hodně zdraví přeje

Eva Otterová

Brněnský institut psychoterapie

otevřít od 1. 1. 2002 komplexní psychotherapeutický výcvik v individuální psychodynamické psychotherapii dospělých.

Výcvik je určen pro lékaře a klinické psychology s uplatněním ve zdravotnictví.

Program se skládá ze skupinové sebezkušenosti, individuální sebezkušenosti, teoretického vzdělávání, supervize a závěrečného kolokvia.

Výcvikový program byl akreditován v roce 1999 komisí pro akreditaci vzdělávacích psychotherapeutických programů pro oblast zdravotnictví.

Od ledna 2002 zahájí 2 výcvikové skupiny; lektori: PhDr. Michael Šebek, CSc., MUDr. Petr Klimpl, CSc. Cena pro první rok asi 6.600 Kč.

Absolventi skupin BIP se mohou přihlásit k dokončení výcviku dalšími částmi.

Oznámení o zahájení výcviku s podrobnějšími informacemi naleznete na internetové stránce Brněnského institutu psychoterapie (<http://web.quick.cz/bip/>).

Pravidla pro výcvik v psychotherapii BIP a přihlášku obdrží zájemci na adrese bip@quick.cz. Přihlášky se přijímají do 15. 9. 2001.

RECENZE

Z německé scény

(Arist von Schlippe, Jochen Schweitzer, Systemická terapie a poradenství, Cesta, Brno, 2001, 251 stran)

Vratislav Štrnad

Arist von Schlippe je psycholog, vzdělaný v rogersovské psychoterapii, v integrativní terapii a systemické rodinné terapii. Je vědeckým spolupracovníkem na univerzitě v Osnabrücku, výcvikovým terapeutem v Institutu rodinné terapie ve Weinheimu (tento institut je nejstarším rodinně terapeutickým vývojovým pracovištěm v Německu) a současným předsedou Německé systemické společnosti. Jochen Schweitzer je soukromým docentem psychoterapie a klinické psychologie na univerzitě v Heidelbergu a výcvikovým terapeutem v Mezinárodní společnosti systemické terapie v Heidelbergu. Jeho klinickým zájmem je dětská a dorostová psychiatrie, psychosomatika a rodinná terapie. Stejně jako von Schlippe se věnuje supervizi, poradenství pro organizace a systemickému managementu.

Záměrem autorů bylo napsat učebnici a obsáhlou příručku, přinášející komplexní soubor informací o vývoji poznání v rámci různých škol psychoterapie, vycházejících ze systémových a systemických teorií, přehlednou formou představující množství osvědčených systemických praktik, ukazující šíři použitelnosti systemických konceptů a zabývající se rovněž kritikou systemické práce. Autoři nevidí zásadní teoretické nebo metodické rozdíly mezi systemickou terapií a systemickým poradenstvím. Rozdíl pro ně plynou spíše z oblastí užití: medicína, psychoterapie, sociální práce, management a politika vykazují důležitou a odlišnou „vlastní logiku“, již by se osoby činné v systemickém rámci měly smysluplným způsobem přizpůsobit. Autoři se rozhodli představit účtyhodnou šíři systemické terapie a systemického poradenství jako

„druh umění“ přesahující jednotlivé školy a přitom upozornit na sporné body, rozpory a odlišnosti. Soustředili se především na modely, diskutované od počátku 80. let.

Rodinná a systemická terapie jsou dodnes považovány za něco více než jen za další formy terapie. Techniky systémových terapií vyplývají z otázky, jak lidé v sociálních systémech společně vytvářejí svou skutečnost, které předpoklady jsou základem jejich myšlení a prožívání, jaké jsou možnosti doptat se na tyto předpoklady a „narušit“ je. Diskuse o tom, zda lze do systému klienta přímo vstoupit cílenou intervencí, anebo se k němu připojit a ve spolupráci s ním dosáhnout proměny systému, a to v zásadě nepředpověditelným směrem - sice ztratila od 70. let na vášnivosti i jisté aroganci, avšak stále zůstává výzvou k další výstavbě teorie i praxe.

Skládá se „systém“ - vlastní pracovní pole systemické praxe - z osob, nebo z komunikací? Je sebeorganizujícím se organismem v jazyce, anebo klubkem vztahových, sociálních, kulturních a politických kontextů? Autoři v tomto ohledu zastávají otevřenou pozici. Určitý teoretický model reality - systému - a jemu odpovídající rozměr praktických postojů a nástrojů je vhodné nastavit podle aktuálního kontextu praxe a otázky, jež s sebou přináší. „Skutečně může být užitečné tematizovat hierarchie, kalice a hranice subsystémů - pokud nevěříme, že skutečně existují. Právě tak může být terapeutické „narušovat“ klientský systém provokativními závěrečnými intervencemi - pokud nevěříme, že ho tak budeme moci řídit určitým směrem“ (s. 40). Tomu ostatně odpovídá základní postoj von Schlippeho - „terapie mezi setkáním a operováním s mocí“ (1995). Dodávám v návaznosti na von Schlippeho a Schweitzera: užitečné je, používá-li praktik teorii jako zdroj rozmanitosti perspektiv svého pohledu na svou praxi. Na druhou stranu, zásadní odmítání teorie a čistý pragmatismus mívají osten nepřiznané arogance.)

První třetina knihy je věnována historickému přehledu vývoje od rodinné terapie k systemické terapii a poradenství, a teorii, konci-

pované jako „hledání, vynalézání a využívání teoretických základů“. Celé dvě třetiny knihy patří praxi - mezi vědou, uměním a řemeslem. Přináší obsáhlý přehled postojů, hypotéz, systemických metod, od otázek přes metaforické techniky a komentáře po závěrečné intervence. „Pestré oblasti praxe“ je věnováno celých 100 stran knihy. Vedle tradičních oblastí psychosociální praxe je zahrnut - u nás stále ještě netradiční - systemický kontext rodinného lékařství, školy, managementu, poradenství organizací a politiky. Závěr knihy přináší aktuální přehled výzkumu systemické terapie. Výklad autorů, laskavý vůči rozdílům v teorii a praxi, občerstvovaný humornými ilustracemi a příležitostnou hravou ironizací, je systematicky doplňován bohatou citací z příslušných pramenů. Celý text pak působí jako živý dialog autorů knihy s pleiádou všech citovaných autorů.

Dovolte na závěr několik poznámek k českému vydání knihy. Na české scéně dosud existovala pouze jedna základní monografie, věnovaná systemické terapii (Kurt Ludewig, Systemická terapie, základy klinické teorie a praxe, ISZ/Pallata, Praha 1994). Ludewigovu monografii bych připodobnil k dílu osadníka, mapujícího nové území teoretického myšlení a praxe s nejvyšší úsporností, logickou důsledností a koncentrovaností. Osadník musí vystačit s životně nezbytným minimem nosné teorie (Maturana, Luhmann) a metodických nástrojů (rozpouštění „problémového systému“). Musí učinit zásadní rozhodnutí, co může být v „novém světě“ dost životaschopné (s vědomím jisté omezenosti takové pozice)... Po léta v Česku chybí přehledná a širšímu okruhu odborníků a studentů srozumitelná publikace, mapující stav tohoto oboru s dostatečnou otevřeností a lehkostí, aby se v něm dalo dlouhodobě dýchat a produktivně žít, též v sousedství a ve spolupráci s jinak zaměřenými kolegy.

Na podnět a vydavatelskou iniciativu Josefa Zemana (Společnost pro výcvik v psychoterapii) jsem nakonec vybral tuto knihu, v Německu velmi populární a vyhledávanou. Následovaly dva roky překladatelské píle Jany

Flachowské, doprovázené mou podporou, zejména s ohledem na český systemický jazykový konsensus. Knihu chápu jako dar brněnské Společnosti pro výcvik v psychoterapii domácí odborné veřejnosti poradců, terapeutů, sociálních pracovníků, lékařů, pedagogů, koučů a studujících daného oboru. Přeji jí do života mnoho barevných dětí, které se rodí v smíšených manželstvích, v lásce a toleranci vůči nejrozličnějším „jinakostem“...

V němčině dále vychází...

Dross Marget: Krisenintervention (Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2001, 96 stran)

Jan Vymětal

Svým rozsahem útlá, avšak obsahově závažná a velmi užitečná kniha. Proces ústí ve stav duševní krize, tedy vnitřní nestabilitu je něčím, s čím každý dospělý člověk učinil nebo učiní osobní zkušenost. Současně duševní krize znamená ohrožení, zvláště při jejím spojení s depresí a v případě, že není jedinci poskytnuta včasná pomoc. Tato pomoc může mít ráz péče laické (druhého pozorně vyslechneme, poskytneme pozitivní citovou odezvu a podporu, pomůžeme konkrétním činem) a pokud nestačí, přichází ke slovu pomoc odborná, o níž tato knížka pojednává.

Autorkou je zkušená psychologička pracující již více než 30 let v Centru psychologického poradenství a psychoterapie v německém Braunschweigu. Zároveň vyučuje to, co v praxi dělá, na místní technické univerzitě.

Knihy je rozdělena do osmi kapitol. Závěrem pak čtenář nalezne seznam použité literatury a dodatek obsahující odkaz na devět diagnostických nástrojů týkajících se detekce úzkosti, deprese, závislosti, sociální podpory, stavů beznaděje a nebezpečí sebevražedného jednání. Druhý dodatek tvoří schéma po-

stupu, jímž se poměrně rychle a snadno orientujeme v situaci člověka, jemuž poskytujeme profesionální odbornou pomoc.

V dalším textu jen velmi stručně zmíním jednotlivé kapitoly.

1. Popis krize. Zde je vymezen stav krize a její časový průběh. Popsány jsou jak momenty krizi vyvolávající, tak okolnosti důležité při jejím zvládnutí a překonávání (např. předchozí zkušenost klienta, jeho materiální, sociální a osobní zdroje).

2. Pojetí krize. V druhé kapitole nás Drossová seznamuje se všemi hlavními teoretickými přístupy k problematice krize, jež se v praxi osvědčily jako výkladové modely. Dozvíme se o fázích jednotlivých typů krizí (krize traumatické, krize vývojové a související se změnami v životě jedince), informujeme se o dvoufaktorovém konceptu zvládnutí vývojových krizí, zdůrazněny jsou závažné životní události, kognitivní přístup atd.

3. Diagnostika a indikace. V této kapitole jsme provedeni procesem rozhodování, jenž ústí v zahájení krizové intervence, či naopak v předání do jiné odborné péče (např. psychiatrická hospitalizace). Diagnostika zde tedy znamená proces rozhodování s výsledným přiřazením ohroženého člověka do péče určitého a v jeho případě optimálního typu. Volba konkrétního postupu pak záleží na klinickém obrazu, závažnosti destabilizace, významu krize pro klienta, ovšem také na jeho sociálním prostředí, pracovních možnostech apod.

4. Léčba krize - obecné zásady intervence. Při prvním kontaktu posoudíme další konkrétní postup. Navážeme s klientem hodnotný (důvěryhodný) vztah, zajistíme jeho základní životní potřeby a podmínky (např. přes sociální úřad), emočně jej stabilizujeme a společně s ním řešíme jeho problémy. Mezi jednotlivými setkáními je vhodné dávat klientovi „domácí úlohy“, jejichž cílem je ulehčení v jeho subjektivní situaci (např. obohacení života o pozitivní zážitky). Krizová intervence obvykle trvá tři až čtyři měsíce, v rámci nichž se uskuteční asi deset setkání. Často plynule přechází v psychoterapii. Klienta nesmíme ani po ukončení intervence ztráčet ze zřetele a zveme jej

ke katamnestickým kontrolám (i po více měsících), jež jsou profylaktického charakteru.

5. Léčba krize - speciální techniky Interventione. Pátá kapitola nás ve zkratce seznámí s řadou konkrétních technik, které lze aplikovat vedle „techniky“ základní, jíž je psychotherapeutický rozhovor a vztah. Pojednáno je kupříkladu o pozitivní stránce krize, vedení „krizového deníku“, o technikách relaxace, focusingu, měnění zkrleslého vnímání a hodnocení a o protistresovém programu.

6. Zvláštní případ - nebezpečí suicidia. Je konstatováno, že úmrtí následkem sebevraždy patří v západních zemích mezi deset nejčastějších příčin úmrtí. Mezi diagnosticky nejvýznamnější příznaky suicidálního chování patří deprese, závislost na alkoholu a psychotické onemocnění, dále pak pokročilý věk spojený s osamělostí. I náznaky sebevražděného jednání je třeba brát vážně a klienta, jenž sám sebe ohrožuje je nutno neprodleně hospitalizovat.

7. Vybrané případy krizových reakcí. V předposlední kapitole nás autorka uvádí do problematiky hlavních zdrojů a obrazů psychických krizí. Současně se dozvíme, jak v takových případech poskytovat odbornou pomoc. Zvláštní pozornost je zde věnována problematice znásilnění, úmrtí blízkého člověka, chronickým onemocněním a postižením, osamělostí, partnerským krizím a rozvodům, dále pak krizím vázaným na ztrátu zaměstnání i delší nezaměstnanosti. Nejsou opominuty ani poruchy osobnosti či výrazně špatná sociální a ekonomická situace klienta, případně i jeho rodiny.

8. K organizaci krizové intervence. Péči o osoby v duševní krizi je žádoucí organizovat tak, aby byla lidem v nouzi reálně k dispozici psychiatrická, psychotherapeutická a sociální služba v každou denní a noční dobu. Jako vzor péče o osoby v duševní krizi je uvedeno Holandsko, kde nepřetržitě pracují „regionální instituty ambulantiho duševního zdraví“ zahrnující i krizová centra (včetně návštěvních služeb a návaznosti na psychiatrické nemocnice). Nejtěsnější spolupráce je s policií, hasiči a záchrannou zdravotní službou. Autorka upozor-

ňuje, že v souvislosti s nebezpečím sebevražděného jednání je třeba věnovat zvláštní pozornost lidem zavinivším vážnou dopravní nehodu a těm, kteří provedou trestný čin (samozřejmě nemá na mysli kriminální typy). Značný význam při poskytování péče lidem v psychické nouzi mají rodinní lékaři a telefonické linky důvěry.

Podle mého názoru je knížka přínosná zejména v tom, že ve srovnání s obdobnými publikacemi podává přehled (byť jen velmi stručný) hlavních psychologických teorií vzniku duševní krize. Též zdůraznění protektivních faktorů psychické labilitity (tzv. osobní, instrumentální, sociální a materiální zdroje) je pro praktickou pomoc velmi důležité.

Knížka je psána srozumitelně a čtivě, lze ji proto doporučit i německy čtoucím laikům. Její výhodou je obsahová vyváženost a střízlivost, naopak nevýhodou občasná značná stručnost až zkratkovitost. Psycholog a lékař se z ní dozví, jak se duševní krize klinicky projevují a jakým způsobem je třeba postupovat při poskytování první psychologické pomoci a následné krizové intervenci. Laik si po přečtení práce může odnést poznatek, že duševní krize je zpravidla vázána na prožitky osamělosti a bezvýchodnosti situace. Proto jedinec v duševní krizi nesmí zůstat subjektivně sám a je zapotřebí mu neodkladně zprostředkovat odbornou péči.

Péče o osoby ohrožené duševní krizí (tedy i sebevraždou) má u nás již bohatou tradici tvořenou zejména sítí telefonické služby první pomoci (tzv. linky důvěry, linky naděje). V současné době je tato tradice rozvíjena jednak zakládáním specializovaných telefonických linek pomoci (např. pro osoby trpící bolestí), dále pak vytvářením krizových intervenčních center.

Ještě zbývá dodat, že i v českém jazyce bylo na téma duševní krize vydáno několik knížek. Jistě bude produkce tohoto typu pokračovat, neboť se jedná o oblast opravdu závažnou, kdy lidský život bývá ohrožen.

Psychotherapie im Dialog - Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie (Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, ISSN 1348-7026)

Dnes už dost dobře není možné být plně informován o novinkách v jakémkoliv vědeckém oboru. To se samozřejmě týká i psychologie a psychotherapie. Stále nové knižní i tradičně tištěné časopisecké tituly různé odborné kvality, stejně jako nedozírné možnosti internetu vedou k informační záplavě, jíž se lidé (včetně výzkumných týmů) mohou snadno „zahltit“ a „utonout“ v nich. Zde je třeba upozornit i na nové informační technologie, kterými se lze okouzlit; naivního člověka až oslní a jak je známo, oslněný člověk přestává vidět. Proto je i pro odborníka důležité si nalézt spolehlivé a kriticky myslící „zdroje“ upozorňující na skutečně hodnotné příspěvky v cestě za poznáním, jež v případě psychotherapie jsou významné i pro pomoc druhému člověku trpícímu zdravotními obtížemi a nežijícímu dle svých pozitivních možností. Laik je vždy vydán na milost a nemilost odborným publicistům a jejich serióznosti (i neserióznosti).

Mezi doporučeníhodné zdroje informací patří i v minulém roce založený časopis *Psychotherapie im Dialog* vycházející 4x ročně. Vydává ho okruh pracovníků sdružených kolem filozofa a psychologa M. Broda a lékaře W. Senfa. Určen je, jak již název napovídá, psychotherapeutům - zejména těm z praxe. Jeho cílem je umožnit komunikaci „napříč“ psychotherapeutickými přístupy a školami. Každý sešit je zaměřen na určitý problém, jenž je střízlivě zpracován významnými odborníky z různých úhlů pohledu. Závěrem pak najdeme pokus o srovnání přístupů se snahou nalézt jejich společné jmenovatele a komplementy.

Pravidelnou součástí časopisu je seznam novější knižní literatury k tématu v německém jazyce, doporučeny jsou v mírném množství i internetové adresy, které se zpracovanou oblastí bezprostředně souvisí. Časopis (a to je vždy osvěžující) přináší i rozhovory s předními odborníky.

Dosud vyšly sešity zpracovávající posttraumatickou stresovou poruchu, paniku, hraniční poruchy osobnosti a skupinovou psychoterapii. V příštích číslech recenzovaného časopisu redakce slibuje čtenářům nabídnout bulimii, sexuální poruchy, deprese, chronická somatická onemocnění a psychózy.

Prof. PhDr. Jan Vymětal přednáší psychoterapii na 1. lékařské fakultě UK v Praze.

Z DOPISŮ REDAKCI

Ďakujem za zaujímavé a inšpirujúce čítanie. Veľmi sa teším na každé nové vydanie - ešte ma nesklamalo.

(Jana Bryjová, Poprad)

SOFT

oznamuje všem terapeutům a zájemcům o systemickou a rodinnou terapii, že na výroční členské schůzi dne 10. 10. 2000 bylo původní občanské sdružení Společnost pro podporu a rozvoj rodinné terapie průběžně transformováno do občanského sdružení s registrovaným názvem

SOFT a s podtitulem: Society of Family Therapy, Společnost rodinných a systemických terapeutů.

SOFT sdružuje odborníky různých profesí pracující v oblasti rodinné a systemické terapie a zastupuje je v mezinárodních organizacích EFTA a NFTO.

Vytváří národní standardy rodinné terapie, zajišťuje akreditační proces, pečuje o vzdělávání a supervizi v rodinné a systemické terapii. Dále podporuje publikační činnost, výzkumné programy, pořádání přednášek a sympozií.

SOFT řídí pětičlenný výbor ve složení:

Jan Knop, Zdeněk Macek, David Skorunka, Jan Špitz a Miroslav Vyhánek.

Ve smyslu nových stanov byla zvolena i odborná rada ve složení:

Šárka Gjuríčová, Vladislav Chvála, Zdeněk Rieger, Ludmila Trapková a Hana Vyháňková. Revizní komisi tvoří Magdalena Loumová, Božena Sulženková a Alena Zemanová. Národní delegátkou pro NFTO byla potvrzena Šárka Gjuríčová a jejím zástupcem byl zvolen Ivan Skalík.

Všem zaregistrovaným členům původního sdružení byly zaslány nové stanovы a pravidla placení členského příspěvku, který byl schválen ve výši 350 Kč za kalendářní rok.

Protože vedením členské evidence byl výborem pověřen Jan Knop, hlásí se noví zájemci o členství na jeho adrese:

**Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch,
Jáchymovská 286, 46010 Liberec 10.
Výbor SOFT - Centrum rodinné terapie
V úvalu 84, 150 00 Praha 5 - Motol**

VIDĚNO OČIMA

MUDr. Davida Skorunky

Nenaplněná láska, neporazitelný bojovník, nesmrtelná legenda. Tento podtitulek výstižně, ale nikoli úplně charakterizuje snímek, který již před uvedením v našich kinech předcházela opar výjimečného díla.

Jedná se o historický opus *Tygr a drak* (zjednodušený překlad původního názvu *Krčící se tygr a skrytý drak*) tchajwanského režiséra s čínskými kořeny Anga Leeho, známého v našich končinách díky jeho adaptaci románu Jane Austenové *Rozum a cit* nebo psychologickým dramatem *Ledová bouře*.

Přestože jde takřka o banální příběh, jeho zpracování na pozadí nádherných čínských scénérií s filozofickým podtextem konfucínského období a zvýrazněný mimořádnými výkony herců většinu z diváků vtáhne do Číny, která podle slov režiséra „nikdy neexistovala jinde, než v jeho fantazii“.

Prozrazení dějové linie filmu by připravilo potenciálního návštěvníka kina o celkový zážitek a některá překvapení. Stačí jen zmínit, že osudy dvou hlavních postav důkladně zamotá dívka, o jejíž neobyčejný talent (i duši) svedou nesmiřitelný boj síly dobra i zla (reprezentované legendární dvojicí Li Mu Baie a Shu Lien a jejich protivníkem Nefritovou Liškou). Její mladistvá pýcha vyvolává zprvu shovívavost a nakonec neblahou předtuchu. Pevným odhodláním vymanit se z přísné společenské tradice připomíná dravou, nespoutanou řeku, která s sebou stáhne i nepřemožitelné bojovníky zocelené jak duchovními praktikami tak náročným bojem. Je to všechno samozřejmě mnohem komplikovanější, ale nemohu a nechci na tomto místě ze zápletky více odhalit.

V žádném případě však *Tygr a drak* nepatří jednoznačně do žánru kung-fu, ačkoli je to na některých místech avizováno. Vyložené násilné momenty jsou zde všehovšudy dva

a přes četné souboje ve stylu kung-fu je film na hony vzdálen akčním snímkům, na které jsme zvyklí od současné hollywoodské produkce. Samotné bojové scény (mimořádně dokonale natočené), které se střídají v plynulém rytmu s chvílemi klidu a pomalé konverzace mezi hlavními představiteli, jakoby ani neměly s bojem nic společného. Však také někteří „krvežízniví“ diváci dávají svůj názor na uměleckou hyperbolu najevo halasným smíchem. Poetické ztvárnění boje tu evokuje tanec, to neustálé prolínání protikladů, které trvá od počátku věků a jehož cílem není vítězství jednoho a porážka druhého, nýbrž nepřetržitý koloběh života. Hudbou k tanci je pak neobvykle libozvučný mandarínský dialekt čínštiny, neboť film je ponechán v původním znění s titulky.

Přesto je to smutný příběh (nebo ho tak vnímá jen pisatel těchto řádků?), jehož hrdinové pozdě zjišťují, že cesta v duchu ušlechtilých ideálů nemusí znamenat životní naplnění. Zvláště když to, po čem nevědomě toužíme, je tak blízko. Navíc se ukazuje, že na některé lidské city vnášející světlo do jinak strastiplného života je krátká i meditace na okraji civilizace. Potlačení osobních tužeb ve prospěch neúprosného osudu a tradice je typické právě pro východní filozofie, dnes tolik módná a uctívané lidmi, kteří však pocházejí ze společnosti, kde je možnost svobodné volby a individuality na prvním místě.

Ať už je to jakkoli, nic to nemění na tom, že film *Tygr a drak* je prostě krásný. Jeho krásu tvoří nejen vybraní herci, ale i úchvatné přírodní obrazy širokých plání, vrcholů hor nebo vyprahlé poušti Gobi. Jenom zavřít oči a nechat se větrem odnést tak daleko a doufat, že se ocitneme v centru dění této teskné, ale dechberoucí staročínské legendy...

To další snímek, který poutá v našich kinech pozornost, *Otesánek*, je z úplně jiného soudku. Ano, řeč bude o posledním filmovém počínání českého surrealisty Jana Švankmajera, autora snímků *Něco z Alenky*, *Lekce Faust* či *Spiklenci slasti*. Režisér si vzal tentokrát na paškál téma zdánlivě nedotknutelné - touhu

ženy po dítěti a jako inspirace mu posloužila klasická česká pohádka s téměř hororovými prvky.

Už z prvních scén je zjevné, že tvůrcům nebude opravdu nic svatě. Mateřský pud je zde ztvárněn na hranici karikatury a to nejen díky uměleckému „rukopisu“ Jana Švankmajera, ale především vynikajícím výkonem Veroniky Žilkové. Její postava matky toužící po dítěti za každou cenu je esencí naprosté posedlosti, která zaslepuje a nehledí na oběti.

Jde snad o první film, kde mateřství dostává takhle na frak a bylo by zajímavé zjistit, co při sledování některých scén prožívají ženy-matky, nebo ženy, které na svou první ratolest teprve čekají. Ne nadarmo je totiž film na některých plakátech uváděn s varováním „Nevhodné pro těhotné ženy“. Apropó moje přítelkyně film shlédla v pátém měsíci těhotenství a popírala jakýkoli negativní vliv snímku na její duševní rovnováhu. To prý manžel se údajně vrátil na sedadle a po skončení toho martyria trpce zalitoval, že už dlouho neviděl nějakou odpočinkovou komedii.

Přitom se nedá říci, že by se nebylo čemu smát. Ušetřeno totiž není ani mužské pohlaví. Je to smutné, ale zdá se, že muže nejčastěji nalezneme schovaného za novinami, či před televizí s plným talířem a nezbytným „lahváčem“. Jediné, co vytrhne muže z jeho světa, jsou první neodbytné známky dospívání vlast-

ní dcery. Děvčátko mluvící jako kniha, zaujaté při večeři četbou Sexuálních dysfunkcí skrytých před zraky rodičů v obalu Erbenových pohádek, by svými bonmoty a zvědavými dotazy jistě vyvedlo z míry jiné národy, než je prototyp otce v podání Pavla Nového. A to vynecháme postavu „seniora“ pana Žlábků, jehož projevy dosud nevyhaslého chťiče spolehlivě pobaví většinu přítomných v kinosále.

Přestože je Otesánek považován kritiky za nejdřívější a také pro široké vrstvy nejstravitelnější Švankmajerův kousek, nemusí to platit pro každého. Pravda, ubylo animace typické pro předchozí Mistrovy snímky, i když ani v tomto případě nepřijde divák zkrátka. Zato některé scény přímo bují naturalismem a nechybí ani obligátní detaily nejrůznějších tekutin, výměšků a jiné podobné výjevy, které citlivější povahy snesou pouze s velkým sebezapřením.

Nicméně film stojí za to vidět, už jenom z toho důvodu, že počet neplodných párů u nás spíše narůstá. Výkony všech herců (Otesánka nevyjímaje) jsou mimořádné, a to včetně roličky Arnošta Goldflama, který, coby gynekolog-porodník, dává v krátké scéně tušit, že některé způsoby komunikace v našem zdravotnictví přetrvávají. Takže suma sumárum, pokud si film dostatečně nevychutnáte, Otesánek si vychutná vás.

KONFERENCE: SOCIÁLNÍ PROCESY A OSOBNOST

Ve dnech 4. - 5. října 2001 proběhne v Brně třetí ročník konference „Sociální procesy a osobnost“, kterou pořádají ve spolupráci Psychologický ústav Akademie věd ČR, Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy Univerzity, Ústav experimentální psychologie SAV v Bratislavě a Spoločenskovedný ústav SAV v Košicích. Konference je věnována současnému základnímu i aplikovanému výzkumu v oblasti psychologie osobnosti sociální psychologie. Uzávěrka přihlášek je 10. září 2001.

Bližší informace o konferenci, včetně formuláře přihlášky, jsou k dispozici na internetu www.phil.muni.cz/psych/konference.html nebo na adrese Sociální procesy a osobnost 2001, Psychologický ústav AV ČR, Veveří 97, 602 00 Brno, tel., fax: 05/ 41636179, e-mail: spo@psu.cas.cz.

INSTITUT PRO SYSTEMICKOU ZKUŠENOST a CENTRUM HERMÉS

otevírají 11. října 2001 komplexní psychotherapeutický výcvik

Umění terapie

750 hodin výcviku v systemickém přístupu k psychoterapii

Komu je výcvik určen

Výcvik je určen pro psychotherapeuty, manželské a rodinné poradce, psychology, pedagogy, lékaře, sociální pracovníky a další odborníky v pomáhajících profesích.

Náklady na výcvik

Cena celkem 52.000 Kč (-70 Kč/hod.), tedy asi 13.000 Kč za jeden rok.

Zájemci o výcvik obdrží přihlášku a návrh smlouvy obsahující podrobné informace o výcviku a podmínkách jeho absolvování.

Informace pro zájemce

Výcvik byl akreditován ČPS jako komplexní

program vzdělávání v psychoterapii ve zdravotnictví.

Svým rozsahem a strukturou splňuje kritéria psychotherapeutického výcviku stanovená Evropskou Asociací pro Psychoterapii (EAP).

Lektorský tým: MUDr. Olga Kunertová, Mgr. Zdeněk Macek, MUDr. František Matuška, PhDr. Vratislav Strnad, Mgr. Ivan Úlehla

Přihlášky a veškeré další informace

ISZ, Máchova 23, 120 00 Praha 2

tel./fax: 02 / 225 204 67

e-mail: umeni-terapie@isz.cz

www.isz.cz/umeni-terapie