

EDITORIAL

Jsem si jist, že čtenáře, který si najde čas a přečte si všechny terapeutické a kongresové příspěvky v tomto čísle (sešlo se jich hojně), napadne také: kolik podob má účinná psychoterapie? Bude to možná poznání povzbuzující. Snad pocítí, že k některým druhům psychoterapie má blíž, a třeba také to, že některý druh ho irituje či mu nerozumí nebo nevěří. Ale i to bude dobře. Tento časopis je konfrontační. A tak je znovu naplněním jeho poslání, že zde najdete úvahy o „sémantickém poli“ v rodině (o zvláštním poli, jež má své posloupnosti, polarity, normy a odchylky) a vedle toho stručnou zprávu vydanou po holotropním dýchání s pacientkou. Že si přečtete druhou část přehledu o ekletickém psychoterapeutickém systému a hned poté krystalicky čistý příspěvek fenomenologický.

Je to povzbuzující: psychoterapie může mít podobu jazykového šermování a ohledávání řeči a jejích sekvencí (Chvála, Trapková), může mít podobu pevně daného systému, v němž se nevyklučuje interakční a hlubinně interpretační práce s racionálním poučováním (Kryl), může mít podobu hyperventilačních cvičení i trpělivých analýz snů a rovněž terapeutových vlastních sebereflexí (Růžička). Psychoterapie totiž hraničí (a prostupuje se) s filosofií - nejvíce snad s fenomenologií, hraničí s lingvistikou a kybernetickým a systémovým uvažováním, samozřejmě s medicínou... Je to někdy práce lékařská, jindy sociální, je to někdy trpělivá léčba a jindy jazyková diplomacie, v níž jde o to „okouzlit“ a skrze okouzlení si získat respekt a důvěru (Chvála, Trapková). Je to zase jindy dlouhodobé, více tiché spolubytí a poodhrnování proměn času. Anebo psychogymnastika, relaxace, dýchání... Popírají se všechny ty formy? Snad ne. Jen úzkoprsé lpění na jedné jediné, despekt k ostatním a vynášení „toho svého“ do „nebe“, z něhož by samozvaný bůh rozhodoval a soudil, by bylo záhubné.

Možná však pozorného čtenáře přesto napadne něco, nad čím zpozorní, ba co ho i zne-

klidní (alespoň mne to potkalo velmi silně v Moskvě a potkává stále častěji): nevpašují mnozí do psychoterapie také něco, co do ní už nepatří, co psychoterapeutickému vztahu, vztahu mezi svébytným Já a stejně svébytným Ty, už škodí a ubližuje? Co ubližuje pověsti psychoterapie jako takové? Je na scéně praktikujících směrů také něco, co už psychoterapií není? Nechávám bez odpovědi, byť zkusmé odpovědi (třeba od vás, čtenářů) bych rád v tomto časopise také otiskl.

Je příslovečnou náhodou (či zákonitostí), že tak široké panoráma příspěvků a přístupů - nemohly mezi nimi chybět články o léčbě závislých - se sešly v čase významného jubilea. Doporučuji pozornou četbu článku doktora Popova, který probírá dílo Jaroslava Skály velmi zhuštěně a střizlivě. Myslím, že nejhezším dárkem je to, že časopis i tentokrát funguje „po svém“ a neoslavuje nad míru, že integruje mnohé a různorodé do jednoty. Vždyť toto Skála dělal celý život. Před ničím se neuzavíral a výsledky měly podobu léčivé a opravdu účinné syntézy z řady zdrojů a inspirací.

Vlastně bych mohl napsat, že také on vpašoval do české medicíny a psychoterapie něco, co do ní ve své době nepatřilo. A tak mě ještě napadá: kdo vlastně je arbitrem toho, jak, jakými metodami, jakými způsoby pomáhat druhým žít bez psychického onemocnění, respektive kvalitněji, spokojeněji? Takové soudící ambice si tento časopis sice neklade, přesto v něm najdete i tóny ostře kritické. Bez kritičnosti není zdravého rozvíření myšlenek a změn, vedoucích k něčemu lepšímu. Všude tam, kde se nepěstuje kritičnost, se rychle rozšíří buď beznázorová bezduchost (ze zbabělosti nebo z rezignace) nebo falešná spokojenost. Kdo se v kterémkoliv z oborů činnosti vyhýbá kritičnosti, ten tomuto oboru škodí tím, že ho umrtvuje na místě.

Budete-li mít cokoliv k obsahu právě tohoto čísla, napište to. I kdyby to byla jen souhlasná (nebo také nesouhlasná) glosa. Diskuse a výměna názorů má pořád, i ve věku e-mailového a mobilního - a bohužel často velmi povrchního - propojování se, velkou cenu.

Zbyněk Vybíral, 14. srpna 2001 v Hradci Králové

JUBILEUM

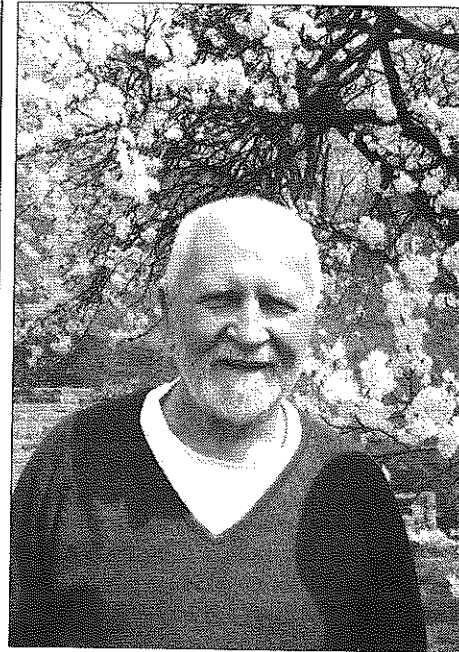
**Doc. MUDr. Jaroslav
Skála, CSc.
- 85. narozeniny**

Petr Popov

Motto: „Alkoholologie je moje profese, psychoterapie moje hobby.“

Jaroslav Skála se narodil 25. května 1916. Zvláštní symboliku lze spatřovat ve skutečnosti, že tento zakladatel české alkoholologie se narodil ve městě piva - v Plzni. Možná to je jedním z důvodů, proč se o Skálovi (zejména mezi jeho pacienty) tradovalo, že měl sám problémy s alkoholem. Představa mladého muže, holdujícího nezřízeně plzeňskému byla patrně pro řadu lidí stejně přitažlivou fantazií, jako pro jiné představa přísného askety, kategoricky odmítajícího a odsuzujícího všechny radosti života. Osobně jsem přesvědčen, že Jaroslava Skálu je možno objektivně hodnotit jako člověka vášnivého, nadměrná konzumace alkoholu, ani jiných návykových látek však mezi jeho vášně nepatří. Některé z jeho opravdových vášní měly patrně u něj v průběhu života až charakter abúzu (např. práce, cestování a sport - zejména běhání), nikdy však nedosáhly stupně závislosti. Naopak - v přeneseném významu - lze říci, že to, oč (v případě alkoholu) marně usilovaly celé generace jeho pacientů, se Jaroslavovi (v případě jeho „vášně“) podařilo: učinil z nich „zdraví prospěšné návyky“ a naučil se úspěšně jejich „kontrolovanému užívání“.

Co bylo u něj zdrojem těchto „návyků“? Bezpochyby významnou roli hrály „faktory genetické“. Jak sám uvádí, byly to „geny, o které pečoval a nešlapal po nich“ - schopnost, vytrvalost a trpělivost jeho předků, projevující se u něj obdivuhodnou pracovitostí v průběhu profesionální kariéry. Jistě k nim lze počítat fyzickou zdatnost a pohybové nadání, které od mlá-

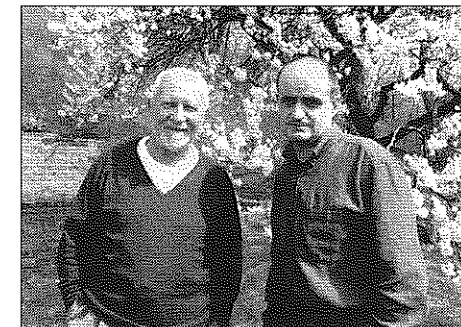


dí rozvíjel. Sport se tak rovněž - celoživotně - stal jedním z jeho hlavních („vášnivých“) návyků. Konečně i počátky jeho „vášnivé“ záliby v cestování a poznávání nových krajín lze vystopovat v dětství. Ve 20. letech se totiž - díky zaměstnání jeho otce - často stěhovali. V roce 1925 dokonce až do Jugoslávie, kde otec pracoval tři roky jako vrchní inženýr v železárnách blízko Sarajeva. Později se stal expertem Škodovky a pobýval často mimo republiku. Také Jaroslav Skála (již jako vedoucí lékař protialkoholního oddělení) často na dlouhé týdny Apolinář opouštěl a cestoval. Během svého života navštívil téměř čtyři desítky zemí.

Kombinace výše zmíněných dispozic se nejdříve projevila v oblasti sportovní. Ve dvanácti letech, jako sekundán reálného gymnázia, vstoupil Skála do tělocvičné jednoty Sokol. Sokolu zůstal věrný celoživotně. V šestnácti letech cvičil na Strahově na všesokolském sletu, počínaje rokem 1932 se zúčastnil (do roku 1948 aktivně) všech sletů a spartakiád. Byl rovněž zakladatelem TJ Sokol Apolinář. V mládí se aktivně věnoval různým spor-

ovním odvětvím, nejvíce lehké atletice a cyklistice, s kamarády i sám projel na kole velký kus Evropy.

Po maturitě na gymnáziu v roce 1935 začal studovat lékařskou fakultu v Praze. Současně se přihlásil také ke studiu na Institutu tělesné výchovy a sportu, který úspěšně absolvoval v roce 1939. V tomtéž roce - po okupaci republiky - nacisté uzavřeli české vysoké školy. Skála tak nejprve nastoupil jako profesor tělocviku na reálce v Plzni, lékařskou fakultu dokončil po osvobození republiky. Promoval v roce 1946, poté se ucházel o místo na interní klinice profesora Hynka. Vzhledem k tomu, že se Skála v průběhu studií oženil s kolegyní medicou Emilou a měli v té době již dvě děti, považoval jej pan profesor za neperspektivního. Měl totiž zájem o někoho, kdo by byl ochoten trávit na klinice čas od rána do večera. Profesor Hynek netušil, že odmítá přijmout lékaře, který v budoucnu bude trávit na pracovišti celé dny a noci. Poté, co neměl volné místo ani profesor Král v novém Ústavu tělovýchovného lékařství, šel se Skála zeptat na pražskou psychiatrickou kliniku profesora Myslivečka. K psychiatrii měl vztah díky vynikajícím přednáškám, které slyšel během války.



Skála + Popov

Vzhledem k tomu, že psychiatrie tehdy nepatřila mezi nejvýhledavější obory, byl přijat a stal se posléze lékařem s nejdélsím nepřetržitým působením na pražské psychiatrické klinice v poválečném období. Od nástupu na kliniku v srpnu roku 1946, včetně dalšího působení na protialkoholním oddě-

lení kliniky - v Apolináři - až do odchodu do důchodu v roce 1982 tak zde byl činný 36 let.

Krátce po nástupu na psychiatrickou kliniku v srpnu 1946 došlo k události, která měla rozhodující význam pro další vývoj Skálovy profesionální dráhy. Profesor Hořejší, který Skálu pozval v červnu 1945 na valnou hromadu Československého abstinentního svazu, mu nabídl, aby se zúčastnil první poválečné konference o alkoholizmu, která se měla konat v září téhož roku v Bruselu. Rozhodla zejména skutečnost, že Skála uměl kromě němčiny dobře francouzsky. Na konferenci byl nejmladším z více než stovky účastníků. Z referátů zahraničních kolegů dospěl k závěru, že alkoholizmus působí problémy celosvětově a že by to mohla být i pro něj jako budoucího psychiatra zajímavá oblast profesionálního zájmu.

Po návratu z konference proto začal v klinické knihovně hledat novinky v odborné literatuře, týkající se problematiky alkoholizmu. Záhy narazil na informace o společenství Anonymních Alkoholiků, kteří od roku 1935 vyvíjeli činnost v USA. S kolegy z psychiatrické kliniky rovněž začal diskutovat o možnosti aplikace nových metod léčby alkoholizmu. Výsledkem jejich diskusí bylo krátce na to (v roce 1947) zahájení averzivní léčby emetinem (proslulé „blinkačky“). Prvním pacientem, který tyto „blinkačky“ absolvoval a následně úspěšně abstinovat, byl pan Stanislav Kotulán. Stal se také prvním předsedou socioterapeutického klubu, který Skála založil 5. února 1948 pro pacienty a absolventy odvykací léčby. Klub lidí, usilujících o střízlivost (KLUS) byl inspirován formou svépomoci a myšlenkami amerických Anonymních Alkoholiků (AA), zejména usilováním o střízlivost.

(Bohužel jen za několik dní nato, 25. února 1948, zvítězila v naší zemi komunistická ideologie, pro kterou byly nepřijatelné spirituální prvky, obsažené v programu „12ti kroků“ AA. V praxi to znamenalo nemožnost oficiální, otevřené činnosti AA v Československu až do sametové revoluce v roce 1989. V prosinci 1989 se sešla v Apolináři první malá skupinka lidí, kteří u nás zahájili činnost AA.)

Založení KLUSu, jehož členové se scházeli jednou týdně v Ústavu národního zdraví v Praze na Vinohradech, tak předcházelo vlastněmu založení protialkoholního oddělení „U Apolináře“. K této historické události došlo 10. září 1948, kdy do budovy, sousedící s kostelem sv. Apolináře, přišel doktor Jaroslav Skála spolu s několika pacienty - alkoholiky z psychiatrické kliniky. Pacienti si přinesli postele a Skálovi psací stůl aby mohl začít ordinovat (první den na zahradě). Takto nenápadně, v několika málo místnostech, zahájilo činnost protialkoholní oddělení, které se následně stalo centrem vzniku a vývoje celého nového oboru medicíny u nás.

(Rozšiřování prostor nového oddělení probíhalo pozvolna a bylo svým způsobem - zejména s ohledem na charakter činnosti oddělení - poněkud pikantní. Další místnosti, ve kterých byly následně zřizovány další pokoje pacientů a pracovní totiž získával Skála „výměnou za drogu“. Konkrétně se jednalo o kávu ze zahraniční potravinové pomoci - UNRA. Vždy za jeden kilogram kávy získal Skála jednu místnost od správce budovy.)

V následujících letech Skála se spolupracovníky postupně vypracoval komplexní léčebný program, režim a systém doléčování, který se stal vzorem pro další nově vznikající oddělení pro léčbu závislosti na návykových látkách u nás i v zahraničí. Některé prvky programu byly zcela unikátní. Tak například v roce 1951 inicioval Skála zřízení protialkoholní záchytné stanice, která v podobě zdravotnické instituce byla prvním zařízením svého druhu na světě. Po vzoru pražské záchytky pak vznikala podobná zařízení u nás i v zahraničí. Svoje aktivity v oblasti prevence a léčby závislosti na alkoholu neomezil Skála jen na Apolinář. Bez nadsázky jej lze považovat za zakladatele alkoholologie v naší zemi. Spolu s dalšími (Rubeš, Urban, aj.) postupně rozšiřoval oblast odborného zkoumání, prevence a léčby závislosti. Zcela ve shodě se zahraničními odbornými trendy druhé poloviny dvacátého a začátku 21. století tak stáli u zrodu moderní adiktologie - oboru, který se zabývá výzkumem, prevencí a léčbou závislosti na psychoaktiv-

ních látkách a jiných zdravích škodlivých návyků a který, kromě pevného zakotvení medicínského vytváří předpoklady pro potřebné přesahy. Skála založil a v letech 1956-1981 vedl Sekci pro otázky alkoholismu a jiných toxikomanii, v roce 1993 spoluzakládá Společnost pro návykové nemoci v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

Výčet odborných adiktologických aktivit docenta Skály by byl velmi rozsáhlý, mj. je autorem více než 140 vědeckých prací domácích i zahraničních, včetně tří monografií.

Zásadní je rovněž Skálova činnost v oblasti psychoterapie. Sám označuje alkoholologii za svoji profesi a psychoterapii za svoje hobby, ale během jeho činnosti v Apolináři se psychoterapie stávala stále významnější a posléze elementární složkou terapeutického programu. Pro Skálův vlastní psychotherapeutický vývoj byla významná účast na psychotherapeutických týdnech v Lindau, kde byl celkem patnáctkrát. Spolu s Jaroslavem Rubešem a Eduardem Urbanem založil SUR - dynamicky zaměřený a skupinově i komunitně pojatý vzdělávací model v psychoterapii. V letech 1968-1997 zakládá, či spoluzakládá celkem 20 sebezkušenostních výcvikových komunit (představuje to 50 skupin s více než 500 frekventanty za účasti 50 párových terapeutů). Od roku 1953 pracoval v psychotherapeutické sekci Psychiatrické společnosti, jejím vedoucím byl pověřen v roce 1982. Podílel se na vytvoření samostatné Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii a vedl ji do roku 1994. Zkušenosti z desetileté činnosti Pražské psychotherapeutické fakulty hodlá spolu se svými kolegy využít při založení Školy pro psychosociální studia. V období života, kdy nejaktivnější senioři studují univerzity třetího věku, tak Skála aktivně vysokoškolské curriculum tvoří. Napadne-li čtenáře nad tímto - velmi zestručněným - přehledem profesionálních aktivit Jaroslava Skály otázka jak to vše mohl zvládnout a přitom nevyhořet, nabízím odpověď, která je současně i mým přáním k jeho jubileu. Je to apolinářské heslo, určené pacientům, kterým se Skála sám řídil. Takže - i nadále - Jaroslave: „Ber a dávej!“

PSYCHOTERAPIE: LÉČBA, POMOC, METODY

Má každá rodina jiný jazyk?

Chvála & Trapková

Během dvacátého století se dramaticky proměnil poměr mezi silami moci v rodinách. V dlouhodobé perspektivě při práci s rodinami v transgeneračním modelu můžeme pozorovat řadu klinických příkladů těchto probíhajících změn. Ačkoli lze tyto změny ilustrovat na mnoha různých úrovních a v rozličných způsobech pohledu na společnost, při práci s rodinami si všímáme především proměn fenoménů v mužském a ženském jazyce a jejich vlivu na separační procesy. Vycházíme z klinické práce s početnou skupinou rodin s poruchami příjmu potravy, ale i s mnoha dalšími psychosomatickými symptomy, u kterých bývá separační proces často komplikován nebo se dokonce zastavuje.

Od původní polarizace dvou mocenských rodičovských strategií, totiž **láskyplné akceptace na jedné a vyžadování řádu na druhé straně**, došlo podle našeho pozorování k jejich **rozptýlení a zmatení** mezi matkou a otcem. Vzniká tak nejasné rozložení moci v rodině, znejasnění hranic a rolí se všemi důsledky pro vývoj dětí. V populaci přibývá nedospělých otců a matek neschopných přizpůsobovat svůj jazyk ve prospěch dítěte, zatímco jeho vývojové potřeby jsou determinovány biologicky. To bývá zdrojem komplikací v růstu.

Je to právě dítě, které po narození proměňuje jazyk rodiny. Dospělá matka regreduje až na preverbální úroveň s dítětem, aby jej dále provázela nově vznikajícím jazykem-světlem. Tak vzniká bezesporu intimní prostor rodiny. V něm se s novým členem odehrává znovuzrození jazyka. Rodina je nucena komunikovat s širokým mimorodinným okolím obecnějším jazykem, do kterého zasívá své novo-

tvary. Právě odchylkami od normy, novotvory, novými významy a výkladem smyslu se liší jazyk každé jednotlivé rodiny od ostatního jazykového prostředí. Celý proces odznění jedinečného jazyka dítěte až po obecně srozumitelnou řeč probíhá živelně v oscilacích mezi dvěma polaritami ženského a mužského světa. V jedné polaritě nabízí vnitřní svět rodiny dítěti akceptování všeho, co tvoří, a ve své druhé polaritě vyžaduje proměňování dítěte ve prospěch obecnějšího jazyka. Tím postupně uvádí dítě do širších světů. Zároveň jej tím také chrání před nepřiměřenými nároky dospělejšího světa, ke kterým dítě ještě biologicky nedozrálo.

V terapeutickém kontextu nabízíme možnost použití tradičních prostředků rodinné a systémické terapie s respektem k proměnám a k rozložení mocenských ohnisek v rodinném systému, což zvyšuje efektivitu naší práce především v obdobích separace. Femininní a maskulinní síly v obou rodičovských postavách se projevují v jazykových fenoménech, které lze rozpoznávat, a s ohledem na stupeň dosaženého vývoje rodinného systému v separačním procesu podporovat nebo tlumit při terapii. Efektem bývá mizení psychosomatických příznaků u více členů rodiny současně.

Význam jazyka pro vývoj rodinného systému

Máme-li porozumět klinické zkušenosti s rodinami v transgeneračním pohledu, je třeba přijmout předpoklad, že každá rodina je tvořena jiným, vlastním jazykem. Pokud bychom poukazovali jen na verbální složku sémantického pole rodiny, těžko bychom někoho o takovém tvrzení přesvědčili. Rodiny se na první pohled v národním jazykovém prostředí ve slovní zásobě liší jen málo.

Rozumíme-li však jazyku jako systému kódování, který přiřazuje významy posloupnostem událostí, pak vidíme, že verbalita je jen pověstná špička ledovce, jehož podstatnou část pod hladinou nevidíme. Rádi bychom navázali na úvahy Romana Jacobsona, který usiloval o pochopení fenoménu jazyka ve všech jeho projevech. On ukazoval, že není možné jazyk

vyčlenit z ostatního lidského chování, protože celek tohoto chování je vždy signifikantní.¹¹

Kdo jiný než rodinný terapeut by mohl do-
svědčit, že médiem rodinného prostředí je ja-
zyk, přesněji celé sémantické pole. To si lze
představit jako neustálé přiřazování významů
všem možným posloupnostem událostí. Selekt-
ivní výhoda takového chování je nejspíš v tom,
že čím lépe odhaduji význam posloupnosti,
tím pravděpodobněji odhadnu další krok
událostí. Svět se mi stává vyzpytatelným.

Tak když se např. nejprve setmí a pak si jde
maminka lehnout, je noc a bude se spát. Když
si jde lehnout za dne, je nemocná, budu se mu-
set sám o sebe postarat. Nebo jindy, když už
na schodech voní pečeně, slyším hudbu z rá-
dia a nebyl jsem ve škole, doma se chystá slav-
nostní oběd, budu se mít dobře. V jiném přípa-
dě může být celá sekvence ohrožující, protože
mě zase budou nutit do jídla. Když voní jídlo,
ale tatínek se tváří nebezpečně, něco se asi
stalo a matka si bude otce udobřovat. V tako-
vém případě je bezpečnější jít z cesty.

Když jde pán do koupelny, kde na sebe stří-
ká vodu, potom se pomalu obléká, snídá, dává
mi žrádlo, bere si aktovku, cinká klíči a bere
vodítko, půjdu s ním do práce. Čeká mě ra-
dostný den. Pokud vstává za tmy, nervózně
pobíhá bytem, bere a pokládá různé předmě-
ty, za běhu jí, bere si na sebe věci, které pách-
nou jinak, něco mi neklidně vysvětluje u dveří,
nebere vodítko, znamená to, že budu muset
být doma, přestože také cinká klíči. Budu se
příšerně nudit a není jisté, jestli pánička ještě
kdy uvidím. *Smutný pes.* Neumíme si předsta-
vit, že by také domácí zvířata nepřipravovala
sledu událostí významy na základě své zkuše-
nosti. Na nich, stejně jako na dětech je dobře
vidět neklid, pokud se odehrává nová, dosud
neznámá posloupnost, která zatím nemá vý-
znam. Jsou zmatení, snaží se uhodnout další
vývoj.

Sehranost domácího zvířete s jazykem rodi-
ny je někdy tak nápadná, že majitele psů lze
jen těžko přesvědčit, že jejich miláčci nemyslí
tak jako lidé. Zvířata v domácnosti dokládají
existenci něčeho, co bychom mohli nazvat sé-
mantické podloží rodiny, bohaté soustavě zvu-

ků, pachů, světla, barev, pohybů, souhybů, tva-
rů, prostorových vymezení a omezení, které se
vyvíjejí v kratších či delších cyklech. Tvoří tak
nezaměnitelnou spleť sekvencí, kterým ten, kdo
zde žije, přiřazuje významy. Protože velkou
část všech těchto událostí produkují další živí
tvorové v prostoru soužití rodiny, jsou si všich-
ni vzájemně jediným interakčním polem,
ve kterém je přiřazování významů a hledání
konsensů (kon-sens) v kontextu (v kon-text) hlav-
ní náplní. Vrcholem této společné činnosti
je vznik specifické formy kódu - mluveného
jazyka.

Takto definované sémantické prostředí ro-
diny je vždy jedinečné. Vyvíjí se interakcí všech
účastníků a na jeho vývoji závisí prospěch kaž-
dého z nich. Dospělí jedinci-rodice komunikují
obecným jazykem s širokým okolím rodiny-svě-
tem, a na druhé straně mezi sebou domácím
jazykem. Ten se neustále vyvíjí podle potřeb
celého rodinného systému jako živý organiz-
mus. Někdy je tento vnitřní jazyk rodiny tak
odlišný, že kontakt s okolím vyžaduje překla-
datele. *Dobře to bylo vidět v rodině, kde bylo
dítě mocnější než rodiče a trvalo na své „děštině“,
tedy nesnažilo se napodobit zvukové po-
sloupnosti podle rodičů, ale přiřazovalo vý-
znamy svým vlastním posloupnostem zvuků -
„slovům“. Slabí rodiče se jeho řeči naučili, dobře
mu rozuměli, ale „cizincům“ museli překládat.
Tento stav chránil dítě před nároky okolí a zá-
roveň účinně bránil separaci od matky.*

Tvrzení, že na vývoji sémantického pole zá-
visí vývoj všech účastníků, není nadnesené.
Schopnost porozumět smyslu stále složitějších
posloupností událostí, vyžaduje neustálý tré-
nink. Přiřazování smyslu, kódování, jde pomalu
a rozvíjí se od nepatrných rozdílů, odlišitelných
od pozadí. Událost, třeba pohyb tmavého pru-
hu v modravém poli, může být podle okolností
ryba ve vodě, pták na nebi, záhyb sukně nebo
obrázek auta v televizi. Kódování začíná jistě
již prenatálně, ale bouřlivě se rozvíjí po poro-
du ve světě bohatém na podněty. Od prvních
tělesných pocitů zimy, světla, hladu se rozvíjí
přiřazování významů. Od prvních okamžiků
života se vytváří základní významy, které se
budou rozvíjet do neuvěřitelné košatosti,

do takových detailů, jakých jsme my lidé
v rozlišování schopní. Proto je tak zásadně dů-
ležitá každá událost v raném dětství. Celá
koruna významů vrůstá do kulturního prostředí
a současně jej utváří. Rozumíme světu tehdy,
kdy předvídáme posloupnosti událostí, kdy je
kódujeme takovými významy, že z chaosu svě-
ta před námi vystávají rozlišitelné jednotli-
vosti a my umíme odhadnout vývoj. Říkáme pak,
ano, to znám. S ostatními se setkáváme díky
konsensu, zmocňováním se společně přijatel-
ného kódování, v pravém slova smyslu „hledá-
ním společného jazyka“, vyjednáváním toho,
co můžeme spolu sdílet, a to je provázeno po-
citem soundléžitosti, pocitem, že „sem patří“,
„tento svět mi není cizí“.

Dobře to lze ilustrovat na hudbě. Ta je také
celá sémiotickou oblastí založenou na zvuko-
vém médiu, ve které přiřazujeme posloupnos-
tem zvukových událostí významy na rozdíl
od řeči nepojmenovatelné. Hudbě rozumíme
tehdy, kdy odhadujeme další vývoj posloupnosti,
třeba rytmu. To je nejjednodušší posloupnost,
kterou můžeme sdílet s ostatními velmi snadno,
stačí v rytmu s ostatními tleskat. Posloupnost
tónů tvoří melodii a ta je lahodná, když ji umí-
me předvídat. Taková hudba nám připadá
známá, ta v nás vyvolává pocity soundléžitosti
se světem. Proto je také hudba, která se nám
může líbit, zpočátku velmi jednoduchá. Čím
zkušenějšími jsme posluchači, tím více se rozvíjí
naše schopnosti rozlišovat další a další mož-
né variace a posloupnosti. Pocity rozumění
a mírného překvapení z neznámého sledu udá-
lostí nám poskytuje hudba stále nová, ale sty-
lově ještě blízká. Jsme-li v rozvoji hudebního
chápání ještě u Dvořáka, může nás zaskočit
a i znechutit Stravinskij.

Dítě se zmocňuje celého neverbálního pod-
loží, především pachového, zvukového, tepel-
ného. Vyzná se v tomto protosvětě rodiny. Vše-
mi svými smysly se zmocní fyzikálních základů
světa k ověření. Teprve na tomto podloží bude
stavět svou verbalitu, schopnost učit se význa-
mům zvukových sekvencí v kontextu dialogu.
Postupně se vyděluje zvukový kanál, ve kte-
rém se objevují zvukové posloupnosti - řeč. Celý
další vývoj bude mít dialogický charakter.

Ke každému vývojovému úkolu bude muset hle-
dat vztah s vhodným člověkem, ke kterému by
mohlo mít důvěru, a který by odpovídal na jeho
otázku. Tak se začne zmocňovat také světa
k ověření.

Je velmi důležité, že matka regreduje vedle
dítěte na jeho úroveň. Objeví přitom své pre-
verbální zkušenosti. Rozvine svou intuici, naučí
se odhadovat, co dítě potřebuje. Uspokojuje
jeho potřeby, láskyplně ho ošetřuje a akceptu-
je všechno, co dítě dělá. Postupně však dítě
potřebuje překonávat překážky, které ho nutí
k dalšímu růstu. Stále častěji se objevuje něco,
co vyžaduje od dítěte určité chování. V sousta-
vě se objevuje vyžadující, strach budící ohnis-
ko. Samo o sobě by vývoj zastavovalo. Pouhé
vyžadování, vynucování, trvání na pravidlech
a řádu, zastavuje tvořivost. Ta je naopak po-
tencována akceptováním, přijímáním a pod-
porou. Obě potence jazyka jsou obsaženy jis-
tě i v neverbálním sémantickém podloží. Jako
je rytmus základním projevem řádu, chaos
a pestrost vyzývají k tvořivosti. Už u malých
dětí je vidět rozdíl v chování. Chlapci vyzývají
svět k reakci, experimentují mimo svůj vnitřní
svět, prostřednictvím experimentu kladou oko-
lí otázky. Více tzv. zlobí, jejich aktivita je obrá-
cená navenek. Děvčátka prožívají více uvnitř
sebe, činí jiná rozlišení bez zevní akce, spíše
mentální operací a vcítěním, jsou tzv. hodnější,
spíše situaci akceptují. Obě pohlaví se liší způ-
sobem, jímž si svět osvojují, činí rozdílná rozli-
šení.

Kdybychom to ilustrovali zase na hudbě,
naprostý zvukový chaos, třeba ladění orches-
tru, sice obsahuje nekonečný potenciál hudby,
ale nedá se poslouchat, je to hluk. Teprve řád,
který vstoupí do chaosu, dává vystávat sro-
zumitelným posloupnostem, tvarům, souzvukům,
stavbě skladby. Rozkoš z hudby začínáme
na pomezí řádu a chaosu, kdy jsme stále pře-
kvapování, ale ještě rozumíme, v místě oscila-
ce mezi akceptujícím těžištěm chaosu (vše
je možné) a vyžadujícím těžištěm řádu (toto je
nutné). Ne nadarmo je za vrchol lidské tvořiv-
osti považována Bachova hudba, neuvěřitel-
ný řád v chaosu. Hrající strojek nás neuspoko-
jí. Pouhý vyzpytatelný řád je mrtvý.

Nemoc jako příběh

Úvahy o jazyce jako živoucím médiu každé rodiny vycházejí především z naší klinické praxe. Je-li jazyk v nejšířším slova smyslu tím podstatným prostředím, ve kterém vzniká jedinec, je nutné se zmínit ještě o významu příběhů v životě rodiny. Když se dítě učí mluvit, tedy přiřazovat významy zvukovým posloupnostem s nekonečným množstvím kombinací, začne se postupně zmocňovat větších celků. Propracovává se k rodinným mýtům, které nabízejí výklady světa specifické pro danou rodinu. Členové rodiny potvrzují svou soundéžitost tím, že sdílejí dominantní příběhy ze své minulosti, často je stereotypně opakuji. Příběhy tak dostávají signální význam. Teprve tehdy, když jednotlivec začne chápat po svém dominantní příběhy, které mu byly tradicí předkládaný k uvěření, a když si to navíc dovolí vyslovit, začíná se vydělovat z rodiny.

Příběhem samozřejmě může být i to, jak se oblékáme obvykle v tom či onom počasí, co se sluší nosit do kostela, jak se chovat v přítomnosti dámy, co se smí a nesmí ve škole, jaký druh výchovy je žádoucí nebo jak se dosáhne ve společnosti úspěchu. Významným příběhem je i sdělování toho, co je správné jíst a co je nezdravé. Nejruznější tzv. „zdravé dietní systémy“ slouží nepochybně hlavně separaci od původního kmene rodiny.

Některé druhy příběhů signalizují specifické významy např. posloupnost událostí tělesných a psychických projevů vytváří specifickou sémiotickou oblast zdraví a nemoci. Z celku ohromného množství probíhajících dějů v organizmu jsou do vědomí přivedeny jen určité sekvence událostí, od kterých jsou ostatní jevy disociovány. Sekvence dostane význam a jméno. Tak např. únavě, bolestem svalů a kloubů, pálení sliznice hrdla můžeme přiřadit význam chřipky, když jsme si nevěšili příznaků smutku v souvislosti s potlačenu událostí. Děláme výběry z komplikovaných posloupností a podle předpokládaného významu jednotlivé nemoci pojmenováváme.

Medicína, sémantická oblast specializovaná na zdraví a nemoc, pak provádí další selekci a přiřazování významů při vytrhování

z celku. Pomocí experimentů vyděluje stále jemnější detaily z nekonečně strukturované skutečnosti a v zorném poli se tak ukazují další a další tzv. klinické jednotky. Klinická zkušenost je zvláštní soustavou příběhů o tom, jak kdo stonal a co mu pomohlo. Tradicí se tyto příběhy předávají. V čínské medicíně se například adept lékařského umění nejprve sedm let učí zpaměti všechny příběhy, které byly generacemi lékařů zaznamenány. Evropská medicína sice vymezila z obecné řeči svůj vlastní specifický pojmový aparát vycházející ze západní vědecké tradice, podstata studia klinické medicíny je však stejná jako v Číně - reprodukování příběhů.

Čím léčíme?

I my v roli terapeutů máme k dispozici jazyk, kterým se více či méně úspěšně přidáváme k jazyku rodiny. Nejprve se domlouváme obecným jazykem, který „si drží svět od těla“, neumožní čist individuální kód. Teprve když „jazykováním“ vyjednáme konsensuální oblast a vytvoříme důvěryhodný vztah, můžeme se ponořit do větší hloubky rodinného jazyka. Zpravidla je nám nabídnut některý z dominantních příběhů. Na něm je testováno, zda jsme ochotni přijmout tento výklad světa. (V ordinaci lékaře to může být příběh o tom, kdo se proč rozstala. Tak jsme např. vyslechli příběh o tom, jak dcera, když jí bylo 13 let, odešla proti vůli rodičů na koupaliště, tam se jí dostal do střevo neznámý parazit a od té doby strašně zhubla). Osvědčíme-li se, je nám dovoleno příběh převyprávět alternativním způsobem. Pokud nejsme dost okouzlení, důvěryhodní, spolehliví, pokud si nevytvoříme vztah, nebude mít náš alternativní příběh naději ovlivnit rodinný systém pacienta.

Jak vlastně léčíme? Obecně lze říci s Hanzem Liebem, že nemáme jinou možnost než pacientovi rozšířit zorné pole.²⁾ Totiž znovu vybrané sekvence událostí, jimž byl přiřazen význam, integrovat do ostatních souvislostí. Je pravděpodobné, že to, čemu říkáme rozšiřování zorného pole, když popisujeme osobní vývoj, neznamená nic jiného, než zcitlivování pro ony neverbální hlubiny jazyka, které před-

stavují sémantické podloží rodinného systému. *Pacientku, která od desíti let trpí žlučovými kolikami, ale nemá vůbec ponětí o zlosti, kterou rodinná interakce neustále produkuje, je třeba přivést k náhledu na tuto silnou emoci a naučit ji vyjadřovat jiným způsobem. Léčitelny je ten pacient, u kterého se podaří soustavu jeho výkladů narušit a reintegrovat. Převyprávět mu jeho dominantní příběh o symptomech a jejich souvislostech věrohodně jinak.*

Jestliže „šermujeme“ jazykem naslepo hlava nehlava, také se něco stane. To děláme často, říkáme tomu konfuse. *Měli jsme klienta, čtyřicetiletého muže, který přišel s tím, že nikdy neměl pohlavní styk. Byl zdatný sportovec, měl vlastní dům i auto, ale na ženy smůlu. V jediném sezení terapeut vyslovil nejméně dvacet různých hypotéz, co všechno by mohlo být ve hře. Za měsíc přišel pacient poděkovat, byl v pořádku. Systém si našel po konfusi vlastní cestu.*

Můžeme se přidávat naslepo k jazyku rodiny a svým systemickým vše rozpouštějícím jazykem zpochybňovat zavedené významy, rozhybávat ztuhlé struktury, až povolí a klient si sám si najde cestu vývoje. Můžeme však také otázkami hledat, v jaké fázi vývoje se rodinný systém nachází a pokusit se porozumět rodinnému jazyku. To se zdá být těžké, ale ukazuje se, že čím více zkušenosti s rozdílnými rodinami máme, tím více můžeme jednotlivé rodině porozumět. Hledáme odpověď na otázku, co právě tato rodina potřebuje, více chaosu nebo více řádu? Co je v této situaci potřebnější? Svým jazykem pak můžeme podpořit to nebo ono mocenské těžiště jazyka. Breulin ukázal, že vývoj vede skrze oscilace mezi nižším a vyšším vývojovým stadiem, které se v příznivém případě utlumí.

Rozlišujeme-li dvě těžiště v jazyce, vyžadující i akceptující, a obě považujeme za důležitou součást rodinného systému, přidáváme se v terapii smysluplně na jednu nebo na druhou stranu podle okolností a tak dopomáháme ke změně tím, že nově vyvažujeme v rodině mocenské poměry mezi ženským a mužským jazykem. Terapie pak není jen chápající a akceptující, někdy je velmi podstatné přidat se

naopak k polaritě vyžadující a podmiňující. Toho snadněji dosáhneme ve dvojici terapeutů, muže a ženy, ale docela dobře lze oběma polaritami vládnout i v jedné osobě, podobně, jako si musí situačně poradit i jen samotná matka nebo otec vychovávající dítě. V každém případě je však třeba obě polarity jazyka přijmout jako cenné a užitečné, ani jednu nediskvalifikovat. To nám umožní se k jedné či druhé modalitě připojit a zesílit ji nebo oslabit, podle potřeby.

POZNÁMKY:

- ¹ Eco H.: Mysl a smysl, Vize 97, Praha 200, str. 14.
² Lieb Hans: Psycho-somatika: nerozlišitelný celek, interaktivní interakce, nebo strukturálně sdružená koevoluce? Z. system. Theor. 10/4 (256-267, 1992) (Úplný překlad lze nalézt v Kontextu IX-2-1993)

MUDr. Vladislav Chvála, vedoucí lékař libereckého Střediska komplexní terapie pro léčbu psychosomatických poruch a psycholožka PhDr. Ludmila Trapková již několik let pracují rovněž (a tedy nejenom) terapeuticky i ve dvojici. Působí jako výcvikové lektoři a supervizoři.

Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě pro závislé

Ivana Radimecká, Josef Radimecký

Úvod

V České republice pracuje 15 terapeutických komunit pro drogově závislé, z nichž většina vznikla po roce 1995. Jedná se o poměrně nová zařízení, která stále dotvářejí své programy práce s drogově závislými, jejichž součástí by měl být i strukturovaný model práce s rodinnými příslušníky závislých. Nabízí se otázka, proč pracovat i s rodinami klientů.

Klientům se v terapeutické komunitě dostává dlouhodobé, strukturované a intenzivní péče. Nabízí se srovnání s „dlouhou plavbou“, jejíž účinky jsou vnímány jako totožné s dlouhým pobytem v nějaké komunitě (Černoušek, 2001).

Ty jsou jednoznačně uzdravující, protože přerámčují dosavadní životní způsoby a nastolí něco nového. Rodinným příslušníkům není v terapeutických komunitách poskytováno zdaleka tolik péče, času a prostoru, jako klientům při jejich „dlouhé plavbě“.

Vycházíme-li však z bio-psycho-sociálního modelu pojetí závislosti, kde sociální prostředí a vzájemné vztahy v rodině hrají nezanedbatelnou roli, je aktivní účast rodin v procesu léčby a resocializace závislých nezbytná. Pokud závislý po absolvování programu terapeutické komunity změní své chování a jednání, ale vrátí se do nezměněného, z nějakého důvodu patologického rodinného prostředí, je velká pravděpodobnost, že si svoji změnu v ustrnulém rodinném systému neudrží a navrátí se k původnímu chování před nástupem do léčby. Proto by práce s rodinnými příslušníky klientů měla být nedílnou součástí programu terapeutické komunity, stejně významnou jako je práce s drogově závislými klienty.

Potřeba práce s rodinnými příslušníky klientů naráží na skutečnost, že naprostá většina programů [14] jsou tzv. vesnické terapeutické komunity. Klienti do nich přicházejí z celé republiky, což možnosti spolupráce s rodinami klientů znesnadňuje. Pro vytvoření efektivního modelu práce s rodinnými příslušníky v komunitách je proto třeba mít nejenom jasně definovanou východiska a mít zmapovány jejich potřeby ale i příležitosti, při nichž lze práci s nimi uskutečňovat.

Teoretická východiska práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky v TK

Závislost jako symptom

Celá řada teorií závislosti (např. biologická, psychodynamická, behaviorální, sociálního faktoru, automedikace, adaptace versus nemoc, interaktivní atd.) se věnuje dílčím příčinám a nepopisuje závislost jako systém. Tak vlastně závislost nedefinuje. Je to jako popisovat "horečku" uvedením výčtu možností, jak je možné ji dostat. Závislost, stejně jako horečka, je stav vyvolaný mnoha faktory, které spolupů-

sobí a mohou se navzájem posilovat. Kooyman (1993) definuje závislost jako symptom skryté poruchy, jejíž povaha může být psychická, interpersonální a/nebo sociální.

Bio-psycho-sociální model závislosti

Světová zdravotnická organizace definovala interaktivní model drogové závislosti (Edwards a kol. 1981). Ta je považována za bio-psycho-sociální syndrom podmíněný složitým systémem faktorů, jež mohou vznik závislosti vyvolávat, spolupůsobit a současně závislé chování udržovat.

Podobně Uchtenhagen a Zimmer-Hofler (1981) považují za příčinu vzniku závislosti narušenou rovnováhu mezi vnějším tlakem, vnější podporou a autonomií jedince. Když jeden z těchto faktorů převládne nebo není dostatečně přítomen, prožívá člověk stres, jenž překonává užíváním drog a tak zdánlivě nachází dočasné řešení problémů. Pod vlivem drog se cítí dobře i přes zneklidňující, nudné nebo bolestivé prožitky osobního, sociálního nebo interpersonálního původu.

Bio-psycho-sociální /-spirituální (Kudrle, 1993) model závislosti je nečastěji užívaným výchozím modelem závislosti pro práci se závislými v českých terapeutických komunitách.

Teorie závislosti zaměřené na rodinný systém

Pro vytvoření modelu práce s rodinami závislých v terapeutické komunitě jsou významné i teorie zaměřené na rodinný systém. Ty považují závislost za výsledek patologické rovnováhy rodinného systému. Role závislého v rodině odvádí pozornost od jiných problémů a drží ji pohromadě, závislé dítě se stává předmětem společného zájmu všech jejích členů. U adolescentních uživatelů drog může závislost souviset s opouštěním domova, kdy se u rodičů i dítěte objevuje strach ze separace. Drogová závislost je cesta k pseudo-nezávislosti a pseudo-individuaci (Stanton a Todd, 1982). Podle Van der Kolka (1992) vede raná traumatizace dítěte rodiči k vytvoření „negativní vazby“. Rodiče zůstávají nejdůležitějšími bytostmi, i když dítě dospěje. Děti si nevytváří

Účinné terapeutické faktory podle Yaloma - v pořadí podle významu dle subjektivního hodnocení rodinných příslušníků klientů terapeutické komunity White Light I. (Radimecký, 2001):

Pořadí	Terapeutický faktor	Charakteristika použitá v dotazníku
1.	Univerzalita	Zjistil/a jsem, že nejsem se svým problémem sám/a.
2.	Identifikace	Pomohlo mi, že jsem mohl/a jako ostatní otevřeně hovořit o osobních problémech a dělat i další pro mne ohrožující věci.
3.	Katarze	Naučil/a jsem se vyjádřit své pocity.
4.	Dodávání naděje	Povzbudilo mne, když jsem viděl/a, že někomu pobyt v komunitě pomohl.
5.	Znovodehrání rodinných témat	Více jsem porozuměl/a tomu, jak to bylo u nás doma.
6.	Sebepoznání	Objevil/a jsem a také přijal/a některé své dosud neznámé nebo nepřijatelné vlastnosti.
7.	Vedení	Někdo z přítomných mi ukázal jasné řešení mého problému.
8.	Altruismus	Bylo pro mě důležité, že jsem mohl/a pomoci druhým.
9.	Existenciální faktory	Postavil/a jsem se tváří tvář životu, chtěl/a bych začít žít více upřímně a být méně spoután/a malichernostmi.
10.	Skupinová soudržnost	Patřil/a jsem do skupiny lidí, kteří mi rozuměli a brali mě.
11.	Interpersonální učení-výstup	Cítím, že víc důvěřuji skupině a ostatním lidem.
12.	Interpersonální učení-vstup	Dozvěděl/a jsem se, že občas matu ostatní tím, že neříkám to, co si opravdu myslím.

normální vrstevnické vztahy a mají problémy opustit domov. Závislost bývá rovněž spojována s ranou separací a hyperprotektivitou rodičů (Tennat a Bernardi, 1998) nebo hyperprotektivitou na straně jednoho z rodičů (nejčastěji matky) a citovou neangažovaností druhého rodiče (zpravidla otce). Podle Reillyho (1976) rodiče málo oceňují pozitivní chování dětí, značnou pozornost naopak věnují jejich negativnímu chování. Tyto teorie se při práci se závislými a jejich rodinami potvrzují, nelze je však používat obecně. Při práci s klienty a jejich rodinami je vždy nezbytné zohlednit jejich individuální situaci a potřeby.

Začlenění rodiny do léčby drogově závislých

Kolébku novodobých terapeutických komunit pro závislé jsou USA. V prvním období rozvoje terapeutických komunit pro závislé ve Spojených státech byla komunita považována za novou rodinu závislého - náhradu za rodinu, kterou nikdy neměl (De Leon a Beschner, 1976). O původní rodině se předpokládalo, že má na členy komunity negativní vliv a přinejmenším prvních několik měsíců byly kontakty mezi členy komunity a rodinou zne-možněny. I v českých terapeutických komunitách je zákaz kontaktu s rodinou po nástupu

závislého do programu používán, pohybuje se v rozmezí od 14 dní do 3 měsíců.

Až v sedmdesátých letech se ukázalo, že zapojení rodin do léčby napomáhá předejít tomu, aby rodiny sabotovaly úsilí komunity (O'Brien, 1983). Rodiče přestali být považováni za nepřátele, ale za mocný zdroj pomoci a podpory. Americké terapeutické komunity tak učinily ze spolupráce s rodinou integrální část svých aktivit. Reagovaly tak na skutečnost, že po propuštění z komunity se závislý většinou vracel ke své původní rodině. Pokud by rodina nezískala žádnou péči, mohlo se objevit náhlé zhoršení výsledků dosažených klientem komunity (Kooyma, 1992).

Ve výzkumu z roku 2000 uvedlo 83,5 % odborníků, aktivních v ČR v léčbě a resocializaci drogově závislých, práci s rodinami závislých (Csémy, Sadílek a Krch, 2000). Z dalšího dotazování vyplývá, že nejčastěji užívanou formou práce s rodinami klientů jsou rodičovské skupiny. Autoři studie soudí, že tak vysoké procento programů uvádí práci s rodinami závislých proto, že se nejedná o náročnou aktivitu a navíc ji lze snadno vykázat. Z dotazníkových šetření mezi rodiči klientů v terapeutické komunitě White Light I. vyplývá, že „pouhé“ rodičovské skupiny jsou, co do nabídky a intenzity, nedostatečné a neuspokojují jejich potřeby. Ty jsou komplexnější, což vyžaduje různé formy a větší intenzitu práce s rodinami.

Mapování potřeb rodinných příslušníků

Má-li být program práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky efektivní, musí vycházet ze znalosti jejich potřeb. Proto jsou klienti a jejich rodiny cenným zdrojem informací pro zvyšování kvality a efektivity programu a jeho nabídky. Informace lze získávat několika formami:

- mapováním očekávání při rodinných sezeních (vstupní pohovor, sezení v průběhu programu),
- mapováním očekávání při skupinových sezeních (oddělené/ společné s klienty),
- dotazníkem - subjektivní spokojenost klienta/člena rodiny s poskytovanými službami,

- dotazníkem - individuální hodnocení klienta (vyplňují rodiče i klienti),
- dotazníkem - závěrečné hodnocení společných aktivit.

Potřeby rodinných příslušníků i klientů terapeutických komunit se v průběhu programu vyvíjejí a mění, z původně obecné roviny se zpravidla více konkretizují. Výstupy mapování potřeb a jejich uspokojování slouží jako podklad pro vytvoření, případně pro další úpravy programu práce s klienty i jejich rodinnými příslušníky.

Přehled nejčastějších potřeb rodinných příslušníků klientů terapeutické komunity White Light I. v pořadí podle subjektivně přiřazené důležitosti (Radimecký, 2001):

1. Zda a jak mu/ jí mohu nyní pomoci.
2. Jak podobný problém řešili druzí.
3. Způsob návratu z terapeutické komunity.
4. Úspěšnost léčby závislosti.
5. Zjistit, proč začal/a brát drogy.
6. Mám na tom nějaký podíl já?
7. Zjistit, zda a co jsem dělal/a špatně.
8. Řešit svůj konkrétní problém.
9. Dozvědět se více o závislostech.
10. Financování terapeutické komunity.
11. Skupiny rodičů v místě bydliště.
12. Dozvědět se více o terapeutické komunitě.
13. Různé typy služeb pro uživatele drog.
14. Praktické otázky (kapesné, nemocenská, sociální dávky).

Formy práce s rodinami závislých

Na základě definování základních potřeb rodinných příslušníků klientů terapeutické komunity pro závislé lze vyspecifikovat formy práce, kterými lze jejich potřeby uspokojovat. Podle Matouška (1993) je nejvýhodnější kombinace tří základních modů, jež by měly být uplatňovány podle potřeb rodiny:

- **poradenský modus** - pracovník vystupuje vůči rodině jako ten, kdo ví. Svou instrukcí přebírá odpovědnost za řešení rodinných těžkostí na sebe. Tato poloha vyhovuje zejména externě závislým rodinám;
- **terapeutický modus** - pracovník se soustřeďuje zejména na rodinné interakční vzorce,

vytváří prostor pro společný zážitek interakčních vzorců. V tomto případě má terapeut dvě možnosti. Buď zůstane neutrální nebo může zvolit alternativu kontrolovaného stranění. Při uplatňování tohoto modu je nezbytná průběžná supervize;

- **podpůrný/edukativní modus** - pracovník se snaží kompenzovat rodinný handicap přímou pomocí (např. poskytováním informací, obstaráváním finanční pomoci aj.), snaží se podporovat všechny rodinné síly, které dávají naději na zvládnutí aktuálních potíží.

Tyto mody jsou při práci s rodinami závislých obvykle používány smíšeně, jeden z nich však zpravidla převládá v závislosti na schopnostech a dovednostech terapeuta, poradce či sociálního pracovníka. Pracovník je navíc ovlivněn zkušenostmi, které si přinesl ze své původní rodiny. Měl by proto projít výcvikem, který zahrnuje reflexi osobního vzoru rodiny a pracovat pod supervizí.

Pokusů o využití principů rodinné terapie bylo mnoho, zkoušeny byly různé přístupy. Výzkum u rodin s alkoholikem ukázal jako neproduktivnější behaviorální terapii rodiny, výrazně menší vliv měla rodinná terapie zaměřená na vyjasnění rolí či zlepšení vnitrorodinné situace. Podobně tomu bude pravděpodobně i u rodin závislých na nealkoholových drogách. Osvědčují se programy, při nichž se členové rodiny závislého učí předcházet vzniku chuti na drogy či užívání drog (prevence relapsu), řešit spory a problémy jiným způsobem než užitím drogy a věnovat se aktivitám, které se s užíváním drog neslučují. Dobré zkušenosti jsou i s písemnými smlouvami mezi klientem a rodinou, respektive mezi klientem, rodinou a terapeutickou komunitou.

Příště:

V prosincovém čísle Konfrontací představíme - jako druhou a závěrečnou část tohoto textu - konkrétní práci s rodinnými příslušníky závislých v terapeutické komunitě White Light I. v Mukařově u Verneřic. Podrobněji popíšeme tzv. rodičovský víkend, který zahrnuje základní běžně užívané formy práce s rodinami klientů v kondenzované formě. Za největší výhodu rodičovských víkendů považujeme zprostředkování zážitku života v terapeutické komunitě blízkým klientu, který akceleruje interpersonální změny v rodinném systému. (Na závěr textu bude rovněž připojen seznam literatury, na kterou autoři odkazují.)

Kazuistika Jitky

Stanislav Kudrle

Jitka je 54letá žena, která prodělala v rozpětí let 1992 až 1996 celkem pětkrát léčebný nebo detoxikační pobyt na Psychiatrické klinice v Plzni. Její léčba byla dlouhým procesem úniku ze závislosti nejprve na alkoholu a později na rozpoznávané závislosti na druzích.

V mládí byla „provdána“ rodiči do rodiny českých utečenců ve Spojených státech. Sňatek byl víceméně dohodnut rodiči. Manželství bylo velmi náročné, partner hořdval alkoholu a patrně i drogám. Byl obětí války ve Vietnamu a trpěl syndromem veterána vietnamské války. Choval se kompulzivně a v rámci svých nutkavých aktů nutil Jitku krást spolu s ním v obchodech věci, které ani nepotřebovali. V opilosti demonstroval lhostejnost ke svému i k jejímu životu tím, že jí nutil hrát „ruskou ruletu“ s nabitým revolverem. Na Jitku velmi žárlil, a tak jí nedovolil samostatnější pohyb v místě bydliště. Pracovala pouze krátce v supermarketu, odkud pak pro žárlivecké výstupy manžela musela odejít a setrvalovat v domácnosti. Tak žila několik let, během nichž se marně snažila získat pro manžela psychiatrickou pomoc. Sama se nedokázala vůči jeho chování vymezit, naopak mu zcela podléhala. Nakonec všetrhagicky skončilo, když se manžel před jejími zraky zastřelil revolverem. Krátce po této tragédii odešla ze Spojených států a vrátila se domů k matce a otci. Začala sama intenzivně pít. Její závislost na alkoholu se rychle vyvíjela. Pila ve velké toleranci až 1 litr destilátu denně. Příchody na kliniku byly vždy dramatické, často za asistence policie. V terapii procházela nejprve regresí a pak postupnou rekonstrukcí vztahových vazeb. Později, po zvládnutí alkoholismu, pokračovala léčbou co-dependence.

Významným mezníkem léčby pro ni byly zkušenosti z holotropního dýchání. S touto metodou pracuje i po ukončení základních léčeb na ambulantní úrovni. Zážitky výtvarně zpra-

covává a tím prohlubuje svojí integraci. Holotropní dýchání jí otevřelo cestu k duchovní oblasti života, probudilo a ozřejmilo její potřebu spirituálního vývoje. Úzdrava tak nabývá komplexní podoby, klientka získává novou životní orientaci a tvořivě buduje na duchovních principech svoji svobodu. Cestu k úzdravě zachytila v mandalách z holotropního dýchání a doprovodila citáty nebo svým poetickým komentářem.

MUDr. Stanislav Kudrle je vedoucím lékařem AT PK Plzeň - Lochotín.

Matky problémových uživatelů drog

Milada Votavová

Zkušenosti, uvedené v tomto sdělení, jsou získány na základě několikaleté práce s mladistvými problémovými uživateli drog a s jejich rodiči v komunitním zařízení CESTA v Řevnicích, nejsou podloženy výzkumem, a proto u nich nelze hledat obecnou platnost.

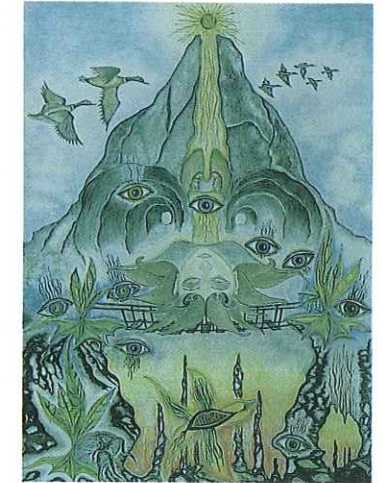
Odborníci se v zařízeních pro uživatele drog setkávají s nejrůznějšími typy rodinných struktur, od rodin funkčních a dobře situovaných až po rodiny klinické. Z rozhovorů i z terapeutické práce s našimi klienty vyplývá, že necelá třetina z nich prožila své dětství a mládí v poměrně stabilní rodině s oběma rodiči. Tito rodiče také obvykle mají zájem o rodinně zaměřenou terapii nebo poradenství a docházejí na setkání oba společně, často i se sourozenci klienta. Značná část klientů pochází z rozpadlých rodin, případně žijí v rodinách rekonstruovaných, nebo v rodině, kde jeden z rodičů zemřel. Nabídku na práci s rodinnými příslušníky pak přijímají většinou pouze matky, výjimečně i prarodiče ze strany matky. Nevlastní otcové, nebo noví partneři matky se setkání rodinných příslušníků účastní sporadicky. Zdá se, že ženy lze k práci s terapeutem získat snáze než muže, neboť přirozeně pocítují rodinu více za svoji záležitost a mívají větší potřebu o svých problémech hovořit. Ženy -

Kazuistiku Jitky jsme pro Konfrontace vyžádali od MUDr. Kudrleho po květnové AT konferenci v Kašperských Horách. Je ukázkou přístupu, který svým způsobem navazuje na hnutí Anonymních alkoholiků a jejich deklaraci Dvanácti kroků. Závislost je v transpersonální psychologii frekventovaným pojmem (viz např. Stanislav a Christína Grofovi: Nesnadné hledání vlastního Já - Růst osobnosti pomocí transformační krize). Vysvětlení fenoménu spojuje transpersonální psychologie s nenaplněnou touhou po transcendentnu a celistvosti. Grofovi považují drogy a alkohol za formy duchovní krize, přičemž se domnívají, že se od jiných druhů transformativních krizí liší větší mírou destruktivní a sebe-destruktivní. Stanislav Kudrle, který je žákem Stanislava Grofa, kazuistikou Jitky dokládá, že je tomu tak.

matky bývají více emočně angažovány na problémech rodiny, zatímco otcové se vyznačují větší schopností odstupe až izolace od problému.

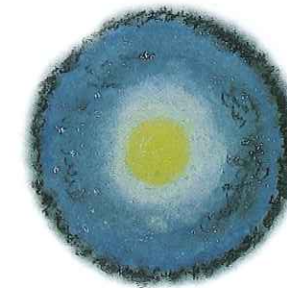
Mapování starostí jednotlivých rodinných příslušníků při práci s rodinou ukazuje na skutečnost, že matky našich klientů často samy sebe vnímají jako přísnější, otce - pokud existuje - vidí jako shovívavějšího a méně angažovaného vychovatele (zejména otce dívek). Mnoho matek, a nejen těch osamělých, nepříjemně prožívá vnitřní konflikt role autority, kterou jsou podle svého názoru nuceny zastávat, s rolí podpůrnou, ochrannou. Mnohá matka by možná raději byla průvodcem života svého dítěte, ale dostává se do role policajta a soudního vykonavatele. Z výpovědí matek našich klientů dále vyplývá, že se většinou považují za rozhodujícího výchovného činitele v životě svých dětí, a protože se děti, podle jejich představ společensky nepřilíží dobře uplatňují, výsledek jim přináší spíš zklamání a nespokojenost s rolí matky. Jejich synové a dcery často tytéž matky vnímají jako slabé a závislé osoby, příp. jako osoby submisivní a hostilní.

Zneužívá-li dítě drogy, promítá se to do vzájemných vztahů v rodině obvykle s velkou silou. Dobrá výchova a dobrá rodina zcela jistě snižuje riziko výskytu drogového problému, ale výskyt tohoto jevu úplně nevylučují. Tímto směrem vedené výzkumy se shodují na tom, že pravděpodobně neexistuje typická rodina toxikomana, lze ale vysledovat určité podmínky rodinám s drogovou anamnézou společně. Zdá se, že obecně je mezi odborníky a veřejností



1 a, b. Dvojitě slunce:

Na nebi září oheň, záře záření, nekonečné světlo, slunce, sluníčko, energie, která hřeje, ale nepálí. I v tobě je přítomno osobní, individuální sluníčko, které ti dává život a energii. Tato energie je připravená dát ti cokoli, co potřebuješ. A když se cítíš unavená a chceš si odpočinout, vždy Tě uvítá.



2 a, b. Domov:

Jsi součástí celého univerza, máš v něm své malé místočko. Jsi jeho buňkou. Cítíš něžný dotek spojený se vším, co tě obklopuje a nesmírnou radost a lásku, která se na Tebe snáší. Domov není místo ve vnějším světě, ale vnitřní stav uvolnění a přijetí.



3a, b, c. Probuzení:

Podporuj své ženské kvality a přestaň potlačovat a odmítat, otevři se tomu, co se chce tvým prostřednictvím projevit. Tvoř a přetvářej své bytí.



4a, b. Tvoření:

Jsi jako rozebraná kostra. Jako raneček kostí ztracený někde v poušti. Hledej a sbírej kosti. Sestav všechny části dohromady. Dávej tvar domovu své duše. Sbírej kosti, nezničitelnou životní sílu a ve svém úsilí buď neúnavná. Moudrá žena buduje svůj dům. Duše může být raněná i velice těžce raněná, ale zabít ji nelze. Nelze zemřít. Obnovuj svůj dům, aby neztratil svůj tvar.



5. Cesta pouští:

Touláš se pouští své duše. Jsi tak trochu ztracená a unavená. Na skrytém místě, o kterém ve své duši víš jen ty, ale kam vkročíš jen zřídka, jsi potkala vlka, který ti ukázal něco - něco z duše. Místo, kde se mísí mysl i instinkty, místo, kde tančíš s vlky.



6. Vina:

Budeš-li se dál trestat za své selhání pocitem viny, skončíš uvězněná v kruhu zoufalství a beznaděje. Vina, kterou následuje sebetřýznění, tě zničí. Duše krvácí. Vyjdi z vězení své mysli a vpusť dovnitř světlo. Budeš-li si dál o sobě myslet, že všechno děláš špatně a zase špatně, vkročila jsi do svého hrobu.



7. Klenot:

Prastará moudrost praví - učitel se objevuje tehdy, až je žák připraven. Přichází k nám v mnoha různých podobách. Máš-li pocit, že bloudíš a tma je větší, než kdy dřív, obrať se do svého nitra. Laskavý a moudrý učitel je i v tobě. S trpělivostí tě očekává. On je tvým parskem světla (krystal - klenot duše) „tohle světlo světýlko nechám svítit dál...“ (afro-americký tradicónál).



8. Změna:

Život se neustále rodí, vyvíjí, umírá a znovu rodí. Nelpi na tom, co dobře znáš. Nepoutej se na domnělé jistoty. Rozluč se s trýznivou minulostí a hýčkej bolest, otevři se novému a dobrému, co život přináší. Jedinou neměnnou věcí je změna sama. Nebud pohodlná a vytvoř si vnitřní i vnější předpoklady pro radost a štěstí ve svém životě, jinak u studánky zemřeš žízní.



9. Říše svobody: (učit se létat)

Mysl je schopná přijmout jakékoliv ohraničení za své. Existence však ve skutečnosti žádné hranice nemá. Když jsi v souladu se sebou, tak víš, že existence ti dává přesně to, co potřebuješ. Na vnitřní obloze jsi volná a svobodná. Let přirozeně, lehce a užij si letu.



10. Rozkvět:

Cíťš se jako květina v plném rozkvětu, zavlažovaná ze všech stran požehnaním. Tvoje touha poznávat a pochopit tě vedla ze tmy ke světlu.

**11. Setkání:**

Přišel čas pro setkání s tou, která ví. Čas setkání se smrtí. Neukrývej před ní svoji tvář. Neodmítej to, co je nevyhnutelné. Ona čeká, pozvi ji k sobě a přijmi její společnost. Není nepřitelem, je ta, která dává život a také rozdává smrt. Přináší všechny slzy a všechn smích. Přijmi smrt jako moudrého rádce. Přijmi tu, která jasně odděluje podstatné od nepodstatného, která nám pomáhá poznat pomíjivost vnějšího života.

**12. Vykoupení:**

Překročila jsi bod, od kterého již není návratu. Nebojuj, ani se nebraň, zcela to vzdej. Dovol si pocítit zranitelnost a smutek, který cítíš ve svém nitru. Neukrývej své slzy. Přijmi naprosté zničení a porážku a otevři se osvobození, vykoupení, zrození.

„Když půjdeš přes vody, já půjdu s Tebou, když půjdeš přes řeky, nestrhne Tě proud“ (Izajáš 43.2).

**13. Osvobození:**

Mříže byly pouhou iluzí, konečně jsi pochopila, že klec byla vždy otevřená. Jsi venku z vězení, venku z klece. Nelpi na své kleci a vyleť z ní ven. Celá obloha je tvá.

**14. Rezonance:**

Jak vně, tak uvnitř, jak uvnitř, tak vně. Je jen celek - kosmická energie.

**15. Naslouchání starému hlasu:**

Uvolni se a padej do ticha. Sleduj propast mezi nádechem a výdechem. Naslouchej šepotu svého srdce a uchovej si každý okamžik této zkušenosti. Spojila ses se svým nitrem a čerpáš z jeho síly a moudrosti. „Nechť je Tvá síla vždy při Tobě“ (Ben Kenobi - Hvězdné války).

**16. Dračí síla:**

Svět se otevřel - co teď prožíváš, to patří k tvému určení.

přijímán fakt, že dominantním prvkem působícím na vznik a rozvíjení problémů s drogami u dětí je v rodině osoba matky. I řada žen samotných je s touto představou ztotožněna. Zejména osamělá matka (a osamělou se může cítit i v tzv. úplné rodině) může být vedena obavou, že nesmí nic u svého dítěte zanedbat, protože v každém jeho prohřešku bude spatřována její výchovná neschopnost. Rozhodujícím momentem, ovlivňujícím dynamiku jejího chování se může stát strach, že ona ponese vinu za životní neúspěch své dcery nebo syna. A tak, pod tíhou této zúzkostňující zodpovědnosti se snaží. Stará se, pečuje, kontroluje, zařizuje a její hyperprotektivní chování, od jisté doby zcela nepřiměřené věku a vývojovému stupni dítěte, může nabývat zcela nepřírodných rozměrů. Často se ještě stupňuje ve chvíli, kdy je problém zveřejněn. Matka si zoufá a snaží se dělat ještě víc - víc toho, co nefunguje. Nerozumí tomu a chování svého fetujícího dítěte obvykle považuje za nespravedlivý trest.

U jiných matek našich klientů, na rozdíl od těch, které svou péčí „nedovolí dětem vyrůst“, se objevuje opačná tendence. A sice uspišit fázi dospívání své ratolesti a co nejrychleji a předčasně postavit pubescenta, příp. adolescenta do role samostatného dospělého. Tyto ženy si často stýskají: „Už nejmíř od jejich třinácti let s ní zacházím jako s dospělou, co by za to jiná holka dala...“, „Kdyby se už konečně choval na svůj věk (rozuměj ‚dospěle‘), já v jeho letech (klientovi je necelých 17 let) jsem se už musela starat o něj, už byl na světě...“ Matka touží mít v osobě svého dítěte pro sebe buď partnera pro činnosti, v nichž nachází sama zálibu, příp. pro sdílení svých starostí a obav, nebo se chce, bez výčitek svědomí, plně věnovat novému vztahu nebo nové roli. Pokud se zmíněná maminka snaha střetne se skutečností, že její potomek problémově užívá drogy zejména pro získání odkladu dospělosti a jeho fetování má podobu vývojového provizoria - adolescentního moratoria („nemůžete na mě přece teď chtít abych dospěl, když fetuju...“), pak se konflikt jen prohlubuje.

Matky při rodinných setkáních často spontánně hovoří o tom, že pro ženu, která je

s dětmi sama, to znamená, že má víc práce, tudíž méně možností navazovat přátelské a partnerské kontakty a pokud naléhavě potřebuje oporu a nemá ani rodinu ani kamarádku, pak se ocitá ve velmi svízelné situaci. U osamělé matky problémového uživatele drog nezřídka převládne vědomí, že její „zlobivé dítě“ pro ni představuje nesmírnou zátěž. Cítí se vyčerpaná, přetížena, opakovaně zraňovaná neúspěchy svého dítěte a jeho společensky nepřijatelným chováním. K tomu se připojuje strach o budoucnost dcery nebo syna, o jejich život.

Při práci s matkami našich klientů se ukazuje být užitečné hovořit s ženou o její potřebě pomoci s dospívajícím dítětem a o jejím případném vztahu s mužem, který tak činí. Často máme tendenci - my terapeuti i matky našich klientů - chovat se tak, jako by se v jejich životě partneři nevyskytovali, jen proto, že jsou „neviditelní“. Přesto z klinických zkušeností víme, že vztah matky problémového dítěte s jejím partnerem, byť nezveřejněným, velmi ovlivňuje její rodičovské schopnosti.

V našem zařízení často předchází práci s rodinným systémem strukturované skupinové sezení s klienty samotnými. Využíváme projekční techniky „interview s rodiči“, která usnadňuje dospívajícímu vnímat stanovisko svých rodičů, porozumět některým jejich potřebám, poznávat problémy z pozice otce, nebo matky. V průběhu vyjadřování vlastních pocitů z těchto skupinových sezení adolescenti často hovoří o lepším pochopení rodičovské bezmoci, odlišnosti otcovské a matčiny lásky, o nahlédnutí svojí pozice v rodině atd. Pro příklad uvádím některé názory „našich dětí“: „Došlo mi, jak je mamča bezmocná. Může dělat jen to, co jí dovolím.“ „Moje máma má vlastně takovou roli spolujezdce. Ten, kdo drží v ruce volant rychlého auta, jsem já. Ona tam sedí vedle mě, já jedu na plný plyn, ale přibrzdit můžu jedině já. Ona se jen bojí, ale zastavit to nemůže. Když se rozsekám, tak to odnese oba.“ „Většinou si víc cením pochvaly od táty, protože ten mě chválí jen za to, když něco dokážu. Mamka mě chválí snad i za to, že vůbec jsem.“

Poslední výrok jakoby korespondoval s názorem britského psychoanalytika A. Stevense,

kteří se domnívají, že v převážně dobře fungující rodině znamená matka pro dítě zdroj nepodmíněné lásky a bezpečí (matce nakonec obvykle stačí, že její dítě žije), zatímco otec bývá zprostředkovatelem okolního světa, podporuje dítě v náročnějších činnostech, ale bývá i představitelem řádu a pořádku. A opět připomínám tříhu, která leží na ženě jako na jediném garantu výchovného působení v neúplných rodinách. Matky také častěji, viděno očima jejich dětí, sahají při řešení „životních strastí“ k lékům - barbituráty a analgetiky počínaje denní konzumací žlučopudných prostředků a laxativ konče. Možná tak podporují víru svých synů a dcer v existenci nějakého chemického, magického, vnějšího řešení problémů člověka.

Vlivem problémového užívání drog, příp. drogové závislosti, dochází obvykle v rodinném systému k závažným změnám. Problémy primárně závislostní (výbuchy hněvu, násilí, lhostejnost, citová nepřístupnost atd.) jako specifické důsledky závislosti ovlivňují charakter vztahů jak v rodinách primárně problémových (kde problémy v rodině drogovým problémům předcházejí), tak v rodinách zdravých.

Matky se, častěji než otcové, stávají spoluzávislými členy rodiny. Vděčně se chápou role, která pro ně bývá přirozená - role zachránce. Ve snaze porozumět tomu, co se s jejich dítětem děje (aby mohly převzít kontrolu nad jeho nevypočitatelným chováním), začínají shánět literaturu, informace, „studovat drogy“, ztotožňují se se situací problémového uživatele „... paní doktorko, my jsme na heroinu...“, ošetřují úrazy, krmí vyhublé, berou si dovolenou, aby ustály odvykáací stavy své dcery, nebo syna. Angažují se v rodičovských skupinách často ne proto, aby tam usilovaly o změnu svého vztahu a své role, ale proto, aby našly způsob jak „zachránit“ (změnit) své dítě. Spoluzávislá matka (otcové zcela jistě nejsou proti roli zachránce imunní) často obětuje své zájmy, přátele, další členy rodiny, zaměstnání, svou sebeúctu ve prospěch uspokojení potřeb jednoho dítěte. Tak, jak těmto potřebám ona rozumí, dává jim přednost před uspokojováním vlastních potřeb. Spoluzávislá matka (příp. ostatní členové rodiny) tak nevědomě pomáhá udr-

žování závislosti v rodině. Rodina, jejíž jediné, nebo hlavní společné téma je problémové užívání drog dospívajícího dítěte, se stává závislá na drogovém problému a dítě se často intuitivně bojí opustit rodinou přijatý a užívaný scénář. „Pro mámu jsou v poslední době všichni feťáci a jedy vůbec tak zajímavý a důležitý, že se o ničem jiném se mnou nebaví. Já snad bez těch drog pro ni nemám ani cenu.“ Může dojít k dezorganizaci rodinného života, kdy se členům rodiny nabízejí další role, v nichž často uvíznou právě ženy. Role pronásledovatele, mravokárce a nakonec i role oběti, případně pacienta. Je třeba připomenout, že změnami rodinných vztahů výrazně trpí i sourozenci toxikomana, kteří bývají rovněž manipulováni do rizikových rolí a scénářů.

Terapevty a rodinní poradci, pracující s rodinami, v nichž žije mladistvý s drogovým problémem, by si měli být vědomi jistých odlišností v prožívání, chápání a řešení této obtížné situace matkou a otcem, ženou a mužem. Rozdílnosti v přístupu jednotlivých rodinných příslušníků mohou využít při společném hledání cíle a strategií terapie ve prospěch klienta i celé rodiny.

LITERATURA:

- Bergeret, J.: *Toxikomanie a osobnost*. Victoria, Praha 1999.
 Berne, E.: *Jak si lidé hrají*. Dialog, Praha 1992.
 Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R.: *Akta Y. Drogový problém vs. Rodina*. Votobia, Praha 1999.
 Matějček, Z.: *Rodiče a děti*. Avicenum, Praha 1986.
 Matějček, Z.: *O rodině vlastní, nevlastní, náhradní*. Portál, Praha 1994.
 Nešpor, K., Czémy, L.: *Léčba a prevence závislosti*. Psychiatrické centrum Praha, Praha 1996.
 Presl, J.: *Drogová závislost*. Maxdorf, Praha 1995.
 Stevens, A.: *Jung*. Argo, Praha 1996.
 Stierlin, H.: *Slovník rodinné terapie*. Konfrontace, Hradec Králové 1995.

Motivační aliance při léčbě závislosti

Dana Dobiášová

Úvahy nad tématem motivace a motivačního tréninku u drogově závislých mne přivádějí k mnoha otázkám, na které nacházím

v praxi různorodé odpovědi. Letos na jaře mi přišel dopis z Liberce, který byl odezvou na vydané a našim sdružením distribuované Pražské přednášky Richarda Patese. Dopis MUDr. Drtila se stal pro následující text důležitým zdrojem inspirace a tak si z něj dovoluji citovat:

„Diagnostikuji a léčím závislé osoby systematicky od roku 1963, viděl jsem jich a ošetřil jsem jich stovky. V roce 1981 jsem přebíral protialkoholní poradnu v Liberci a tam jsem mohl pozorovat nebohou sociální pracovníci, která se snažila „motivovat k léčbě“ rozpité a propité lidi. Byli ochotni docházet k té „motivaci“ dlouho. Neúčelnost tohoto druhu zacházení se závislými byla zřejmá. Začal jsem proto striktně dodržovat Skálovu a Rubešovu zásadu, že pracovat se dá pouze s těmi lidmi, kteří se rozhodnou k abstinenci. A ujišťuji Vás, že správně se dají motivovat všichni a skutečně závislí se rozhodnou všichni, když ne napoprvé, tak napodruhé. Musíte ovšem prokázat svoji schopnost jim pomoci. Znamená to mít protialkoholní a protitoxikomanické lůžko v re zervě... Psycholog pan Pates se zabývá užíváním amfetaminů a zacházením s injekčními jehlami (needle fixation). Odkdypak smí psychologové, kteří mají filosofické, nikoliv medicínské vzdělání, zacházet s injekčními stříkačkami a například je komukoliv rozdávat? To nebude jeden, ale série trestných činů. Kdopak si to tedy dovoluje dělat pokusy na lidech?“

Text dopisu mne ohromil, našel a pobavil zároveň. Kde se bere ta smělost, vášnivost a kategoričnost tvrzení? Jakou roli sehrává při předjímání léčebných výsledků skutečnost, že pisatel dopisu je psychiatr? V. Mikota (1995) na tuto otázku odpovídá: „Hledáme tu pravdu, která je koherentní s naším systémem víry. Ve chvílích, kdy je koherence naší mysli ohrožena, dokazujeme si na pacientech, že „musí platit.“

Vycházíme z předpokladu, že je možné spoluvytvářet výsledek naší spolupráce s klientem na základě dynamických sil vlastní motivace a vlastních zisků. Když si vybavím lékaře psychiatra, sociálního pracovníka, psychologa, učitele... jakou sentenci by pravděpodobně pronesl ve vztahu k objektu svého profesního zájmu? Nemám po ruce výzkum takových vět. Mohu rozvíjet úvahy na toto téma, i když se nemusí

shodovat s těmi, ke kterým by dospěl někdo jiný. Mohu si rovněž představit předpokládaný zisk svého klienta a také svůj. Pokud se smírím s tím, že je to konstrukce a souvisí s psychologem, psychiatrem, učitelem, sociálním pracovníkem a klientem ve mne, mohu dále pokračovat.

SOCIÁLNÍ PRACOVIK

Sentence: Chci mu pomoci, aby nestál mimo
 Zisk klienta: PODPORA
 Zisk SP: zájem

LÉKAŘ

Sentence: Chci ho léčit, aby nebyl nemocný
 Zisk pro klienta: PÉČE
 Zisk pro L: moc

PSYCHOLOG

Sentence: Chci mu porozumět, aby byl pochopený
 Zisk klienta: EMPATIE
 Zisk P: kontrola

UČITEL

Sentence: Chci ho něco naučit, aby si uměl poradit
 Zisk pro klienta: DOVEDNOSTI
 Zisk pro U: kompetence

Často nyní můžeme slyšet, že pokud při léčbě závislosti uplatníme bio-psycho-sociální model s edukativními prvky, vytvoříme pro klienta dobré léčebné podmínky. Co to bude znamenat? Pravděpodobně vytvoříme multidisciplinární tým. Zástupce každé jednotlivé profese bude, ať už z vnitřního popudu a nebo profesního zájmu, uplatňovat svoji implicitní sentenci a přibírat i z některých dalších uvedených (i neuvedených). Kombinace jsou jistě výhodné, zvláště v reflektujícím týmu. Omnipotentní varianta jednoho profesního zastoupení může vytvořit motivační alianci jako ortel a odsouzení do omezených léčebných možností.

Motivační trénink

(Speciální termín pro speciální problém v léčbě drogových závislostí)

○ motivačním tréninku jako metodě práce s uživateli drog v nízkoprahovém zařízení se můžeme dočíst v Konfrontacích 3/1999

MOTIVAČNÍ ALIANCE PŘI LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Terapeut motivuje klienta	
<p>REDUKCE</p> <p>Substituce</p> <p>HR</p> <p>Racionalita na straně T i K</p> <p>Oboustranná rezignace jako krajní stav</p> <p>Souhlas a nesouhlas významných druhých (Jannis, Mann)</p> <p style="text-align: center;">Model rozvedený otec</p>	<p>KONFRONTACE</p> <p>Racionalita v konfrontaci s emocemi</p> <p>Negativní terapeutická reakce jako krajní stav</p> <p>Vztah s aktivním terapeutem</p> <p>Ztráty a zisky z hlediska vlastního prospěchu (Jannis, Mann)</p> <p style="text-align: center;">Model milující matka</p>
<p>ABSTINENCE</p> <p>Emocionalita na straně T i K</p> <p>Oboustranná závislost jako krajní stav</p> <p>Ztráty a zisky z hlediska jiných významných osob (Jannis, Mann)</p> <p style="text-align: center;">Model matka - doživotní družka</p>	<p>LÉČBA</p> <p>Přítomnost emocí a sebecitu, racionální rámec</p> <p>Sebestřednost jako krajní stav</p> <p>Vztah s aktivním klientem</p> <p>Soulad nebo nesoulad se sebou samým (Jannis, Mann)</p> <p style="text-align: center;">Model úspěšný otec</p>
Klient motivuje terapeuta	

(O. Počarovský). Počarovský řadí motivační trénink na rovinu terapeutické intervence, sleduje vývoj motivace na straně klienta. F. Rotgers (1999) jde dále, když cituje Millera a Rollnicka: „Motivace ke změně nesídlí jednoduše pacientovi pod kůží, ale tvoří interpersonální kontext.“ Nabízí se otázka, kdo koho v rámci motivačního tréninku motivuje. Klient sám sebe? Poradce motivuje klienta? Klient motivuje poradce a nebo dokonce poradce motivuje sám sebe? Domnívám se, že klient nachází efektivní pomoc tehdy, když se setkává vhodná kombinace motivace pro žádoucí změnu u obou zúčastněných.

Motivační aliance

Stejně jako klient, tak i terapeut může být motivován napomáhat klientovi uskutečňovat změny anebo je blokovat. Na více či méně vědomé

úrovni je napojen na vlastní motivaci. Zobrazené osy dávají do vztahu motivaci klienta a terapeuta ve čtyřech terapeutických situacích. Je jisté otázkou přístupu a odborného zázemí, nakolik je možné situace redukce, konfrontace a abstinence považovat za kontinuum léčebného vývoje.

**Poznámky:
REDUKCE**

Terapeut (nebo terénní pracovník) motivuje klienta a zároveň sám sebe. Nejméně výhodná motivační aliance, pro terapeuta energeticky náročná, frustrující. Klient je ve stavu rezignace, v pozitivním případě přistupuje na racionální a výhodnou spolupráci při harm reduction a nebo v rámci substitučního programu. Vztah připomíná situaci rozvedeného otce, který vstupuje za ztížených podmínek do kontaktu se svým dítětem - nechce ho ztratit. Při úžravém vývoji může přejít do stadia konfrontace, případně abstinence.

KONFRONTACE

Klient motivuje sám sebe - proto často vyhledá pomoc. Do konfrontace vstupuje sám se sebou. Terapeut je aktivní, zaměřený na klienta, akceptuje jeho impulsy a po-máhá mu třídit a kontrolovat ztráty a zisky z hlediska sledovaného prospěchu. Vztah se podobá modelu matky, která miluje svoje dítě a vytváří podmínky dalšího rozvoje. Pro závislého člověka velmi ambivalentní situace.

ABSTINENCE

Klient motivuje terapeuta (plní jeho očekávání). Na abstinenci je postavena většina léčebných programů. Zajímavé je, že nejpřísnější kritéria pro dodržování abstinence vytvářejí bývalí uživatelé drog (připomeňme si v této souvislosti nesmlouvavé soudy odnaučených kuřáků). Jedná se o změnu, ke které je připojeno mnoho emocí a očekávání na obou stranách. Terapeut motivuje sám sebe, drží křehký systém. Vztah mezi abstinujícím a terapeutem je věčně živý - model matky jako doživotní družky.

LÉČBA

Klient motivuje sám sebe i terapeuta (terapeut má žně). Jedná se o vztah s aktivním klientem, který má potřebu být v souladu se sebou samým. V této fázi je výsledek podobný modelu úspěšného otce - dítě převezme iniciativu. Ačkoliv je tato fáze z hlediska dlouhodobého efektu léčebných změn nejvýhodnější, u drogově závislých jedinců je vzácná. Možná proto, že klade mimořádný nárok na klienta v samotném jádru jeho problému - úkolem je vytvoření pozitivních závislostí, které nemá klient svým vývojovým uzpůsobením v repertoáru možností.

Závěr

Pojem „motivační trénink“ je zvláštní a ne-sourodé slovní spojení. Vyjadřuje paradoxně možnost usměrnit stále málo prozkoumanou intrapsychickou veličinu ovlivňující dynamiku závislého chování. V terapii závislostí převládá behaviorální přístup, který staví do zorného pole klienta a terapeuta ponechává stranou. Alespoň pokud jde o korespondující intrapsychické procesy. Návykové nemoci ve svých specifických projevech přinášejí do psychoterapie dva centrální problémy - craving a nízkou nebo absentující motivaci. Oba problémy mají pro terapeuty vysoký frustrační potenciál. V terapeutickém vztahu, ve kterém řeší klient spolu s terapeutem svoji křehkou motivaci ke změně drogového chování, je konfrontován i terapeut se svojí motivací pracovat za chronicky frustrujících podmínek. Terapeutické výsledky jsou tedy pravděpodob-

ně ovlivněny nejen úrovní motivace na straně klienta, ale také motivací na straně terapeuta.

LITERATURA:

- Drtil J.: Klinika návykových chorob, OÚNZ odd. zdravotní výchovy, Liberec, 1990
 Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob, Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1995
 Pates R.: Pražské přednášky, O. S. LAXUS, Hradec Králové, 2000
 Počarovský O.: Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení, Konfrontace 3/1999, str. 42 - 45, Hradec Králové
 Rotgers F.: Léčba drogových závislostí, Grada Publishing, 1999.

Text byl přednesen na AT konferenci uspořádané v Kašperských Horách v květnu 2001.

Dana Dobiášová, členka redakční rady Konfrontací, pracuje v Ambulantním centru O. S. LAXUS v Hradci Králové.

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

Michal Kryl

Struktura skupinového sezení

Vlastní skupinové sezení vypadá zpravidla následovně:

Vedoucí terapeut zahajuje sezení výzvou, aby členové skupiny sdělili, jak se momentálně cítí a co je u nich nového. Jelikož jde o diskusi jdoucí po kruhu od jednoho k druhému, nazýváme ji „kolečko“.

Jde vlastně o prvek jakéhosi pokračováním ranního komunitního setkání v užším kruhu bez terapeutického zasahování. „Kolečko“ vnáší do sezení strukturu, která je obecně doporučována ve skupinách hospitalizovaných pacientů z důvodů větší heterogenity, malé možnosti výběru členů skupin a vysokému obratu oproti skupinám ambulantním. Hlubinněji-analytický přístup zde nese riziko skupinové dezintegrace (12). Tento úvodní postup rovněž plní roli aktivační a zahřívací.

Po „kolečku“ následuje terapeutova výzva k práci na tématech - otázka, kdo chce či potřebuje hovořit, kdo chce využít společný čas skupiny k práci na sobě.

Následuje zpravidla různě dlouhé mlčení, než se někdo k práci odhodlá. Někdy mlčení dokáže vyplnit podstatnou část sezení (častěji při malém počtu členů). Pokud se dlouhotrvající mlčení vyskytuje opakovaně nebo zjistíme, že je z nějakého důvodu zaražené nebo neproduktivní, otevíráme jej dotazem „O čem kdo mlčí?“ nebo podpoříme aktivitu zařazením některé techniky. Jednou z nich se může stát např. fantazijní cvičení „Kouzelník“ s terapeutickým potenciálem: „Kdybych byl kouzelník a mohl bych si vykouzlit vše, co bych chtěl, vykouzlit bych si... (to a to).“ „Do reálného života bych si ze svého přání mohl vzít... (to a to).“ Jindy zařadíme třeba gestalt terapeutické cvičení spočívající ve vžívání se do předmětů v místnosti s významnou projekční složkou: „Rozehlédněte se po místnosti... vyberte si některý předmět... jste tím předmětem... zkuste za něj mluvit... co jste... k čemu jste určen... jak vás lidé využívají... jak se jako tento předmět cítíte atd...“. Někdy probouzíme skupinu k činnosti kresebnými technikami. Kresba rodiny odkrývá vztahy a role pacienta v jeho primární či sekundární rodině, v kresbě linky života zase formou křivky vstoupů a pádů hodnotí pacient svou biografickou minulost a pohlíží do budoucnosti. Ze spontánní „čmáranice“ lze vyčíst nezamýšlené tvary, objekty, postavy či situace, kterým pacient přisuzuje určitý význam a lze o nich hovořit atp.

Následuje obyčejně fáze, kdy se někdo odhodlá hovořit. Pokud vede dialog pacient s terapeutem, vybírá si jej zpravidla spontánně očním kontaktem.

Pacienti často překonávají svůj strach z rozhovoru položením nějaké otázky (nejčastěji ohledně zdravotního stavu) nebo žádostí o radu. V tomto případě oslovený terapeut jemně dotazujícího odkazuje „na sebe sama“ (co by si poradil, odpověděl sám, ať zkusí svou otázku změnit v tvrzení a prozkoumá, co mu to přináší ap.). Naznačí mu tak, že ve skupině není v roli experta zodpovídajícího dotazy. Diskuse o konkrétním

problému pak zpravidla plynule přejde do hlubší psychotherapeutické práce, která je ve svých způsobech tak variabilní, jak variabilní jsou osobnosti a témata členů, takže ji nelze popsat jinak než v samostatném kasuistickém sdělení.

Prostor pro reakci skupiny se otevírá zpravidla ve druhé polovině či poslední třetině skupinového sezení.

Někdy přichází spontánní reakce skupiny již během dialogu jednoho člena s terapeutem, zejména při tématech, která jsou ostatními sdílena pro svou podobnost s jejich vlastními. Jak dlouho a zda vůbec má probíhat „individuální terapie ve skupině“, je diskutovanou otázkou. Nicméně předčasná reakce skupiny během práce jednoho pacienta vede často k tomu, že dotyčný vybočí ze směru své cesty, má potíže s navázáním, v horším případě se stáhne. Proto se pracující terapeut snaží chránit dostatečný časový prostor pro navázání potřebné důvěrnosti v dyádě s pacientem, což podporují humanisticky orientovaní autoři (13). Jsou samozřejmě situace, kdy podporujeme vzájemnou komunikaci členů od počátku i přímým vyjádřením k vyjádření názoru (témata týkající se vzájemných vztahů ve skupině apod.).

Když se skupinové sezení chýlí ke konci, terapeut reflektuje jeho průběh a požádá o reflexi pacienta, s nímž pracoval. Spolu s oznámením časové rezervy dává ještě prostor pro libovolnou reakci kohokoli ze skupiny a pro reakci koterapeutů. Poté sezení ukončuje.

Koterapeuti se svými podněty přicházejí velmi často postupně již během sezení. V jejich zařazení spatřujeme přínosnou diverzifikaci postojů, terapeutických postupů i přirozených lidských reakcí na dění ve skupině. Zastupují nejen jiný úhel pohledu, ale plní i „rolí zachránce“ v situaci, kdy je pracující terapeut z jakéhokoli důvodu v nouzi.

Terapeutické faktory

Za klíčové terapeutické faktory považujeme v našich podmínkách:

- náhled
- motivaci k léčbě
- emoční korektivní zkušenost

- skupinovou kohezi
- abreakci a katarzi
- empatii
- altruismus
- sociální učení

Někteří pacienti přicházejí ve stadiu „tušení souvislostí“ mezi způsobem jejich života, vztahy a současnými obtížemi, jiní spojitosti nahlédli, ale dosud se jim nepodařilo provést změnu. Řada pacientů přichází s náhledem blízcím se nule. Jejich způsob stonání je poplatný vlastnímu či zdravotníky indoktrinovanému názoru na vznik obtíží, nejčastěji somatogennímu (navzdory řadě negativních fyzikálních vyšetření). Od toho se přirozeně odvíjí i jejich motivace k psychotherapii, kterou chápou jako „hovory o něčem, co se jim netýká“. Skupina pacientů se somatoforními (psychosomatickými) obtížemi je z hlediska náhledu a motivace nejproblematičtější a pro psychotherapeutickou práci nejvíce zatěžující. Přesto i tyto lidé náhledu na psychosociální pozadí somatizací nezřídka dosáhnou. První vlastností pozitivní změny bývá skupinové sezení, na kterém již dokážou hovořit i o jiných věcech, než jsou tělesné potíže. Prospívá zde zařazení určitých technik práce s tělem, na které je v komplexním programu pamatováno, i když v jejich zastoupení cítíme ještě rezervy (hyperventilační cvičení, psychogymnastika, rehabilitační cvičení, sportovní aktivity).

Poměrně často ve skupině prožívají pacienti situaci, která je v rozporu s jejich očekáváním - korektivní zkušenost. Pokud je pro ně emočně významná, přispívá k obratu v jejich postojích. Klasickým příkladem je zážitek akceptace skupinovým společenstvím, který zažívá aktivní člen po prezentaci určitého (ožeňavého) problému před skupinou (např. bizarní obsedantní myšlenky). Na druhou stranu si někteří oproti vlastnímu očekávání na vlastní kůži mohou zažít nesouhlas nebo kritiku ze strany skupiny (např. pacient neustále zdůrazňující pocíty křivdy, kritizující ustavičně ve skupině nepřítomné osoby, nepřítel osudu apod.).

Za velmi významný prvek skupinové dynamiky považujeme soudržnost - kohezi. Otevřená skupina, jak se obecně soudí, nemá dosta-

tek času k vytvoření koheze (13). Pozorujeme však, že účast členů skupiny neurotiků na ostatních skupinových aktivitách (psychogymnastika, nonverbální cvičení, psychohry, relaxace, rehabilitace), komunitních aktivitách (rozcvičky, sport, společenský večer) i aktivitách mimo ně („kuloárová setkání“ na oddělení i v areálu, návštěvy cukrárny, společný výlet atp.) ke kohezi přispívají a podstatně ji zvyšují.

Dalšími faktory přicházejícími takřka pravidelně při zveřejnění nejbolestnějších témat a zážitků jsou abreakce a katarze. Bývají spojeny s pláčem, jindy se vztekem a zlostí, někdy s vegetativními příznaky nebo somatizací. Po odeznění těchto významných emocí pacienti pravidelně udávají úlevu i překvapení, že nejsou podrobováni kritice ze strany skupiny. „Ošetření“ takovéto situace skupinou (např. tělesným kontaktem, nabídnutí kapesníku ap.) je signálem vypovídajícím o její zralosti, těsnosti vztahů mezi jejími členy. I otevřená skupina má své fáze zralosti, pevného společenství. Zpravidla toto sjednocení nastává po vzájemném otevření se a odpoutání se od symptomů. Pacienti pak sami vysoce hodnotí vzájemné soucítění - empatii, jsou altruističtější, napomáhají si, sdělují často své překvapení nad tím, jak „hodní lidé se zde sešli“... Nově přichází člen bývá zaskočen tématikou skupiny v této fázi, kdy se na rozdíl od jeho očekávání nemluví o potížích a neposkytují se rady, někdy se cítí ve skupině nepatřičně. Proto je nesmírně důležité, aby jej terapeuti uvedli do nového společenství, ujistili o tom, že jeho pocíty jsou zcela na místě a podpořili jej v trpělivosti a výdrž. Je rovněž zapotřebí ponechat mu možnost projít si bolestnou fází prožívání svých obtíží ve skupině. (Jednu dobu si pacienti sami zvizualizovali koloběh otevřené skupiny tím, že si vytvořili vlastní „zasedací pořádek“, kdy po pravici terapeutů seděli nově přijatí do skupiny, po jejich levici naopak lidé skupinu opouštějící).

Ve vzájemném dodávání naděje, stejně jako v principu nápodoby lze vidět pozitivní vliv zkušenějších zlepšených pacientů na ty začínající, což je jednou z hlavních deviz otevřené skupiny.

Skupinová témata

Samostatnou kapitolu by mohlo tvořit pozorování vývoje témat ve skupině od popisu příznaků přes konflikty ve vztazích s lidmi až k hledání příčin svého stavu v sobě samém. Je pravdou, že každý pacient si klestí tuto cestu po svém, nicméně s výše naznačeným „vývojovým obloukem“ se setkáváme nejčastěji. Opustí-li lidé ve skupině témata věcná (pouhé popisy nejrůznějších událostí, činností, prostředí a osob) a věnují-li se prožití a porozumění svého vztahu k lidem, světu a sobě, jsou na nejlepší cestě k sebepoznání, k definování sebe sama ve světě. Dotýkají se tak témat vpravdě existenciálních (smrt, víra, láska k druhým atd.). Pokud tato situace ve skupině nastává, cítí všichni zúčastnění (včetně terapeutů) její důležitost a hloubku, téma je náhle společné, oslovuje všechny lidi, nelze mu „uniknout“. Nevýhodou otevřeného uspořádání skupiny je v tomto případě fakt, že se do tohoto „existenciálního ponoru“ dávajícího psychoterapeutické skupině nejhlubší smysl dostáváme s pacienty poměrně zřídka. Nelze patrně očekávat, že si skupina delší dobu podrží tématovou hloubku a těsnost svých interpersonálních vztahů, když je neustále konfrontována s adaptací na nově příchozí začínající od začátku, tj. od symptomů a popisnosti.

Další složky terapeutického programu

Integrovaný terapeutický program zahrnuje kromě výše popsaného způsobu ještě další složky léčby:

Jednou týdně se skupina s vedoucími schází na 60-90minutovém odpoledním sezení, jehož náplní jsou buď racionální psychoterapie, psychogymnastika, arteterapie, nonverbální techniky nebo různé psychohry.

Prvně jmenovaná metoda je svým zaměřením metodou edukační. V jejím zařazení však nespátujeme metodické tříštění, ani nepřináší odklon pacientů od hlubinné práce ve skupině, jak by se mohlo na první pohled zdát. Naopak, vzhledem k různorodým informacím o potížích, které si pacienti přinášejí z terénu, se nám jeví zařazení tématické skupiny racionálně psychoterapeuticky zaměřené jako

účelné. Pacienti sami kvitují diskusi o svých problémech, pro kterou není místa na interpersonálním skupinovém sezení. Zbavují se nejistoty nabyté za své cesty po zdravotnických zařízeních, kde jen zřídka obdrželi kompetentní odpověď na své otázky. Často teprve v sezeních racionálně psychoterapeutických pochopí, proč je zapotřebí vysazovat anxiolytika, čím jsou tyto léky nebezpečné a proč jim způsoby léčby jako injekce magnézia, analgetika, homeopatie ap. nepřinesly kýženou úlevu. V atmosféře společné diskuse se probírají symptomy, nejrůznější prožitky, myšlenky a způsoby jednání pacientů, které je přivedly k léčbě. Při výkladu vzniku různých neurotických potíží se držíme principů kognitivně-behaviorální terapie (dále KBT) (19, 21). Pacienty uváděné symptomy jsou postupně terapeutem zapisovány na tabuli do čtyř skupin, kde postupně vytvoří jakousi společnou „mapu“ neurotických příznaků - ať už duševních či tělesných prožitků, myšlenek nebo způsobů chování. Vedoucí pak jednotlivé skupiny příznaků uvede do vzájemné souvislosti, zdůrazní jejich propojení a vzájemné ovlivnění a znázorní to graficky. Z rozkresleného schématu vysvětlí, že jde vlastně o nekončící a postupně se zesilující bludný kruh, ze kterého je těžké najít východisko svépomocí.

Při racionální psychoterapii dbáme na to, aby nešlo jen o získání a zpracování informací na rozumové úrovni, ale aby došlo i na bezprostřední zážitky, které probíranou tematiku jednak stvrzují, jednak ji pomohou pacientům fixovat v paměti. Jednou z možností, jak toho dosáhnout, je tzv. *interoceptivní expozice*. Toto „experimentální“ vystavení pacientů konkrétní psychofyzické zátěži zařazujeme pravidelně po teoretickém úvodu. Užíváme k tomu metodu *hyperventilace*, která je jen jednou z variant behaviorálních experimentů v léčbě panické úzkosti či fobií (20). Vegetativní symptomy, které se během minutového zrychleného a prohloubeného dýchání dostaví, pacientům nápadně připomínají potíže, jež je k hospitalizaci přivedly. Přímý prožitek pocitu tísně vyvolávající katastrofické obavy i tělesné příznaky spolu s tendencemi vyhnout se jim

(kupř. povolením v intenzitě dýchání) zobrazí pacientům průběh jejich úzkostných atak a fobického chování lépe než co jiného. To je však jen jeden z výstupů sezení. Za podstatné z praktického hlediska považujeme především nácvik relaxačního dýchání, jehož pomocí se uměle vytvořené úzkosti pacienti v sezení zbavují. *Třífázový nádech - zadržení dechu - výdech* ve velmi pomalém tempu doporučujeme pacientům trénovat a používat před každou zátěžovou situací a při nastupující úzkosti. Technika je zvláště účinná a hojně využívaná behaviorálními terapeuty v léčbě panické poruchy a fobií často v kombinaci s jinými způsoby psychoterapie (20). Fobickým pacientům doporučujeme exponovat se postupně (tj. se vzestupnou náročností) i vnějším faktorům a situacím (jízda prostředky MHD, nákupy, fronty či opouštění oddělení). Kontrola provedení takového úkolu probíhá nejčastěji na začátku interpersonálního sezení v rámci tzv. „kolečka“ (viz dříve). V těžších případech se fobickému (anebo obsedantnímu) pacientovi věnujeme ještě paralelně v individuálních sezeních přísně kognitivně-behaviorálně orientovaných.

Další formou racionální psychoterapie je (pro řadu pacientů značně užitečný) *trénink asertivní komunikace a sociálních dovedností*, který sestává z teoretického úvodu a praktického procvičování rozličných situací.

Psychohry, psychogymnastická cvičení nebo arteterapie jsou vítaným doplňkem terapie.

Hra zcivilňuje pacientovu situaci za pobytu v nemocnici a uvolňuje její. Psychologický aspekt psychohry sice „nestraší“ pacienty v psychoterapii tak intenzivně, jako tomu bývá u osob zdravých studem ze sebeodhalování (jsou mu konečně vystaveni ve skupině často), což však neznamená, že při těchto cvičeních nedochází k posunům v pacientově pohledu na sebe, své věci a vztahy. Někdy dokáže vhodně zvolená psychohra, stejně jako psychogymnastické či arteterapeutické cvičení, přinést „skokem“ tolik užitku jako řada hodin skupinových sezení. S terapeutickým potenciálem těchto technik je na druhé straně spojeno riziko, že se někdo ze členů skupiny začne

pouštět do hlubší práce na svém problému, pro niž v takto orientovaném sezení není prostor. V takovém případě pacienta jemně odkazujeme na nejbližší interpersonálně orientovanou skupinu. Pokud některý člen projeví intenzivní pláč či úzkost, necháme je volně proběhnout, poskytneme podporu a rovněž nabídneme možnost vrátit se k zážitku ve skupině.

Psychogymnastická cvičení vnášejí do terapie velmi potřebný tělesný pohyb, kterého žel bohu není v komplexním programu mnoho. Často tyto techniky působí jako ventil vypouštějící ze skupiny napětí či nepřátelské postoje, stejně jako skupinu dokáží stmelovat a motivovat k další činnosti, když uvážne v měčtinách pasivity. Některých cvičení se účastní spolu s pacienty i terapeuti, což má za následek (kromě jistého uvolnění i pro terapeuty) především povzbuzení pacientů k aktivitě a prolomení obav ze ztrapnění. Vystoupení terapeuta z role autority je zde maximální a přináší mnohým členům skupiny (někdy cestou překvapení) pocit potřebné blízkosti s terapeuty, což neznačí, že totéž nenavozuje u jiných nepřijemné pocity zmatku ze ztráty vedení, úzkost či odpor. Proto v závěru pacienty ujišťujeme, že všechny jejich prožitky do psychoterapie patří, žádné nejsou „správné“ či „nesprávné“, a že se k nim mohou vrátit ve skupinovém sezení.

Ač bychom si to přáli, nemáme (a patrně ani v nejbližší době nebudeme mít) k dispozici školeného arteterapeuta, proto *arteterapeutické prvky* zařazujeme víceméně příležitostně a stejně jako ostatní výše uvedené techniky s ohledem na aktuální situaci a dění ve skupině.

Relaxace již ze své podstaty vyvažuje emoční náročnost intenzivní skupinové terapie. Ve frekvenci dvakrát denně uplatňujeme *základní stupeň autogenního tréninku* (pro jeho všeobecnou známost jej dále nepopisují), který si pacienti provádějí sami podle magnetofonové nahrávky. Na metodě si ceníme toho, že je poměrně jednoduchá, a pacient tak má dobrou šanci ji během 6 týdnů každodenního cvičení dobře zvládnout. Doporučujeme ji samozřejmě používat i po propuštění. Mimo to se

skupina jednou týdně schází k prohloubené relaxaci vedené „naživo“ terapeutem. Jde vlastně o varianty vyššího stupně autogenního tréninku s imaginací obrazců, barev a situací. Leckdy namísto představ zařazujeme hudbu. Objevili se významný zážitek, doporučujeme se k němu vrátit ve skupinovém sezení.

Vhodnou složkou léčby neuróz a psychosomatických poruch je i *terapie pohybem*. V našem případě jsme nuceni vycházet z technických i personálních možností kliniky, které jsou oproti minulosti dosti omezeny (z velké tělocvičny se stal nemocniční sklad). Ke sportovním aktivitám podle vlastního výběru pacientů je určeno jedno dopoledne v týdnu, v ostatní dny mohou pacienti sportovat ve svém volném čase. K dispozici je malá tělocvična s žebřinami o velikosti tříúžkového pokoje, asfaltové hřiště se sítí na volejbal, stůl na stolní tenis. Jednou týdně probíhá *kondiční cvičení s rehabilitační sestrou*. To je zaměřeno na udržení a zlepšení svalové síly, fyziologických kloubních rozsahů, protažení zkrácených svalových skupin, rovnováhy, obratnosti, správného posturálního postoje a vytrvalosti. Spolu s léčbou a prevencí častých vertebrogenních potíží se s cvičením pěstuje i sebepoznání a vůle. Pacient se učí uvědomovat si rozdíl mezi stahem a uvolněním svalu či svalové skupiny, což je do jisté míry obdoba poznávání svých emocí a psychických reakcí v psychoterapii. Do cvičení jsou vkládány relaxační prvky a dechová cvičení. Ač je cvičení skupinové, je zohledňována individualita tělesných obtíží. Zvláště pozitivní význam tělesným aktivitám připisují klienti se somatoformními poruchami, kteří mají problém s vyjádřením prožívání a jejichž jazyk je „tělesný“. Namísto: „Prožívám napětí“ sdělují kupř. „Mám ztuhlou krční páteř“, „Bolí mě hlava“ ap.

Činnostní terapie (ergoterapie) má v podmínkách kliniky větší význam pro pacienty s těžším postižením, než je neuróza a psychosomatické onemocnění. Výběr prací a volba materiálu jsou především z finančních důvodů značně omezené. Ačkoli je příležitostnou alternativou ručních prací i práce na nevelké zahrádce kliniky, setkáváme se u výše popisované skupiny pacientů spíše s odmítavým po-

stojem k pracovní terapii jako takové. Často jim činí potíže koexistovat v jedné místnosti s více postiženými nemocnými z uzavřených oddělení (z obavy, že „skončí jako oni“) a podřít se jednotnému způsobu vedení všech pacientů ergoterapeutkami, z čehož plynou mnohé konfliktní situace. Kompromisním řešením je za této situace dopolední povinnost se ergoterapie zúčastnit (cca 1 hodina), odpoledne je účast pro neurotiky a psychosomaticky nemocné nepovinná. Individuální domluvu s ergoterapeuty na způsobu zaměstnání podporujeme u pacientů jako trénink v sebeprorazování a schopnostech řešit konflikty.

V psychofarmakoterapii se nepřikláníme ani k postojům zpochybňujícím účinnost psychoterapie, pokud je pacient pod vlivem léků, ani k opačnému extrému, jak píše H. Bruchová: „...superlativové propagace vytvářející dojem, že nová psychofarmaka vyřešila problémy duševních nemocí a učinila z psychiatrie výdejnu léků...“ (11). Pokud přichází pacient k hospitalizaci s anxiolytiky, postupně a opatrně je redukuje až do úplného vysazení. Při vstupním rozhovoru svůj postup odůvodníme (riziko návyku, neřešení základní příčiny potíží) a vysvětlíme, že funkci anxiolytik přejme časem relaxace. Nově anxiolytika nenasazujeme. Pokud to stav pacienta vyžaduje (kupř. při úporných obsesích, těžší depresi nebo reakci na vysazení anxiolytik), podáváme *antidepresiva* nebo tzv. „atypická“ *neuroleptika* v nízkých dávkách.

Závěr

Jak předestřeny terapeutický postup metodologicky pojmenovat?

Z časového pohledu jde o léčbu *krátkodobou*, z hlediska frekvence jednotlivých sezení o léčbu *intenzivní*. Aplikovaná psychoterapie má svůj cíl i směr, je zakotvena v pevném rámci programu, je tedy *systematická*. Rozhodně nevytváříme nový konceptuální či teoretický celek kvalitativně vyšší než použité zdroje. Spíše empiricky využíváme více postupů, jejichž kombinace se zdá v dané situaci vhodná. Naše přesvědčení o účinnosti společných prvků různých terapií je v tomto případě silnější než ten-

dence dogmaticky lpět na „své vlastní škole“. Těmito kritérii se podle našeho názoru uvedené metoda vymezuje jako *eklektická*.

Hlavní podnět k sepsání této práce vzešel z jakési „nutnosti sebedefinice“. Pokus o analýzu léčebné metody a porovnání některých terapeutických zkušeností s výsledky jiných autorů mi pomohlo nejen lépe porozumět smyslu našeho konání, ale především, jak doufám, otevře prostor pro kritiku a diskusi. Již na tomto místě by jistě k práci bylo možné vznést řadu připomínek týkajících se kupř. absence výsledků dokazujících účinnost programu (mj. se již takovým výzkumem zabýváme), mnohých kompromisů v uspořádání léčby i v organizaci a vedení skupin, stejně jako v personálním obsazení a kvalifikaci terapeutů. Pracujeme v podmínkách, jež jsou nám ve státní nemocnici k dispozici, což nemá být alibismus, nýbrž realistické zhodnocení současného stavu. Pokud se předem nevzdáme jakékoli aktivity, je třeba z dané situace vytěžit maximum.

LITERATURA:

1. Podhorová, M.: *Komplexní terapie neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem, somatoformních poruch, poruch příjmu jídla a depresí*. Seminární práce k atestaci II. stupně z psychiatrie, Olomouc 1997, s. 2.
2. Kratochvíl, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997, s. 109-255.
3. Kratochvíl, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995, s. 37-214.
4. Knobloch, J., Knoblochová, J.: *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 195-234.
5. Růžička, J.: *Poznámky k filozofickým základům medicíny*. In Růžička, J., Skála, J. (eds.): *Psychoterapie II*, sborník přednášek (2. vyd.), Praha: Triton, 1997, s. 21.
6. Honzák, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997, s. 123.
7. Condrau, G.: *Sigmund Freud a Martin Heidegger, Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha, Triton, 1997, s. 24.
8. Růžička, J.: *Některé možnosti a úskalí psychoterapeutického vztahu*. In Růžička, J., Skála, J. (eds.): *Psychoterapie II*, sborník přednášek (2. vyd.), Praha, Triton 1997, s. 166-196.
9. Balint, M.: *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha, Grada Publishing, 1999, s. 32.
10. Yalom, I. D.: *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové, Konfrontace, 1999, s. 541-572.
11. Bruch, H.: *Základy psychoterapie*. Praha, Triton 1997, s. 50-76.

12. Kaplan, H., I., Saddock, B., J.: *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry* (sixth ed.). Baltimore, Williams and Wilkins 1991, s. 582-7.
13. Růžička, J.: *Meze a přesahy individuální, skupinové a rodinné terapie*. In Skála, J., Růžička, J. (eds.): *Psychoterapie III*, sborník přednášek, Praha, Triton 1994, s. 136-154.
14. Perls, F. S.: *Gestalt terapie doslova*. Olomouc, Votobia 1996, s. 9-79.
15. Růžička, J., Čálek, O.: *Antropologicko-hermeneutická psychoterapie, základní témata*. In Růžička, J. (ed.): *Psychoterapie V*, sborník přednášek, Praha, Triton 1998, s. 9-19.
16. Čálek, O.: *Psychoterapeutická skupina jako původní fenomén*. In Růžička, J. (ed.): *Psychoterapie VI*, sborník přednášek, Praha, Triton 1998, s. 98-107.
17. Čálek, O.: *Úvod do daseinsanalýzy*. In Růžička, J., Skála, J. (eds.): *Psychoterapie III*, sborník přednášek, Praha, Triton 1997, s. 9-30.
18. Shear, M. K., Weiner, K.: *Psychotherapy for panic disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997, 58 Suppl. 2, p. 38, 43, discussion 44-5.
19. Praška, J., Kosová, J. et al.: *Sociální fobie a její léčba, příručka pro vedení terapie*. Praha, PCP 1998, s. 55-62.
20. Hawton, K., Salkovskis P. M. et al.: *Kognitivně behaviorální terapie u psychiatrických problémů, praktická příručka*. Oxford Medical Publ. 1989, s. 37-60.
21. Prochaska, J., O., Norcross, J., C.: *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*. Grada Publishing, 1999, s. 366-390.

MUDr. Michal Kryl pracuje jako psychiatr ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Text statí, jež vyšla v minulém a tomto čísle Konfrontací, je upravenou seminární prací předloženou autorem ke II. atestaci z psychiatrie.

Vzpomínka, halucinace a časové prožívání v psychoterapeutické reflexi (část první) Fenomenologický přístup

Jiří Růžička

Každý psychoterapeut dobře ví a neustále se setkává s tím, že naše minulost není hotovým a jednou provždy vyřízeným úsekem našeho života. Reflexe psychoterapeutické zkušenosti nás poučuje o tom, že minulost je stále (a svébytně) otevřeným a nikoliv již jen uza-

vřeným časovým modem. Minulost není pouze hotovou a nehybnou bývalostí, která již zcela a navždy pominula, ale to, co se událo, přebývá v naší zkušenosti živě, s možnostmi přístupu i proměn. Minulost jakožto bývalost rozpoznáváme až poté, co se ocitáme v současnosti, ve které se bývalé objevuje ve vzpomínce jako zpřítomnělá minulost. Avšak nejen to. Aby se minulost stala jasně ohraničenou bývalostí, časem, který již nepatří přítomnému, je třeba privátní čas uvést do vztahu k obecně, tedy společně sdílenému, (tedy) komunikovanému světu. (Tato skutečnost bývá považována buď za banalitu nebo jí nepřisuzujeme žádný velký význam. To, že je rozhodující, potvrdí lidé, kterým se čas doslova zborčil izolací, nemocí nebo z jiných závažných důvodů. Nedávno proběhla např. tiskem zpráva o člověku, který se ztratil v tasamánské buši. Když ho po řadě týdnů našla skupina turistů, choval se zmateně, byl časově dezorientovaný a měl pochyby o tom, zdali lidé, které potkal, se mu pouze nezdají. Teprve pobytem s lidmi začal postupně rozpoznávat a odlišovat dobu před zblouděním, což bylo možné proto, že byl schopen oddělit společně sdílenou minulost od doby sociální izolace).

Rozpoznání minulosti jakožto minulosti se zdá být zcela samozřejmou lidskou schopností. Jsou ovšem lidé (tak je tomu u některých psychopatologických projevů), kteří přítomnost již minulého nejsou s to oddělit od právě přítomného jakožto současného. Tento jev, jak se domnívám, je velmi důležitý pro porozumění jak paměti samotné, tak hlubokým duševním poruchám, u nichž hraje roli tzv. fixace a regrese. Stejně tak nám může zásadním způsobem pomoci přiměřeně porozumět dimenzi „vědomí-nevědomí“ a očistit ji od nepřiléhavých a zavádějících pojmových konstruktů a psychologismů.

V psychoterapii jsme svědky toho, že minulost se průběžně proměňuje, přetváří, a to se děje zároveň s duševními změnami, které směřují buď k uzdravě nebo, v případě opačném, k ještě hlubší patologii. Je obecně známo, že prožívaná minulost, způsob, jak se nám dává, se úzce váže k tomu, jak žijeme současnost a jak se nám otevírá budoucnost. Podobně jako u předchozí-

ho postřehu i zde dostáváme další námět k potřebným analýzám a porozumění.

Zpřítomněná minulost má úzký vztah ke všem dalším časovým určením, jimiž žijeme „svůj čas“. Minulost je v současnosti přítomná několika způsoby. Ve vzpomínce je přítomná rovnou. Ale pro vstupování do minulosti existují různá omezení. Rozpomínání se na minulé je možné teprve tehdy, když si sebe jako rozpomínajícího také uvědomujeme, když sami sebe máme jásky, když se jásky časově dokážeme orientovat. Když jsem si vědom toho, že jsem to já, kdo, jsa pevně zakotven v přítomnosti, zpřítomňuji minulé (a sebe v něm!) jakožto minulé a přítom jedno odděluji od druhého. Odtud je také vysvětlitelná záhada, proč si nepamatujeme rané dětství od jistého věku (obvykle od dvou, tří let) níže a proč jsou psychoterapie, které se zabývají raným dětstvím tak dlouhé, mají-li se dobrat nejstarších vzpomínek. Jáství se tvoří postupně a ostrůvkovitě přerušovaně. Teprve okolo dvou let, výrazně pak s růstem pohlavní identity, si dítě uvědomuje samo sebe jakožto sebe v nezbytném a trvalém jáském odstupu od světa i od sebe, bez kteréžto struktury není osobní vzpomínka možná. Tento zajisté neoddelitelný rys identity je ovšem spojen s rozvojem řeči, která má významnou petrifikační a stabilizační schopnost, jakou je reflexe vlastního já a tím i vědomí sebe. V ranějším věku je jáství neúplné a z hlediska časové trvalosti mezerovité, autoreflexe kusá a trojdimenzionálnost časovosti konstituovaná jen fragmentárně. Dostaneme-li se v analýze do těchto „míst“, musíme postupovat jen zvolna, tápavě a nejistě, podobně jako horníci, kteří pracující vždy s nedostatkem světla, obnaží napřed kousek horniny a pak výdřevou, kterou přinesou zvenčí, chodbu zajistí. Tím je vybudován kus „přístupové cesty“, kterou lze přistoupit k vlastní těžbě. „Výdřeva“ je dodatečně vnesená řeč. Bez ní by žádná soustavná hlubinná terapie nebyla možná.

(Pozn.: Při práci s experimentálními psychózami byly obrazově dějové a pocitové stavy nesrozumitelné a samy o sobě nepřinášely žádný léčebný nebo autognostický efekt. Teprve

následující „rozbor“ a výklady daly experimentální zkušenosti smysl a uvedly do chodu léčebný či autognostický potenciál, který by jinak zůstal ležet ladem. I proto je pochopitelné, proč samotné užívání drog nepřináší prakticky žádný osobní přínos, ba právě naopak, dezorientuje a uvádí v chaos náš život. Psychologicky vzato, nejsou to samotné látky, které ničí naše mozkové buňky - i když řada návykových látek tento neblahý vliv má. Především je to drogová zkušenost, která svojí percepční, hodnotovou, časovou, vztahovou a situační akontextuálností rozvrací celý náš život, naši existenci).

V psychoterapii, která se zabývá nejranější minulostí (nikoliv jen v psychoanalýze), člověk obnaží část minulosti, bohaté na zkušenost, která však byla nepřístupná a volně nepoužitelná do té doby, dokud jí jásky „zpětně“ neuchopil a teprve takto, jako již osvojenou a vlastní, již strukturovanou, jí časově nezařadil. Teprve je-li časově zařazená, je schopen ji uchopit s následnou možností se k ní svobodně vztahovat. Některé psychotické či delirantní stavy, které se vyznačují ztrátou nebo strukturálními poruchami jáství, s sebou jen logicky a zákonitě přinášejí také výrazné poruchy časového prožívání, amnézie nebo jiné poruchy časové orientace.

(Již z dosavadního textu je patrné, že lidská paměť je něčím zcela jiným nežli „paměť“ strojů. Magnetofonový pásek nemá žádné „ted“, „jíz“ ani „pak“, má jen stopy, které na něj byly nahrány a které jsou stále stejné - pokud je zub času ovšem nezničí. Buď je v naší, a nikoliv jiné přítomnosti, nejméně pak přítomnosti stroje, přehráváme, nebo je, opět v naší přítomnosti, nespouštíme. Program počítače s příslušným datovým kódováním je na tom podobně. Oba přístroje jsou mimo čas. Žádný přístroj nemá čas a nemá s člověkem srovnatelnou paměť. Je tomu tak proto, že nemá žádné Já, že není žádnou bytostí, natož pak osobou. Jedině bytost jáská se může k něčemu osobně vztahovat, jediné jáská bytost se může vztahovat sama k sobě, a tudíž také ke svému životu, který má minulost, přítomnost a výhledy, který se proto může vztahovat k časům jiným: času měřenému

mu hodinkami, k času dějin, historickému času, času na něco, k času který se nedostává, k času druhého člověka atd. Bez Já nelze rovněž žádný čas ani měřit. Žádný stroj, nemaje „Já“, se nemůže také k ničemu ani vztahovat, a tudíž se hodí jen k tomu, aby čas zaznamenával a ukazoval pro lidi. Stroje se proto pouze vyskytují, jejich minulost, současnost a budoucnost je bezvýhradně určena pouze námi přisouzeným časovým zařazením. Paměť má jen člověk, protože na rozdíl od strojů dřívějšímu a současnému nějak rozumí. Věc, nemajíc sebe samu, vztahy a rozumění, nemá ani časové bytí, pouze se vyskytuje. V čase se ocitá jen tehdy, je-li časově určena člověkem, vstoupí-li do světa lidí).

Teprve tehdy, má-li čas svoji trojitost, bytí třeba jen nehotově (jako je tomu u nejmenších dětí) nebo deformovaně (což je patrné např. u některých duševních poruch), je lidským časem. Samotné „nyní“ neexistuje bez možnosti „dříve“ a „potom“. Je ale naše „nyní“ či „potom“ možné bez toho, co obsahově a konkrétně „nyní“ je či „potom“ bude? Lidský „žitý“, abstrakcemi neredukovaný čas má také vždy nějaký obsah. V našem „výkonu života“, existence se také pokaždé vztahujeme k tomu, co se nám v čase, v jeho trojitosti, dává, co se nám v čase ukazuje. To, že si své rozpětí ve třech časových dimenzích neustále aktuálně neuvědomujeme, neznamená, že to není náš ustavičný způsob bytí. Jednou však jsme více v minulosti, jindy zase v budoucnosti. To, co se v čase ukazuje, se ukazuje vždy nějakým jmenovitým způsobem. Tomu, co se ukazuje, vždy již nějak rozumíme, a to i tehdy, když je naše porozumění falešné, parciální, mlhavé či nestrukturované. Z psychotherapeutické zkušenosti víme, že lidé mají svoji představu o charakteristikách své nejjazší budoucnosti, a to i tehdy, když tvrdí, že se jí nezabývají, že je nezajímá, nemožou ji odhadnout, je zbytečné o ní spekulovat a tak podobně. Úhrnem, trojí časová rozlehlost je člověku bytostně vlastní. Existuje ale ještě jedna zvláštnost lidského modu bytí, a tím je bytí nejáské, spolubytí (v některých publikacích je nazývám „mystvím“). V tomto existenciálním modu se časová trojitost významně a pod-

statně proměňuje (viz např. autor in Konfrontace 2000, 1, s. 23-29).

Pro naše úvahy je rozhodující zjištění, že být v čase znamená být vždy zároveň v jeho trojitosti. Dále pak poznání, že žádné časové určení není hotové, uzavřené a neměnné, ani bývalost není jednou již hotová a změnám nepřístupná dimenze. Toto se zdá být na první pohled nepřijatelné. **Cožpak lze změnit něco, co se již jednou stalo?** Kdyby však platilo, že na již jednou zapamatované minulosti nelze nic měnit, jen stěží bychom rozuměli účinkům na minulost orientovaných psychoterapií či změnám v postojích v religiózní instituci smíření. Abreakce, katarze, dokonce i jen prosté rozpomenutí se na určitou traumatickou událost v podmínkách přinášejících bezpečí a jistoty vedou nejen ke změně současného duševního stavu, vymizení symptomů, ale způsobují také proměnu vzpomínkového ladění a s ním i proměnu „scény minulosti“.

Původně ďábelsky vyhlížející **scéna dětského snu**, ve které je snící vydán nestvůře, na sebe díky vhledu a dospělého přehodnocení bere méně dramatickou podobu. V nestvůře je rozpoznán poněkud zlomyslný strýček, který rád strašil svého synovce. Přesto však se hrůzná a původní snová scéna neztratí, pouze ji, pod vlivem nové zkušenosti, jinak rozumíme. Původní vzpomínka se nejen proměňuje, ale minulostní část života se ve vzpomínce dokonce množí. To se zdá nezvyklé, avšak lidé, kteří mají volný přístup k minulosti a jsou nadáni obrazivostí, tuto věc dobře znají. Podobně staří lidé, jejichž životní perspektiva již ztrácí motivační sílu, žijí minulostí, která jen v případě mozkového poškození bývá stereotypní a emočně oploštělá. Za jiných okolností je pro ně minulost nejen barvitou vzpomínkovou přítomností, ale nacházejí v ní nové skutečnosti, dříve nedocenené detaily a objektivně interpretované významy. Ostatně, totéž se děje, nezávisle na věku, v analytických psychoterapiích.

Následný čas a nikoliv jen samotná událost činí **trauma** traumatem. Psychické trauma se nevytváří náraz, samotnou událostí, ale vyvstává s postupujícím časem tehdy, znemožňuje-li postiženému jeho svobodnou existenci, a to tak,

že se dotýčný neustále zdržuje u oné události, která ho neodklonitelně zaujala. Zaujetí se postupně stává zajeťm. Být v zajeťm události znamená časově uvíznout, setrvat u té okolnosti, která již měla pominout, neboť okolí, čas druhých lidí i čas dalších okolností plynou a člověk by měl odpovídat na nové nároky a výzvy. Toto uvíznutí má ale za následek bytně a rozrůstání traumatické události v neodkloněných a často obtížně odklonitelných představách v prostoru minulosti, tak významné proměny vztahovosti, postojů a hodnot.

Nedávno jsem měl v péči pacienta, který se již několik roků u různých psychiatrů a psychoterapeutů léčil s fobiemi. K nim se přidávaly opakující se stavy vyčerpanosti a deprese. Pacient prakticky nezabíral na žádný druh léčby. Byla vystřídána psychofarmaka, prošel skupinovou psychoterapií, analytickou individuální léčbou, kognitivně behaviorálním procesem, na tělo zaměřenou terapií, a to vše u nejlepších odborníků. Výsledek byl prakticky zanedbatelný, spíše se zdálo, že v průběhu času u něho dochází k postupné chronifikaci potíží. Pacient neustále setrval u svých dětských představ a očekávání, návyků a celého komplexního životního stylu. Jeho sny byly přeplněny katastrofickými náměty, jejich náměty i místa byly jen variacemi na jedno téma, totiž domova. V něm vystupovala především matka, která svého syna ponechávala s železnou pravidelností na holičkách.

Ani léky, ani dosavadní psychoterapie ve věci nezjednaly žádnou nápravu. Jediné, co se jevílo jako možná cesta z bludného kruhu ven, bylo jeho přerušení. Ale jak? Při srovnávání jednotlivých snů jsme zjistili, že pacient se v ohrožení pravidelně utíkal k matce, u které hledal pomoc. Ale ta mu ji, v podobě jakou náš pacient potřeboval, nikdy neposkytla. Napadlo nás, že kdybychom jej vystavili podobné situaci a matka by zareagovala jinak, že by mohlo dojít ke změně scénáře. Proto jsme domluvili setkání, od něhož jsme si slibovali eventuální východisko z patové situace. Matku jsme požádali, aby za žádných okolností nereagovala na synovy výčitky a kritiku odmítavě, ani aby synovi jeho zlost a vý-

čitku neopětovala, nic nevysvětlovala, ale pokojně jej vyslechla, zeptala se, co pro něho může udělat v současnosti. A aby tuto nabídku opakovala stále dokola, trpělivě a ochotně.

Pacient matce samozřejmě vyčetl vše zlé, co jej v životě potkalo, jak ho nechala po škole, nepomohla mu, když byl vystaven šikaně kluků z ulice, že mu stále jen prikazovala atd. Matka, které jsme poskytli naše ujištění, že tato cesta je nadějná, úkol přijala a také jej splnila. Přijímala jeho kritiku a výčitky, ale stále obracela jeho pozornost do přítomnosti. Ptala se jej znovu a znovu, co pro něj může udělat nyní. Nakonec jí řekl, že by od ní chtěl, aby mu nahradila jeho zkažené dětství, aby ho mohl prožít znovu a jinak. Matka odpověděla jediným způsobem, který byl v dané situaci nosný. Řekla mu, že by to pro něho s dnešním porozuměním a v dnešní situaci ráda udělala, ale že mu dětství navrátit nemůže, avšak to, co by potřeboval a co by mohlo být v jejich silách v současnosti, pro něj ráda udělá. Je přece její syn, kterého má ráda. Tento krok se ukázal být zlomový a znamenal začátek postupné změny v jeho časové životní orientaci. Mladý muž začal současnost vnímat mnohem přítomněji a minulostní ladění i prodlévání v ní nechával postupně uplynout dozadu. Tím se mu konečně otevřela současnost a cesta z nemoci ven. Pacient se postupně přeladil i emočně. Z mrzutého, zapšklého a křivdou naplněného člověka se postupně stával vtipný a otevřený člověk. Než se tak stalo, trvalo to ještě dlouhou dobu.

„Lidem, kteří ulpěli v některém z časových modů, zpravidla (ale nejen) v minulosti, již nezbyvá dosti „času“ na současnost ani na výhledy do budoucnosti. A tak se **spolu s defektním časováním** vytváří psychická porucha, psychopatologický defekt. Způsob účasti na vzpomínce určuje, zda a jak minulost přetrvává v současném prožívání jakožto („subjektivní“) minulost.

Dětští psychologové již dříve postřehli, že čím méně si je člověk vědom sama sebe jakožto sebe, čím méně je vyvinuté vztahové vědomí a posléze vědomí tohoto vědomí, tím obtížněji se dítěti může minulost objevovat jako

minulost a tím nesnadněji se minulost odděluje od současnosti i budoucnosti. Zdá se, že novorozenec žije jakousi prapřítomností a ještě nemá vědomí trojitosti času. Několikatýdenní dítě žije časem, který neplyne tak jako nám dospělým, neboť nemá časové horizonty bývalosti a budoucnosti. Jeho čas má odlišnou strukturu než čas dospělého. Čas mu neuplyvá, pohybuje se jen jeho okolí a/nebo ono samo. I když díky určitým okolnostem, které se týkají studu a úzkosti, se toto tvrzení vztahuje ke kratšímu období života, než jsme se domnívali dříve. Především díky ontogenetickému pozorování víme, že stud se vyskytuje u některých dětí již v několika týdnech jeho života. Námí usku- tečněná pozorování dokládají, že již šestitýdenní dítě vykazuje známky studu, a to tehdy, když vnímá pohled druhého a je takovému pohledu vystaveno. Odvrací hlavičku a snaží se uniknout pohledu druhého tak, aby jeho pohled nevnímalo. Mateřská náruč toto bezpečí zpravidla poskytuje. Splynutí s matkou ruší jáskou vystavenost druhému a obnovuje nejáské spolubytí.

Proč se člověk stydí, je zajímavá psychologická otázka. Již Nietzsche a náš L. Klíma považovali pohled druhého za narušení soukromí. L. Klíma pohled do očí dokonce považoval za zločin. Pohled nás usvědčuje z vlastní existence, z toho, že ač je člověk jen jedním a tak nekonečně zanedbatelným, přesto stojí oproti celému jsoucnu tváří v tvář a troufá si na ně pohlížet. **Tomu, kdo na nás pohlíží, jsme vydáni.** Pohledem se nás totiž druzí zmocňují (což může být interpretováno v kontextu magické úrovně kognice doslovně), vstupují do oblastí intimity, do oblastí, které jen tak snadno a lehkovážně druhým neotevíráme a neposkytujeme. Pohledem jsme rovněž vyčlenění a vydělení z celku, a tak se můžeme stát i vydanými a odloučenými. Vědomí sebe zakládá nejen trojitost časového vnímání, ale také stud, strach, úzkost a smutek. Na druhou stranu však implikuje existenciální modus spolubytí, nazývaný též totíž myství.

Čas ubíhá tím rychleji, čím více jsme na něm účastní jásky. Úběžníkem všech časových horizontů je nebytí, nepředstížitelná možnost konce

jáství. Malé děti do tohoto času ještě nevstupují cele. Protože jsou jásky jen málo vyděleny, vztah k nebytí, jáskému atributu, je u nich jen málo vyvinutý, a proto i odlišný od dospělých. Děti proto také umírají klidněji než mladí lidé, pro něž je jáství, a tudíž i smrtelnost nově a úzkostně prožívaným tématem.

Čas velmi malých dětí a určitých typů těžce duševně nemocných je v některých aspektech prožíván podobně. Typická je například koncentrace na „zde a nyní“, kterou lze jen obtížně odklonit. U malých dětí batolecího věku je přirozená, u psychických nemocí je však únikem a má podobu propadlosti. Typické jsou vášně. V nich člověk zapomíná na nesnesitelnost časového bytí. Bytí, ve kterém je člověk jásky vydán zejmění trojitosti času. Děti mají přítomnost přirozeně a bezproblémově. Čas přítomnosti je chráněn před oběma okraji časové propasti. Děti nejujtějšího věku také nevzpomínají stejným způsobem jako dospělý. Oni, prodlévající v přítomnosti minulost zpřítomní tak, že jí nerozeznají jako bývalost, a tím má minulost sílu přítomnosti (zde také možná spočívá tajemství de-ja-vue). Děti tedy pouze stejnou situací znovuprožívají jakoby poprvé. Z toho rovněž plyne, že minulost nepřítomňuje s jáskou distancí, ale jsou v ní cele.

Vědomí sebe se rodí zároveň se vztahovým vědomím. Aby se stala minulost minulostí, je

nezbytné, aby již existovalo „já“. To je, jak všichni víme, konstituováno ve vztahu k protějšku, druhým lidem a ke světu, ale také k sobě samému. Konstituování vztahů je zároveň konstituováním vědomí sebe a konstituováním trojrozměrné časovosti. Z tohoto pohledu se ovšem pojem nevědomí, jak jej předkládá hlubinná psychologie, začíná jevit problematicky. Představa, že ta nejvýznamnější minulost, podle analytických myslitelů pak především nevědomá, je hotovou zkušenostní stopou, je neudržitelnou simplifikací. Stejně tak zjednodušující je představa o paměťové přístupnosti „nevědomí“, která je daná jen existencí či neexistencí traumat či psychologicky nic neříkajícími odkazy na „zralost CNS“. Pokud nebudeme mít neustále na zřeteli pravidla časování našeho života, podmiňovaného specificky jástvím i strukturami spolubytí (myství), budeme se stále dopouštět gnostických i léčebných chyb. Ještě dodnes se mnozí takto orientovaní psychoterapeuti domnívají, že neschopnost rozpomenout se na nejranější dětství je způsobena psychickým konfliktem intrapsychických sil obecně pojatých jako komplex identity. Avšak vědomí minulosti je naopak vším jiným, než jen aktualizovaným paměťovým záznamem, který se dá sem a tam přehrávat jako stopa záznamového media počítače.

(Pokračování příště)

Institut pro systemickou zkušenost

otevřít 22. listopadu 2001 v Praze

další tříletý výcvik (400 hodin)

v systemickém přístupu ke klientům a vlastní profesionální roli

UMĚNÍ POMÁHAT

pro psychoterapeuty, manželské a rodinné poradce, psychology, pedagogy, lékaře a sociální pracovníky

Další informace a přihlášky na adrese:

ISZ, Máchova 23, 120 00 Praha 2

tel./fax: 02/ 225 204 67 e-mail: vycvik@isz.cz

www.isz.cz

KONGRESY A KONFERENCE

„Lidé v systémech - systémy v lidech“

Zpráva o jubilejní konferenci k 10. výročí Institutu pro systemickou zkušenost, Praha, květen 2001 - pohled zvenku

Andrea Brandl-Nebehay

„Napříč perspektivou jedince, společnosti a kultury“ zněl podtitul této mezinárodní konference, k níž byli pozváni referující z Německa, Rakouska, Švýcarska a USA, aby s slavněm pobylí a vstoupili s ním do dialogu, překračujícího hranice.

Konference se konala v náležitě renovovaném objektu á la kasárna, který skýtá krásné konferenční prostory a gigantické studentské koleje - před revolucí ovšem sloužil jako centrála státní bezpečnosti. Příležitostí k distancování se od této historie byl také kulturní program - cesta do Kutné Hory s večeří a gardenparty, jakož i jízda na parníku po Vltavě, při níž byly dekonstruovány mnohé narozeninové dorty ISZ.

Úvodní přednáška Kurta Ludewiga (Münster) byla pozváním k přeletu nad historií a aktuálními trendy systemické terapie z pohledu pionýra, hlubokého znalce a varujícího mentora v dané oblasti. Načrtnul některé vlny epistemologických konceptů. Byla-li teorie první vlny (70. léta) silně orientována na systémově teoretické pozice přírodních věd (kybernetika I. a II. řádu, teorie sebeorganizace, konstruktivismus), nastoupila na konci 80. let nová vlna, zdůrazňující lingvistické, sociologické a sociálně psychologické koncepty. Z této základny se krystalizovaly jednotlivé, svou praxí konkurující si školy, každá z nich zaměřená na jiné aspekty: narativní terapie, krátká terapie, na řešení orientovaná terapie atd. Ludewig vyslovil naléhavé varování, abychom z oprávněné radosti nad touto různorodostí nezapo-

mněli na společný rámec „systemického“, důležitý profesně - politicky a pro identitu a uznání systemického přístupu jako svébytného směru.

Rosmarie Welter-Enderlin (Zürich) navodila svou přednáškou k praxi vztažený kontrastní bod: na videozáznamu ukázala mistrovský kousek zdařilé párové terapie. Na své práci se starším manželským párem ukázala proměnu svého porozumění „případu“ v rámci párové terapie jako souhry biografických aspektů („kořenů“), struktur smyslu, zdrojů a nových řešení („křídla“). Manželský pár, který po deseti letech ztrácel kontakt a důvěru vůči sobě, byl zapletený do témat viny, si nechával narůst nová křídla a rozvíjel tvořivý rituál nového počátku (oba partneři zakoupili jeden druhému dražkou, jako nově zarámování, „zaobroučkování“ vztahu...).

„Moc a mocenské hry ze systemického pohledu“ byly tématem brilantní přednášky Toma Levolda (Köln). Od dob historické kontroverze mezi Gregory Batesonem a Jay Haleyem diskuse kolem tématu „moci“ utichla; téma se zdálo být příliš propojeno s lineárně-kauzálním chápáním jednání v sociálních systémech, které nešlo spojit s konstruktivistickou epistemologií. Levold navrhuje určité odtabuizování: konstrukce mocenských vztahů může být smysluplně popsána jako konstrukce řídicí/uspokořující složky, vlastní všem sociálním systémům, která podstatně přispívá k integraci sociálních systémů. Z pohledu pozorovatele (např. v terapiích) se „mocenské hry“ jeví jako charakteristické vzorce pozorovaného systému, v němž je výkon moci stabilizován, ale také omezen ve vzájemném působení „spoluhráčů“.

Joachim Hinsch a Ferdinand Wolf (Vídeň) se názorně a prakticky věnovali široce rozšířenému jevu „stěžování“ v párových a rodinných terapiích: stěžující si se prezentuje jako oběť a činí svoji spokojenost závislou na druhých osobách; jen ti druhí (partneři) by byli schopni naplnit jejich vlastní touhy. Tato „nabídka vztahu“ (de Shazer) často svádí terapeuty k tomu, že sami agují bezmoc a stěžování si. V této situaci je důležité velmi pozorně střízlivostí naslouchat, zůstat tak připojený ke klientovi a především uchopit nouzi či touhu, vy-

jádřenou ve stěžování si. Dále je užitečné se orientovat na zdroje (kde přesto existuje ve vztahu něco potěšujícího?), rozšiřující metafory a přeznačování (výčitky vůči partnerovi znamenají také důvěru v jeho potenciál; také z vyčerpání může vzniknout nová dynamika).

Jay Efran (USA) popsal nanejvýš živý a šťastný způsobem svůj model terapie "vztahové ke kontextu" (kterou z mně nepochopitelných důvodů také označuje jako „ortogonální“). Pochopila jsem, že terapie u Jay Efrana může také probíhat zcela neortodoxně. Dělat terapii znamená klást neobvyklé otázky; pomoci klientům z omezení jejich „mysli“ a spolu s nimi otevírat doposud nevyužitá místa jejich „self“. Efran říká v dialogu s deprimovaným, ustrašeným akademikem na penzi: „Přežili jste, už jste vyhrál, teď si můžete hrát“.

Jak lze porozumět procesům změny? Pokus o odpovědi promítal Günter Schiepek na velké plátno v sále. V působivém staccatu prezentace v PowerPointu zobrazil procesy sebeorganizace a přechodů z jednoho do druhého uspořádání v rámci komplexních, dynamických bio-psycho-sociálních systémů. Psycho-terapie, chápána jako umožnění a podpora vývoje sebeorganizujících se procesů, je zkoumána na tom, jak u klientů probíhají vzorce poznání, emocí a chování. Jako příklad tohoto způsobu základního výzkumu systémové vědy prezentoval Schiepek příklady ze své nejnovější výzkumné práce na klinice v Cáchách (Aachen). Zvláště mě zaujaly „partitury“ průběhů psychoterapie.

Vedle této obsahově pestré směsice přednášek se konaly početné workshopy, při nichž prezentovali svou práci také české kolegyně a kolegové. Přirozeně mohu podat zprávu jen o těch workshopech, které jsem navštívila:

Arist von Schlippe (Osnabrück) se se svým pracovním týmem zabýval tématem „Neviditelný třetí - systemické kontrakty v bitvě vnějších a vnitřních zadavatelů“. Především v supervizi skupin a týmů, ale také pro vlastní reflexi je jím vyvinutý model „kolotoč objednávek“ velmi vhodnou metodou pro vyjasnění jak veřejných, tak „tajných“ objednávek systému

pomáhajících. Nevyčerpatelné je ale také množství našich vnitřních hlasů („sestra Červeného kříže“, „biskup“, „diktátor“ ve mně), které jsme nechali v rámci kolotoče objednávek promluvit.

Podnětný byl také workshop Vratislava Strnada a Ivana Úlehly (ISZ Praha - hostitel konference), který v souladu se záměrem rozšířil moji „sebe-reflexivitu“ (titul tohoto workshopu). Spolu se dvěma českými kolegyněmi jsem se při demonstraci zase ocitla v roli „terapeutky“, která - díky nasazeným sluchátkům s reprodukcí hudby - měla sledovat vždy jen tu část rozhovoru, kterou sama vedla. Tímto způsobem byly působivě ukázány „body obratu“ v terapii, v nichž je porozumění nejprve blokováno („a co dál, doktore?“), a pak se, doufejme, znovu otevírá novým možnostem a může „se brouzdat různými nápady“.

Workshop Franze Reithmayra a Sabiny Klar (Vídeň) se slibným titulem „Kde se terapie setkává s filozofií“ vyjasňoval rozdíly, ale především společné prvky terapeutických a filozofických otázek; zabýval se zužitkováním „přemýšlení o myšlení“ v procesu terapie. Po znaleckém úvodu do umění starých Řeků klást „sokratické“ otázky, referovali filozof a terapeutka konkrétně a názorně o svém stylu spolupráce a o reflexi v terapii a o terapii.

Příležitost k diskusi, strávení přednášek a výměně názorů poskytla dvě diskusní fóra „Východ a západ - viděno systemicky“, která m.j. nadhodila otázky jazykového dorozumívání o systemické (?) terapii. V závěrečném fóru, moderovaném Aristem von Schlippe, byl v malých skupinách převyprávěn průběh této konference z různých perspektiv (moudří, spravedliví, šaškové, dobří duchové odvagy).

Z mého vídeňského pohledu (na východ od Prahy!) to byla velmi zdařilá konference, která kromě obsahového hlediska byla též pěknou společenskou událostí, spojující též Rakouskou společnost pro systemickou terapii a systemická studia (ÖAS) se středoevropskou systemickou „scénou“.

Autorka je předsedkyní Rakouského sdružení pro systemickou terapii a systemické studie; z němčiny přeložil V. Strnad.

„Objednávka a dobrovolnost“ („Auftrag und Freiwilligkeit“)

Kongres k 25 letům Institutu pro párovou a rodinnou terapii, Vídeň, 7.-9. května 2001

Vratislav Strnad

Rámcem setkání rakouských rodinných a systemických poradců a terapeutů bylo 25leté jubileum Institutu pro párovou a rodinnou terapii ve Vídni, Praterstraße 40. Tato instituce je po dlouhá léta předním pracovištěm v daném oboru, spojujícím praxi s klienty s teoretickou aktivitou (pravidelné tematické semináře, konference, výcviky v rodinné a systemické terapii v rámci ÖAS, největšího ze tří rakouských sdružení rodinných a systemických terapeutů). S pracovištěm je spojeno jméno prof. Ludwiga Reitera, spolueditora dnes již legendárního sborníku „Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive“, o němž jsem referoval na dni rodinné terapie v září 1989. Posledních deset let institut řídí Dr. Joachim Hirsch, v úzké spolupráci s magistrátem města Vídně, který je zřizovatelem institutu. Řada pracovníků institutu (mezi nimi především Gerda Klammer, Corina Ahlers a Ferdinand Wolf) redakčně řídí oborový časopis Systeme, který je v současné době co do kvality a podnětnosti (dle více referencí) snad nejlepším periodikem v daném oboru v celé německé jazykové oblasti.

Rámcovým tématem konference byl kontext společenské objednávky úřadů, veřejných institucí a institucí sociálních služeb, definujících sociální problémy a tím též problémové jedince a vytvářejících zakázku pro pomáhající instituce. Zástupci institucí sociálních služeb formulovali svá níže uvedená obecná očekávání, požadavky a postoje vůči pomáhajícím odborníkům (k nimž pak byly v rámci diskuse zajímavě vztahovány všechny referáty! Jich se však již - typicky - při zahájení konference přítomní zástupci úřadů nezúčastnili):

- nízkoprahová a cenově příznivá krátká terapie (s krátkým termínem pro objednání)
- zpětná informace o postupu terapie podle kritérií zadavatele objednávky
- ocenění jiných profesí
- vědomost o oblasti profesionálního konání zúčastněných profesí (co mohou, co musejí činit)
- reflexe cesty na ostří nože mezi pomáháním a sociální kontrolou
- terapie není vždy léčbou nemoci, ale pomocí k dalšímu vývoji
- terapie nepřináší řešení všech životních problémů
- uvědomění si, že objednávka na terapii se nachází v konkrétním politickém a ekonomickém kontextu

Specifická očekávání zástupců veřejných institucí:

- krátká terapie do 5 sezení
- okamžité zlepšení, stabilizace a léčba
- vědomost o zvláštních životních podmínkách handicapovaných jedinců a jejich rodin
- vytváření výchovné kompetence rodičů
- nabídka terapie pro klienty z jiných a smíšených kultur
- pomoc při formulování problému klientů jakožto forma jejich motivování pro terapii
- iniciativa v terapeutických intervencích v podnicích při problémech z pracovní oblasti

K jednotlivým referujícím:

Eve Lipchik je okouzující starší dáma, která již dvacet let - po odchodu z týmu Steve de Shazera - vede ICT Institut v Milwaukee, v němž spojuje na řešení orientovanou techniku s prací s kontextem a vztahem. „Čím více institucí je zainteresováno, tím lepší a rychlejší je pomoc...je ale třeba tuto pomoc koordinovat“. Terapie je v tomto případě mediace, resp. case managementem. Hnutí „managed care“ v oblasti medicínské psychoterapie vnáší kontext mediace do léčby. (Pacienti již nejsou obětmi pomáhajících profesionálů, do jejichž práce nemají co mluvit, jsou medikalizováni, psychopatologizováni, sociálně nálepkováni, atp.)

Konkrétní metodika práce paní Lipchik je k dispozici v ISZ.

Kurt Ludewig přednesl obsáhlý referát o *Pomáhání a sociální péči*. Podal definici sedmi kritérií pro systemické myšlení (za prvé jde o interdisciplinární pohyb myšlení, zabývající se problémy komplexity a sebeorganizace) a vymezil předmět praxe ze systemického hlediska (1. rozlišení mezi podnětem k pomáhání a problémem, respektuje lidskou autonomii; 2. namísto svěřací kazučky kauzálního myšlení - otevřená komunikace; 3. orientace na strategie překonávání problémů - řešení a zdroje). Metodologicky jde namísto kauzálního intervenování o principy užitku, respektu a estetiky. Vedle tradičních systémů pomoci (doprovázení, vzdělávání, poradenství a terapie) vymezil systémy péče (vzdělávání odpovídá vyjasňování, poradenství odpovídá pečovatelskému, doprovázení odpovídá ošetřovatelskému; terapie se v systému péče transformuje v nucené jednání, v kontrolu v užším slova smyslu).

Gerda Klammer referovala o *Umění, jak překonávat donucovací kontext*. „Donucovací kontext slouží legitimizaci postupujícímu vměšování do vykořeněných sociálních vztahů... Předpokládá chybějící kompetenci nebo selhání, či přinejmenším chybějící náhled klientů... Mocenské struktury sociální práce se proto potřebují transformovat od moci zabírající k moci (sebe)omezující“ Opřela se zejména o práci H. Goolishiana a vídeňského sociologa Pelikana, který zavedl pojem *Mächtigung* - znovuzapojení vlastní každodenní zkušenosti jak pomáhajících, tak klientů a s tím spojenou redefinici toho, co bylo původně institucemi označováno jako problém. *Mächtigung* (novotvar k *Bevollmächtigung* = zplnomocňování, pozn. komentátora) pak Pelikan definuje jako „sebeurčení, respekt a pochopení pro všechny zúčastněné strany, včetně nás samotných.“ Cílem pak není pouhé odsíranění problému (či jeho prevence), ale pozitivně definovaná kvalita lidského života (angl. - welfare, něm. - Wohlfahrt), vyžadující participatorní systémy pomáhání. (Plný text přednášky v němčině je k dispozici v ISZ.)

Tom Levold se zabýval otázkou, kdo vlastní problém? Rozlišil individuální (jedinečné

a v jazyce artikulovatelné) problémy a sociální problémy (mající svou „sociální kariéru“ -

1. vně stojící expert definuje svou zkušenost jako problém někoho jiného; 2. formuluje jej jako sociální problém, pro což musí získat odpovídající rezonanci jiných odborníků a institucí; 3. přinese vědeckou definici problému, která opravňuje tvořit strategie řešení ještě dřív, než o tom adresáti vědí). Pracovníci v kontextu sociálních problémů musejí neustále řešit dilema mezi cílem - rozšíření autonomie adresátů, a prostředkem - omezení autonomie adresátů. Rodinná terapie v kontextu sociálních problémů je naproti tomu možná jen přes opětovnou individualizaci problému.

Obecným rámcem referátů, workshopů a diskusí byl tedy trojúhelník: klient - pomáhající odborník - nadřazená instituce, zástupně definující problém klienta a cesty jeho řešení. Tento kontextový rámec, jak patrně, je vhodné reflektovat nejen v oblasti sociální práce, ale i v terapii a poradenství, protože i tyto formy existují pouze v konkrétním sociálním, institucionálním, politickém a ekonomickém kontextu. Účastníci se pak lišili v různé míře expertnosti definování sebe sama jako odborníka - tu s pomocí nástrojů, do nichž klient nemá, nebo jen v omezené míře může mluvit (Guido Strunk - Bremen), tu s pomocí participace a dialogu (příkladem toho může být tzv. *konference pomáhajících* nebo *dialog podněcující spolupráci* - metody vyvinuté již před deseti lety K. Deisslerem, T. Levoldem a jinými). **Myslím, že pro nás může být velmi poučný příklad z Rakouska - přímět úřady a veřejné instituce k odbornému dialogu, vyjasňujícímu a konkretizujícímu vzájemná očekávání - ku prospěchu všech zúčastněných a nakonec - k prospěchu všech demokraticky vyvíjející se občanské společnosti.**

Artweekend 26.-28. 10.

ve Studiu Citadela v Praze.

Barvy a lidé, živly, projekce, koláže...

Cena 1200,- Kč.

Informace na tel. 02/248 17562 (M. Hupých)

Cestování časoprostorem (IV. Evropská konference rodinné terapie; Budapešť; 27.-30. června 2001)

David Skorunka

Díky souhře šťastných okolností a přízni organizátorů jsem se ocitl na sklonku června v Budapešti, na čtvrté evropské konferenci rodinné terapie, pořádané evropskou (EFTA) a maďarskou (HFTA) asociací rodinné terapie ve spolupráci s dalšími organizacemi včetně Světové psychiatrické asociace (WPA). Dojmů z maďarské metropole je tolik, že je škoda se o ně nepodělit se čtenáři *Konfrontací*.

Jak tedy vypadalo setkání rodinných terapeutů na evropské úrovni? Bezpochyby šlo o událost mimořádnou co do odborné úrovně, mezinárodní účasti (včetně té česko-slovenské) i celkové organizace a péče o účastníky. Organizátoři dedikovali konferenci významným a bohužel již zesnulým postavám rodinné terapie, kterými byli M. Selvinni-Palazzoli, P. Boš a G. Vassilieu.

Pouhé motto „Travelling through time and space“ napovídá, že program obsahoval mnoho rozličných témat souvisejících se současnou rodinnou terapií: RT v medicíně a sociálních vědách, RT v rozličném kulturním kontextu, RT a média, Vyprávění, jazyk a psychoterapie, Párová terapie, Sex terapie, RT a farmakologie, Biotechnologie a RT, Problematika závislosti, Dětství, adolescence a RT, Výzkum v RT a další a další...

Největším problémem se samozřejmě stala orientace místem konání přednášky a osobou přednášejícího. Kromě hlavních plenárních zasedání a některých tzv. sub-plenarií totiž naprostá většina seminářů a workshopů probíhala souběžně (tak je tomu ostatně na podobných akcích zvykem), a tak se rozhodování, co si z „rodinné terapeutického menu“ vybrat, často stávalo bolestným procesem. Teoretické úvahy z Německa, zkušenosti z Velké Británie, provokující myšlenky z Itálie, výsledky výzkumných prací z Řecka, a krásy Buda-

pešti, to vše a mnohem více ztěžovalo výběr v nabitém čtyřdenním programu. I když selekci mohl ulehčit sborník abstrakt jednotlivých příspěvků, přeci jenom bylo někdy dopředu těžké odhadnout kvalitu prezentace. Nutno říci, že pověst slavného rodinného terapeuta ještě nezaručuje také vynikajícího řečníka, který zaujme posluchače nejen podnětným obsahem ale i neotřelým projevem. A tak kdo měl jisté postavy z odborné literatury idealizované, mohl být v některých případech zklamán.

Na druhou stranu se účastník dočkal i milých překvapení. Například seminář *Elsy Jonesové*, na kterém se podílel její kolega-terapeut-výzkumník *Eia Asen*, stál opravdu za to, byť se jednalo o téma dle názvu neveselé. Seminář navazoval na přednášku E. Jonesové věnovanou výsledkům srovnávací studie terapie deprese a představoval inspirativní seznámení se systemickou párovou terapií u osob s touto diagnózou. I když Mrs. Jones svými sociálně konstrukcionistickými názory na depresi (samozřejmě i svou klinickou zkušeností) zaujala početné publikum, byl to především *Eia Asen*, který vitalitou a humorným projevem přesvědčil všechny o tom, že náročná práce v nelehkých podmínkách nemusí vést nutně ke ztrátě nadšení. Mimochodem, výsledky studie jsou dle prezentace výzkumníků vcelku překvapivé. Zájemce o detailní popis odkazují na *British Journal of Psychiatry* (No. 177, 2000, p. 95-100, The London Depression Intervention Trial).

Dalším zážitkem byl jednoznačně workshop *Berta Hellingera*, autora takzvaných rodinných konstelací, považovaného mnohými za kontroverzní postavu současné systemické terapie. Jeho prožitkový způsob terapeutické práce má některé prvky společné se „socháním“ dle modelu V. Satirové. A třebaže mu lze vyčíst místy přehnanou direktivnost a sklon k manipulaci, vidět ho při práci je nezapomenutelnou zkušeností, dostatečně emotivní i pro pouhé pasivní pozorovatele. Však se taky na něj přišlo podívat okolo sto lidí, a takovou účast měly málokteré workshopy jiných známých postav RT.

V subplénu věnovaném problematice dětí

s chronickými chorobami a využití RT zaujala přednáška **Maurizia Andolfiho** z Říma, opírající se o dlouholetou zkušenost s rodinnou terapií u dětí s vážnějšími nemocemi (například leukémie, epilepsie, autismus, poruchy příjmu potravy apod.). Andolfi zdůraznil význam rodiny nejen v diagnostice, léčbě a rehabilitaci, ale především připomenul možný vliv rodiny na posilování či zmírnění příznaků, ať organických, behaviorálních či psychosomatických. Upozornil na nutnost přizpůsobení se vývojové fázi nemocného dítěte, využití hry jako symbolického jazyka dětského věku a v neposlední řadě na spolupráci s celou rodinou, i kdyby nešlo o rodinnou terapii v pravém slova smyslu.

Ve výčtu zajímavých příspěvků a seminářů vedených zahraničními terapeuty bych mohl samozřejmě pokračovat, ale nesmím také zapomenout na účast z česko-slovenských luhů a hájů. I když ve srovnání například s italskou, řeckou či německou komunitou „nás“ bylo poskrovnu, přesto česko-slovenská účast v národnostní směsi sahající od Kanady až po Nový Zéland nebyla zanedbatelná. Na konferenci prezentovali své příspěvky **Šárka Gjurčiová, Olga Holubová, Alexandra Beránková, Jiří Kubička, David Skorunka** a slovenské kolegyně **Nada Feketeová, Hana Ščibranyová, Rebeka Trepáčová a Dana Kopčanová.**

Závěr konference představovalo v těchto kruzích unikátní využití informační technologie k uspořádání prvního videodialogu s účastníky konference Americké asociace rodinné terapie (AFTA), jež probíhala ve stejnou dobu v Miami na Floridě. Díky tomu jsme mohli vidět i slyšet **Dona Blocha, Carlose Sluzkiho** a nebo **Salvadora Minuchina**, varujícího před přílišným důrazem na kognitivní procesy a jazyk v terapii a opomíjením emocí a prožitku.

Další varovný hlas zazněl od **Mony Elkaima**, prezidenta Evropské asociace rodinné terapie, který v emotivním projevu upozornil na nebezpečí šířící se Evropou v podobě sílících tlaků na omezení provozování RT pouze pro psychology a psychiatry. Přitom mnoho vůdčích postav RT vzešlo z jiných oblastí, například z oblasti sociální práce jako Virginia

Satirová, Steve de Shazer nebo Michael White. **Mony Elkaim** také lehce vystrašil příznivce „systemiky“, když informoval o současné situaci v Německu, kde systemické terapie nebyl uznán dostatečný vědecký základ na rozdíl od kognitivně behaviorální terapie a psychoanalýzy. Nesdělil už, kdo vědeckost systemické terapie upírá, a tak se můžeme jen domýšlet.

Jakoby těch varování nebylo málo, se svou troškou do mlýna se připojila i **Gill Barnes** z Velké Británie, aby si postěžovala na stále větší prosazování klasifikace podle DSM-IV, a přehnanou patologizaci běžných problémů současné rodiny. Mnohým určitě mluvila z duše, soudě alespoň podle ohlasu z publika. Ale upřímně řečeno lze podobný vývoj, jenž některým skupinám velmi vyhovuje, alespoň trochu zvrátit? Snad by k tomu mohla přispět častější mezioborová setkání, kde bychom měli možnost vzájemně poznávat způsoby nazírání a práce „těch druhých“.

Definitivní tečku konference pak představovalo několik posledních přednášek, mezi nimiž „vyčnival“ příspěvek slavného **Toma Andersena** z Norska, který svou krátkou promluvu o budoucnosti RT „korunoval“ reprodukováným úryvkem norské písně (nebo to byla operní árie?). Těžká, melancholická hudba z dalekého severu zmrazila celou kongresovou halu a po zaznění posledního tónu si jeden z účastníků, zřejmě zvyklý na libější melodie, neodpustil otázku, zdali byl úryvek záměrně vybrán jako předznamenání skonu RT v Evropě. Snad můžeme věřit Andersenově záporné odpovědi, a doufat, že zánik tohoto interdisciplinárního oboru s výjimečným potenciálem v Evropě toho času nehrozí.

Povzbuzující pro maďarské terapeuty mohl být projev premiéra **Viktora Orbána**. Ten na začátku předposledního dne konference všechny ujišťoval o nutnosti větší pozornosti problémům rodiny ze strany politiků a nezbytné podpoře dalšího vývoje RT. Pro „objektivitu“ je ale třeba dodat, že páně premiérovo vystoupení vedlo v podstatě k jedinému organizačnímu zádrhelu v průběhu konference a to k téměř dvouhodinovému zpoždění a ná-

Evropský kongres o psychoterapii v Moskvě

Stanislav Kratochvíl

Kongres pořádala Evropská psycho-terapeutická asociace (EAP) pod vedením současného předsedy (prezidenta) prof. **Viktora Makarova** z Moskvy ve dnech 1.-4. července 2001.

Jeden den před zahájením konference proběhly dva souběžné celodenní prekongresové workshopy. První na téma „Duchovní krize“ vedl **Stanislav Grof** (USA), druhý na téma „Kon-

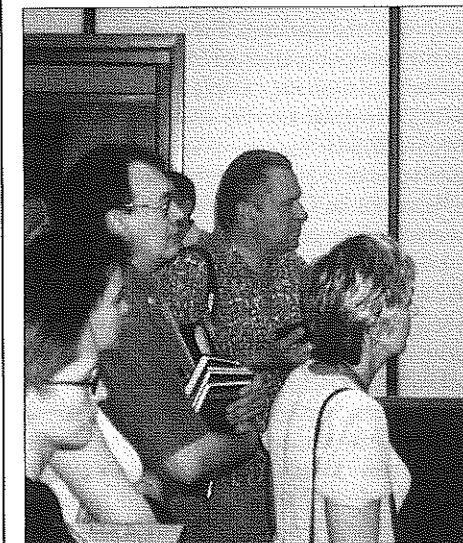
slednému chaosu v začátku mnoha workshopů a seminářů. Ani tyto závěrečné zmatky však nemohly zmařit celkový pocit z celé akce, která, alespoň pro mne, byla příjemným zážitkem, užitečnou zkušeností i profesionálním obohacením.

Pravda, člověk zcestovalý z mnoha mezinárodních konferencí a navíc povahou skeptik, si může klást otázku, k čemu jsou takové velké kongresy užitečné. Minimálně se na nich lze „seznámit“ s mnohými žijícími velikány oboru, které v tom lepším případě známe alespoň z literatury. Co se týče odborného přínosu, i přes složitou orientaci a ztíženou volbu z bohatého programu, vždy najdeme nějakou inspiraci nebo podněty k reflexi vlastní práce.

Především jsou ale takové akce šancí k setkání s lidmi ze všech koutů světa, k navázaní kontaktů, jež se mohou hodit doma i při návštěvě zahraničí, a v neposlední řadě také k poznání, že problémy připadající nám někdy v naší zemičce malicherné, řeší i rodinní terapeuti v zemích, jež nám média předkládají jako země vyspělejší.

Pro začátečníka v rodinné terapii pak taková konference může být opravdu dobrou příležitostí poznat, že i ti slavní jsou jenom lidé z masa a kostí. I oni zažívají před svým vystoupením trému, v cizím jazyce postrádají jistotu mateřštiny (to je bohužel u některých na úkor srozumitelnosti) a někdy také upřednostní objevování cizího města před odborným programem.

Takže když to shrneme, jezdit do světa je čas od času potřeba už jenom proto, abychom zjistili, že se nemáme za co stydět, ba naopak, že se tam mezi ostatními neztratíme. Co se týče nákladů, které většinou hrají při návštěvě podobných konferencí klíčovou roli, je dobré vědět, že často nabídkou organizátorů je snížení či dokonce úleva od registračního poplatku a někdy také možnost „homestay“, tedy bydlení u někoho rodinně. Tato forma ubytování tolik nezatíží rozpočet a o nečekaná překvapení také nebývá nouze. Ale o tom až někdy jindy. Budíž tedy tento závěrečný odstavec povzbuzením pro ty, kteří by rádi někdy jeli, ale zatím se neodvážili.



Stanislav Grof v Moskvě

struktivní řešení problémů v manželské terapii“ **S. Kratochvíl**. Velký počet zájemců přitáhl pochopitelně **Grofa**, který promítal množství pestrých diapositivů ze zážitků při intoxikaci LSD a při holotropním dýchání, přičemž komentoval jejich symbolický (a nezřídka i zcela explicitní) sexuální i transcendentální charakter. Můj workshop byl komornější, ale s aktivním zapojením účastníků do nácvikových technik komunikace a řešení manželských problémů, které přehrávali.

Plenární zasedání

zahájil po úvodních pozdravných projevech S. Grof přednáškou na téma „Psychologie budoucnosti: poznatky z moderního zkoumání vědomí“. Protože se jeho přednáška věta za větou překládala z angličtiny, omezil se převážně na historii svého vlastního vývoje v pojetí lidské psychiky a světa. Odmítl newtonské a karteziánské vidění světa a freudovské pojetí označil za neúplné, protože popisuje pouze povrchní vrstvu osobnosti. Odmítl představu, že by psychosomatické a emocionální poruchy mohly být vysvětleny pouze na biografické úrovni a doporučoval hledání hlubších kořenů všech emočních a psychogenních poruch v traumatech porodu a perinatálního života a zejména v ještě hlubších kořenech karmických a archetypálních. Psychoterapii je tedy třeba obohatit o znovuprožití porodu a o vyvolávání zkušeností z životů minulých, které se mají přivést na úroveň vědomého poznání. Mystické zážitky, jsou-li správně vyvolány a integrovány, jsou důležitou součástí psychoterapie. Podle Grofa je třeba také revidovat představu, že psychika je produktem činnosti mozku a že vědomí je v mozku utvářeno. Podle něj existuje dostatek příkladů psychické činnosti, která s mozkiem nesouvisí. Je tomu např. při zážitcích blízkých smrti (NDE), kdy vědomí odpojené od těla správně pozoruje dění (např. na resuscitačním sále) bez pomoci smyslových orgánů. Také slepí od narození prý mohli v takovém stavu vidět věci, které mohou vidět pouze lidé vidoucí.

Grofova hlavní přednáška stejně jako jeho další semináře se setkaly s obrovským nadšeným souhlasem organizátorů i publika a na počest jeho právě probíhajících sedmdesátých narozenin byl uspořádán v prvotřídní restauraci slavnostní večer. Kromě toho jej opakovaně snímala ruská televize. Velká účast byla také na přednášce jeho manželky Christiny Grofové s názvem „Touha po celosti: návyk na drogy a duchovní cesta“, která se konala třetí den konference, opět jako první přednáška plenárního zasedání. S. Grof při ní promítal diapozitivy jejích kreseb, které znázorňovaly její vlastní cestu od sexuálního zneuží-

vání v dětství a závislosti na alkoholu a drogách k dnešnímu spirituálnímu zaměření.

Na plenárním zasedání prvního kongresového dne měl po Grofově přednášce promluvit představil petěrburgské psychotherapeutické školy a prezident Ruské psychotherapeutické asociace prof. B. D. Karvasarskij o historii a současnosti ruské psychotherapie. Karvasarskij se však omluvil a místo něj vystoupil na stejné téma prof. Rešetnikov, sice rovněž z Petěrburgu, ale s naprosto jiným pohledem na historii a současnost ruské psychotherapie, než má Karvasarskij. Namísto ocenění nepochybných zásluh petěrburgské školy o rozvoj dynamické (dříve patogenetické, nyní „rekonstruktivní“) psychotherapie individuální a zejména skupinové, Rešetnikov veškerý dřívější vývoj devalvoval a perspektivu viděl především v rozvoji dříve zakázané psychoanalýzy.

Třetí a poslední referát prvního plenárního zasedání přednesl prof. Makarov na téma Psychotherapie nového století. Makarov, který přišel z Krasnojarska, aby vystřídal zemřelého vedoucího katedry psychotherapie ruského ústavu pro doškolení lékařů (dříve COLIUV, nyní RMAPO), prof. Rožnova, se hlásil k integrativnímu pojetí, přičemž pro vlastní přístup, v němž hraje důležitou roli transakční analýza, si vyhradil název multimodální terapie (bez odkazu na stejný pojem, používaný na západě Lazarusem). Zatímco Karvasarskij je představitelem vysoce prestižní výběrové Ruské psychotherapeutické asociace, založené roku 1994, je Makarov představitelem druhé největší společnosti nazvané Všeruská profesionální psychotherapeutická liga, která je zaměřena na získání co největšího počtu členů, bez ohledu na výchozí profesi (chápe psychotherapii jako samostatnou profesi, která překračuje hranice metod a modalit a není „jen klinická“) a neváhá přijímat do svých řad a hájit i „schopné a úspěšné příslušníky profese léčitelů“, kterých je nyní v Rusku neobyčejně množství.

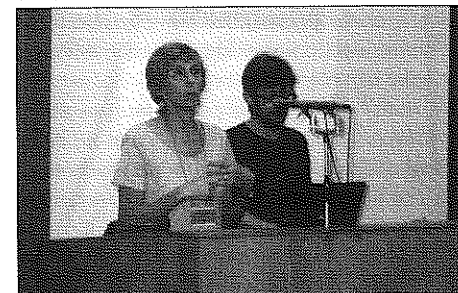
Od prof. Makarova jsem získal jeho právě vyšlou monografii „Psychotherapija novovo věka“ (Moskva Akademičeskij projekt 2001), která slouží jako učební text v postgraduálním studiu, a ve které jsou jeho názory zřetelně předloženy. Nemalou

část knihy tvoří výklad principů transakční analýzy, se kterou Makarov i jeho manželka psycholožka Galina Makarova velmi sympatizují. Z textu vyplývá, že Makarov odmítl koncepci emočně stresové psychotherapie svého předchůdce V. E. Rožnova a namísto ní postavil svoji „multimodální psychotherapii“, v níž hraje významnou roli také jeho vlastní metoda „krystalizace problémů“, které v knížce věnuje několik kapitol. Nadšeně se hlásí k programu Evropské psychotherapeutické asociace, kterou uvedl do života vídeňský lékař Alfred Pritz, a propaguje její evropský certifikát.

Psychotherapii definuje jako „proces psychologického uspořádání minulosti, přítomnosti i budoucnosti a dosažení stanoveného cíle - harmonie se sebou a se světem v přítomnosti“. Psychotherapie tedy, v souladu s koncepcí EAP, vychází za rámec léčení zdravotních poruch.

Dopolední plenární zasedání, která se konala po všechny čtyři kongresové dny, zahrnovala vždy tři přednášky. O druhém kongresovém dni to byla poměrně nudná i nudně překládaná přednáška A. Casementové o profesionalizaci psychotherapie v Anglii, všeobecné proklamativní prohlášení A. Pritze z Vídně na téma „Evropa a psychotherapie“ a živě a vtipně podaná přednáška S. Gingera z Francie na téma vývoj psychotherapie v západní Evropě, která podle našich měřítek měla charakter úvodní lekce pro studenty psychologie.

Třetí den začalo plenární zasedání již zmíněnou bohatě navštívenou přednáškou Christiny Grofové. Přednáška se promítáním diapozitivů, překládáním z angličtiny do ruštiny a velkým zájmem i ovacemi publika poněkud protáhla. Po ní následovala ruská nepřekládaná přednáška prof. J. V. Valentika z Mosk-

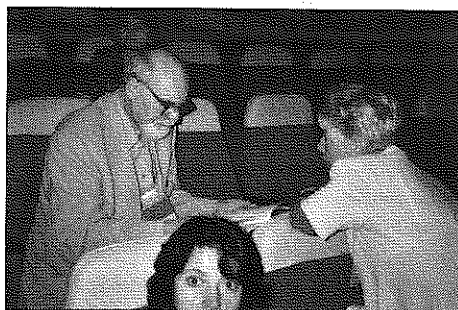


Christine Grofová přednáší

vy o psychotherapii závislosti, která měla výbornou profesionální úroveň. Ti, kdo neznali ruštinu, před přednáškou nebo v jejím průběhu odešli.

Na moji závěrečnou přednášku (S. Kratochvíl) o skupinové psychotherapii neuróz zůstalo tedy převážně ruské publikum, což mi usnadnilo situaci. Mohl jsem přednášet živě spatra bez přerušování překladatelkou. Nicméně pro dva přece přišedší anglicky mluvící účastníky jsem svůj výklad občas shrnul v angličtině. Po vyložení principů skupinové psychotherapie a skupinové dynamiky jsem polemizoval s přednáškou prof. Rešetnikova z prvního dne. Poukázal jsem na koncepci i praxi zejména petěrburgské (dříve leningradské) a později i moskevské školy v oblasti skupinové psychotherapie neuróz. Mohl jsem při tom uvést, že ve vlastní monografii o skupinové psychotherapii neuróz v roce 1978 jsem jako ukázkový příklad skupinové psychotherapeutické práce uveřejnil průběh dvou sezení skupinové psychotherapie, kterých jsem se zúčastnil v roce 1974 na odděleních prof. Karvasarského v tehdejší Leningradě. (Uvedená knížka byla v komunistickém období jako samizdat přeložena do ruštiny, je v současných ruských publikacích často citována a mnozí posluchači ji znali.) Poukázal jsem též na význam spolupráce a vzájemné podpory psychotherapeutů v rámci pracovní skupiny „Psychotherapie socialistických zemí“, založené v roce 1973 na Horní Palatě v Praze M. Hausnerem, jejímž předsedou byl později po tři léta také Karvasarskij a jejíž činnost skončila „návratem do Evropy“ po odpadnutí násilných ideologických a politických omezení totalitní epochy. Tento podstatně příznivější pohled na historii ruské psychotherapie, než který prezentoval psychoanalytik Rešetnikov, byl velmi kladně přijat přítomným publikem. V poslední části sdělení jsem pak hovořil o praktických třicetiletých zkušenostech i výzkumných výsledcích kroměřížského psychotherapeutického oddělení, včetně novějších poznatků ze zařazování týdně s rodinou terapií, během nichž se na skupinovém a komunitním dění podílejí i významné osoby ze současného života pacientů.

Na plenárním zasedání posledního dne zazněly pouze přednášky dvou ruských autorů, když se ohlášený třetí přednášející, M. Elkaim z Belgie, nedostavil. Prof. Zavjalov ze Sibíře nejprve kritizoval tendenci ruských psychoterapeutů vytvářet vlastní přístupy „každý sám pro sebe“, pak však předložil také svůj vlastní složitý „integrativní“ psychotherapeutický systém, který nazval „Dianalýza“, s množstvím dílčích bodů, pro které vymyslel různé podivné originální názvy s využíváním latinských a řeckých slov. Využil skutečnosti, že jeden referát odpadl, a prezentoval svůj systém do unavujících podrobností. Pak následoval referát moskevského prof. M. Burna s názvem klinická psychoterapie, ve kterém autor stavěl klinickou psychoterapii proti psychoterapii psychologické. Odvolával se přítom na Hippokrata, Ga-



Prof. M. E. Burno

léna a Ernesta i Wolfganga Kretschmera a z ruských autorů pak na psychoterapeuta Konstoruma. Vedení dělicí čáry mezi psychoterapií „klinickou“ a „psychologickou“ se mi zdálo podivným, než jsem pochopil, že názvem klinická psychoterapie nazývá Burno sám svůj vlastní přístup ke schizofrenním a schizoidním, depresivním a astenickým pacientům. Využívá v něm „terapii tvůrčím sebeprojevením“, stavějící na empatii a podpoře různých, zejména malířských, fotografických a literárních zájmů a činností pacientů, o jejichž výsledcích se pak v intimní skupinové atmosféře kolem svíček, zákusků a samovaru diskutuje. Burnův přístup je zachycen v jeho nových monografiích „Kliničeskaja psychoterapija“ (2000) a „Terapija tvorčevskim samovyražer-

nijem“ (1989). Svérázný citlivý Burno představuje duchovně orientovaného člověka připomínajícího postavy z Dostojevského. Sám píše i lyriku a drobné příběhy, které pak jeho pacienti dramaticky ztvárňují. Na jedno takové představení byli první večer pozváni i účastníci kongresu, kteří mu však vesměs moc nerozuměli, ač se text souběžně překládal do angličtiny.

V odpoledních hodinách probíhala každý den řada paralelních sekcí. Samostatné sekce byly věnovány především transpersonální psychoterapii (ve dvou dnech) a „holodynamické“ psychoterapii, neurolingvistickému programování, jakémusi podivnému směru „ontopsychologické psychoterapie“, přinesené do Ruska z Itálie, dále transakční analýze, rodinné terapie, psychodynamické (ale spíše psychoanalytické) psychoterapii, v menším rozsahu kognitivní psychoterapii a gestalt terapii a pak některým speciálním oblastem psychoterapie jako psychoterapii závislostí, psychoterapii dětí a adolescentů a klinické sexuologii.

V rámci přednášek z oblasti klinické sexuologie byla zajímavá přednáška prof. N. D. Kibrika z Moskvy, nástupce známého ruského sexopatologa prof. Vasilčenka, o principech psychoterapie sexuálních dysfunkcí. Jiný moskevský sexuolog S. T. Agarkov hovořil o využívání sexuálních pomůcek z produkce sexuálního průmyslu (sex-industry), na kterém se sám ekonomicky podílí. Šlo jak o různé krémy, které mají zvýšit (nebo naopak u předčasné ejakulace snížit) periferní dráždivost, o vibrátory z moderních materiálů napodobujících lidskou kůži (a zaměřených mimo jiné jak na klitoris a pochvu, tak specificky na G-bod nebo na konečník), o vibrující vakuové pumpy nebo různé potravinové doplňky, které mají ovlivňovat sexuální aktivitu.

V rámci sekce teorie psychoterapie zaujal z Česka Zbyněk Vyběral sdělením na téma „Mnoho různých jazyků, ale jedna psychoterapie“, ve kterém se věnoval rozboru významu psychotherapeutických pojmů.

„Enelpisti“, kteří měli velkou sekci, působili velmi nadšeně a dali nám materiál o využití vní NLP při psychoterapii obětí nebo příbuze-

ných obětí katastrof (např. námořníků z ponorky Kursk).

Zasedání výboru EAP, která se táhla souběžně s konferencí po několik dní, připomínala zejména při volbě nového prezidenta politikaření a pletichaření. Jeho vlivem byl poražený kandidát, ukrajinský Filz, který reagoval na svou prohru protesty, urážením se a posléze i pláčem, nakonec kompenzačně zvolen na tři léta „čestným prezidentem“, aby mohl zorganizovat další kongres ve Lvově na Ukrajině.

Hodnotným zážitkem během kongresu byla návštěva baletu „Ruský Hamlet“ (hudba Beethoven a Mahler) ve Velkém moskevském divadle, pojednávajícího o nešťastném synu carevny Kateřiny II., která se v dramatu odhalila jako vražedkyně a sexuální přítelkyně svých „favoritů“. Dramatické hororové i erotické baletní scény byly uchvacující.

Po Rudém náměstí i přilehlé Maněžné ulici se o večerech spokojeně procházely stovky turistů. V obchodech bylo všechno, rubl byl o něco málo dražší než koruna (1 dolar za 30 rublů, u nás za 40 korun), kartička na 5 jízdného byla za 20 rublů, oběd i s borščem a sokem se dal v bufetu na konferenci pořídít za 100 rublů a poměrně slušné ubytování na periferii za 450 rublů (v hotelech v centru zhruba 5-10x dražší). O naše odvezení a opětné přivezení na letiště Šeremetěvo se obětavě postaral psychiatr Jurij Kolbasin z katedry psychoterapie RMAPO.

Situace na poli psychoterapie v Moskvě se ve srovnání s rokem 1988, kdy jsme s doc. Balcarem a doc. Beranem hostovali v rámci úkolu Ministerstva zdravotnictví na katedře psychoterapie COLIUV, tehdy vedené prof. V. E. Rožnovem a zcela podřízené jeho koncepci emočně stresové psychoterapie (viz moje zpráva v Č. a S. psychiatrii 1989, 85, s. 140-141), se hodně změnila. Nový vedoucí katedry psychoterapie RMAPO, prof. Makarov, se k Rožnovově pojetí staví kriticky. Ve své monografii ji hodnotí jako konformní s požadavky totalitního režimu. Sám prosazuje eklektickou psychoterapii, vydělující se v souladu s koncepcí EAP z úzkého rámce zdravotnictví



Jurij Kolbasin se Stanislavem Kratochvílem

a otevřenou i méně vědeckým nebo zcela nevědeckým přístupům. Zdá se, že nepřítomnost prof. Karvasarského, představitele tradičnější, profesionálně limitované psychoterapie, nebyla náhodná a představuje určité distancování se prestižní Ruské psychotherapeutické asociace, jejímž je Karvasarskij předsedou, od Makarovovy Psychotherapeutické ligy.

Za uplynulé období se nesmírně rozrostla původní i překladová psychotherapeutická literatura, kterou vydává několik nakladatelství. V pěkné edici Biblioteka psychologiji, psychoanaliza i psychoterapiji vycházejí práce pracovníků spojených s RMAPO, jako je Makarov, Burno a z externích např. Petrušin (Psychologičeskij trening v mnogočislennoj grupe). V překladu vyšly všechny Grofovy monografie, knížky Berneho a mnoho knížek o NLP. Ze současných učebnic psychoterapie jsem si koupil didakticky dobře sestavený „Učebnik psichoterapija“ pod redakcí B. Karvasarského (2000) a přehlednou monografii „Obščaja psichoterapija“ od V. T. Kondrašenko aj. (2001).

Moskevský kongres EAP jako terč pro kritiku (Nevyvážené a neobjektivní zpravodajství jeho účastníka)

Zbyněk Vybíral

Stanislav Kratochvíl mi svým podrobným popisem kongresu v Moskvě předurčil pozici. Už nemusím být vyvážený, střízlivý ani věcný. Právě to umí Standa, aniž - za což ho obdivuji - pozbývá jeho psaní stylové osobitosti a čtivosti. Ba právě naopak. Rozhodl jsem se doplnit jeho informace o glosy velmi subjektivní.

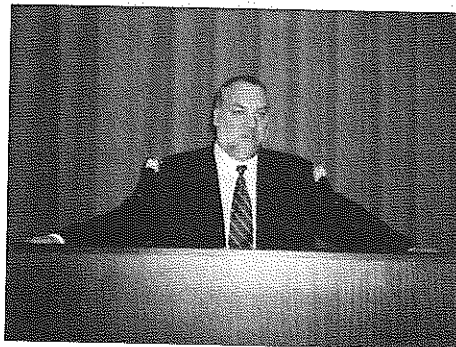
Oznamuji již v názvu, že pojmu moskevskou 10. konferenci Evropské asociace pro psychotherapii (EAP) jako terč, do něhož zamířím mé kritické výhrady. Budou to, doufám, nikoliv výpady okrajové, ale výstřely trefující se více či méně ke středu. Budu mít výtky k organizaci,¹⁾ ke skladbě příspěvků a sympózií i ke strategii „rozvoje“ psychotherapie. K poslednímu směřování kritiky mě vede i to, že se každoročních kongresů EAP účastním od roku 1996. Letos jsem dospěl k přesvědčení, že je třeba ozvat se, a to velmi hlasitě.²⁾ EAP totiž „dělá“ jistou „politiku rozvoje“, o níž jsem si dlouho myslel, že může seriózní psychotherapii jen prospět. Letos jsem nejenže přišel o svou jistotu, ale zesílily mé obavy, zda EAP dokonce dosavadní vážnou tvář psychotherapie nepoškozují.

Je nutno si uvědomit, že EAP ponechává volnou ruku každoročnímu národnímu organizátorovi v tom, koho na konferenci pozve, komu dovolí vystoupit apod. A tak v Římě roku 1997 nabízeli své workshopy hlavně Italové a hlavně v italštině, odborná stránka mi tehdy, po pravdě řečeno, unikala. Francouzi v roce 1998 zvolili komornější místo ke kongresu a vtiskli mu mezinárodnější charakter. Irové v roce 2000 ustavili vědecký výbor, který zaručil předvýběr příspěvků podle jednostránkových předem zasláných abstraktů. Výsledkem byla velmi strukturovaná, organizačně dobře zvládnutá konference. Vídeňské celosvětové kongresy v letech 1996 a 1999 byly mamutí, in-

spirativní, internacionální a hlavně multisměrové (byť téměř vždy absentovala KBT), mezi přednášejícími se objevili odborníci se světovým renomé.

Že Rusové v Rusku zvolí svoji cestu, bylo jasné již během měsíců příprav. Že však zamíří jejich cesta tam, kam nás dovedla, předpokládali snad jen krajní skeptikové. Na úvod se podívejme, co nabídl moskevský jídelníček. (Mám na mysli psychotherapeutický, ten „opravdový“ v restauraci byl vcelku normální a chutný, v cenových relacích jako u nás.)

Prekongresové workshopy byly nabídnuty tři: Makarovův, Grofův (masa účastníků) a Kratochvílův (lektorovy glosy viz výše). Hlavním přednášejícím prvního dne byl Grof. Hlavním přednášejícím třetího dne byla Grofová (byť odborně cennější a rétoricky zdatnější byl Kratochvíl). Mezi ně byly zařazeny některé známé tváře ze zákulisí EAP (Cassementová, Pritz, Ginger)



Alfred Pritz, generální sekretář EAP

a tři Rusové. Má střela do terče: vsadit na manžele Grofovy jako na stěžejní představitele světové psychotherapie, snad dokonce jako na vizionáře toho, jakou by psychotherapie měla být ve třetím tisíciletí (samozřejmě že v jejich podání zašlapávající hlouběji a hlouběji Freuda - snad až k minoritnosti či k zapomenutí?) - je, eufemisticky řečeno, sázka, po jejíž vynešení bych já osobně přerušil hru. Prostě bych nepokračoval - s těmito hráči. Ale sedíte v nabítném sále v Moskvě a reagujte: když až zde na místě zjistíte, kolik prostoru manželé dostali i v čase odpoledním, v čase vyhrazeném sym-



Zleva: manželé Makarovovi, současná prezidentka EAP Cornelia Kraus-Girth (psychoanalytička a sociální psychiatryně), A. Pritz, tlumočnice V. Makarova

póziím, workshopům a kulatým stolům, kolik účastníků zde oslovili, získali pro svoji filosofii (ano, je to svého druhu filosofie...), prodali svých knih, zapálili učedníků...

Tak tedy odpolední moskevské menu (z 90 - 95 procent byli většinou vystupujícími Rusové či příslušníci jiných národů a národností bývalého SSSR či SNS):

47 příspěvků dominovala kongresu tzv. ontopsychologie. Změny programu a sálů nebyvají ničím výjimečným, ovšem žere mne dodnes, že oproti např. sekci „Teorie psychotherapie“, při níž se asi 65 zájemců muselo namačkat do velmi malé, úzké místnosti s 30 židlemi (obsazené uličky, sezení po třech na dvou židlich, na okenních parapetech, na zemi, posluchači u zadní stěny ve dvojřadu, postávání ve dveřích...; řada dalších „minoritních“ sekcí byla nahnána do podobně malých místností a situace se tedy opakovala po celý kongres) přidělili organizátoři ontopsychologii velký sál na dvě celá odpoledně - na polovinu konferenčního času (sál byl logicky poloprázdný). V něm v jediném (!) byl zajištěn profesionální

simultánní překlad, zatímco amatérské tlumočnice v malých místnostech - pokud se ovšem vůbec dostavily, šlo o neplacené studentky jazyků z Rjazaně - nejčastěji nevěděly, o čem je řeč. (Což ovšem nevědí často ani psychotherapeuti sami.)

Na otázku, co je ontopsychologie jsem si mohl odpovědět u osvětového stánku tohoto nového směru. Začíná to (copak tomu tak není skoro vždy???) jako pohádka... Tentokrát... byl jednou jeden Ital, teolog, jehož zaujala hlavně psychologie a psychotherapie. Ve své vlasti asi neměl na různých ustláno, a tak ho cesty osudu zavály do Sankt Petěrburgu, kde ho na katedře psychologie vyslyšeli, přijali, pohostili, samozřejmě mu propůjčili nějaké potřebné tituly a zřídili zde výuku jeho nové psychologie, tedy ontopsychologie. Psychologie budoucnosti. Listoval jsem snad dvacet minut Italovými knihami přeloženými do ruštiny... Jsou to jen útržky, co jsem si zapamatoval, a nemohu z nich vzozovat ucelený závěr, takže...

Takže předložím právě jen útržky: teologické úvahy, hojně citáty z Bible, odkazy na mýty,



„Kde samé chrámy, říkal Standa. Ale fotil také něco jiného“

kapitola o negativní psychologii, pasáž o energii získávané z talismanů a amuletů, kapitoly o sémantickém poli, poukázání na stereotypy, odmítnutí přenosu (ontopsychoterapeut existenci přenosu neuznává), psychologie se odvozuje ze základního „H“, což znamená „Human“, klienta nutno přijímat z jeho pozitivní stránky... Přiznávám se k neverbálnímu hulvátství: několikrát jsem před těmi krásnými dívkami za lta-lovým osvětovým stolkem (dívkami se svatě nepřítomnými zraky; asi již zasvěcenými), pohoršeně obrátil oči v sloup a česky jim (anebo sobě? anebo EAP?) kladl řečnickou otázku, v té situaci zoufale nezodpověditelnou: Je toto možné? Marně jsem se snažil navázat kontakt... Ignorovaly mne.

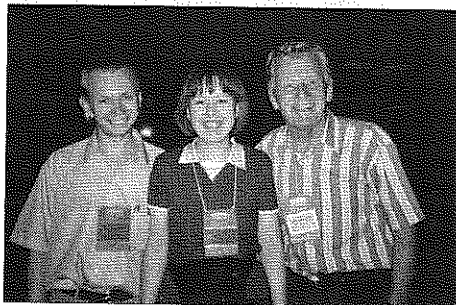
Transpersonální psychoterapie. Člověk a jeho „kosmologie“, člověk a jeho kanály k tomu, co je nad ním a za ním (minulé životy)... Hlavní kanál je kanál lásky... O hlavních přednáškách byla řeč, a také Stanislav Kratochvíl o nich píše. Když jsem sečetl v programu sekci „trans-

personální“ a sekci „holodynamické konzultace a psychoterapie“, dělalo to 36 vystoupení. K tomu ovšem ještě hojně navštívený kulatý stůl. Takže program tohoto směru se rozprostřel do tří odpolední. Nepochybuji o tom, že ten, kdo měl zájem právě o toto, musel být spokojen. Nebo přinejmenším nasycen. K tomu další sekce... Sekce o tzv. „iniciativě české psychoterapie“ (12 vystoupení) byla po 3 hodiny posledního dne věnována reiki, tzv. duchovní psychoterapii a tibetským meditacím.

Dále na programu: TA 19 vystoupení (transakční analýza reprezentují manželé Makarovovi, a tak velkému prostoru se není co divit), NLP 12 vystoupení (představitelka NLP v Rusku je našťastí sympatická, odborně zdatná a hlavně neortodoxně a otevřeně komunikující Naděžda Vladislavová - Konfrontace zřejmě přinesou překlady dvou jejích článků: o aplikaci NLP v Čečně a pak také při práci s pozůstalými po námořnících z Kursku...), psychodynamická psychoterapie 19 příspěvků, kognitivní osm, gestalt šest, psychoterapie závislostí třináct, děti a dospívajících devět... Jak vidno, s ontobratry a translidmi se nemohl nikdo měřit.

Vytýkám organizátorům, že zjevný nepoměr zkrátil v představách mnoha účastníků obraz soudobého psychoterapeutického panoramatu natolik, že se obávám, že po širých stepích a tundrách se teď rozvázejí ikony G plus G a svatý obrázek Velkého Psychologa Itala.

Odborné kongresy takto organizovat nejde. Pokud Rusové brali vše, co se přihlásilo,



Obětavá duše kongresu Žhama. Vlevo manžel, vpravo host, kterého si vážili



Před katedrou V. Makarova. Písmeno D padá...

není divu, že nastal nedostatek časového prostoru pro jednotlivá vystoupení. Anebo to nebyl nedostatek, nýbrž záměr? Času se totiž nedostávalo jen některým. Jak si vysvětlit, že „suše vědecké“ sekce byly pod časovým tlakem, zatímco atraktivní „novověké“ sekce měly garantovány mnohem více času? Konkrétně: ontoreferující mohli mluvit dvacet minut... (dvě celá odpoledne o tomtéž). Sekci „psychodynamické psychoterapie“, do níž se přihlásili i někteří zahraniční psychoanalytici, byly ale přiděleny jen dvě a půl hodiny. Vystupujících devatenáct. Vydělte si 150 minut devatenácti a vyjde vám sedm celých devět minut. Odečtete pozdní začátek (byť jen o pět minut), zvedání se vystupujícího ze židle, jeho příchod ke katedře, jeho odchod, všeobecné přání udělat uprostřed sekce patnáct minut přestávku (v oněch malých místnostech se záhy nedalo dýchat) - a čas pro jednoho psychoanalytika, který chce mluvit třeba o práci s vytěsněním nebo o rozšíření psychoanalýzy v Rusku, se zredukuje na pět, na šest minut. Zapomněli jsme ovšem, že Němka ani Chorvatka ani dvě přihlášené Irky neumějí rusky a je třeba jejich referáty překládat. Protože samy sedí v publiku, chtěly by i rozumět ruským vystupujícím. (Překlad ruských vystupujících do angličtiny, kteří mluví ke „svým“ 99 % v sále, pro posleze jedinou zahraniční účastnici, ubíral další čas. Tlumočnice navíc zjevně nejenže nechápala slovo vytěsnění, ale psychoanalýza byla totéž co psychoterapie a různé podoby příjmení „Freud“ by se daly zapisovat.) K tomu si připočtete, že chorvatská analytička se tvář

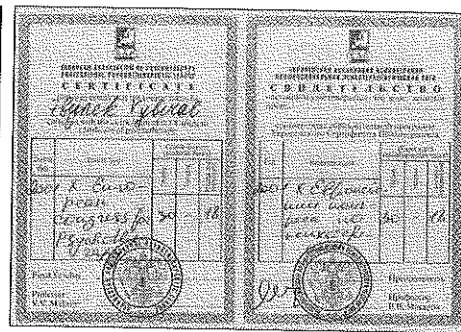
v tvář tomu všemu rozzuří, odmítne nechat se „znásilňovat“ a naschvál mluví dvacet jednu minutu. Je nazastavitelná. Totiž: předsedající sekce se bojí ji zastavit a strkájí do mladičké tlumočnice, aby paní profesorce něco řekla. Děvče se s rozpaky a strachem o cosí pokusí - mezi svými chabými výkony, za něž ovšem ani nemůže (paní profesorka totiž mluví o obecně analytické interpretaci vytěsnění na pozadí starořeckých mýtů) - výsledek si umíte představit. Rozzuřená Chorvatka děvčátko z Rjazaně obviní, co že si to dovoluje ji přerušovat, když ty, s tím svým stupidním překladem jsi mě okradla o čas. Ano, říká: „Tys mě okradla o čas a ještě se opovažuješ?“ Zázrak: dívka se nehroutlí, pomyslím si cosí o odolnosti Rusů.

Nastoupivší Irky jsem znal už z Irska, jsou výborné, ale vystoupení měly připraveno rovněž na dvacet minut. Výklad staroirských mýtů... Pustily starou irskou hudbu z magnetofonu, válcovaly sál angličtinou s irským akcentem, po tabuli se pokoušely rozvěsit postery staroirských ikon, které se odchlipovaly a padaly, ale byly sympatické, nikoho neobviňovaly, nikdo nic nechápal, ale protože se tak přesvědčivě permanentně usmívaly na publikum, i publikum se na ně usmívalo (dalších dvacet minut). Pak paní profesorka z Německa (asi třináct minut) mluvila o tom, že analytička jinak pracuje s muži a jinak se ženami. To přišlo všem zajímavé. Předsedající sekce se evidentně hroutlí, potil se, jeho jedinou činností bylo, že se ustavičně díval na hodinky (anglicky nerozuměl). V duchu jsem počítal: na mezinárodním odborném kongresu vám poskytnou nakonec tři minuty. Víc ne. Sice doplatíte na někoho jiného (totiž na první 3 referující) a hlavně na něčí amatérství (organizátorů), ale to už posleze nikoho nezajímá. Příspěvek máte připraven v angličtině na šest stran, angličtina byla předem avizována jako oficiální jazyk konference... Jednu stránku lze velmi rychle referovat za tři minuty (když něco přeskochíte). S překladem se vám podaří přednést polovinu jedné stránky a uprostřed myšlenky vás v houstnoucím napětí vytlačí další, kteří také chtějí něco říct... Takhle to dělat nejde.

Standa píše ve své vyvážené zprávě i o tom, co dobrého na kongresu slyšel... I já bych mohl (něco málo: třeba ta zpráva o psychoterapii v Čechách...). Mohl bych i o celém kongresu vydat pochvalnou informaci, jakou pravděpodobně EAP někde oficiálně vydá. Záleží přece vždy na úhlu pohledu, z jakého se na věci díváte. Ale nechce se mi diplomaticky úhly ohýbat nebo přivírat oči, když to všechno je potenciálně nebezpečné. Moskevský kongres nepochybně udělal reklamu čemusi spornému, bizarnímu až obskurnímu. Ve foyer navíc měli stánky léčitelé a v publiku pochopitelně nechyběli. Ta otázka od stolku Italo mne nepouští - je toto vůbec možné?

Jedna z možných odpovědí je, že EAP, jako spoluzodpovědný pořadatel, je víceméně laxejný k tomu, co se přihybně v Moskvě. Mnozí z jejích činitelů byli slepí hlusi i v průběhu kongresu, všímajíce si jen zákulisních zájmů ve vlastních EAP-frakcích. Někteří z nich mi poslední den přiznali, že nějaké ontopsychologii nevěnovali pozornost a cože prý to je? A. Pritz je celá léta fascinován „číslly rozvoje“, tím, kolik EAP zastřešuje zemí, kolik organizací, kolik psychoterapeutů... Zbývá mu čas vidět nejen očividnou kvantitu rozvoje, ale i kvalitu?

Nečinnost a ignorování varovných signálů, jak známo z historie, se nevyplácí. Moskevský kongres nemohl nepoznamenat renomé a pověst psychoterapie u desítek, možná stovky či dvou stovek zmatených účastníků. Protože na kongresu se sešlo také nebývale mnoho těch, kdo byli rozčarováni. Zaskočení úrovní a obsahem programu. Překvapení směřováním, jež i nadále hodlá prosazovat EAP, jež podpořila po vídeňském kongresu v roce 2002 konání konference za dva roky v ukrajinském Lvově. Bude se tam podobný obrázek opakovat?



A nejlepší (nebo snad nejvíce varující?) na závěr: Jako absolvent kongresu jsem obdržel certifikát potvrzující, že jsem absolvoval 30 hodin teorie a 18 hodin praxe a supervize (???), tedy 48 hodin, které si mohu začlenit do plnění podmínek pro obdržení Evropského certifikátu pro psychoterapii.

Otázka (táž, potřetí!): Je to možné?

Odpověď: Ano. Bohužel. Také takto získávají psychoterapeuti v Evropě svou kvalifikaci k tomu, aby se - posvěceni pochybným evropským diplomem - „vrhli na lidi“. Budou jim předepisovat amulety, zbavovat je negativní psychologie a ukazovat cestu do kanálů.

(Pámbů s námi a zlé pryč!)

POZNÁMKY:

¹⁾ Hlavními organizátory kongresu byly 2 subjekty, a sice Všeruská profesionální psychoterapeutická liga společně s EAP. Zodpovědnost však nesou ještě další 3 subjekty: Institut psychoterapie a klinické psychologie v Moskvě, Institut psychologie a pedagogiky tamtéž a Světová psychoterapeutická organizace, jejíž sekretariát sídlí ve Vídni tamtéž co EAP.

²⁾ Příležitost na přednesení oficiálních výhrad a hlavně na diskusi bude na říjnové schůzi rady EAP ve Frankfurtu.

Foto: S. Kratochvíl (6), Z.V. (2) a archiv EAP (1)

Středisko sociální a psychologické péče v České Lípě přijme **pro pracoviště rodinné poradny terapeuta** s praxí (osobnost, i rod. problematika) na zkrácený úvazek, nástup ihned. Informace na tel. 0425/533207.

RECENZE

Proč je nutné číst Yaloma?

(Irvin D. Yalom: *Máma a smysl života. Příběhy z psychoterapie. Portál, Praha 2001, 227 stran, cena 298 Kč*)

Zbyněk Vybíral

Po polofiktivním polodokumentu o průběhu terapií u soukromých amerických psychoanalytiků (Lži na pohovce), po výchovném románu rozebírajícím, jak to asi tak všechno mohlo začít ve Vídni u Breuera (Když Nietzsche plakal), může si čtenář, oblbiv si před lety Irvina Yaloma, nyní přečíst opět osobnější výpověď o Yalomových vlastních terapiích: sbírku psychoterapeutických povídek *Máma a smysl života*. V této knize, podobně jako v *Lásce a jejím katovi*, jež vyšla zatím jen ve slovenštině (před 9 lety), píše autor - nepřikrýváje svou zповěď fikcí - sám o sobě (i když... nikde nemáme jistotu, zda to celé fikce není, samozřejmě...).

Otázka, proč se zajímat o velmi osobní svědectví jednoho z psychoterapeutů - zvláště v kontextu Yalomovy filosofie, podle níž každý terapeut improvizuje a univerzální recepty na to, jak postupovat, neexistují - je jistě otázka oprávněná. Nečteme jeho poloromány, jeho terapeutické povídky jen z voyeurské zvědavosti? Jen z odbornické zvědavosti, jakže to dělá někdo slavný? Nejsou Yalomovy svůdné, čtivé, napínavé texty něčím, co se (sice vzdáleně, ale přece jenom) podobá kamerám a mikrofonům umístěným do umělých mikrosvětů domů, aby do nich mohl nahlížet televizní mocí omámený národ (Loft Story, Big Brother)? Jaký je rozdíl v intelektuály opovrhovaném povalování se po gaučích, z nichž milióny Francouzů (Němců, Nizozemců, Američanů) sledují cizí lidi v cizím domě v cizím pokoji (koupelně, jídelně, ložnici, na záchodě, v bazénu, při močení a při milování, při svlékání) - a mezi Yalomo-

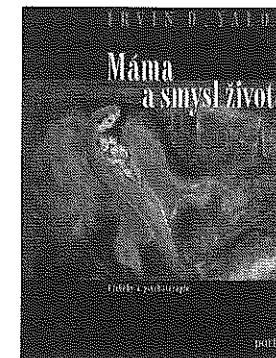
vým pozváním ke svlékání terapeuta (a jeho pacientů)?

Myslím, že rozdíl není v provedení - srovnání povídky o Myrně, které se nedopatřením do rukou dostala nahrávka s komentářem, který si o ní a hlavně o svých pocitech z ní udělal terapeut po sezení. Rozdíl mezi televizní nabídkou ke slídění a mezi Yalomovým pozváním ke sledování je v záměru (v autorské ambici). Tam jde o zábavu, o pikantérii a o perverzi, tady jde o pokus vychovávat (čtenáře - potenciální klienty a pacienty, ale také psychoterapeuty), kultivovat myšlení a vést k provokování lidskosti. Tam je provokována odlidštěnost: díváme se na exhibicionisty, na ziskuchtivé naivky, čumíme na obyčejnost asi jako když denodenně nechtěně posloucháme několik mobilních hovorů na chodbách univerzity, v restauraci, obchodě, na zastávce MHD, v autobuse... Tady se také někdo předvádí (psychoterapeut - spisovatel), ale dělá to proto, aby nás - ano, jaký idealismus! - kultivoval. Mimochodem, nevychovává protivně ani nepřesvědčivě. Naopak: ještě při tom pobaví a nad řadou pasáží se nám tají dech.

(Lépe to umí jen Oliver Sacks. I ten nabízí výchovu k lidskosti; na rozdíl od I. Y. je v příbězích více medicínský. A anamnestičtější a biografičtější. Yalom je mělčí: je pouze psychologický a k románům a povídkám mu stačí vlastně zlomky životních příběhů. Nelíčí na prvním místě lidi, jejich biografii. Líčí na prvním místě lidský kontakt s nimi. Už to je ovšem nesmírně cenné.)

Čemu se lze naučit z Irvina Yaloma?

Snad ze všeho nejvíce prohloubené sebereflexi. Metodě zapojování druhého člověka i sama sebe do kontaktu „zde a nyní“. Pravdivosti (upřímnosti) k sobě i ke druhému. Při takovém postupu terapeut citlivě registruje například vlastní drobné lži, neboť opravdu ote-



vřená sebereflexe mu říká rovněž: tady říkáš něco, co si sám nemyslíš apod. I. Y. učí také odvaze. (Odvážuji se předpokládat, že jí beztak bude mít při psychotherapeutickém kontaktu jen málo Yalomových následovníků tolik, kolik jí má on. A možná, že zaplatí pánbůh za to, neboť si každý můžeme dovolit jen tolik odvahy, kolik jí sami ustojíme. Vždyť to známe: po některých siláckých gestech se nám rozklepou kolena...) A učí i opatrnosti. Systematičnosti a vytrvalosti v terapeutickém postupu. Dokáže předestřít osobnostní „nosnost“: co všechno musí psychotherapeut unést, nad čím se nemá pohoršovat, co ho nemá vyvést z role atd.

Dohromady toho vůbec není málo.

Přesto - bývám tradičně také kritický. Takže: trochu (jen trochu, ale přece...) čpí ty stránky určitou manýrou. V příběhu pátém, v níž se terapeut nejmenuje Yalom, ale Ernest Lash, jako kdyby autor opakoval úspěšný beletrizovaný postup ze Lži na pohovce. Také jistá odbíhavost od smrtelně vážných, jen nadhozených témat, může vadit: viz Yalomovo jedno sezení s malou skupinkou psychiatrických pacientů a pacientek se závažným tělesným postižením, z nichž se mu „vyloupne“ posléze jen postava Magnolie. Zatímco práce Lashe s Myrrou (a pohrávání si Myrny s Lashem) mohlo připomenout „Lži“ i princip v „Nietzschem“, kasuistika jednoho sezení s Magnolií a dalšími může připomenout podobné kasuistické perly přítomné v jeho odborné práci „Teorie a praxe skupinové psychotherapie“.

Ale to nevadí. Řada autorů připomíná sebe sama, cituje se, opravuje a doplňuje svá předešlá díla, odvolává se na ně, píše v podstatě totéž. Yalom není výjimkou. Vezmeme-li to tak, že v knize „Máma a smysl života“ najdeme svého oblíbeného Irvina Yaloma v podstatě takového, jakého jej známe, nebudeme zklamáni. Překlad je profesionální, Yalomovy knihy v Portálu již tvoří řadu...

Raději takovýchto knih sto (a trochu se i nudit nad opakováním téhož), než stopování lidských „osudů“ skrytými kamerami a mikrofony - a nabízení takových svědectví jako mediálně zábavní krmě po dobré večeři. Neboť Yalom opravdu učí.

Antropologem na vlastní kůži (a pod ní)

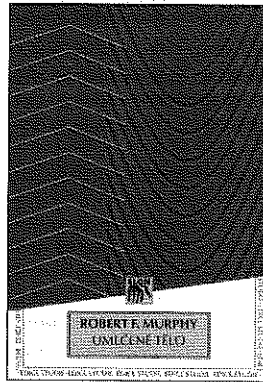
(Robert F. Murphy: Umlčené tělo. Sociologické nakladatelství SLON, Praha 2001. Přeložila Jana Ogrocká. 188 stran, cena 220 Kč.)

Zbyněk Vybíral

Vynikající zpověď nemocného přinesl SLON. Murphy (1924 - 1990) byl antropologem na newyorské Kolumbijské univerzitě. Jako kvadruplegik (ochrnutý v dolní i horní polovině těla) dokončil v roce 1986 strhující knižní příběh vlastní nemoci, rozvíjející se v jeho těle od roku 1972. Je to zpověď, v níž by bylo možno vidět prvky až obsese, tak detailisticky a umanutě vypráví - vyšetření za vyšetřením, operaci za operací, jeden vřed z proleženiny za druhým - svou progresující nemoc. V systematickém

vyprávění o všem je ale právě síla tohoto textu. Osud obral terénního antropologa o pralesy Amazonky a jako terén mu podstrčil území vlastního těla, plíživě paralyzovaného míšním nádorem (od druhého krčního obratle po osmý hrudní). Murphy ovšem popisuje i paralyzu svého světa sociálního, to, jak nemoc a umírání postihlo jeho manželství (velmi poutavý, intimní závěr knížky), jeho akademickou dráhu na katedře, učení, styky s kolegy. Mapuje proměnu svých rolí, ztrátu části „já“.

Murphyho kniha připomíná trochu Sacksovy beletrizované kasuistiky či ze všeho nejvíce Sacksem popsanou vlastní „poúrazovou, neurologickou biografii“ v knize Na čem si stojím...; R.F.M. také O. Sackse cituje...). Je z rodu těch nemnoha skutečně autentických zpovědí, které jsou upřímně podány „z první ruky“ lite-



rárně nadaným vědcem. I když Murphyho nutkavý detailismus chvílemi zpomalí proud vyprávění (mírně tím byl postižen konečně i zmíněný knižní text Sacksův), po většinu textu čteme životem krutě napsanou „detektivku“. V níž autor sám nevěděl, kdy zemře...

Murphyho Umlčené tělo je pozoruhodné i rámcem, do něhož smrtelně nemocný spisovatel a vědec nahlíží a který přímočaře rekapituluje. Jeho kariéra na univerzitě (a poměry na ní), alkoholismus a irské podhoubí v mentalitě jeho otce, jeho vlastní dlouholetý alkoholismus při akademickém povolání vysokoškolského učitele (pije se zde prý hojně), emoční stoicismus vypěstovaný u generace předválečné a válečné generace... Jako antropolog se může pozastavit i nad tím, že jeho nádor byl největší právě v horní části hrudní části míchy: ví totiž, že podle brazilských Munduruků tam sídlí duše. Autor neopomene ani sociologické zarámování: ve vlastním příběhu trpce přitaká Goffmanovým myšlenkám o stigmatizaci, sebeprezentaci (v nemoci) či o sociální konfrontaci s něčím zcela nečekaným, potvrzuje, že nemocnice jsou totalitní instituce a že Přelét nad kukaččím hnízdem nebyl film ani absurdní ani nerealisticky hyperbolovaný. Text obohacují myšlenky a pasáže o přechodových rituálech, identitě, terapii a rehabilitaci nemocných, o hrzení, o učení vozíčkáře na vysoké škole... Autor je však neupřednostňuje nad hlavním posláním své knihy: dát čtenáři nahlédnout do duše a prožitků (a také podrobně na tělo) závažně, těžce nemocného člověka - člověka zapojeného do rodiny a manželství a práce a společnosti, a přesto citelně, vážně izolovaného, omezeného, člověka, denodenně bojujícího s únavou a zemdleností (a často s myšlenkami na sebevraždu)...

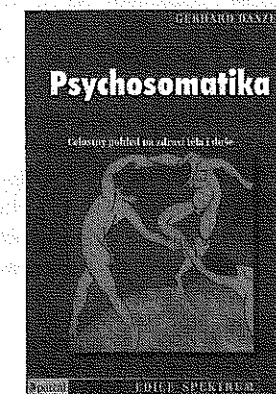
Z recenze to může vypadat na chmurné čtení, ale opak je pravdou. Snad díky tomu, že člověk Murphy (alespoň to sám o sobě píše), byl zároveň člověkem s humorem - a jistě s velkým citem pro to, co a jak je pro jeho posluchače a čtenáře snesitelné a přínosné. Není to chmurná četba. Právě naopak. Doporučuji všem lékařům a psychologům a psychotherapeutům (a také laikům) jako četbu povinnou.

Dobrá popularizační služba psychosomaticke

(Gerhard Danzer a kol.: Psychosomatika. Portál, Praha 2001. 244 stran, cena 279 Kč.)

Zbyněk Vybíral

Váháte-li dosud se zakoupením portálovské Psychosomatiky mohu doporučit: vyplatí se! Autority populárně pojaté, přehledné příručky je pětice německo-rakousko-švýcarských autorů. Všichni jsou spjatí s činností berlínského Institutu pro hlubinnou psychologii, skupinovou dynamiku a skupinovou terapii. Čtenář záhy narazí i na další (až překvapivě často v knize přítomná!) východiska autorů: na filosofii (a myšlenky filosofů - od Platóna přes Schopenhauera k Nietzschemu) či na beletrii (Novalis, Wilde, Joyce, Gide...). Šéf týmu Danzer, lékař i psycholog (dvě vysoké školy), propaguje totiž tradici tzv. „poetické medicíny“: nemoc má svou poezii, rytmus, takt, vymýšlí si metafory a symboly, „mluví“ v hádankách... To ovšem také připomíná, tehdy sušeji a věcněji formulované hlubinné názory Alfreda Adlera (orgány mají svou řeč). Adler je vedle Freuda hlavní autoritou v knize. Může ovšem směřovat filosofování, odkazů na beletrii, na Freuda, na Adlera (a také na Franze Alexandra i na Bräutigama) a znovu a znovu na Nietzscheho promluvit moderně k dnešní psychosomaticke? Autoři nás přesvědčí (a překvapí), že ano. Pokládám za záslužné úvahy z úvodní části knihy o tom, kdo je vlastně pacientem, co je to (psychosomatické) zdraví nebo varování, že hledat úplně za vším a vždy nějakou symboliku může vést k tomu, že „se zcela neoprávněně ne-



mocnému přičítá vina stran vzniku jeho tělesného onemocnění" (s. 65).¹⁾

Zvláště druhá část knihy, sborník 17 případových studií a psychosomatických komentářů vždy k jednomu onemocnění, bude asi ceněna těmi, kdo se v praxi setkávají s pacientem, jenž právě tou či onou nemocí trpí. Autoři vždy ve zkratce načrtají souvislosti medicínské, individuálně životní (vztahové) i sociální (kořenice tento propletenec ještě citáty odjinud), často se zmíní o konkrétním pacientovi či pacientce... Najdeme zde interpretace a úvahy nad astmatem, ekzémem, poruchami spánku nebo nad závratěmi, kapitoly o zácpě, obezitě, anorexii, bolestech hlavy, o sebe-poškození, ale i třeba o vředovém zánětu střevní stěny nebo o jednostranné křeči očního víčka... Mnohé interpretace jsou odvozeny opravdu z tradičních Adlerových hypotéz - řeč těla má svůj „dialekt“, resp. žargon, leccos se v těle kompenzuje za psychiku, psychika jedince má své „úkoly“ a komplexy, ovšem i mezi orgány těla jsou orgány méněcenné a tak dále a tak dále. Kdo by si myslel, že repertoár adlerovské psychologie je umrtněn mnohým opakováním a rozměňováním, zjistí, potěšen, že ho lze objektivně přikládat k velmi těžkým nemocem a trápením dodnes. Jen se naučit - tak jak je tomu s každým repertoárem konceptů - zacházet s teoriemi obezřetně.

Sympaticky mi zní pasáž (jakkoliv také sporně vyznívá) ze strany 105: „Psychoterapeut by měl přesně ovládat všechny psychologické a psychosomatické teorie a umět je - když sedí proti pacientovi - také zapomenout. To, co zažije s pacientem, má na sebe nechat bezprostředně působit a nechat se tím zasáhnout.“ Nevím, zda psychoterapeut může ovládnout všechny teorie - to spíš budu věřit na autorskou trochu ledabylou nadsázku na tomto místě; jinak ovšem souhlasím. I s další, na profesní étos apelující myšlenkou; podle ní při psychoterapii „musí růst oba protagonisté - jen když se oba vyvíjejí a otvírají, existuje šance na vyléčení nebo zlepšení“.

Ano, jsou to až pasáže idealistické, jindy zas poeticko-ilustrativní a jinde překotně interpretativní. Nicméně tušíme za nimi kompetenci. Kompetenci a zkušenost, s nimiž autoři tvořili. Chtěli popularizovat. A podařilo se jim to. Nepochybují

o tom, že přiblížili psychosomatiku laickým čtenářům a že odborníky přivedli k řadě zamyšlení.

Knížka, která ze zbežného pohledu (a ovšem jen vzdáleně) může připomenout například loni vydané Youngstonovo literárně psychiatrické akvárium „O šílenství, podivínství a genialitě“, patří do řady knih, nad nimiž možná ohrnou nos v každé zemi desítky a možná i stovky těch opravdových odborníků. Vědecky, výzkumně, akademicky či technologicko-elektronicko-biologicko-geneticko a vůči lidem (= pacientům) nezřídka spíše odcizeně léčící medicí mají jistě svou literaturu. Seriózní monografie, monografie zahraniční, odborná periodika, zprávy o výzkumech. Ale možná v nich něco chybí. Něco, čeho je - na druhou stranu - v Psychosomatic Danzera a spol. až nadbytek - někdy té Superseriózní lékařské vědě opravdu schází poezie a kreativita.

(Nejsem z toho mimochodem nijak nadšený: zdá se mi, že se vážné monografie v psychologii i medicíně a popularizační příručky více a více vzdalují. Jedni neumějí beletrizovat, druzí to s beletrizací za často přeženou až k lacinosti.)

A na závěr k překladu. Tentokrát by bylo překladatelce MUDr. R. Hällgeové bohužel možné vytknout řadu míst, která ne úplně zvládla. Vedle 90 procent překladu, jenž zdárně napomáhá čtivosti textu, zůstaly těžkopádnosti typu: *Práce ho baví, ale kvůli obtížné situaci na trhu na něj klade velké požadavky - s. 101* nebo (v mezititulku na s. 80): *Přednostně hlubinně psychologicky ovlivněná psychosomatika*. Nejde o to, že bychom nerozuměli, jenom... jenom by to šlo někdy říct lépe česky... Práce „na“ překladu, určitě nadaném a schopném, v tomto případě skončila o trochu dříve, než bylo záhodno.

POZNÁMKA:

¹⁾ S tímto postojem rezonuje i Murphyho názor (viz v knize Umlčené tělo, s. 21), který jako pozdější paralytik sám prožil anabázi s tím, že jeho potíže byly nejprve označovány jako psychosomatické: „Psychosomatická etiologie je pohotově při ruce jako reziduální kategorie... O co snadněji je říci pacientovi „Je to všechno ve vaší mysli“, a tím navíc - i když pouze vágně - svalit vinu na něho samého.“ Rozdávání nálepek „psychosomatického původu“ a zabřemenění pacienta vinou za jeho vlastní potíže by bylo (či lépe je) námětem, který jistě někdo dále rozvede. (Nebyli-li již rozveden podrobně jinde.)

MINIRECENZE

Jiří Tyl: JAK ROZUMĚT SNŮM

(HOVORY O SNECH, HOVORY SE SNY)
Nakladatelství JOTA, 2001

Slavoj Titl

PhDr. Jiřího Tyla znám ještě z dob, kdy jsme oba docházeli do psychoanalytického tréninku, jako originálně myslícího, klinicky a na výzkum orientovaného odborníka s velmi širokým rozsahem zájmů a znalostí, ale také jako hravého a tvořivého člověka. Práci se sny, které mají klienti spontánně přinášejí, považuji za velkou pomoc při poznávání a řešení jejich nevědomých starostí a rád se přitom nechávám inspirovat svými kolegy. V knize Jiřího Tyla mě překvapilo s jakou lehkostí vysvětluje nejmodernější poznatky nové vědy, která se zabývá mozkem a myslí - neurovědy, ale i způsob, jakým sny vykládá.

Na počátku seznamuje autor čtenáře s moderními poznatky o činnosti mozku ve spánku a zabývá se významem a smyslem spánku a snění. Objašňuje různé neurovědecké teorie fungování mozku, popisuje výsledky moderních výzkumů, nebo seznamuje s EEG biofeedbackem (jde o trénink EEG vln), jehož terapeutickým využitím se posledních několik let zabývá. Postupně se autor stále více zaměřuje na porozumění významu snů. Uvádí konkrétní sny a pokouší se je interpretovat pomocí svých vlastních asociací (v psychoanalýze vycházíme z asociací klienta a svými opatrně doplňujeme teprve tam, kde jeho chybějí). K interpretaci přistupuje nedogmaticky, v duchu moderní psychoanalýzy tvořivě integruje různé přístupy. Je to pěkná řada snů (rozdělených do skupin - např. na sny úzkostné, o smrti, sny školní, o létání atd.), o jejichž porozumění se může čtenář spolu s autorem pokusit! Na konci knihy podává autor základní praktická doporučení jak přistupovat k porozumění snů.

Knihu lze doporučit všem zvědavým zájemcům o výklad snů, kterým nejde především o informace, ale kteří se dovedou nechat vtáhnout do hry se sny a fantazií.

Úvodní workshop

Sochání rodinných systémů a práce s tělem

vede Jitka Vodňanská - psychoterapeutka, rodinná terapeutka
koná se od 19. do 21. října 2001

vychází ze strukturální rodinné terapie, sculptingu dle Virginie Satirové,
práce s tělem v psychoterapii a biosyntézy

Workshop

Neverbální komunikace a hry

vedou psychoterapeutky Jitka Vodňanská a Veronika Čermáková
koná se od 26. do 28. října 2001

nabízí práci s tělovým schématem, psychogymnastiku, techniky encounteru, práci s hlasem

Workshopy jsou určeny těm, kteří chtějí využít zkušeností jak ve své profesi
tak pro své osobní poznání.

(V březnu 2002 otvírá Jitka Vodňanská spolu s dalšími lektory
kurs Neverbálních technik a kurs Práce s tělem v psychoterapii.)

Pokud máte zájem, zašlete předběžnou přihlášku Janě Indrové na adresu:

J. Vodňanská, pro Janu, Apolinářská 4a, 128 00 Praha 2
nebo volejte na 0604/756225.

Ad Editorial

Ad) Editorial z minulého čísla - „O respektu

(Takže tak trochu o budoucnosti?)

Myslím, že tuším, o co vám jde a také chápu, jak je těžké něco takového pojmenovat anebo „zhmotnit“ v něco viditelnějšího, slyšitelnějšího a také „oficiálnějšího“. Alespoň v současném „vědeckém“ duchu doby. Je to totiž spíše něco, co vyplývá z oblasti „mezi řádky“.

Kdyby něco podobného začalo vznikat, určitě bych se přidala.

Možná by „to něco“ mohlo mít podobu méně oficiálnější než je „směr“ (tedy něco paralelního ke stávajícím směrům a lineárně směřujícím), něco jako klub či co. (Nevím, proč mě v této souvislosti napadají slova jako underground či alternativa...) V každém případě by to nějaký název a nějakou formu mělo mít. Představovala bych si to jako nějakou „platformu“ nebo „ostrůvek pozitivní deviance“, kde by se mohli lidé podobného uvažování setkávat, vzájemně inspirovat a mnohdy také podporovat. A také v neposlední řadě prezentovat své myšlenky navenek. Bylo by to něco otevřeného a stále se vyvíjejícího, procesualního: Je mi však jasné, že v tomto případě by to stálo spíše na osobnostech a životnost by mohla být křehká...

Na druhé straně v okamžiku, kdy vzniká „příliš oficiální“ organizace, následují věci jako registrace, stanovy, podmínky členství atd., když vzniká „oficiální směr“, následuje „vymezení“ oproti...Vše jsou to věci, které mohou navozovat jakousi státnost a konečnost.

Slovo „respekt“ považuji za důležité či klíčové, a to nejen v kontextu psychoterapie, ale také v každodenní mezilidské komunikaci. Je to něco, co dnes v každodenní realitě strašně chybí. A lidé právě to „něco“ hledají, ať už u psychologů, nebo v různých zejména východních náboženstvích anebo v sektách či drogách apod. To „něco“ zahrnuje kromě respektu i slova jako vnímání, pozornost, naslouchání a akceptace...

Já osobně bych velmi přivítala, kdyby se vaše myšlenka setkala se širší odezvou a byla impulsem ke vzniku něčeho nového a zejména jiného než nabízí většina psychoterapeutických škol či směrů. Považuji za potřebné, aby se dosud většinou izolované „hlasy“ více propojily, nějak nazvaly a aby se podobné myšlenky cíleněji šířily a infiltrovaly do myšlení nejen nás psychoterapeutů, ale i jiných pomáhajících profesí (a možná i do celospolečenského života vůbec).

S pozdravem
Anita Petrů (Olomouc, 24. 6. 2001)

Pane doktore,

Váš úvodník se mi líbil, téměř se vším souhlasím, mnohé slova cítím a používám podobně jako Vy, jen bych to tak hezky nedovedl napsat...

Přesto ve mně vyvolává jistou obavu Vaše myšlenka na „etablování nového směru psychoterapie“. Mám za to, že směrů, informací, postupů, škol máme - jak říkají přátelé ze Slovenska - „neurekom“, ale přesto - tak jak to cítíte Vy i já a určitě celá řada dalších kolegů - něco postrádáme. Nejsem si jist, zda je to nový směr, škola či nastavba. Možná je to onen respekt, o němž píšete či lidskost, možná odvaha „vydat se na cestu“, na níž neseme odpovědnost sami za sebe, za své myšlenky a zejména pak za své činy.

Mám jistou obavu, že vymezování, vytváření hranic, bývá mnohdy příčinou, jež odvádí pozornost od „vnitřního“ k vnějšímu, od obsahu k formě, k pravidlům, podmínkám, členění, přijímání a vylučování atd.

Nicméně jak tedy jinak? Možná jako sympatizanti, možná jako ti, kteří rozumějí a „vědí“, o co jde, bez pejorativnosti, bez hodnocení, pouze jako výsledek jistého procesu „na cestě“ životem, kdy „poznáváním“ zákonů a zákonitostí života a světa, nalézáním smyslu našeho vlastního žití a života se měníme a nahlížíme na svět kolem sebe z jiného úhlu, z jiné perspektivy, která je sice pro všechny přístupná, ale ne pro všechny je dostupná. Vyžaduje totiž mnohé - sebekázeň, sebeodříkání, sebeúctu, respekt k sobě samým, odvahu, ale i adekvátní „pochopení našeho významu a důležitosti pro fungování vesmíru“...

S pozdravem
J. Zvoníček (Kroměříž, 21. 8. 2001)

JIŘÍ MRKVIČKA: 70

Jiří Mrkvička sedmdesátiletý

Některá životní zastavení jsou vyceněná okolnostmi, jiná přijdou jakoby sama, člověk se rozhlédne, podá druhému ruku, oživí vzpomínku. Uplývající čas ozřejmuje cestu lidí, na které myslíme. Doktor Jiří Mrkvička se dožívá sedmdesátiletí. Pracuje, píše i nadále se profesně angažuje, a přitom nepochybně rozjímal, což ostatně dělal vždycky, o cestě životem, a tudíž i o životní moudrosti a cestě k ní, o níž s takovým zaujetím psal ve své Knížce o radosti.

S doktorem Jiřím Mrkvičkou jsem se seznámil před mnoha lety. V té době jsem pracoval ve školství a on jako klinický psycholog vyšetřoval v nemocnici děti. O pár let později jsme se setkali v manželské poradně jako poradci, on zkušený psycholog, já člověk, který v této oblasti dělal první kroky. Ale mé skutečně první setkání, na něž se pamatuji, byl poněkud fiktivní, bylo na výstavce výtvorů pacientů z arteterapeutické dílny pardubické psychiatrie.

Mezi pozoruhodnými obrázky jsem spatřil portrét, který namaloval jeden z pacientů a který jsem si sám pro sebe nazval Hlava. Nemohl jsem se mýlit, byl to portrét Jiřího Mrkvičky, trochu insitní a realistický, ale objevil jsem v něm i prvky surreálna. Do té hlavy se mi vešlo téměř všechno, co jsem pro pojem Jiří Mrkvička shledával charakteristické, a s odstupem času je vlastně jedno, jestli šlo o výsledek mých projekcí či o umělcovu výjimečnou schopnost vtělit do obrazu svá niterná pohnutí.

Byla to hlava moudrá, zadumaná, smutná i veselá, byla to hlava s laskavým výrazem a slovy, která, než jsou zveřejněna, bývají vážena a zvažována, byla to hlava, která si hověla na velkém štíhlém těle, byla to hlava, která napsala knížku Hovory s tebou a řadu dal-

ších, a také Knížku o radosti, publikaci, která jakoby s předstihem předjímalá svět postmoderního věku přešlapujícího už tenkrát za dveřmi, a snažila se jako protipól k onomu Bůh zemřel, vše je dovoleno, provést nás krajinou, která má nějaký řád a kde podél cesty jsou mlínky, mezi nimiž se poutník, hledaje moudrost života, pohybuje.

Myslím, že tou cestou „moudrosti“ Jiří Mrkvička, hledač hodnot, prochází s odhodláním sobě vlastním dodnes. Objevuje, aby mohl nabídnout svou zkušenost, zážitek, poznání. Je známo, že usilovně pracuje na své další knize. Nezbývá, než mu popřát, aby se podařila a mohl ještě dlouho spokojeně a ve zdraví pracovat.

Lubomír Macháček

„V minulých letech jsme se naučili jako psychoterapeuti mlčet o duchovní vrstvě lidského života a zakrývali jsme ji cudně poukazem na sféru sociální. A tak jsme hovořili o člověku jako o bytosti somato-psychosociální, s důrazem právě na ono „sociální“. Přehlédli jsme však, nebo nechtěli vidět, že lidská sociálnost - na rozdíl od sociálnosti animální - je založena na objektivacích lidského ducha a že tedy má kořeny duchovní. To nelze obejít, musíme se o tom naučit mluvit. Dodejme jenom, že se o duchovních otázkách a duchovních krizích musíme naučit mluvit tak, abychom se vyhnuli elementární výtce z indoktrinace. Psychoterapie opravdu není indoktrinace.“

(Mrkvička, J.: Základy psychoterapie a hermeneutika. V: Růžička, J.(ed.): Psychoterapie. Sborník přednášek I. Psychoterapeutická fakulta 1991/92. Vyd. Triton, Praha 1992)

Při příležitosti jubilea jsem si prolistoval znovu některé Tvoje texty. Padla mi do oka jako příklad nahoře uvedená myšlenka. Při ní se mi vybavuje řada rozhovorů a příběhů z mé víc než čtvrt století trvající iniciace do oboru na pardubické psychiatrii, které jsem, Jiří, mohl prožívat ve Tvé blízkosti. Mnozí mi právem záviděli. Ale ty příběhy a rozhovory si nechám

pro sebe. Nejsou pro veřejnost. Také nechci plynout oslavnými slovy.

Chci Ti jen povědět „díky“ a popřát ostatním, aby se jim dostalo podobného daru jako mně. Možná není špatný nápad nové vydání Tvé sedmnácti let staré a nestárnoucí „Knížky o radosti“ i dalších věcí ze šuplíku. Přál bych to zejména té mladší generaci kolegů.

Tvíj
Tonda Šimek

Milý Jirko!

Vzpomínám na léta společné práce na dětské psychiatrii v Pardubicích. Byla to zvláštní situace: učila jsem se psychiatrii od psychologa. A tak to dopadlo...: Zajímám se víc o psychoterapii než o biologii, ač původně tomu bylo naopak. A stále se snažím, co nejvíc to jde, komunikovat s psychology a terapeuty. Trochu je matu - ptají se mne: Vy jste psychiatr nebo psycholog? Těžko říci, snad lépe - terapeut, totiž terapeutka. Je to odvážné říkat při vědomí, že mám smlouvu jako psychiatrická? Díky Tvému nasměrování na systémové myšlení, vývojový pohled, orientaci v rodinné terapii a práci zaměřenou na klienta s respektováním svobody a hranic klientů i svých vlastních... Snad ne.

Nepřestalo mne bavit hledat. V tom jsme se sešli. A tak se setkává Tvoje zkušenost a teoretické myšlení a moje praxe s klienty. A také se v našich diskusích samozřejmě setkává rozum a emoce, souhlas a střety. Jak jinak?

Byl jsi a stále jsi laskavý, ale také přísný učitel. V souvislosti s Tebou si vždy vybavuji neformálnost, srdečnost a otevřenost při zachování náročnosti k oboru, ale především k sobě.

Mám nejraději Tvoji citaci: Musíme něco udělat s tím, co z nás udělali ti druzí. Chtělo by se mi dodat: „Abychom měli co předat těm, kteří ještě nevědí, co s tím.“

Snad to není až tak jednoduché, ale jednoduchost nám šetří čas, že? Máme ho tak málo. Potřeba péče klepe na dveře a hlásí se telefonem, a tak ještě víc než v čase minulém řešíme „za pochodu“ a ve stresu. Ještě že máme kulatá výročí - mohou se stát příležitostí ke krátkému zastavení.

Teprve se blížím k Tvému věku, ve kterém jsme se setkali. Opravdu, je to víc než 18 let. V určitém smyslu v našem sdělování pokračujeme. Jsem tomu moc ráda a přála bych to i svým kolegyním a kolegům: to krásné „mezioborové“ a lidské setkávání: moje a snad i Tvoje motivy pro další hledání.

Tak hodně zdraví, Jirko!

Helena Machová

Institut pro systémickou zkušenost
otevřít 8. listopadu 2001 v Praze
pro odbornou veřejnost 100 hodinový intenzivní kurz

CESTOU PŘÍBĚHU

Účastníkům nabízí jak osvojení narativního způsobu práce, tak zformování vlastního příběhu pomáhání.

7. října od 10 do 17 hod. proběhne v ISZ
jednodenní workshop, na němž budou demonstrovány terapeutické

MOŽNOSTI NARATIVNÍHO PŘÍSTUPU

Lektorují V. Strnad a J. Hesoun.
Kontakt: ISZ, Máchova 23, 120 00 Praha,
tel. 07371759863, e-mail: strnad@isz.cz



Portál s.r.o., Klappova 2, 182 00 Praha 8

tel. 02/ 830 28 203, fax 02/ 830 28 208, e-mail: obchod@portal.cz

Odborná literatura na internetu: www.studovna.cz

Prodejny: Jindřišská 30, Praha, tel. (02) 2421 3415

Dominikánské n. 8, Brno, tel. (05) 4221 3140

J. Křivohlavý Psychologie zdraví

Autor shrnuje východiska a nejdůležitější poznatky psychologie zdraví, seznamuje s pojetími duševního zdraví a nemoci, s otázkami kvality života, s poznatky o mechanismech zvládání obtíží a stresu, s faktory podporujícími zdraví a odolnost jedince aj. Zabývá se i psychikou nemocného člověka, psychoneuroimunologií, vztahem mezi pacientem a lékařem, rolí zdravotních psychologů aj.

váz., 240 s., 349 Kč

H. P. Röhr Narcismus - vnitřní žalář

Zkušený německý terapeut se zabývá vznikem této poruchy, průběhem a naznačuje možnosti jejího překonání. Za východisko si autor zvolil kuriózní pohádkový příběh ze sbírky bratří Grimmů „Železná kamna“. Pohádkový děj pak doprovází jeho úvahy o hlavních rysech mužského a ženského narcismu, o narcistním soužití, ale také o cestách, které vedou k uzdravení a svobodě. Závěrečný doplněk je věcným pojednáním o popisované poruše, o jejím společenském významu a možnostech terapie.

brož., 152 s., asi 197 Kč

J. Chasseguetová-Smirgelová Tvůrčí a perverze

Co je perverze a jaký má vztah k významné oblasti lidské kreativity? Za někdy pitoreskními podobami sexuálního chování poměrně malého počtu lidí nachází autorka podstatnou dimenzi psychiky každého z nás - člověka provází věčné pokušení překračovat úzké limity své vlastní podmíněnosti. Autorka harmonicky integruje klasickou psychoanalýzu s novějšími směry a školami psychoanalytického myšlení a uvádí četné příklady z literatury, kinematografie či klinického materiálu. S předmlouvou Otto Kernberga.

brož., 208 s., asi 269 Kč

I. D. Yaalom Máma a smysl života

Příběhy, které se zakládají na zkušenostech z autorovy praxe, jsou poutavou sondou do světa psychoterapeutické práce (existenciální terapeutické přístupy, dynamika zármutku ze ztráty blízké osoby, problémy ve vztahu mezi klientem a terapeutem, důvěrnost informací o pacientech aj.

váz., 256 s., 298 Kč

T. Moore Temný eros

Známý autor T. Moore se zamýšlí nad hlavními tématy „sadeovské“ literatury jako nad mytologií, která neobvyklým způsobem odráží temné stránky vztahů každého z nás. Jde především o témata moci a bezmoci.

brož., 184 s., 235 Kč

E. Jungová, M. L. von Franz Legenda o grálu

Autorky psychologického výkladu středověké legendy vycházejí z předpokladu, že v motivu grálu lze nalézt v symbolické formě významný díl psychologické problematiky současného člověka. Na pozadí příběhu se věnují otázkám transcendentního zážitku, zla, problematice erotu aj.

váz., 352 s., 449 Kč

G. Danzer Psychosomatika

Úvod do oblasti psychosomatiky, vývoj, jednotlivé školy a směry. V druhé části pak autor rozebírá patnáct klasických psychosomatických onemocnění.

brož., 248 s., 279 Kč