

OBSAH

EDITORIAL	163
ZA JANEM ŠPITZEM (Šárka Gjuríčová, Hana Junová):	164
PSYCHOTERAPIE: LÉČBA, POMOC, METODY	
Jiří Růžička: Vzpomínka, halucinace a časové prožívání v psychoterapeutické reflexi (fenomenologický přístup) - dokončení z předchozího čísla	166
Martin Jára: Sen jako projekce (Poznámky gestalt terapeuta)	173
Alena Plhánková: Denní snění	178
Ivana Radimecká, Josef Radimecký: Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě White Light I.	181
VÝZKUM V PSYCHOTERAPII	
Naděžda Tumpachová: Změny v chápání smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách	188
ZKUŠENOST Z „DRUHÉHO BŘEHU“	
Jeronym Janíček: (Ne)mocná síla agorafobie	195
(PSYCHOTERAPEUTICKÝ) FEJETON	
Ivo Kunst: Vaši ruku, komture!	200
PŘEMÝŠLENÍ O ETICE	
Hana Junová: Výzva k debatě (Že byste se nemohli vyjádřit...?)	202
GLOSA	
Ivo Kunst: Jak se platí a vyplácí psychoterapie?	203
AD MINULÉ ČÍSLO	
Jan Poněšický: O toleranci v psychoterapii (a v Konfrontacích)	205
Igor Pavelčák: Chudák pes	206
RECENZE	
Věra Machů: Když pro Konfrontace, tak kriticky (o knize S. Kratochvíla)	207
Ladislav Timulák: Klienti způsobují, že terapie funguje (o knize Boharta a Tallmanové)	208
Tereza Kocourková: Nad knihou Freud a po Freudovi... ..	211
KONGRESY A KONFERENCE	
Martina Rašticová: „Otázka času“	213
Z DOPISŮ	216

EDITORIAL

„U komplikovaných, duchovně rozvinutých lidí... udělá lékař nejlépe, odloží-li svoji věškerou metodickou a teoretickou výzbroj a spolehne se jedine na svoji osobnost.“ Tuto myšlenku pronesl Jung v Curychu v roce 1935. Je to osobnost (velmi často; i když ne vždy), co léčí - působí v psychoterapii. Anebo... co terapii naopak kazí, co v ní škodí. To je jistě zajímavá myšlenka: psychoterapii může poškodit a zkažit jen psychoterapeut, nikdy (anebo přesněji většinou nikoliv) onen druhý člověk, který za terapeutem přišel. Někdy to vypadá, že zralejší terapeuti se čím dál více spoléhají spíše sami na sebe než na knihy, poučky, manuály a moudra z psychoterapeutických časopisů.

„Nechal jsem za sebou všechna dosavadní teoretická vodítka, která jsem si osvojil,“ píše v ukázce ze své práce kolega Jiří Růžička v roce 2001. Jeronym Janíček vypráví o setkání s řadou lékařů (internistů, psychiatrů) ve své zprávě „z druhého břehu“. Vodítka teorii ho nevytěžili. Léta bojoval a možná dál bojuje s agorafobií. Doporučuji k přečtení! Mimo jiné se tímto příspěvkem navracíme k pravidelnému konfrontování zkušeností (rubrika bude pokračovat po celý rok 2002), a hlavně: každý z nás se může zamyslet nad svou empatií, trpělivostí, přezíravostí, respektem či despektem... nad svou osobností. Duchovním skalpelem či tupým „křivákem“.

Nezapomínám na to, že tento časopis pomáhá uspořádávat i onu „metodickou a teoretickou výzbroj“ v jakémsi pomyslném skladišti terapeutových „zbraní“, že je pomáhá broudit, čistit i konzervovat tak, aby byly k použití. Nezapomínám na to, že předkládá „teoretická vodítka“, z nichž některými se čtenář může nechat vést v bludišti cest. Na druhou stranu chce tuto „teoretickou výzbroj“ konfrontovat s „procesem odzbrojení“. Někdy přispějeme k míru tím, že se zbraní vzdáme. Když nás druhý člověk přistihne jako „také člověka“ (a nikoliv jako vyzbrojeného „odborníka“), možná že právě tehdy pomůžeme nejvíce. Obstojíme-

li v jeho očích. Možná že právě tehdy se stane změna.

Změnu nezpůsobíme, změna se stává, vzpomíná na oblíbenou větu Honzy Špitze ve svém - žel již - ohlédnutí za přítelem Šárka Gjuríčová. Měl jsem tu čest Honzovi tykat posledních pár let. Stačil mě nakazit svým upřímným zájmem o odbornou literaturu (nejenom psychoterapeutickou), o vědu, o paradigmata. Když vázlo vydání již ohlášené knihy v Konfrontacích, jeho otázky, kdy si bude moci knihu zakoupit, mne popoháněly. Před lety v zimě, na přelomu let 1997 a 1998 (ten čas tak letí!) jsem se na pár dní ponořil do našeho rozhovoru. První část z něho vyšla v čísle 4/1997, pokračování v čísle 1/1998. Bezprostředně inspirován knihou fyzika Weinberga *Snění o finální teorii* mně pár měsíců před tím spontánně naskakovaly na mysl otázky, jež jsem posléze předestřel před Honzu. Chopil se jich. Jeho odpovědi patří k tomu nejkrásnějšímu, co jsem mohl v tomto časopise přinést. Je počtou Konfrontací, že jim Šárka Gjuríčová s Honzou Špitzem svěřili svou poslední společnou stať, přednesenou v červnu t. r. v Budapešti (vyjde v příštím čísle).

Co dodat k našemu snění? Třeba ke snění o finálním rozřešení a rozřešení všeho toho terapeutizování nad životy lidí, o vyřešení a o sloučení, o rozplynutí a diferencování... Neměli bychom snít své denní sny odborníků spíše o tom, jak zůstat - co nejdéle to jde - lidští, neobroušení a „použitelní“? A také etičtí? (Viz výzva Hany Junové v tomto čísle; zareagujte na ni!) Neměli bychom se zasnít nad tím, nad čím jsme se dosud nikdy nezasnili?

Naše denní sny bývají možná více o penězích než o něze. Více o snadnosti než o poctivosti. Co dodat k takovému (našemu) snění?

Třeba toto číslo časopisu. Až se z jeho četby vynoříte zase do bdění - a než budete zcela střízlí a probuzení do prázdna beze snů, sedněte - třeba ke snadnému e-mailu - a dejte vědět do redakce: Co se vám při četbě zdálo?

V Hradci Králové 29. listopadu 2001

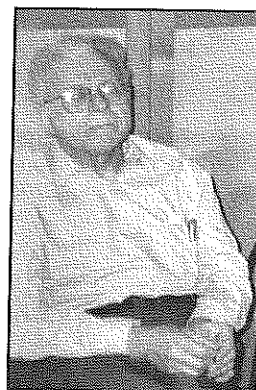
Zbyněk Vybíral

ZA JANEM ŠPITZEM

Zemřel prim. MUDr.
et Mgr. Jan Špitz

Počátkem září zemřel ve věku 69 let významný dětský psychiatr, citlivý rodinný terapeut a erudovaný lektor a trenér Jan Špitz.

V průběhu své profesionální dráhy vedl dětské oddělení psychiatrické léčebny v Dubí a později v Havlíčkově Brodě. Jeho hlavní působení bylo věnováno dětské psychiatrické klinice v Praze - Motole. Jako primář tam tvořil od 70. let pojetí léčby orientované na rodinu, jako první ve střední Evropě využíval pojetí léčebné komunity jako stále se vyvíjejícího společenství. Zároveň vždy seznamoval se svými přístupy odbornou veřejnost na kongresech a na programech České psychoterapeutické společnosti a Psychiatrické společnosti ČLS. Byl zván na řadu dalších odborných setkání, za čtyři desetiletí jeho přednášení se s ním setkala snad tisíce kolegů. Pracoval mnoho let ve výboru Psychoterapeutické společnosti ČLS a byl předsedou sekce rodinné terapie, mnoho osobního času věnoval organizování odborných aktivit v rámci rodinné terapie, symposií a odborných schůzí. Od roku 1978 se podílel na vydávání periodika rodinných terapeutů Kontext, které kontinuálně vychází dodnes, nyní jako ročenka. Psal po desetiletí do řady odborných časopisů, dobře ho znali také čtenáři Konfrontací, byl spoluautorem několika publikací (v poslední době např. Dětská psychoterapie, Psychoterapie úzkosti, Vidět věci jinak).



Jan Špitz patřil k průkopníkům, teoretikům i praktickým učitelům systemické rodinné terapie u nás. Už v roce 1990 vytvořil spolu s MUDr. Bošem a PhDr. Kučerou první komplexní vzdělávací program Institutu rodinné terapie Praha, v němž působil jedenáct let jako inspirující lektor, tvořivý trenér a supervizor.

Jan Špitz dokázal oslovit a zaujmout. Jeho škála studentů byla v průběhu let široká, učil na několika pražských fakultách (včetně lékařské a filozofické) a v postgraduálních programech ILFu pro lékaře a psychology. Nepoučoval, nabízel možnost učit se. Kolegové pamatují na jeho respekt ke kompetencím začínajících terapeutů i ke kompetencím pacientů a jejich rodin. Jan se stále vzdělával, měl vzdělávání za radost i povinnost vůči svým studentům i pacientům. Dobře si uvědomoval rekurzivní povahu učení, učil studenty a učil se od nich. Říkal, že je vděčen svým pacientům za to, co se od nich může naučit. Už jako renomovaný psychiatr vystudoval v Praze ještě psychologii: zajímala ho. Jan miloval knihy, sháněl je neúnavně, i v dobách, kdy sehnat zahraniční výpůjčku bylo uměním, a tak se znal s knihovnicí snad všech knihoven Československa. Novou knihu brával do ruky s úctou a zvědavostí, kterou jsem nepoznala u nikoho jiného. Znal poslední publikace z oblasti systemické terapie, sociálních konstrukcí, komunikace, a to v několika jazycích. Prostudoval, promýšlel a domýšlel, zajímavě reflektoval.

V posledních letech rozvíjel v rámci dětské psychiatrické kliniky Centrum rodinné terapie, psal a učil systemickou rodinnou terapii v rámci Institutu rodinné terapie Praha spolu s Jiřím Kubičkou a Šárkou Gjuríčovou. Byl lektorem, který teoreticky nezjednodušoval a měl jedinečnou klinickou zkušenost, kterou až do konce života využíval a obohacoval. Kdo se chtěl poučit, poučil se.

Poučením pro mnohé začínající terapeuty bylo, jak služba pacientům byla pro Jana za všech okolností tím nejdůležitějším. Při sezení se členy rodiny šlo všechno ostatní stranou, byl plně k dispozici. Rodiny poznaly, že nepochybuje o jejich schopnostech a kompetencích, i když jsou v dané chvíli bezmocní a nešťastní

a nevidí cestu ven. Jan ale nikdy o silách rodin nemluvil, prostě je znal a věřil jim. Uměl vyléčit těžké chvíle jemným humorem. Věřil, že může dojít ke změně, která může vyvést rodinu z bludného kruhu trápení či nemoci, že však čas a podoba této změny je nepředvídatelná. Změnu nelze způsobit, ale stává se, to byla Janova oblíbená věta. Kolegové z kliniky i z výcviku se od Jana mohli učit, jak pěstovat v terapii trpělivost a pokoru. Někdy lidé nepoužijí žádnou z možností, jak vykročit ze svých začarovaných kruhů neštěstí, nemohou a žijí tak dál - a to je jejich způsob, který je třeba respektovat. Nevím, jestli někdo z pacientů slyšel od Jana Špitze kritizující nebo patronizující tón. Já je za čtrnáct let, kdy jsme spolu pracovali, neslyšela nikdy.

Jan Špitz zemřel po krátké nemoci. Svět ztratil noblesního člověka, kolegové tvořivého psychiatra a citlivého rodinného terapeuta, spolupracovníci laskavého a skromného kolegu, studenti vzdělaného a podnětného učitele. Někteří z nás spolehlivého a velkorysého přítele.

Šárka Gjuríčová

Jsou ztráty, které jsou nenahraditelné. Takovou je úmrtí prim. MUDr. et PhDr. Jana Špitze. Kvalifikovaného zhodnocení jeho díla a přínosu pro českou psychoterapii se jistě ujmou erudovanější osoby. Chtěla bych jen při-

pomenout jeden aspekt jeho aktivit - úsilí o zvyšování etické úrovně terapeutické práce. Verba movent, exempla trahunt - Honza byl opravdu zářným příkladem hodným následování. Ve své skromnosti se nikdy za vzor nepovažoval, své názory sděloval spíše rozpačitě než autoritativně. Jeho encyklopedické znalosti renesančního rozpětí neměly charakter abecedně seřazených hesel, byly prospojovány Honzovým přemýšlením a rozvažováním, takže vždy byla radost a hluboký zážitek Honzu poslouchat. O jedno ze svých přemýšlení - o etických souvislostech vztahové odpovědnosti v terapii - se s námi podělil v červnovém čísle Konfrontací. Těžko se to vyslovuje: bylo to bohužel naposledy, krátce nato zemřel.

I pro etickou komisi České psychoterapeutické společnosti je Honzův odchod nenahraditelná ztráta. Nesplňoval pouze kritéria „dobrého člena“, byl mimořádnou osobností, kterou jsme měli rádi a vážili jsme si ji. Do všech schůzek vnášel svou neutuchající dobrou náladu, pohodu a radostnost. Zároveň byl vnímavým posluchačem a citlivým pozorovatelem. I přes jeho vrozenou skromnost nebylo možné neocenit hloubku a rozsah jeho vědomostí, které mnohdy dávaly směr i našim úvahám. Bylo nám s Honzou opravdu dobře a děkujeme mu za všechno, čím nás obohatil.

Hana Junová
Foto: S. Kratochvíl (jaro 2001)

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE (ČAA)

připravuje vydání prvního čísla časopisu: „ARTETERAPIE“

První číslo „Zima 2001“ by mělo vyjít do konce roku 2001. Tento odborný čtvrtletník je určen všem, kteří se o arteterapii zajímají, studují ji, přemýšlí o ní, chtěli by se o ní dozvědět více, tj. (nejen!) arteterapeuti, psychoterapeuti, pedagogové, umělci a samozřejmě studenti těchto oborů... Předpokládaná cena čísla je 45,- Kč, celoroční předplatné 180,- Kč včetně poštovného.

Zájemci o časopis i o publikaci vlastních příspěvků mohou kontaktovat zástupce ČAA na adrese: PhDr. Helena Nováková, Jana Masaryka 48, Praha 2, 120 00, tel: 02/22510015 nebo šéfredaktora: Mgr. Johana Elisová, tel: 0724/ 264626 na email: brevnov@atlas.cz

PSYCHOTERAPIE: LÉČBA, POMOC, METODY

Vzpomínka, halucinace a časové prožívání v psychoterapeutické reflexi (část druhá)

Fenomenologický přístup

Jiří Růžicka

Lidský rozumět psychotické existenci...

Psychotická pacientka si průběžně stěžovala na to, že ačkoliv k tomu byla svým terapeutem vyzývána, nemohla si vůbec vzpomenout na špatné či traumatické zacházení, kterého se jí v minulosti údajně mělo dostat. Leč celá její minulost byla pro diagnostika manifestací devastujících vztahů, ve kterých žila. Pacientka nebyla s to prožívat současnost, necítila ji, nerozuměla jí, nechápala ji. Viděla sice ubíhat hodinové ručičky, trhala listy kalendáře, věděla o tom, že jí běží léta, ale jen tak to konstatovala. Subjektivně míjení času necítila. Říkala: „Je to, jako když jedu vlakem. Venku sice krajina ubíhá dozadu, ale já stojím.“ Pacientka ve svém životě také stála a nebyla s to do něho vstoupit, zúčastnit se jej. Žila mimo „krajinu života druhých“, kterou jen projížděla. Slyšela hlasy. Nejčastěji to byla žena, která ji kárala, napomínala, řídila a posuzovala. Později, kdy již byla v terapii pokročilejší a nebyla tak pohlcena psychotickým způsobem existence, se rozpomenula, že takto k ní odedávna hovořila matka. Sluchová halucinace byla spojena s halucinací tělesnou, měla totiž intenzivní a převládající pocit, že je hlasy prostoupena natolik, že v jejím těle pro ni samu nezbyvalo žádné místo. Neschopnost být v přirozeném čase přináší nemožnost žít svobodně svoji tělesnost. Toto rozpomenutí a uvědomění nevzniklo tak, že by si pacientka vzpomínala v pravém slova smyslu - že by zapomněla a pak si znovu vybavila zapome-

nuté. Spíše se jí s průběhem terapie spolu s časováním změnil i vztah k matce a s ním související tělesný pocit, „že již bydlí ve svém těle“. Svoji minulost začala nahlížet naprosto „jinými“ očima. Rozpoznávala smysl vztahů, které v rodině existovaly, a sebe v nich. Hovor s matkou dříve býval stále udržovanou přítomností. Pacientka nebyla s to rozpoznat, že v současnosti se jí dávala stále pokračující, dále se aktualizující, rozrůstající a veškerý čas pohlcující zpřítomněná minulost. Teprve s tím, jak se během léčby nově konstituovala její identita, vztahy k lidem a podoby těchto vztahů, teprve poté, co se ona sama učila s druhými být, poté se u ní začala rozvířat časová trojitost: přítomnost začínala charakterizovat živá a mnohostranná, vždýcky však významně smyslová tělesnost a komunikační vztahovost. Minulost se stávala tím, co již bylo, a budoucnost se jevila jako nově se objevující možnosti, které nebyly jen pouhým opakováním nereflektované a odcizené současnosti propadající se neohraničeně do děsivé propasti chladného a cizího, kosmicky nekonečného prostoru. Potom sice rozeznávala „vnitřní“ hovor s matkou jakožto hovor, který se uskutečňoval, nicméně však patřil bývalému způsobu vztahu a přestal být halucinací. Během psychotického způsobu života byla schopná jen prostorového přecházení od matky z minulosti k matce současné, byl mezi tím uplynulo dvacet let. Temporálně pro ni tehdy žádný posun nenastal, a proto její vztah k matce byl psychotický stejně, tak jako komunikace měla halucinatorní podobu. V psychotickém modu existence časové přechody nerozeznávala, proto také nemohla odlišit „halucinace“ od ve vzpomínce znovu prožitého rozhovoru.

Při znovuprožívání je minulost zpřítomněna a jako zpřítomněná minulost je takto rozpoznána, ovšem má-li se stát vzpomínkou, musí být člověku otevřena budoucnost. To je možné tehdy, když člověk přijímá současnost jako vlastní životní prostor, spěje do budoucnosti. Pacientka svým vedením života nikam nespěla. Pokud, tak byla životem vlečena, sama se křečovitě přidržujíc toho, co z životního prostoru současnosti patřilo k minulosti, co se

k němu chaoticky pojilo. Žila v neustálém děsu, že se někam utrhne, že bude odervána a zahyne v neznámém a cizím světě. „Můj život měl dvě pekla. Na jedné straně bylo peklo strašného horka, křiku, mumlání a stále jen kritických hlasů, na druhé straně pak peklo chladného, zcela vyprázdněného prostoru a nesnesitelného ticha.“

Tím, že se během psychoterapie vytvářela nová pouta, v tak mnohém odlišná od pout, kterými byla vázána dosud, seznamujíc se s těmi charakteristikami světa, které si ji nově nárokovaly, odpoutávala se pozvolna od minulostního vedení života. Toto se však mohlo dít jen tehdy, byla-li burcována k ohledům na současně přítomné. V halucinacích byla pacientka stále s matkou v deficitním modu vzájemnosti, žila s ní v patologickém, tj. v neproměnlivém a neproměňovaném, sepětí. Takový vztah neumožňoval pohyb, a tudíž ani odpoutání, dialektickou podmínku přiměřeného rozvoje jejího Já. Její život byl skutečně rozštěpený. Od minulostního vedení života se neodpoutala, a tudíž se nemohla zúčastnit právě probíhajícího životního dění a podílet se na něm. Přesto nebyla „hybernovanou konzervou na neobydlené planetě“, jak si svého času také přála. Proměny její tělesnosti i okolní události jí žel bohu nenesly v hlavním proudu života, spíše se jen zoufale přidržovala nespoehlivých pout břehů původní rodiny, vláčena prostředím, které bylo v jejím porozumění nebezpečné a nepřátelské. Pozměňována tělesností, vzděláním a sociálním postavením se necítila těmito proměnami jakkoliv obohacována a také jimi nebyla s to v přirozené plnosti žít. Naopak, proměny ji děsily a nechápala je. Nebylo proto divu, že část svého mládí prožila s mentálně anorektickými potížemi. Zatímco její vrstevníci dozrávali, ona sama si svobodně nemohla osvojit nové možnosti, které jí ke změně vyzývaly, jejímž nárokům však nerozuměla.

I tato okolnost nám umožňuje porozumět dalším důvodům jejích halucinací. Halucinatorní vnímání a prožívání bylo totiž jen přirozenou a zákonitou možností její krajně narušené vztahovosti, časové dezorientace i nepřijetí

a odcizení vlastní tělesnosti. Proto nemohla jinak, než halucinovat. Halucinace se proměňovaly s ohledem na to, které životní výzvy oslovovaly ten či onen modus patologické existence. Tak například v jednom psychoterapeutickém setkání slyšela, že k ní mluvím dvěma jazyky zároveň, přičemž to, co jedním říkám, druhým popírám či vyvracím. Halucinace byla srozumitelná v tom okamžiku, kdy jsme objevili konflikt, kterým právě žila. Jedním z jazyků, který slyšela, byla polština.

K Polsku měla zvláštní vztah proto, že k dědečkovi, slezskému Polákovi, instinktivně tíhla a velmi ho milovala pro jeho veselou a přátelskou povahu. Vždy velmi pozorně a přesně rozuměl a vnímal to, čím žila, i pocity, které měla. Jedině v jeho přítomnosti se cítila být u sebe a sama sebou. V dětství průběžně, zejména však v době dospívání jí byl matkou (a také její tetou, matčinou sestrou, která se nikdy nevdala) předhazován dědeček jako černá ovce rodiny, a to kvůli jeho několika nemanželským dětem, které údajně měl. Matka, ale i její teta důrazně a nekompromisně upozorňovaly, aby si pacientka dávala obzvlášť pozor na muže, kteří se mu podobají. Kromě jediné výjimky však se varování vztahovalo na všechny. Maminka i její sestra byly vychovávány v přísných, prudérních a od života odtažitých poměrech. V jejich bývalé rodině bylo zvykem, že když se rodiče dohadovali o něčem, co děti neměly slyšet, hovořili mezi sebou německy. To převzaly také obě sestry, matka i teta.

Když se k pacientce přiblížil nějaký muž, který v ní probouzel její ženskou vnímavost k druhému pohlaví, zároveň se ozvalo matčino úzkostně moralistické varování. Časově zaměřená minulostně, vztahově dezorientovaná, tělesně nesvobodná, jásy nerozvinutá a nesesamostatná pacientka, neselektivně vnímala situaci v několika významových souvislostech zároveň. Významy situace jí vyvstávaly právě jen v těch možnostech a v těch souvislostech, kterým byla v danou chvíli schopná se otevřít. Psychotické onemocnění bylo z tohoto hlediska zcela odpovídajícím projevem ve zcela nenormálních poměrech jejího existování.

Teprve s osvojením si schopnosti odlišovat současnou přítomnost od zpřítomněné minulosti, s návratem do ní a setrváváním v ní se znovuprožívání stává vzpomínkou. Psycho-terapií se minulost pacientky v tomto smyslu teprve konstituovala. V žádném případě a z žádného pohledu proto nebylo možné její psychotické existenci lidsky rozumět jako genetické poruše, jako vpádu nevědomí do vědomí nebo pomocí jiných konstrukcí, které jsou nikoliv primárním porozuměním, ale od „předkonstruktivistického“, přirozeně lidského porozumění odvozenými artefakty. Bezprostředně lidské setrvávání u jeveného je podmínkou takového tvrzení i poznávání.

V psychoterapii je tento požadavek zásadní. Osmatřicetiletá pacientka k nám přišla do terapie po třech letech od smrti jejího syna, který ve věku sedmnácti let tragicky zemřel. Od té doby žena trpěla různými potížemi. Depresivní rozlady až na hranici suicidia, depersonalizace, transitorní halucinacorní stavy, zmatenost, to vše se střídalo s neobyčejnou silou a jakoby bez příčiny. Pacientka prošla elektrickými šoky, farmakoterapií, skupinovou i individuální psychoanalyticky orientovanou léčbou, ve které se její - můj blízký kolega - psychoanalytik i ona snažili najít životní souvislosti jejích potíží. Podrobila se i osmítýdenní lůžkové léčbě s kognitivně behaviorálním programem, využívala řadu relevantních moderních psychofarmak (SSRI, Dogmatil, Risperdal). Navzdory tomu se její stav pozvolna zhoršoval.

Nebýt dohody, kterou dělááme s lidmi tendujícími k sebevraždám, byla by, jak opakovaně říkala, již dávno skočila z okna. Jediná interpretace, která stála na počátku obratu, se lišila od ostatních. Nechal jsem za sebou všechna dosavadní teoretická vodítka, která jsem si osvojil, i obsáhlé informace, které jsem obdržel od svých kolegů. Pouze jsem si představil rodinné klima, ve kterém pacientka celé dlouhé roky žila. Na tomto základě zněl výklad takto: „Zdá se, že Vaše stále vzrůstající potíže nemají svůj původ jen v útrapách Vašeho dětství. Těmi jste už prošla ve svých dosa-

vadních terapiích. Ale rozhodující je možná to, že stále žijete stejnými pocity a laděním jako Vaše matka, které jste s ní společně prožívala dříve a které prožíváte i nyní. Protože ale na rozdíl od matky nejsou spojeny s konkrétními zkušenostmi, nemůžeme se dobrat žádného obsahu ani jejich smyslu. Jako malá holka jste jim nemohla rozumět, zato jste jimi žila, vdechovala je všemi póry Vaší duše, byly atmosférou Vašeho dětství, která, s různými výkyvy přetrvává ve Vašich náladách dodnes. Proto Vás jejich znovuprožívání spíše ničí nežli pomáhá, nelze je analyzovat a protože jsou jako tekutý písek neuchopitelné, nedaří se je odnaučit.“ Tento vhléd pak umožnil, že pacientka byla s to oddělit nevlastní, cizorodé a akontextuální nálady a pocity od svých vlastních. Pak už mohla se svými náladami něco dělat, mohla uplatnit své rozhodování i vůli a touhu žít svým vlastním životem. Pomalu a postupně začala hledat cestu jak změnit ladění i životní orientaci. Léčba ještě není u konce, ale obrat již nastal.

V kasuistickém zlomku pacientky s psychotickými rysy si můžeme ozřejmit ještě jednu důležitou skutečnost. Prodlévání v minulosti člověk nevykonává tak, že by stejným způsobem postupoval (byť třeba pozpátku) již dříve prošlapanou cestou. Nikdy také neprožívá zcela shodné pocity a stavy, jak tomu bylo tehdy poprvé, nevede stejné řeči, jak tomu bylo v dialogu tehdejší přítomnosti, když se procházel po stejném koberci téže místnosti onoho rána. Pacientka hovořila nejméně padesátkrát o jednom dni, kdy byla jako malá holčička oblékána do dívčích šatů. Líčila událost opakovaně a vždy přitom objevila nějakou nepatrnou změnu, nový detail. Teprve po desítkách terapeutických hodin se ve vzpomínce objevilo něco nového, něco, na co si do té doby nikdy nevzpomněla, co se jí ale také dříve ani nemohlo objevit, neboť k možnostem nového pohledu ve svém osobním vývoji zatím nedospěla. Opět spatřila svoji matku, leč tentokrát v jiném světle. Prodlévající u ní, uviděla tvář rozpačité, bezradné, nešťastné, dětsky umíněné mladé ženy. Sedíc jí na klíně, zpozorovala její dětskou příslost, všimla si jejích dětsky ka-
zatských gest a cítila se přitom jako živá

panenka. To s ní ořáslo a hluboce, bolestně, ale rozhodujícím způsobem ji to ozdravně pozměnilo. Tak matku ještě nikdy předtím nespátřila. Po terapeutické pobídce se také zaměřila na sebe. Zakusila něco, co nazvala závratí. Sama sebe totiž uviděla nikoliv již jen jako malou holčičku, ale také dospělou osobu, která sedí na klíně své fyzicky dospělé, avšak dětsky nezralé matky. Na rozdíl od minulosti se tohoto pohledu nezhrozila a také od něj neutíkala. Oproti minulosti si nepřipadala ona sama nemožná, zato jí připadalo nepatřičné a absurdní, že ač je již dospělá, sedí na klíně své matky jako malé dítě. K tomu, aby ji mohla takto spatřit, však musela dozrát. Pojala ji závrat: „Jako bych v jednom krátkém okamžiku proletěla tisíc světelných let.“ Vše na scéně se proměnilo díky přechodu z jednoho modu časového prožívání do druhého. Z minulostně vedené existence se náhle ocitla v současnosti.

Tuto cestu směřující k uzdravě mohla vykonat až díky psychoterapii. Proměna byla náhlá a vstup do „časového proudu“ se neobešel bez mohutného vegetativního doprovodu. Zbledla, lapala po dechu, ztrácela rovnováhu. Ačkoliv ležela, bála se, že se někde zříští. Pak zrudla, zrychleně dýchala, ohlédla se ke mně. Jako by se probírala z tíživého a fyzicky náročného snu. Na konci sezení se cítila úplně vyčerpaná, přesto však prožívala nebyvalou úlevu a pozvolna přicházející radost. „Jedna vlaštovka však jaro nedělá,“ říká jedno přísloví. I když byla tato psychoterapeutická sese důležitá, musely následovat další. K trvalejší proměně bylo třeba vykonat ještě mnoho a mnoho práce jak v hodinách, tak především v životě. Životní zkušenosti ale nelze vygumovat, lze je pouze zařadit do nových souvislostí. Tak tomu bylo i u naší pacientky. Nikdy se z ní nestala „standardní žena“. Svůj život však začala žít autenticky.

Vzpomínky mohou být jen zřídka, pokud vůbec, fotograficky věrnými obrazy dějů a událostí. Věrnost zapamatovaného však neznamená stereotypní shodu dané události se vzpomínkou na ni. Taková vzpomínka je sice stálá, ale především hodnověrná a výstižná. Zachycuje

např. nejen rysy obličeje vzpomínané matky, ale odkrývá jejich příznačný smysl. Proto v psychoterapii ani nemůže docházet, a také nedochází k vybavení ustálených vzpomínek, které se pouze, již hotově jsoucí, avšak „vnitřními institucemi bržděné“, nemohou dostat „do vědomí“. Stejně tak je známkou neporozumění smyslu lidské paměti technicistní představa o tom, že neschopnost si vybavit naprosto a za všech okolností si uchovat věrný obraz či informaci je známkou biologické nedokonalosti lidské paměti. Ale taková paměť by, kromě jiného, lidskou duši učinila fatálně závislou na jediném způsobu, jediné možnosti porozumění určité zkušenosti. V psychoterapii, ani v životě nám nejde o pouhé zafixování a následně znovuvybavování určité zkušenosti, ale především o možnost nové interpretace, vybavení objevného. To může vzniknout teprve za určitých podmínek v ontogenezi díky zrání, v psychoterapii za předpokladu proměn, které jsou zráním podobné. Není to tedy tak, že by vzpomínky někde ležely, dočasně zasunuty v mozkových buňkách, a díky naší snaze se objevily pouze aktualizují. V objevných vzpomínkách se stará zkušenost proměňuje do sice bývalé, avšak významem nové skutečnosti. Vzpomínky tak nabývají jiného, nového a pro pacienta leckdy spásného významu. **Vzpomínka rozšiřuje významovost minulosti.** Je-li objevná, pak zpravidla obohacuje. Může však i ořást a traumatizovat. S pochopením významu minulého má pak nově přetvořená minulost sílu a moc změny a proměny: proměny minulosti, současnosti, budoucnosti, člověka v časovosti jeho bytí.

Vztahy k minulosti mají tuto důležitou charakteristiku, která není rozpoznávána a doceňována rovněž u tzv. zdravých lidí. Lze tvrdit, že se jedná o obecný antropologický fenomén. K minulosti se jen zřídka vztahujeme k jako již uzavřené a petrifikované stránce našeho života. A to i tehdy, když říkáme, že jsme s minulostí již hotovi. Dokonce zjišťujeme, že to, co pominulo, se může ještě dále pozměňovat a ubírat zcela novými ději, kterých jsme ve znovuprožívajícím zpřítomňování účastní. Tyto nově se jevící události, které patří k minu-

losti, i když se v minulosti nepříhodily v modu bývalého porozumění, mají nejen úzký vztah k vzájemným relacím mezi současností, minulostí a budoucností, ale významuplně je také ovlivňují. Pokusme se poznatek ilustrovat na vztazích k našim drahým zemřelým. Na vztazích k lidem, se kterými jsme za jejich života sdíleli společné chvíle, se kterými jsme žili a kteří pro nás byli významní. Při troše pozornosti se můžeme snadno přistihnout, jak mnoho času ve vzpomínkách a zpřítomňujících představách s nimi strávíme.

(Tuto skutečnost znají naprosto důvěrně starší lidé, kterým zemřel životní druh. Tráví s ním leckdy převážnou dobu svých dnů i nocí. Někdy je tato pospolitost uvrhuje v melancholické truchlení, avšak ani smíření své mrtvé neopouští. Kulturám, pro které nebyla smrt tabuizovaná, byly tyto „nové“ poznatky naprostou samozřejmostí. Nejrealističtější, nejméně tendenční, plastické a živoucí popisy těchto vztahů jsem v evropské kultuře našel u W. Shakespeara.)

Pracuji na zahradě, kde prořezávám stromky. Aniž bych svoji práci přerušil, ocitám se zároveň ještě na jiné zahradě, na zahradě svého dětství. Vzpomínkou jsem po určitou dobu natolik zaujat, že pracuji jen automaticky, na což usuzuji z množství prořezaných větví. Dokonce se na tento úsek práce na zahradě nemohu ani zpětně rozpomenout, není totiž nejdůležitější. Na zahradě svého dětství také prořezávám stromky, ale jsem tam se svým otcem, který mě učí správnému postupu. Moc mě to tam nebaví, raději bych šel hrát s kamarády kopanou. Koutkem oka sleduji tátu, jestli je s mojí bezduše prováděnou prací jakž takž spokojen. Není. A já zase nejsem nadšen tím, kolik práce mě ještě čeká. Nic se však nedá dělat. Musím pracovat. Pak se ale v duchu navracím ze zahrady svého dětství nazpět na zahradu, kterou máme za chalupou. Po návratu z dětství však již nejsem na zahradě sám. Jsem zde ve znovuzpřítomňujícím prožívání se svým již dávno zesnulým otcem. Tehdy měl na starosti zahradu i zodpovědnost za moji práci na svých bedrech on. Teď leží práce v sadu především na mých bedrech. Tehdy jsem

mu stál po levém boku já. Nyní stojí táta v úhlu za mnou po mém pravém boku. Situace i vzájemné vztahy se za ta léta změnily. A tak, soustředěn na svoji práci s otcem po boku, vnímám svoje dílo intenzivněji a smysluplněji, než před svým návratem do dětství. To, že se tak děje, že jsem se svým otcem při práci v klidu a pokoji, je možné díky proměnám našeho vztahu. Navzdory obtížím a nedorozuměním, která otce i syna potkávají, neztratili jsme společný krok. **Náš vztah se vyvíjel i poté, co otec před více než deseti lety zemřel. Říkám „náš“ vztah proto, že nejen můj, ale i vztah otce ke mně je jiný.** Moje zkušenost je toho dokladem, a to v závislosti na pouti životem. Na cestě z minulosti do otevřené budoucnosti. Náš vztah je otevřený, náš čas je otevřený, otevřená je minulost, současnost i budoucnost. Samozřejmě že zde otec není fyzicky. Již dávno zesnul. Ale ve vzpomínkách i zpřítomňujících představách jsme často spolu. Když jsem ve své práci na zahradě ve své dospělosti pokračoval, opět jsem se ocitl ve vzpomínkách. A tam, přenesen do minulosti, na zahradě mého dětství, se začalo dít něco, co se tehdy nepříhodilo. Začal jsem mít „minulostně“ o zahradu skutečný zájem. Nebyla to jen povinnost, ale opravdové zaujetí. Cítil jsem, jak mnou „tehdy“ prostupovalo živé a radostné potěšení. Pro tu chvíli jsem zapomněl i na míč a na své kamarády. Vím spolehlivě, že jsem v minulosti doložené mými rodiči, v minulosti-tehdejší současnosti, zájmem o sadu ať se sotva zahořel. Ale minulost, do které jsem se přenesl, která se děje teprve teď, takto naplnila neuskutečněnou možnost mé minulosti faktické. A to proto, že můj vztah k otci v současnosti, byť už dávno leží v pánu, opět došel o krok dál. V této nové „bývalosti“ je mé dětství opět bližší, srozumitelnější a bohatší o „nově vzniklou skutečnost mé bývalosti“.

V dlouhodobých terapiích, při kterých je možnost zabývat se vztahy zevrubně, se nutně setkáváme s tím, že kontinuita vztahu je pro duševní zdraví rozhodující. Je tomu tak i navzdory deformujícím a reduktivním výkladům, kterým jsou vztahy nezřídka podrobovány. Představy, o kterých se zde pojednává, však

nejdou v žádném ohledu svévolné fantazie. Nemohou vzniknout „jen tak“, nejsou to nápadky, které člověk může mít, kdykoliv se mu jen zachce. Povrchnímu pohledu se nabízí pokušení je považovat za vyplněná přání. Takovýto názor však nepostihuje podstatnou podmínku zmíněného jevu. K tomu, aby se děje minulosti ubíraly uvedeným směrem, obohacené a zvýznamněné další nově otevřenou možností vnímat na nich zatím zasuté významnosti, bylo nutno vykonat mnoho práce. U prvního z uvedených příkladů se tak stalo v rámci psychotherapeutického vztahu. Ale také u druhého z nich bylo třeba se mi vzdát mnoha dětských nároků, požadavků a neuskutečnitelných přání a tužeb. Bylo třeba nově a opravdově přimnout sebe i otce i další životní okolnosti a podmínky a v nich se nacházející bližní (sourozence, matku, kamarády, učitele ve škole, mravní a sociální normy atd.), tj. akceptovat je v jejich „reálných“ podobách. Pak se teprve minulost uvolnila pro další možné a konsekvence smysluplné události, pak mohla být obohacena a rozhojňena nově naplněnými možnostmi. Pak může minulost přesáhnout do současnosti, aniž by ji olupovala o její plnost, její současné možnosti. Teprve pak je současnost osvobozená od zúženého, okamžitého „teď“ a může vstupovat do bývalosti, aniž by ji narušovala, deformovala či falsifikovala. Pak se otevírá možnost, aby v bývalosti byly vykonány tak významné akty, které změní (a eventuálně i napraví) to, co již bylo vykonáno. Změna (či náprava) ovšem neznamená zrušení nebo popření toho, co se již fakticky stalo, ale je ještě další a novou podobou bývalosti. Tato nová bývalost pak je další větví vedle oné větve, kterou v zúženém pohledu pokládáme za jedinou možnou a jedinou skutečnou minulost.

Přes toto složité časové určení jsou všechny verze bývalosti rozpoznávány jako bývalost. Proto také všechny rozhovory s otcem patří minulosti, byť se objevují ve znovuzpřítomňujícím vzpomínce nebo ve znovuzpřítomňujících aktech nově se vyvíjejících a odvíjejících událostí minulosti. Proto jsou také zmíněné hovory ponechány bývalosti a sou-

časnost zůstává přítomností se vším všudy, co k ní patří: totiž smyslově rozpoznávanou a vnímanou přítomností toho, s čím se setkáváme. Na tomto modu přítomnosti jsme bezprostředně tělesně účastní svými smysly. Když s někým hovoříme, slyšíme svůj hlas i hlas toho, kdo s námi mluví. Pociťujeme na své kůži doteky podané ruky, vidíme před sebou tvář, vnímáme fyzickou přítomnost svého protějšku. Jsme-li plně pohrouženi ve vzpomínkách, jsou „jako živé“. Nebo říkáme, že jsme se „zapomněli“. Mírně tím, že jsme více „u toho“, co se nám zpřítomňuje ve vzpomínce, než „u toho“, co je bezprostředně tělesně přítomné: např. že stojíme na frekventované křižovatce, kde na nás netrpělivě troubí řidiči, které nevnímáme, zato však pozorně nasloucháme hlasu, kterým k nám promluvila určitá tělesně nepřítomná osoba se sdělením natolik významným, že nám odsune do pozadí i situaci na křižovatce. Naštěstí se do vzpomínání či do denního snění tak hluboko noříme jen sporadicky. Když se pak „probereme“, ihned víme, že na nás „ve skutečnosti“ nikdo nemluvil. Tato korekce je možná proto, že je nám čas ve své trojitosti otevřený svobodně a rovnoměrně, že je pro nás volně přístupný. Současnost se nám pak na rozdíl od vzpomínání nebo snění dává v bezprostředně tělesném setkávání s tím, co se v přítomnosti prosazuje významněji. Víme však již, že ono prosazení může nabýt forem, které mohou jednou nabýt podobu „vidění“, podruhé zase „halucinace“. Čemu však přisoudíme označení „normální“ či „patologické“, je věc složitější, nežli se na první pohled jeví. Víme však, že „patologie“ je vždy spojena s nesvobodou, nemocí.

Naše pacientka svobodná nebyla. Její prodlévání v čase se dělo tak, že současnost se pro ni, tak jak dosud žila, nestávala minulostí. Její pobývání v čase nebylo svobodné v tom smyslu, že by mohla být účastná současnosti v té míře a zainteresovanosti, aby se vydávala právě tomu, co k ní promlouvá stejně přítomně jako k jiným lidem. Nebylo však nejmenších pochyb o tom, že zajata minulostí svého dětství a své adolescence, viděla na ulici zná-

mé tváře osob fyzicky nepřítomných a slyšela hlasy lidí, kteří se fyzicky nacházeli úplně jinde než právě ona. Proto bylo její vnímání skutečné, i když se na něm nepodílely její smysly tak, jak tomu je u lidí, kteří časové dimenze rozeznávají. (Pozn.: Lidé smyslově zaujatí mohou být naopak naprosto ve vleku svých současných vjemů. Zapomínají pak na to, co bylo, a nedbají, co by se mohlo stát a žijí uzavřeni v smyslové nadvládě okamžiku.) Později, když se řečeno jejími vlastními slovy „probouzela“ do přítomnosti, byla s to vypovídat o tom, že se právě během probouzení hlasy vzdalovaly až tak daleko, že již nepřicházely z bezprostřední blízkosti, že je nakonec slyšela „jen v duchu“. Neslyšela je tedy promlouvat z bezprostředně zakoušené fyzicky tělesné přítomnosti, neboť tělesná přítomnost druhého člověka nemusí být vždy přítomností fyzickou. Promlouvající lidé pro ni tělesně přítomnými byli. Dokonce se stalo, že se spálila fyzikálně nepřítomnou cigaretou: důkazem byl puchýř na její ruce. Jindy zase pohlédla vřelou potravu, ale známky opaření ústní dutiny nebyly patrné. (Pozn.: Hypnotické sugesce, jogínské postupy a výkony či extáze při obřadech v různých kulturách by jistě byly srozumitelnější, kdyby byly podrobeny skutečně zasvěcenému fenomenologickému rozboru a nebyly ponechávány magickým nebo pseudovědeckým výkladům.) Jak vidíme, i při vnímání hraje významnou roli naše časová situovanost, časové zaměření.

Otevírá se nám řada dalších otázek, které lze oprávněně položit a na které lze při jemném a předsudky nezátíženém pozorování a popisu také odpovědět. Důležité přitom je, že se nemusíme neustále odvolávat na jiné, zprostředkující disciplíny, které takové analýzy nejen samy neprovádějí, ale ani je nejsou s to vykonat. Jistě by bylo zajímavé zjistit, proč např. ve snech sice slyšíme hlasy, prožíváme bolest ze zranění, ale do dne se probouzíme bez jizev a šrámů. Na druhé straně ovšem víme, že při sugesci či v přechodných stavech změněného vědomí mohou „neexistující předměty“ způsobit různé změny v našem vnímání i na našem těle. Ostatně, psychosomatická medicína

s těmito jevy pracuje běžně. Nicméně je třeba vykonat ještě mnoho práce na tomto u nás jen velmi málo probádaném poli. Oproštění od předsudku pohlízet na tyto jevy s patra pak můžeme vidět jen to, co skutečně je naší zkušeností. S fyzicky nepřítomnými lidmi se setkáváme ve vzpomínce, ve zpřítomňujících představách a ve snech přímo, osobně. Jistě jsou taková setkání poznamenána vášněmi, láskou, přáními, vyřčenými i zatajenými záměry, ostatně taková je také povaha našich vztahů. Smysl těchto setkání je dlužno hledat ve vztazích samotných, a nikoliv v „příčinách“ ležících „za“ či „před“ těmito vztahy. Taková setkání rovněž nepovažujeme za symboly či archetypy, ale jsou právě tím, čím jsou a jak se dějí. A to v čase, kterým žijeme, nikoliv v čase, který z přirozeného času, vždy až druhotně, s pomocí abstrakcí vyčleňujeme či konstruujeme. Věcnými, objektivními pozorovateli se můžeme stát jen tehdy, když vzpomínku nebo tzv. transferenci opustíme. Pak ji můžeme věcně zkoumat. Vidíme ji ovšem z vnějšku, a takto zaujatí nemůžeme rozhodnout nic ani o její skutečné podstatě, ani o jejím smyslu. Takové pozorování však je na hony vzdáleno pozorování prováděnému v psychoterapii. Objasnění takových tvrzení však zasluhuje další výklady. Zájemce odkazujeme na bohatou literaturu fenomenologicky orientovaných autorů.

Uvedený příklad vztahů s našimi nebožtíky měl posloužit k důkladnějšímu pochopení toho, proč dotyčná pacientka halucinovala. Tento příklad nám zároveň ukazuje, že setkání s otcem žádnou halucinací nebylo. Řekli jsme si, že jinak „normální“ prodlévání s fyzicky nepřítomnými lidmi, včetně vedení rozhovorů, vzájemné komunikace, nabylo halucinatorní povahy poté, co dotyčná psychotička ztratila, či vlastně ještě ani dostatečně nenabyla svobodné a nezávislé rozhodování, které je možné, je-li člověk svobodný vůči časovým dimenzím. Nebyla s to dostát nárokům proměn, které se s ní ve světě během života udály, neboť zvláštním způsobem uvízla v minulosti. Uvázla natolik, že ztratila, jak jsme ukázali, možnost volného pohybu, uskutečňování sama sebe v čase. Ne-

mohla popřít ubíhající čas a proměny světa v něm, nemohla jej ani zastavit. Leč nebyla s to se pustit na cestu časem. Bála se, ať již z jakýchkoliv důvodů, oddat současnosti a vyjít v ústrety budoucnosti. Zúžení světa a jí samé v něm jí ponechávalo jen málo možností komunikace. Svůj vztah s rodiči, zejména s matkou, vedla postaru, ale v novém kontextu stále ubíhajícího času a jí v něm se vzájemná komunikace jevila jako halucinace, přesněji řečeno, jako halucinatorní stav. Jak jsme však ukázali na příkladu, naše vztahy trvají i s lidmi nepřítomnými, a to i tak, že mají vliv na proměny již proběhnuvších událostí. Bizarnost a neskutečnost halucinatorních stavů lze učinit srozumitelnější, když si uvědomíme popsání způsoby časování lidského života. Ukazuje se, že vypořádání se s minulostí, což je považováno za jednu z nejdůležitějších podmínek vyléčení duševní nemoci, neznamená zdaleka jen prosté vyřízení minulosti, ale představuje spíše její pokračování a proměňování v souladu se současností, mířící v čase kupředu. Jak je patrné, pohyb v čase není zdaleka jen do budoucnosti, ale pohybem všemi časovými dimenzemi, které tvoří čas starosti, kterým a ve kterém my lidé žijeme. Dosažení duševní svobody neznamená zbavení se minulosti, ale oproštění se od minulostního způsobu existence v současnosti.

ODKAZY:

- Boss, M.: *Základy psychologie a medicíny*, Bratislava 1985.
Čálek, O.: Úvod do daseinsanalýzy. In Růžička, J. (ed.): *Psychoterapie III.*, Triton, Praha 1996.
Hogenová, A.: *Pohyb a tělo*, UK FTVS, 1998.
J. Růžička: K proměně časových modalit. In *Psychoterapeutické sešity*, 1987.
J. Sokol: *Rytmus a čas*, Oikúmene, Praha 1996.

Sen jako projekce

Poznámky gestalt terapeuta

Martin Jára

Píšu knihu o práci se sny, resp. o snové práci. Jmenuje se „Sny naživo“. Píšu ji s radostí a někdy také s pochybami, zda jsem si nedal zpozdlý úkol. Nebo snad na toto téma nebylo už vše důležité napsáno? Asi bylo. Zbývá jen jedna námitka: ještě ne všechny (důležité) sny dostaly pozvání do terapie... a také do života.

Tak jako v celé knize, i v kapitole, kterou zde - ve stavu poněkud syrovém - předkládám, chci nabídnout konkrétní inspirace, jak práci se sny vést. Pohled, který nastavuje koncept projekce, je jedním významným zdrojem.

Uvedený text je částí celku, a proto v něm chybí teoretická východiska (pojeduji o nich jinde) a obsahuje nepoužitelné odkazy na jiné kapitoly. Prosím o shovívavost. Jeli-kož jsem ještě uprostřed tvůrčího procesu, uvítám reakce, například na mailové adrese exit@cbbox.cz.

Projekce

Přiznám se, že jakkoli projektivní strukturu často používám, ještě jsem ji sám zcela nevstříbal. Znovu a znovu mne udivuje, někdy možná šokuje - tak jako klienty - že „všechno, co najdete se svých snech, je nějaký váš aspekt, a proto když sníte, píšete si svůj vlastní scénář“ (J. S. Simkin: „*Minilectures in Gestalt therapy*“, s. 87). Cože, všechno? Já že mám něco společného se svojí matkou, s talířem, který hází, s kuchyní, kde se hádka odehrává? Já že si něco vyčítám, sám se sebou se hádám, něco v sobě rozbíjím? Jsou to moje postavy, předměty a situace? Copak můžu přimnout, že sen je můj obraz, tedy obraz mých částí?

Jako gestalt terapeut si odpovídám: „Ovšem-že.“ Přitom mám na paměti, že se opírám o původně analytický názor, že do snů projikujeme jen a jen sami sebe (srov. např. C. G.

Jung: Výbor z díla I., s.199). Sen je vlastně jakási „projekce dovnitř“; doplňuje naše „projekce ven“ - při nichž své vlastnosti, schopnosti, potřeby apod. přičítáme druhým lidem.

Gestalt terapie ani její zakladatel F. Perls projekci neobjevili. Zato však analytickou strukturu dovedli do důsledku, do tvaru, v němž já jsem vyčítavá matka, já jsem talíř z porcelánu, já jsem pokoj, v němž se hádají dva lidé, ve mně se odehrává hádka a destrukce... Žádný kompromis, jasná řeč projekce. Kdo ji slyší, nespokojí se s tím, že se na projekce odkudsi zpovzdálí dívá, ví, že musí jít blíž, tak blízko, že se jimi stane, resp. identifikuje se s nimi. Jak na to, přiblíží ukázka z terapeutického sezení.

Klientka, mladá a atraktivní žena, chtěla prozkoumat sen, v němž chodí po velkém domě a nahlíží do různých pokojů. Zvlášť ji zaujal pokoj, kde na posteli ležely krásné či - jak sama řekla - „příliš krásné“ šaty...

Terapeut (dále T): Mohla byste mi ty šaty popsat.

Klientka (dále K): Jsou to takové večerní, dlouhé šaty, hodně se lesknou.

T: Lesknou se - a jakou mají barvu?

K: Stříbrnou, a to mě dráždí.

T: Říkáte, že vás dráždí stříbrná barva...

K: Jasně, stříbrná se tak leskne, že oslepuje. Myslím si, že ty šaty mají oslepovat, a to mne dráždí.

T: Mohla byste mluvit za ty šaty?

K: Prosim?

T: Jestli byste si mohla představit, že jste ty šaty.

K: Jsem šaty?

T: Přesně tak.

K: Jsem šaty.

T: Můžete zopakovat, co jste o šatech řekla prve - ale teď v první osobě?

K: Jsem šaty, dlouhé, večerní, lesklé...

T: A stříbrné

K: Jsem ze stříbrné látky.

T: A oslepuji...

K (po dlouhé pauze): Oslepuji. (Sklání hlavu a chvíli se nepřítomně dívá na zem).

T: Co se děje?

K: Přemýšlím o tom, jestli chci oslepovat...

T: Chcete?

K: Asi ano. Asi chci, jenže...

T: A proč ne?

K: Cože?

T: Říkám „proč ne“.

K: Takže můžu?

T: Říkám „proč ne“.

K: Víte, já dobře vím, že oslepuju, teda muže oslepuju, vlastně mně to baví, akorát mi to připadá...

T: Laciné?

K: Tak nějak. Tak na povrchu.

T: Máte strach, jestli nejste povrchní?

K: Mám.

T: Rozumím tomu tak: když oslepujete, není vidět, že máte také něco uvnitř.

K: Tak nějak.

T: Nepochybuju o tom, že také uvnitř je co obdivovat. Přesto Vás chci požádat, abyste zkusila říct „Jsem povrchní“.

K: Ne, to ne.

T: Já vás nenutím, můžete to říct - a nemusíte. Jen to zkuste... Tady si to můžete zkusit...

K: Tak dobrá (pauza)... Jsem povrchní.

T: Co se děje, co ve vás uvnitř děje?

K: Nějak mi to nevdá.

T: Ani vás to nedráždí?

K: Ne. Spíš cítím nějakou... úlevu.

T: Po pravdě řečeno, máte můj obdiv.

„Lesklé šaty“ jsou něco, co klientka ve snu a pak také při snové práci nepřijímala: byla podrážděná nebo „nerozuměla“ („cože?“). Při identifikaci s nimi připustila, že ji baví nosit je; ale v zápětí vyjádřila pochybnost, jestli proto není povrchní. Lze říci, že „lesklé šaty“ byly projekcí, již dobře znala a již se zároveň velmi obávala - projekcí její povrchnosti. Když vyřkla „Jsem povrchní“, zažila si „nějakou úlevu“. Z toho usuzuji, že svoje „lesklé šaty“ - a svoji povrchnost nejen připustila, ale také přijala.

Jak je vidět, identifikace není jen pojem, ale i nástroj snové práce: snící se ztotožňuje s aspekty svého snu a získává s nimi, přesněji snad v nich osobní zkušenost. Pak může aspekt snu přijmout za svůj - nebo, jak se říká v gestalt

terapii - znovu si jej přivlastnit. Když je projekce „vzata zpět“, snová práce splnila svůj účel; a svůj účel splnila i projektivní struktura, v jehož rámci je sen interpretován.

Nejčastěji se identifikace provádí tak, že snící *mluví* za určitou část snu, a to v první osobě a v přítomném čase (viz ukázka výše). Snící ji však může také zahrát, zatančit - nebo jednoduše ztělesnit.

Mladý muž si na jednom workshopu lehl na podlahu - a stal se kobercem. Když už poděsáté tvrdil, že je mu příjemně, připomněl jsem mu, že ve snu po něm chodili lidé - a že někdo z těch lidí na něho vylil víno. Mladý muž náhle pronesl: „Já po sobě nechávám šlapat“. Už mu nebylo příjemně, už potřeboval vstát, disidentifikovat se s kobercem, něco se svou projekcí konečně udělat...

Zapojí-li se do identifikace se snem tělo, ze snového lovce se snadno stane snový bojovník. Jeho snovou práci přibližují jinde. Zatím se věnuji praxi lovce - v níž není nouze o překvapení, údiv či dokonce šok. Především jsem a poté snad doložil v ukázce (viz věta „Nějak mi to nevdá“), že identifikace mnohdy vyústí ve v údiv. Někdy je to údiv nepříjemný - a jindy zase docela příjemný.

Vzpomínám si na ženu, která na semináři líčila sen, v němž ji autobus odváží neznámo kam. Jak o snu referovala, pomalu začala znovu prožívat nejistotu a rostoucí úzkost. Asi proto, aby úzkost snížila, chtěla snovou práci ukončit. Místo toho jsem jí navrhl, zda se nechce ztotožnit s řidičem onoho autobusu. Souhlasila a celkem snadno se vžila do řidiče, sebevědomého a silného muže, který má „situaci v rukou“. Najednou si byla jistá; začala se smát a dokonce strhla ke smíchu i ostatní. Při reflexi žena připustila, že „takhle se zná“: někdy se natolik soustředí na svoji úzkost, že jí propadne a úplně zapomene, že ji také může „řídít“. Sen se tedy prolul do reality a snová práce vyústila do (malé) terapie...

Identifikace s projekcemi má bezpochyby velký terapeutický potenciál. Potřeba je jen v tom, nalézt projekci, která je také „dobrou“ stopou. Že někdy zjevnou stopu nevidíme, je způsobeno

no tím, že se ve snu - tak jako v životě - identifikujeme selektivně.

Především bereme velmi vážně své (snové) ego - a pak jsme například pouze cestující v autobuse. Nebo máme tendenci vybírat si aspekty, které neohrožují naše sebepojetí. Tak jako jedna klientka, která se úspěšně identifikovala s květinami na louce, zatímco tank, který na louce stál, jí byl „cizí“. Aby jen mohla „vzít za svůj“, potřebovala si zvyknout na myšlenku, že není jenom „křehká květina“. Její příprava na tuto identifikaci trvala dva měsíce; pak ovšem byla s to tvrdit - přímo jako tank: „Stojím tady na louce a nikdo se mnou nehne.“

U vědomí selektivní identifikace F. Perls nabádá: „...doporučuji, abyste si každý sen zapsal a udělali si seznam všech detailů snu. Vezměte každou osobu, každou věc, každou náladu a pak pracujete na tom, abyste se stali postupně tím vším.“ (F.Perls: „Gestalt terapie doslova“, s.76). Perlsův návod je sice velmi lákavý a slibný, ze zkušenosti však vím, že málokdo je ochoten jej použít. Rozumí se, že v této neochotě je pravděpodobně skryta rezistence: „nemám čas probírat všechny části snu“ totiž může znamenat „nechci se poznat celý“. Místo abychom tuto rezistenci klopotně odstraňovali, můžeme ji zhodnotit.

Experiment

- Připravte si papír a tužku, připomeňte si - nebo přečtěte - některý zvlášť bohatý sen.
- V určitém časovém limitu (např. 1 minuta), napište všechny možnosti, s čím se ve snu identifikovat. Utvořte si svůj „seznam identifikací“.
- Pak znovu porovnejte sen s tím, co máte na seznamu. Všimněte si toho, co jste na seznam nedal/a. Můžete také požádat svého kolegu, přítele, terapeuta apod., aby provedl svoji „nezávislou“ korekturu.
- Identifikujte se s opomenutými aspekty snu. Všimněte si, jaké pocity, asociace, myšlenky ve Vás tyto identifikace vyvolávají.
- V návaznosti na identifikace ještě zkuste doplnit větu: „Sám/a v sobě opomíjím...“ (Například: „Sama v sobě opomíjím řidiče“)

Jiný návod jak najít „dobrou“ stopu pro identifikaci poskytuje J. Rainwater. „Ujistěte se, že jste obsáhli všechny ty části snu, které se zdály být nejživější a ke kterým se pojilo nejvíce emocí.“ (J. Rainwater: „Vezměte život do vlastních rukou“, s. 119.) Jestliže klientku dráždí „lesklé šaty“ (viz výše), je možné spolehnout se, že právě do nich promítla sebe. Jinou emoci, která velmi spolehlivě indikuje důležitou část snu, resp. sebe sama, je strach.

Inspiraci pro identifikaci obsahují také kazuistiky, které ve svých knihách uvádějí zkušenosti terapeuté. Zůstaneme-li v prostředí gestalt terapie (kde se s identifikací nejvíce pracuje), pak zdrojem inspirace je jistě F. Perls (viz např. „Gestalt terapie doslova“); jeho klienti se stali svými očima, jezerem, zdí, skluzavkou... Zajímavé jsou ovšem také kazuistiky J. Downinga a R. Marmorsteina; v jejich publikaci „Dreams and Nightmares“ (viz) se lze poučit, co může přinést identifikace s řekou, africkou ženou, papírovou rakví nebo hermafroditem. Ukázka, již uvádí E. O'Leary (viz „Sny“ in Konfrontace, 1995, č. 3), zase dokazuje, že klientka si něco svého najde v pavučinách, kabině i stole.

Zvlášť inspirativní je „identifikační seznam“, který nabízí J. Rainwater. Uvádí v něm ani ne tak konkrétní části snu, jako spíše typické projekce. „Buďte krajinou nebo okolím, které může zahrnovat dům, nebo vzduch, nebo déšť nebo poušť... všemi lidmi ve vašem snu... předmětem, který spojuje nebo svazuje, jako jsou mosty, telefonní linky, dálnice, železniční koleje... nezvyklým předmětem... zajímavým nebo tajemným předmětem... silným prvkem, plným energie jako je přílivová vlna, auto nebo generátor... náboženským předmětem počínaje křížem a konče soškou Buddhy... předmětem nebo osobou, jejíž levá strana se liší od pravé, buďte tou levou stranou, a pak tou pravou, dvěma kontrastními věcmi, čímkoli, co ve vašem snu chybí...“ (J. Rainwater: „Vezměte život do vlastních rukou“, s. 119-120.)

Přehledka identifikací může vyvolat dojem, že snová práce podle gestalt terapie spočívá v tom, že klient zkouší a zakouší různé části snu - a tedy své osobnosti (srov. J. O. Prochaz-

ka a J. C. Norcross: Psychoterapeutické systémy, s. 143.) Nicméně tento dojem je zavádějící, neboť zastiňuje podstatu - proces, resp. dialog. Identifikace bez dialogu sice umožňuje silnou, ale jen izolovanou zkušenost, jejíž účinek je omezen. Také zde platí, že dialog jistě snovou práci (srov. 3.2.).

Při gestalt terapii mohou být v dialogu nejen terapeut a jeho klient (viz výše) nebo - například na workshopu - snící a jiní členové skupiny, ale také klient a různé části jeho snu, nebo dokonce různé části jeho snu mezi sebou navzájem. Dialog umocňuje prožitek identifikace. A čím intenzivněji snící své identifikace prožívá, tím spíše si může své projekce opravdu „vzít zpět“.

Proto je nejen možné, ale i žádoucí, aby snící mluvil se svou zdí (viz F. Perls: „Gestalt terapie doslova“, s. 117), aby si řekla povídala s africkou ženou (viz J. Downing a R. Marmorstein: „Dreams and Nightmares“, s. 183), aby pavučiny měly konflikt s kabinou (viz „Sny“ in Konfrontace, 1995, č. 3, s. 26). Kdybych měl říci, která varianta dialogu nejvíce usnadňuje asimilaci projekce, a spolehl se na svoji vlastní zkušenost, pak bych vybral dialog mezi snícím a částí jeho snu. Zde je příklad.

Klient, mladý a poněkud nejistý muž, vypráví snový příběh, v němž ho zaujala gramofonová deska, která ležela vedle gramofonu a byla zjevně rozbitá.

Dejme tomu, že mladý muž se jmenuje Libor. Terapeut (dále T): Mohla by ta deska nyní ležet tady, Tobě na očích?

Klient (dále K): Jako abych si představil?

T: Tak nějak.

K: Pokusím se... ano, už ji vidím. (Dívá se na zem před sebe.)

T: Mohl bys popsat, jak vypadá?

T: Klasická, černá deska, je rozbitá na střepy, uprostřed je papírek s nápisem.

T: Je to klasická deska, černá, rozbitá na střepy...

K (zaraženě): Rozbitá na střepy.

T: Co se děje?

K: Napadá mne, že nevím, co na té desce je.

T: Jaká nahrávka...

K: Ano, co je na ní.

T: Chci Ti nabídnout stát se teď tou deskou - zkusit si, jaké to je. A napadá mě, že ten přechod usnadní, když si sedneš na jinou židli. Je to možné?

Klient si přeseďává.

T: Díky. Teď jsi ta deska, černá, klasická... Můžeš to sobě říct sám?

K: Jsem deska, černá, klasická a rozbitá.

T: A nevím, co na mně je.

K: Nevím, co na mě je.

T: Co se děje, když říkáš - nevím, co na mě je?

K: Je mi divně...

T: Můžeš se, prosím, zase vrátit na původní židli?

Klient si přeseďává.

T: Díky. Libore, je něco, co chceš desce říct?

K: Co jseš?

T: Dobrá, můžeš se vrátit na místo, kde je deska?

Klient si přeseďává.

T: Co Tě napadá, když slyšíš otázku Co jseš?

K: Napadá mne, že se bráním. A nechci se bránit...

T: Bráníš se a nechceš se bránit... Ještě něco?

K: Jako deska... bráním se, protože dokud se nedostanu do gramofonu, nemám co říct.

T: Můžeš si, prosím, ještě jednou vrátit na místo, kde je Libor?

Klient si ještě jednou přeseďává.

T: Libore, deska Ti nemá co říct, dokud se nedostane do gramofonu. Co Ty na to? Co chceš říct té desce?

K: Rád bych tě dal dohromady a do gramofonu. Rád bych Tě slyšel...

T: Libore, zkus říct: „Chci se dát dohromady a slyšet sám sebe.“

K: Chci se dát dohromady a poslouchat sám sebe.

T: Místo „slyšet sám sebe“ jsi teď řekl „poslouchat“. Má to nějaký význam?

K: Nevím, prostě chci slyšet víc sebe. Možná...

T: Možná...

K: Víc sebe než druhý.

T: Slyšíš se teď, Libore?

K: Slyším, a tak je to příjemný.

T: Můžu Tě požádat, abys ještě jednou, už naposled, řekl větu: „Chci se dát dohromady a poslouchat sám sebe?“

K (pomalu, s dojetím): Chci se dát dohromady a poslouchat sám sebe.

T: Jaké to je?

K: Skvělý... (Zarazí se.) Já se vlastně teď poslouchám! To je něco, co jinak moc nedělám.

T: Právě jsi to udělal.

Na začátku byl snový obraz a v něm předmět: rozbitá gramofonová deska. Identifikace s deskou sice obraz oživila, nicméně jasnou, natož jednoznačnou interpretaci nepřinesla („nevím, co na mně je“ a „bráním se“). Lze namítnout, že deska již tehdy reprezentovala rozbité já, že upozorňovala na nějakou vnitřní destrukci. Jenže klient si toho nebyl vědom. Teprve při dialogu s deskou zjistil, že ji chce „dát dohromady“ a „poslouchat“. Když jsem mu projekci vrátil (ne desku, ale sám sebe chce „dát dohromady“ a „poslouchat“), náhle si uvědomil, že to je možné. Věta „Já se vlastně teď poslouchám!“ to, zdá se, potvrzuje - klient potřeboval objevit, že může naslouchat sobě. Snad byla gramofonová deska projekcí jeho samého, resp. jeho osobnosti, již lze scelit a poslouchat. Spíše se však domnívám, že sloužila jako projekce pro jeho „rozbitou“, čili narušenou potřebu „poslouchat se“ (ať už ve významu „slyšet se“ či ve významu „dovolit si“). Každopádně klient zjistil a prožil, že může poslouchat sám sebe. Při dialogu s částí sebe sama „objevil“ svoji projekci a tím zformuloval svoji interpretaci snu.

Pro dialog mezi „já“ a částí snu ovšem není nezbytně nutné mít po ruce terapeuta...

Experiment

- Připravte si sen - a tužku a papír. Podle svého uvážení vyberte jednu část snu, která vám připadá zvlášť zajímavá, provokující, nejasná...
- Začněte psát dialog: já odpovídá části snu a naopak. Zkuste se oprostít od představ, co kdo má říkat, zkuste vést „improvizovaný dialog“.

- Když dialog dopíšete, odložte papír a tužku, jděte se projít nebo dělejte cokoliv jiného. Až se vrátíte, čtěte pozorně a nezaújatě - a všimněte si, co vás zaujme.
- Zkuste označit esenci snové části a „vzít ji za svou“ - například tak, že zformuluje větu o sobě.

Snová práce s projekcemi není tak jednovládná, jak se na první pohled zdá („staň se tím...“ „a teď tímto...“). Může být - hlavně díky dialogu - velmi tvořivá, a to nejen proto, že při ní vytváříme interpretace. Už jen dívat se na sebe z úhlů různých projekcí, je tvůrčí činnost...

Jako závěrečný experiment navrhuji - a možná se trochu rouhám, přečíst si, co napsal básník Nanao Sakaki, a zkusit si myšlenkové obrazy, které obsahuje:

Proč lézt na horu?
Podívej! Táhle je hora.
Nelezu na horu.
Hora leze na mne.
Já jsem hora.
Lezu sám na sebe.
Není tu hora
Ani já
Něco
Se pohybuje ve vzduchu.

© PhDr. Martin Jára (40), psychoterapeut a trenér Institutu pro Gestalt terapii (IGT), kde vede mj. workshopy a kurzy o práci se sny.

Denní snění

Alena Plháková

Při denním snění se pozornost přesouvá od běžných tělesných a mentálních aktivit, které jsou odezvou na podněty z vnější reality, k vnitřnímu psychickému světu. Někteří psychologové považují denní snění za hranič-

ní psychický stav mezi bděním a spánkem, za subjektivně evokované změny stavu vědomí pramenící převážně z vnitřních zdrojů (Sternberg, 1995, s. 210). Typické denní sny člověka nepodněcují k žádné akci. Snící jedinec např. klidně sedí v křesle nebo hledí z okna „do dálí“. Člověk se snadno ponoří do denního snu během dlouhého a nudného vyučování nebo při procházce. Výsledky výzkumů nasvědčují tomu, že čas od času má téměř každý člověk denní sny. Např. ve výzkumu Singera a McCravena tuto skutečnost potvrdilo 96 % osob ve věku 18 až 50 let. Dále se ukázalo, že starší lidé mají méně denních snů než mladí (Singer a McCraven, 1992, s. 169).

Funkce denního snění

Slouží denní snění nějakému specifickému účelu? Někteří psychologové tvrdí, že nemá žádnou praktickou či pozitivní hodnotu. Pokládají ho za pouhý únik z reálného světa, který může být dokonce nebezpečný nebo škodlivý, protože vede k uzavírání se do sebe a k osamělému životu. Jiní naopak zdůrazňují kladnou úlohu denního snění zejména při transformaci citového stavu. Denní sny mohou lidem poskytnout vítanou úlevu od každodenní - často nepřijemné - životní reality a snižovat vnitřní napětí. Pomáhají jim také zvládnout nebo vydržet obtížné situace. Váleční zajatci díky denním snům mnohdy překonali obtížné životní podmínky nebo dokonce přežili mučení. Jack London ve svém slavném románu Tulák po hvězdách popisuje fantazie ubohého vězně ve svěrací kazajce, který ve své mysli prožívá podivuhodné zážitky ze svých minulých životů. Hodnota denních snů dále spočívá v tom, že jsou zdrojem stálé a proměnlivé stimulace. Vojáci na stráž nebo řidiči kamiónů uvádějí, že sní proto, aby zmírnilí pocit nudy a udrželi se v bdělém stavu (Klinger, 1987).

Podle psychoanalytiků umožňují denní sny vyjádřit a zvládat lidské tužby vztahující se především k sexualitě a nepřátelství, které by jinak vyvolávaly pocity viny nebo úzkost. Psychoanalytické pojetí denního snění navazuje na myšlenky Sigmunda Freuda, který se k této problematice vyjádřil ve stati Básník a vytvá-

ření fantazií poprvé vydané v roce 1908. Podle Freuda jsou hybnými silami denního snění neuspokojená přání a každá jednotlivá fantazie představuje jeho splnění, korekci neuspokojivé skutečnosti. Fantazie tedy nikdy nevytváří úplně šťastný a spokojený člověk. Freud dělí obsahy denních snů do dvou hlavních skupin, a to na přání *ctižádostivá* a *erotická*. Domnívá se, že u mužů jsou ctižádostivá přání častější než u žen, „ale u většiny ctižádostivých mužských fantasií můžeme objevit na nějakém místě tu dámu, ...iž muž klade všechny úspěchy k nohám“ (Freud, 1999, s. 172). Z časového hlediska se podle Freuda denní sny „vznášejí“ mezi třemi časovými momenty. Obsahují zpravidla nějakou k budoucnosti vztahovanou situaci, jež se však jeví jako splnění určitého přání, které má své kořeny ve šťastných chvílích dětství. Představuje-li si např. mladý, chudý a osiřelý muž, že se ožení s bohatou dcerou svého zaměstnavatele, pak naděje, které do této představy vkládá, mají svůj původ ve vzpomínkách na chvíle rodinné pohody, které zažil jako malý chlapec (Freud, 1999, s. 172-173). Většina denních snů se skutečně odehrává v přítomnosti nebo budoucnosti, čímž se liší od nočních snů, v nichž jsou návraty do minulosti poměrně časté.

Domnívám se, že vhodným koncepčním rámcem pro výklad denních snů je self-psychologie Heinze Kohuta (1923-1981). Tento americký psychoanalytik vídeňského původu pokládal za jednu ze základních podmínek zdravého psychického vývoje obdivné *zrcadlení* ze strany blízkých lidí. Zrcadlením Kohut rozumí chválu, obdiv a zájem o dětské chování a úsilí, které rodiče dávají najevo ve chvíli, kdy dítě udělá první krůček, řekne první slovo, zamává na rozloučenou atd. Láskyplné zrcadlení je zdrojem kladného sebehodnocení. Dítě si díky němu vytváří jakousi „zásobárnu“ pozitivních pocitů. Kohut dále předpokládá, že i v dospělosti člověk občas potřebuje získat obdiv a uznání blízkých lidí, což mu umožňuje překonat stavy sklíčenosti, obnovit duševní rovnováhu i přiměřené sebehodnocení (Muslin, 1985).

Je možné, že denní sny plní podobnou funkci jako zrcadlení a jsou jakousi fantazií náhražkou za reálné zážitky lásky, obdivu a konejšení. Jejich důležitou funkcí je pravděpodobně podpora sebehodnocení, díky níž člověk dokáže překonat stavy duševní sklíčenosti a získat odvahu do dalšího života. Námětem typických denních snů jsou interakce s druhými lidmi nebo s jedinou osobou, na jejímž mínění subjektu velmi záleží. Lidé často „inscenují“ ve své mysli zážitky, při kterých je více či méně široké publikum svědkem jejich osobního úspěchu. Představují si, že je druzí vidí, jak se procházejí s atraktivním partnerem, tleskají jejich brilantnímu řečnickému výkonu nebo obdivují jejich eleganci, duchaplnost a vtipnost. Jinak řečeno, člověk si ve své psychice vytváří situace, v nichž druzí lidé „zrcadlí“, jak je skvělý. V publiku se často vyskytují soupeři a nepřátelé, kteří se ve ctižádostivých snech zpravidla otcnou v poli poražených. Zajímavým námětem denního snění jsou fantazie o vlastním pohrbu, kterými se člověk dokáže dojmout až k slzám. Jejich důležitou složkou je plačící přibuzenstvo a jiní blízcí lidé. Fantazie tohoto druhu se pravděpodobně vynořují v poměrně těžkém depresivním stavu a jsou současně pokusem o jeho překonání. Představa přibuzenstva zlomeného žalem je zřejmě jakýmsi vnitřním dokladem toho, že druhým lidem na člověku záleží, že je pro ně cennou a milovanou bytostí.

Obdivné zrcadlení ze strany druhých lidí je námětem řady úspěšných knížek pro děti. Např. v Dobrodružstvích Toma Sawyera od Marka Twaina jeho hlavní hrdina po mnoha ústřích a ponižujících zážitcích nakonec vždy slavně zvítězí a získá obdiv a uznání dospělých. V jedné kapitole slavného románu se skupina domněle mrtvých chlapců objeví na svém vlastním pohrbu, čímž završí svůj triumf. Popularita Twainova románu potvrzuje, jak jsou pro mládež zážitky obdivného zrcadlení ze strany dospělých důležité a jak jim mnohdy chybí.

Denní sny pravděpodobně fungují jako „bezpečnostní ventily“, které lidem umožňují zpracovat sexuální, hostilní a sebedestruktivní im-

pulzy, nabízejí jim přechodný únik z všední či neradostné životní reality a přispívají k obnově psychických sil. U nesmělých, plachých osob vedou opakované představy příštích událostí k vybudování jakési psychické dráhy, po které je možné jít, riskovat a dosáhnout úspěchu (Wick, 1998, s. 307).

Fantazijní představy jako podněty k akci

Při typických denních snech je člověk pasivní a fyzicky uvolněný. Tyto fantazie nevedou k žádné akci. I když si jedinec představuje např. milostnou scénu s člověkem, kterého dobře zná, nepokusí se ho vzápětí vyhledat nebo mu třeba zatelefonovat. Kromě denních snů však existují fantazijní představy, které podněcují nebo doprovázejí aktivity směřující k bezprostřednímu uspokojení určitých motivů nebo k uvolnění psychického napětí. Např. představa dobrého jídla, která se vynoří v mysl hladového člověka, je podnětem k tomu, aby se pustil do vaření nebo se vydal do restaurace. Typickým příkladem aktivizujících představ jsou sexuální fantazie, které předcházejí a doprovázejí masturbaci. Sexuologové se shodují v tom, že jsou jakýmsi psychickým korelátorem k automanipulačním tělesným technikám (např. Pondělíček aj., 1974, s. 114).

Sexuální představy velmi efektivně přispívají k rozvoji pohlavního vzrušení a k dosažení orgasmu. Fantazijní procesy se tedy mohou projevit i na tělesné úrovni. Obsah masturbačních fantazií zpravidla přesně vypovídá o skutečné sexuální orientaci daného jedince i o jeho případných perverzních tendencích. Pro psychology tak mohou být cenným zdrojem informací o jejich klientech. Zeptat se na masturbační fantazie je však poměrně obtížné, protože lidé vnímají takové dotazy jako velmi intruzivní. Většinou se hluboce stydí nejen za onanii, ale i za obsah doprovodných představ.

Sexuální fantazie někdy provázejí pohlavní styk. Je tomu tak zejména tehdy, když se muži nebo ženy nepodaří vyhnout plnění „manželských povinností“, které je z nějakého důvodu momentálně vůbec nelákají. Vytváření sexuál-

ních fantazií je tedy běžnou součástí pohlavního života většiny dospělých. Problémy v osobním přizpůsobení vyvolává pouze tehdy, vyústí-li v akci orientovanou na nevhodné partnery (např. na děti) nebo vede k vynuceným sexuálníím kontaktům.

Domnívám se, že existuje podstatný rozdíl mezi *erotickými fantaziemi*, které jsou obsahem denního snění, a *sexuálními představami*, které přispívají k rozvoji pohlavního vzrušení a k dosažení orgasmu. Zatímco denní sny mají zpravidla charakter romantických příběhů, které se týkají rozvoje vzájemných vztahů, postupného citového sblížení a rostoucí důvěrnosti s přítažlivým partnerem, masturbační fantazie obsahují explicitní sexuální scény. Na úrovni externích forem mentálních reprezentací existuje obdobný rozdíl mezi romantickými filmy a pornografickou produkcí. Je možné, že sledování erotických milostných příběhů končících „happy-endem“ má podobnou funkci jako některé denní sny, tj. vede k transformaci citového stavu a k obnově psychických sil. Ne nadarmo se Hollywoodu, který zejména ve 30. až 60. letech 20. století chrlil jednu milostnou romanci za druhou, říkalo „továrna na sny“. Také nesmírnou oblibu jihoamerických telenovel typu Esmeralda mezi osamělými starými ženami lze chápat jako dočasný únik z mnohdy bezútěšné životní reality.

V lidské mysli se čas od času vynořují *fantazie s hostilními a sebedestructivními obsahy*, které mohou vést k agresivnímu chování, provázet ho a zesilovat. Klasický příklad uvádí Paul Watzlawick ve svém Úvodu do neštěstí: Muž, který potřebuje kladivo, by si ho rád vypůjčil od svého souseda. Tak dlouho však váhá a pochybuje o sousedově ochotě, až na něj nakonec zazvoní a zařve: „Strčte si to svoje kladivo někam, Vy, Vy..., hulvátel!“ (Watzlawick, 1983, s. 26). Útočnému chování často předchází hostilní přemítání o utrpených křivdách, o „vyřizování účtů“ a následném zadostiučinění (Čermák, 1999, s. 30). Agresivní fantazie tak mohou vyústit v akci, kterou se uvolní psychického napětí, ale jejíž sociální důsledky jsou mnohdy nepříznivé. Lze předpokládat, že také

autodestructivní sebevražedné jednání provázejí představy o zoufalství a smutku blízkých lidí, kteří člověka nedokázali povzbudit ve chvíli, kdy to nejvíc potřeboval.

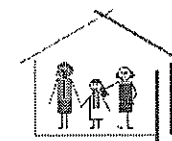
LITERATURA:

- Čermák, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999
 Freud, S. *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1906-1909*. Praha: Jiří Kocourek, 1999
 Klinger, E. The power of daydreams. *Psychology Today*, October, 37-39, 1987, s. 42-44
 Muslin, H. L. Heinz Kohut: Beyond the pleasure principle, contributions to psychoanalysis. In Reppen, J. (ed.) *Beyond Freud*. London: The Analytic Press, 1985, s. 203-229
 Pondělíček, I., Pondělíčková-Mašlová, J. *Lidská sexualita*. Praha: Avicenum, 1974
 Singer, J. L., McCraven, V. J. Some characteristics of adult dreaming (1961). In Seamon, J. G., Kenrick, D. T. *Psychology*. New Jersey: Prentice Hall, 1992
 Sternberg, R. J. *In search of the human mind*. Orlando: Harcourt Brace College Publishers, 1995
 Watzlawick, P. *Úvod do neštěstí*. Hradec Králové: Konfrontace, 1994
 Wick, E. *Fantasy*. In Corsini, R. J., Auerbach, A. J., eds. *Concise encyclopedia of psychology*. New York: John Wiley, 1998, s. 307-308

Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě White Light I.

Ivana Radimecká, Josef Radimecký

Terapeutická komunita White Light I. v Mukařově u Verneřic zahájila svoji činnost dne 4. listopadu 1997. Navázala na tradici terapeutické komunity White Light ve Verneřicích, která v letech 1993 - 1996 pracovala s mladistvými drogově závislými klienty ze Švýcarska. Jako vůbec první terapeutická komunita pro drogově závislé v České republice začala TK White Light I. nabízet program středně-



dobé léčby a resocializace pro závislé mladé lidi ve věkové skupině od 15 let.

Hlavním cílem práce terapeutické komunity s klienty je umožnit jim osobnostní růst nezbytný k dosažení celkové změny jejich chování ve vztahu k drogám - orientované na abstinenci, změna jejich postojů a hodnot a postupný návrat do normálního života.

TK White Light I. se zaměřuje na práci s mladými lidmi ve věku od 15 - 26 let z celé ČR, kteří se dobrovolně rozhodli k léčbě své závislosti na drogách v programu orientovaném na abstinenci. Do programu jsou přijímáni chlapci i dívky za předpokladu, že:

- jde o osoby s diagnostikovanou závislostí na omamných a psychotropních látkách,
- byli doporučeni do rezidenčního programu jiným odborným zařízením,
- absolvovali detoxifikaci ve specializovaném zařízení a netrpí somatickou závislostí,
- netrpí psychotickými onemocněními,
- jejich IQ není výrazně podprůměrné,
- jsou motivováni k terapii, mají podporu rodiny,
- absolvovali základní odborná vyšetření.

Struktura programu TK White Light I.

Program užívá metody, prostředky a formy práce běžně užívané terapeutickými komunitami:

- strukturování programu do čtyř fází,
- skupinová a individuální práce s klienty,
- pracovní terapie,
- strukturovaný režim dne,
- prevence relapsu,
- výchova (kognitivně-behaviorální management),
- zážitkové akce zážitkové pedagogiky a sport,
- individuální terapeutické smlouvy,
- sociální servis,
- práce s rodinnými příslušníky klienta.

Historie zapojení rodin do programu TK White Light I.

Práci s rodinnými příslušníky jsme zpočátku uskutečňovali pouze formou rodičovských skupin krátce po zahájení programu na počátku roku 1998. Rodičovské skupiny probíhaly vždy

při návštěvním dnu jedenkrát do měsíce. Jejich cílem bylo zprostředkovat rodičům informace o životě jejich dětí v terapeutické komunitě, přerušit jejich izolaci a působit na ně v době, kdy se mění i jejich děti. Podstatnou součástí rodičovských setkání bylo poskytnout rodičům prostor sdílet a vyměňovat si zážitky a zkušenosti s cílem vymanit je z pocitu, že jejich situace je výjimečná, nejhorší a neřešitelná. Zpočátku chtěli rodiče mluvit především o problémech, které měli, než jejich dítě nastoupilo do programu. Později však byli schopni hovořit i o svých vlastních problémech a nejistotách. Individuální potřeby klientů a jejich rodin byly uspokojovány při tzv. individuálních rodinných sezeních s terapeutem, jež byla nabízena rovněž při návštěvním dnu.

Rodičovské skupiny uskutečňované jedenkrát měsíčně v rozsahu 1,5 hod však neposkytovaly dostatečný prostor pro zprostředkování zážitku života klientů v terapeutické komunitě ani pro navázání vztahů mezi rodiči navzájem a mezi rodiči a terapeutem, nezbytných pro rozvoj spolupráce či vzájemné podpory.

To nás vedlo k hledání prostředků, které by zmíněné nedostatky odstranily. Prvním krokem byla nabídka dvoudenních pobytů rodičů (nejlépe včetně sourozenců) v terapeutické komunitě, kdy se v roli „klientů“ účastnili celého programu skupiny. Od srpna roku 1998 tato nabídka platila pro rodiče klientů ve druhé fázi programu a nebyla pro ně povinná. Využití této nabídky záviselo do značné míry na odvaze a ochotě rodičů klienta, vydat se do pro ně neznámého a do značné míry ohrožujícího prostředí. V důsledku zmíněných nároků nebyla nabídka využívána všemi rodiči. To nám neumožňovalo spolupracovat se všemi rodiči našich klientů na stejné úrovni a stejně intenzivně. Nabídku strávit dva dny v komunitě využívali především rodiče, kteří již předem byli ochotni aktivně se na léčbě svého dítěte podílet, navštěvovat rodičovské skupiny i v místě svého bydliště a riskovat možné změny ve vlastním životě.

Abychom byli schopni oslovit rodiče všech klientů a nabídnout jim společné setkání v prostředí, jež pro ně nebude tolik ohrožující, při-

stoupili jsme v červnu 1999 k dalšímu kroku - k setkáním formou tzv. rodičovských víkendů. Ty pořádáme jedenkrát za tři měsíce od pátku odpoledne do neděle odpoledne mimo půdu terapeutické komunity v nedalekém rekreačním středisku. Tato strukturovaná víkendová setkání se postupem času stala neodmyslitelnou a velice účinnou součástí programu terapeutické komunity White Light I. a nezbytným doplňkem ostatních forem práce s klienty a jejich blízkými.

Příležitosti pro práci s rodinnými příslušníky

Protože do komunity White Light I. přicházejí klienti z celé republiky, je pro navázání spolupráce s rodinami závislých využívána každá příležitost, kdy rodiče navštíví zařízení. Těmito příležitostmi jsou:

- strukturovaný pohovor a účast na skupině klientů při nástupu klienta do programu,
- návštěvní dny v komunitě (1x za měsíc),
- rodičovské víkendy (1x za 3 měsíce),
- doprovod klienta při návratu ze samostatného výjezdu domů (individuálně),
- pobyt rodinných příslušníků v terapeutické komunitě (individuálně),
- rodinné sezení vyžádané mimo výše uvedené termíny (individuálně).

Prostředky práce s rodinami závislých v terapeutické komunitě

K uspokojení potřeb rodinných příslušníků ze strany terapeutické komunity lze využít různé prostředky:

- práce s rodinným systémem (vstupní pohovor, rodinná sezení při návštěvních / případně po vzájemné dohodě);
- rodičovské skupiny (při návštěvních dnech, při rodičovských víkendech);
- účast rodin v programu (na skupinách po výjezdech klientů domů, pobyt rodin v komunitě po vzájemné dohodě);
- rodičovské víkendy (strukturovaný program obsahující společné a oddělené skupiny rodičů a klientů, individuální rodinná sezení, kluby, společné sportovní aktivity);

- „tripartitní smlouva“ sepsaná mezi klientem, rodiči a komunitou při ukončení programu.

Ideální, zejména co do intenzity, prostoru a času pro práci s rodinami závislých je kombinace výše uvedených prostředků (jejichž výčet nemusí být konečný) a vytvoření uceleného a ustáleného modelu, který je nedílnou součástí programu terapeutické komunity.

rodinných příslušníků a klientů a společné skupiny rodičů a klientů - a o individuální práci s rodinami. Součástí setkání s rodiči jsou i společné zážitkové a sportovní aktivity. Jejich cílem je posílit atmosféru vzájemné důvěry a spolupráce mezi všemi zúčastněnými stranami a aktivní odpočinek od „terapie“.

Rodičovské víkendy se záměrně odehrávají na neutrální půdě rekreačního střediska a ni-

TAB. 1 - MODEL PRÁCE S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY V TK V PRŮBĚHU ROKU

leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listop.	prosín.
návštěvy	návštěvy	rodič. víkend	návštěvy	návštěvy	rodič. víkend	návštěvy	návštěvy	rodič. víkend	návštěvy	návštěvy	rodič. víkend
• rodičovské skupiny • rodinná sezení po dohodě	• skupiny oddělené/společné, rodinná sezení - všichni		• rodičovské skupiny • rodinná sezení po dohodě	• skupiny oddělené/společné, rodinná sezení - všichni		• rodičovské skupiny • rodinná sezení po dohodě	• skupiny oddělené/společné, rodinná sezení - všichni		• rodičovské skupiny • rodinná sezení po dohodě	• skupiny oddělené/společné, rodinná sezení - všichni	

Rodičovské víkendy

Uskutečňují se pravidelně jedenkrát za 3 měsíce za účasti pokud možno všech rodičů a dalších blízkých klientů (sourozenci, přítel/kyně), většího počtu členů týmu (6 - 8). Od června roku 1999, kdy jsme program rodičovských víkendů zahájili, byla jejich struktura a náplň postupně upravována do dnešní podoby. Naší snahou od počátku bylo, nabídnout klientům i jejich rodinám program a aktivity odpovídající jejich skutečným potřebám. Přitom jsme měli možnost se přesvědčit, že rodiče považovali za přínosnější jiné formy a metody práce, než jsme zprvu očekávali my (Yalom, 1995). Např. individuální rodinná sezení, kterých se rodiče v počátcích rodičovských víkendů nejvíce obávali a my jsme uvažovali, zda je nadále zařazovat do programu, jsou v posledním období rodiči hodnocena jako nejprínosnější. Objevily se dokonce žádosti o zvýšení jejich počtu. Žádost však nejsme z kapacitních důvodů (víkendů se zúčastňují i klienti a rodiče po ukončení programu) schopni uspokojit.

Rodičovský víkend probíhá formou intenzivní skupinové práce - jde o oddělené skupiny

koli v komunitě, kam klienti „patří“ a rodiče jsou jimi vnímáni jako „věřelci“. I přesto musíme mít stále na zřeteli, že rodiče jsou oproti svým dětem - klientům programu - znevýhodnění. Nejsou zvyklí na skupinovou práci, často je jim nepřijemná, nelíbí se jim různé postupy nebo techniky, obávají se zesměšnění, ztráty autority. Jejich vztah s terapeutem je kvalitativně jiný, než vztah terapeut - klient.

Jedním z prostředků, který všem zúčastněným usnadňuje orientaci při víkendovém setkání, je pevně stanovená struktura, ke které jsme postupně dospěli. Vypadá takto:

PÁTEK		
Čas	Program	
17:00	Sraz rodinných příslušníků v terapeutické komunitě	
17:30	Přesun do rekreačního střediska	
18:00	Ubytování	
19:00	Večeře	
20:00 - 21:30	Úvodní komunita	
SOBOTA		
Čas	Program	
08:15	Snídaně	
09:00 - 10:00	Společná ranní komunita	
10:15 - 11:45	Oddělené skupiny rodičů a klientů	
12:00 - 12:15	Zadání samostatné přípravy pro rodinné sezení	
12:30	Oběd	
14:00 - 18:00	Individuální rodinná sezení/ Volno/ Sport	
18:30	Večeře	
19:30 - 21:00	Společný večerní klub	
NEDELE		
Čas	Program	
08:15	Snídaně	
09:00 - 10:30	Oddělené skupiny rodičů a klientů	
11:00 - 12:30	Závěrečná společná komunita	
12:30	Oběd	
14:00 - 18:00	Odjezd do TK, možnost setrvat s dětmi v komunitě	

Úvodní komunita

Úvodní společná komunita má několik základních cílů:

- poskytnout informace organizačního charakteru - pro zajištění zdárného průběhu rodičovského víkendu je třeba účastníky setkání seznámit s programem, představit pracovníky, na něž se mohou obracet v případě jakýchkoli nejasností, problémů či stížností.
- vzájemně se seznámit - v období mezi rodičovskými víkendy zpravidla nastoupí do komunity noví klienti a víkendu se tudíž účastní i noví rodiče, případně část jiných terapeutů z týmu. Proto se všichni v úvodu formou hry představí. Terapeuti nabídnou rodičům, aby je v průběhu víkendu oslovovali křestními jmény jako klienti - aby děti nebyly v tomto ohledu ve výhodě oproti svým rodičům.
- zmapovat očekávání - aby bylo společné setkání pro zúčastněné strany přínosné, je nezbytné zmapovat jejich očekávání. Ta jsou vodítkem jak pro přípravu oddělených skupin, tak pro rodinná sezení.
- navodit atmosféru důvěry a spolupráce - zejména rodiče „nováčky“ mají ze společného víkendu obavy, snažíme se formou společných her a aktivit jejich obavy a nejistoty zaplašit.

V tom nám samozřejmě nejvíce po máhají „zkušenější“ rodiče.

Ranní komunita

Jde o společné setkání všech účastníků na prahu nového dne. Jeho součástí jsou zhodnocení předchozího dne, reflexe, různé techniky a hry. Komunita je informována o programu nadcházejícího dne, je vyčleněn prostor na dotazy či připomínky k programu nebo na organizační záležitosti. Hlavním cílem ranní komunity je „nastartování“ účastníků do nového dne.

Oddělené skupiny rodičů a klientů

Jejich téma či obsah vychází především z potřeb a očekávání rodičů, respektive klientů. Vzhledem k tomu, že do programu nastupují stále noví klienti a tím i noví rodiče, jsou okruhy témat těchto skupin poměrně ustálené a obsahují zejména:

Skupina rodičů	Skupina klientů
křivdy z minulosti	křivdy z minulosti
obavy z budoucnosti	obavy z budoucnosti
obavy z relapsu	obavy z relapsu a jak ho přijmou rodiče
důvody, proč dítě začalo brát drogy	
očekávání od dětí	očekávání od rodičů
otázky vlastní viny	co všechno rodičům v minulosti způsobili
informace o drogách	
informace o TK	

Přes poměrnou shodu ve volbě témat oddělených skupin, jsou výstupy z nich rozdílné. Proto jsou přenášeny do společných skupin, kde jsou konfrontovány a dále se s nimi pracuje.

Individuální rodinná sezení

Každá rodina absolvuje v průběhu sobotního odpoledne podle stanoveného rozpisu sezení v rozsahu 45 min s párem terapeutů (muž a žena), z nichž jeden je osobním terapeutem klienta. Současně tak pracují tři až čtyři dvojice terapeutů. Terapeutické páry pracují střídavě pod externí supervizí.

Individuálnímu rodinnému sezení zpravidla předchází zpracování zadané samostatné práce všech členů rodiny. V počátcích rodičovských víkendů byla zadání pro přípravu na sezení pro všechny společná, postupem času jsme je diferenciovali s ohledem na fázi pobytu klienta, počet absolvovaných víkendů a potřeb rodin. Zadání se ustálila na třech chronologicky navazujících okruzích (klient s rodiči zpravidla absolvují tři rodinné víkendy - často už po ukončení programu v komunitě):

- zmapování rolí a vztahů v rodině (použijeme různé techniky - např. malování / modelování ostrova rodiny, společné malování, modelování, aj.);
- koncept sebezpřijetí a vzájemného přijetí, vzájemné odpuštění (např. techniky Bonding terapie, psychodrama);
- obavy z budoucnosti po opuštění TK a z relapsu (např. tematické malování, modelování, psychodrama).

Konfrontace jednotlivých zpracování zadaného tématu slouží jako základ pro zahájení rodinného sezení, při němž se zpravidla podaří identifikovat a otevřít konkrétní problém.

Je však třeba na něm dále pracovat na základě dohody mezi členy rodiny, klientem a terapeutem.

Průběh sezení, výstupy a závěry z něj jsou zaznamenávány do strukturovaného „Záznamu z individuálního rodinného sezení“ a slouží k další práci s klientem a jeho blízkými.

Volno / Sport

Odpolední blok nabízí rodičům a klientům nejenom rodinná sezení, ale i možnost společně trávit volný čas nebo sportovat. Toho zpravidla využívají podle svých zájmů nebo v závislosti na tom, jak je téma vzešlé z rodinného sezení oslovilo. Někteří proto pokračují v rozpravě na téma otevřené při individuálním sezení, jiní relaxují při sportu.

Společný večerní klub

Celodenní program je pro všechny zúčastněné velmi náročný. Večerní klub je proto zaměřen na společné uvolnění, program klubu připravují klienti. Kromě uvolnění napětí z uplynulého dne tak poskytujeme prostor, aby klienti mohli rodičům předvést své schopnosti a dovednosti. Rodiče mohou současně zažít své děti ve zcela nových situacích.

Závěrečná společná komunita

Závěrečná komunita je posledním společným bodem programu, je příležitostí k rekapitulaci víkendu. Zúčastnění hodnotí, jak byla naplněna jejich očekávání, jaký přínos pro ně celý víkend měl, co se jim ne/podařilo, která část programu je nejvíce oslovila, co postrádali a co si odváží. Tyto informace slouží nejenom pro klienty a rodiče, ale jsou cenným zdrojem pro zpětnou vazbu terapeutům, kteří se na uskutečnění programu podíleli.

Diskuse

Základním východiskem práce terapeutických komunit je individuální přístup k závislým i k jejich rodinným příslušníkům. Uskutečněné aktivity je proto třeba průběžně, ve spolupráci s klienty a jejich rodinami vyhodnocovat, aby pracovníci programu neopakovali málo efektivní metody práce a naopak rozvíjeli aktivity odpovídající potřebám klientů a jejich blízkých. Z takových hodnocení v období 1999 - 2000 vyplývají tyto závěry a doporučení pro práci s klienty a jejich rodinami:

- včas, jasně a srozumitelně vymezit pravidla pro všechny zúčastněné (pro klienty stále platí základní pravidla komunity).
- diferencovat práci s klienty a jejich rodinami podle toho, v jaké fázi se klient nachází a aktuální situace v rodině;
- průběžně zařazovat vzdělávací blok (přiblížení etiologie závislosti pomáhá rodičům pochopit chování jejich dětí, odpovědět na jejich obavy a nejistoty, předcházet relapsu);
- motivovat členy rodiny, aby absolvovali celý program (např. s rodičem, který absolvuje seznamovací komunitu se snáze daří navázat vztah vzájemné důvěry nezbytné pro náročnější části programu);
- netrvat bezpodmínečně na přítomnosti všech členů rodiny/ obou rodičů (i když si členové rodiny uvědomují potřebu změny jejich vztahů a přistoupí na spolupráci s komunitou, je třeba počítat s jejich odporem. Rodinné poradenství, resp. rodinnou terapii lze dělat i s jednotlivcem. Pod dojmem jednoho z členů rodiny ze společné aktivity se příštího

setkání zpravidla zúčastní i resistantní člen rodiny);

- sledovat náplň dne klientů, kteří nemají na rodičovské aktivitě žádného rodinného příslušníka (zejména u nováčků);

Z dotazníkových šetření vyplynulo:

- za nejužitečnější části programu označili rodinní příslušníci rodinná sezení (51,7 %) a rodičovské skupiny (44,8 %);
- na otázku, co je z programu neoslovilo, nemělo pro ně význam, či jim chybělo, v několika případech uvedli požadavek většího prostoru pro rodinná sezení (10,3 %), někteří postrádali chybějícího člena/-y rodiny (10,3 %), naprostá většina neodpověděla;
- na otázku, co nového jsem zjistil, uvědomil si, naučil se, nejčastěji uvádějí:
- problém v rodinné komunikaci, který jsem si dříve nepřipouštěl;
- nutnost vzájemně si naslouchat;
- proniknutí do problematiky závislosti (etiologie, bažení, prevence relapsu);
- pocit, že nejsem v dané situaci sám;
- musím změnit svůj přístup k synovi/dceři;
- neopakovat stále stejné chyby.

Z průběžného hodnocení efektivity programu terapeutické komunity White Light I., která uvedený model práce s rodinnými příslušníky uskutečňuje od roku 1999 vyplývá, že v období od zahájení provozu komunity v roce 1997 došlo k významnému snížení počtu předčasných ukončení programu ze strany klientů, tzv. drop-outů.

Vývoj práce s rodinami závislých v TK WL I.		
program/změna	počet klientů, kteří předčasně odešli z programu	počet klientů, kteří úspěšně ukončili program
4. 11. 1997 - zahájení programu - skupiny rodičů	-	-
1998 - individuální rodinná sezení	26	3
1999 - pobyty rodičů v TK - rodičovské víkendy	18	5
2000 zkrácení programu - přepracování operač. manuálu	7	10

Tento příznivý vývoj přikládáme vedle zkrácení programu (z 12-15 měsíců na 6-8 měsíců), přepracování konceptu a operačního manuálu i vytvoření uceleného a strukturovaného modelu práce s rodinnými příslušníky klientů. Práce s rodinami klientů pravděpodobně pomáhá zvyšovat informovanost rodičů o závislostech a o programu, navázat kvalitativně hodnotnější vztahy mezi rodinnými příslušníky a pracovníky komunity a sdílet cíle klientů v programu jejich rodiči a sourozenci.

POUŽITÁ LITERATURA:

- Černoušek, M.: Loď bláznů, Reflex 5/01 2001.
 Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R.: Akta Y; Volobia, Praha 1999.
 Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci; Meziřesortní protidrogová komise, Praha 2000.
 Knobloch, F.: Integrovaná psychoterapie; Avicenum, Praha 1992.
 Knobloch, F.: Integrovaná psychoterapie v akci; Grada Publishing, 1999.
 Kooyman, M.: The Therapeutic community for addicts, Parents involvement and treatment success, Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1993.
 Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie; Portál, 1997.
 Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie v praxi; Galén, Praha 1995.
 Kratochvíl, S.: Manželská terapie; Portál, Praha 2000.

- Kuda, A.: Tematické skupiny prevence relapsu; P centrum, Olomouc 2000.
 Kudrle, S.: Závislost na alkoholu a jiných látkách, návyky; Doorway, scriptum 1993.
 Lakomá, J.: Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu, Psýché, Praha, scriptum 1993.
 Leman, K.: Sourozenecké konstelace, Portál, Praha 1997.
 Matoušek, O.: Rodina jako instituce a vztahová síť; Slon, Praha 1993.
 Operační manuál terapeutické komunity pro mladé závislé lidi White Light I., Mukařov-Verneřice, Děčín 2000.
 Problematika zneužívání návykových látek, Sborník, Pedagogická fakulta UK Praha 1995.
 Prochaska, J. O. - Norcross, J. C.: Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi; Psýché, Praha 1999.
 Rieger, Z.: Loď skupiny; Konfrontace, Hradec Králové 1998.
 Rieger, Z., Vyháňková, H.: Ostrov rodiny; Konfrontace, Hradec Králové 1996.
 Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Psýché, Praha 1999.
 Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese; Portál, Praha 1999.
 Vos, H. P. J.: Trauma a závislost, závislost na traumatu, Whitfield, Ch. L.: Co-dependence, závislosti a příbuzné poruchy, Sananim Olomouc 1997.
 Yalom, I. D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy; 4. vydání, New York, Basic Books 1995, (česky: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace, Hradec Králové 1999).

KURZ PSYCHOANALYTICKÉ PÁROVÉ TERAPIE

Nabízíme účast ve dvousemestrálním výcvikovém kurzu psychoanalytické párové terapie, který je určen především pro profesionály v „pomáhajících“ profesích (psychology, lékaře, sociální pracovníky, apod.), kteří mají zájem o porozumění nevědomé motivační dynamice, aby tak pomáhali partnerům k větší sebeakceptaci, porozumění druhému a širšímu prožívání vzájemného vztahu.

Kurz poskytne:

1. seznámení a orientaci v základech psychoanalytické teorie.
2. schopnost aplikace psychoanalytické teorie na porozumění párové nebo rodinné dynamiky.
3. ovládnutí základních technik na ovlivnění párových a rodinných konfliktů a krizí.

Ve druhém semestru bude hlavní důraz na supervizi párové terapie.

Cena: za 80 hodin (II. semestr) 7800 Kč

Plánovaná doba zahájení kurzu: leden/únor 2002

Přihlášky a další informace u organizátorů:

PhDr. Slavoj Títl, Severozápadní IV. č. 47, Praha 4, 141 00

tel. 02/72760240, e-mail: titl@volny.cz

PhDr. Jaromír Teichman, Svornosti 30, Praha 5, 15800

tel. 02/57315753, e-mail: teich@iol.cz

VÝZKUM V PSYCHOTERAPII

Změny v chápání smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách

Naděžda Tumpachová

Léčba drogové závislosti prochází výraznou změnou. Jsou přehodnocována jak filozofická východiska, tak i způsoby poskytování léčby. Důvodem je rostoucí neklid mezi odborníky, který je způsobený často neuspokojivými výsledky tradiční léčby závislosti. Oblast drogových závislostí postupně zaznamenává větší různorodost. Vůdčími teoretickými a praktickými přístupy v léčbě drogových závislostí jsou v současnosti podle Rotgerse (1999): dvanáctistupňový přístup, psychodynamický přístup, manželská nebo rodinná terapie, behaviorální přístup a posilování motivace. Přestože teoretická a metodologická východiska uvedených přístupů jsou rozdílná, nápadná je vysoká míra vzájemného vlivu myšlenek a technik jednotlivých metod.

Smyslu života či nedostatku životního obsahu a z toho plynoucího pocitu bezesmyslnosti se věnoval V. E. Frankl, zakladatel logoterapie. Pociť bezesmyslnosti se stává podle Frankla základem masové neurotické triády současnosti: deprese - narkomanie - agrese. Frankl uvádí výsledky vědců US International University v Kalifornii, kteří prokázali pomocí testů a statistik, že sebevraždu a drogovou závislost je možno převést na pocit bezesmyslnosti. Cituje J. Howarda, který zjistil, že velká část mladých lidí, kteří začali brát drogy, se snaží ulehčit si trýzeň z bezúčelnosti ve svém životě (Frankl, 1997). Frankl cituje také významné-

ho newyorského psychiatra S. Krippnera, který dospěl k závěru, že 100 % mladých lidí závislých na drogách připadalo všechno bezesmyslné a A. von Forstmayrová zjistila v 90 % případů těžkého alkoholismu pocit hluboké bezesmyslnosti.

Cíl výzkumu

Uvedená zjištění vedla k formulaci základního problému výzkumu, jehož cílem bylo objasnit, k jakým změnám v chápání smyslu života a životních hodnot dojde v průběhu psychoterapie u hospitalizovaných osob závislých na alkoholu a osob závislých na jiných návykových látkách. Tj. snahou práce bylo přispět k nalezení odpovědi na otázku, zda hraje smysl života, jeho naplnění a životní hodnoty důležitou roli v léčbě a následné údravě pacientů závislých na návykových látkách a zda se alkoholici a pacienti zneužívající jiné psychoaktivní látky vzájemně liší v chápání těchto fenomenů (smysl života, životní hodnoty). Smysl života je chápán v logoterapeutickém smyslu slova.

S ohledem na formulaci základního problému jsem vymezila následující předpoklady, které jsem výzkumem ověřovala. Předpokládala jsem, že:

1. léčebný systém ovlivňuje pozitivně změny v pojetí smyslu života a životních hodnot u léčených osob,
2. u hospitalizovaných pacientů - alkoholiků a toxikomanů - dochází během psychoterapie k pozitivním změnám v pojetí smyslu života a životních hodnot,
3. toxikomanie zvyšuje pravděpodobnost výskytu kategorie „existenciální frustrace“.

Výzkumný vzorek a metoda

Zkoumaný vzorek sestával ze 40 osob - 20 alkoholiků a 20 pacientů závislých na jiných nelegálních návykových látkách, které absolvovaly řádnou šestitýdenní psychoterapeutickou léčbu (po proděláním týdenní detoxifikace a prvního orientačního týdne na psychoterapeutickém oddělení) na otevřeném oddělení závislostí psychiatrické kliniky FN v Plzni. Základem léčby byla skupinová (integrativní) psy-

choterapie doplněná dalšími pomocnými psychoterapeutickými technikami. Psychologickým šetřením byla získána data od obou souborů na začátku a na konci řádné léčby. Soubor alkoholiků tvořilo 13 mužů a 7 žen ve věku 26 - 52 let, s věkovým průměrem 38,7, soubor toxikomanů také 13 mužů a 7 žen ve věku 19 - 45 let, s věkovým průměrem 26,9. Z celkového počtu alkoholiků se jednalo u 18 osob (13 mužů a 5 žen) o první hospitalizaci, toxikomanů bylo hospitalizováno poprvé 14 (8 mužů a 6 žen). O spolupráci byly požádány celkem 54 osoby, z čehož 12 pacientů léčbu nedokončilo a 2 se odmítli na výzkumu podílet.

Ve výzkumu byly použity u všech sledovaných osob 3 psychologické testové metody na počátku i na konci léčby:

1. dotazník LOGO - TEST Elisabeth S. Lukasové (Balcar, 1992) k měření aktuálního stupně ohrožení zkoumaných osob, ke zjištění nakolik jsou tyto osoby „existenciálně zabezpečeny“ kladným zakotvením v oblasti životních hodnot a smyslu, anebo nakolik jsou ohroženy upadnutím do existenciální prázdnoty. Zároveň také porovnání počátečního stavu a stavu před propuštěním z léčby umožňuje zhodnotit vliv psychoterapie a celého léčebného systému usilujícího o dosažení změny v pojetí smyslu života u pacienta.

2. dotazník PIL (The Purpose in Life Test) - Test smysluplnosti života Crumbaugh a Maholicka (1964) byl ve výzkumu použit k měření aktuálního stavu, stupně, ve kterém osoba zkouší pocít významu a smyslu ve svém životě.

3. dotazník POI (Personal Orientation Inventory) - Dotazník osobnostní orientace Everetta L. Shostroma (1966) byl použit jako nástroj měření změn stupně seberealizace, protože měří jak základní osobnostní orientaci, tak dalších deset koncepčně důležitých prvků seberealizace, čímž poskytuje informace o úrovni pacientova duševního zdraví i přístupu k terapeutickému procesu.

Dále jsem provedla u 7 pacientů - toxikomanů psychologické vyšetření formou opakovaného řízeného rozhovoru obsahujícího 15 otevřených otázek. Otázky byly koncipovány tak, aby pokryly celý život pacienta, zlo-

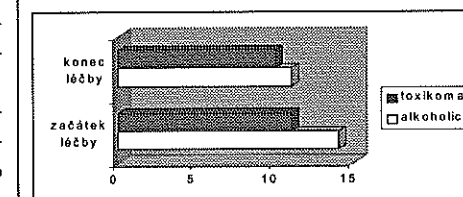
mové momenty, byly zaměřeny na vývoj životních hodnot, proces seberealizace, vnímání životní spokojenosti či nespokojenosti v různých údobích života, úlohu drogy v životě pacienta, pocit naplnění života, sebehodnocení, chápání smyslu života pacientem, ale i na primární rodinu, v níž pacient vyrůstal. Každý ze 7 pacientů byl vyšetřen třikrát v průběhu hospitalizace. Opakováním rozhovoru jsem se snažila postihnout, zda dochází ke změně v náhledu na některé důležité životní otázky vlivem psychoterapeutické léčby a v jejím průběhu.

Pro statistické zpracování dat a testování výše uvedených hypotéz byl použit dvoufaktorový model analýzy rozptylu s opakováním. Byly sledovány dvě nezávislé proměnné, dva faktory, kdy prvním z nich je druh drogy (alkohol či jiná nelegální návyková látka) a druhým faktorem je efekt léčby, tj. opakované měření na začátku a na konci léčby, a jejich vliv na závislou proměnnou, tj. na skóre odrážející charakteristiky chápání smyslu života zjišťované psychologickými testy. Dvoufaktorový model analýzy rozptylu s opakováním nám umožňuje nejen porovnání dat získaných na začátku a na konci léčby v obou sledovaných souborech, ale také ověření rozdílného efektu použité terapie v obou souborech.

Výsledky dotazníkových metod

Statistickým zpracováním celkového skóre Logo - testu v obou souborech pacientů zjišťujeme příznivý efekt terapie (na 5% hladině významnosti) v souboru alkoholiků i toxikomanů, ale nemůžeme potvrdit, že by došlo k signifikantně větší změně v jednom ze souborů.

GRAF Č. 1: CELKOVÉ SKÓRE LOGO - TESTU SOUBORU ALKOOLIKŮ A TOXIKOMANŮ V ČASE



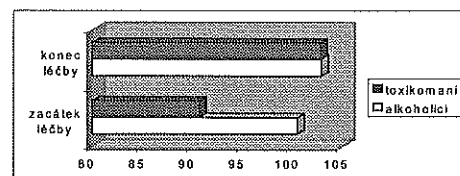
TABULKA Č.1: ROZLOŽENÍ CELKOVÉHO SKÓRE LOGO - TESTU V PÁSMECH V SOUBORU ALKOHOLIKŮ A TOXIKOMANŮ V ČASE

Pásmo	Alkoholici		Toxikomani	
	začátek léčby	konec léčby	začátek léčby	konec léčby
Q1	4	6	4	7
Průměr	14	11	11	10
Q4	2	3	5	3

Q1 = velmi dobrá úroveň "naplnění smyslu" jako ukazatel stálosti duševního zdraví
Průměr = střední úroveň "naplnění smyslu" jako ukazatel průměrné duševní stability bez přítomnosti ohrožení
Q4 = zhoršené, špatné nebo velmi špatné "naplnění smyslu" s přítomností "existenční frustrace"

Statistické zpracování výsledků testu PIL ukazuje významné zlepšení v obou sledovaných souborech, přičemž signifikantně vyšší (na 5% hladině významnosti) efekt měla léčba v souboru toxikomanů.

GRAF Č.2: CELKOVÉ SKÓRE TESTU PIL V SOUBORU ALKOHOLIKŮ A TOXIKOMANŮ V ČASE



Statistické zpracování dat Dotazníku osobnostní orientace (POI) dává odpověď na otázku, zda psychotherapeutická léčba a celý léčebný proces v souboru alkoholiků a toxikomanů zvyšší pocit seberealizace ve smyslu možného rozvoje a využití svých jedinečných schopností a potencialit a zbavení se emočních zmatků a inhibic, a zda efekt terapie je v tomto směru stejný u obou souborů či nikoli. Porovnání výsledků dotazníku POI v obou souborech na začátku a na konci léčby ukazuje celkové zlepšení úrovně pozitivního duševního zdraví na konci léčby v některých škálách, a to v obou souborech bez signifikantního rozdílu (na 5% hladině významnosti). Příznivý efekt terapie byl registrován ve škálách: Časová kompetence, Opora - vnitřní řízenost, Sebeúcta, Sebeakceptování, Akceptování vlastní agresivity a Schopnost intimního kontaktu.

Diskuse

Jakou podporu přinášejí výsledky pro uvedenou hypotézu? Pokud jde o první hypotézu

(Léčebný systém ovlivňuje změny v pojetí smyslu života a životních hodnot u léčených osob), lze spatřovat podporu této hypotézy v tom, že strukturovaný terapeutický program, jehož základem je integrativně vedená psychoterapie, zahrnující prvky všech pěti vůdčích teoretických a praktických přístupů v léčbě závislosti obohacená o probírání otázky smyslu života spadající do oblasti logoterapie, způsobuje pozitivní změny v chápání smyslu života a životních hodnot (v logoterapeutickém smyslu slova) měřených dotazníkovými metodami. Při porovnání stavu na začátku léčby a na jejím konci, jak v souboru pacientů závislých na alkoholu, tak v souboru pacientů závislých na jiných návykových látkách, zjišťujeme významný posun v prožívání smysluplnosti vlastního života, svých činů a událostí v něm, něčeho co „stojí za to žít“, co je nezbytné pro zdraví člověka, co je vázáno jen na individuální život a co má cenu jen pro něho. Oba zkoumané soubory se výrazně nelišily vstupními hodnotami testů, přestože jejich věkové průměry byly rozdílné. U pacientů obou souborů se zlepšilo kladné zakotvení v oblasti životních hodnot a smyslu, což by mohlo být pozitivním signálem pro budoucnost - mohlo by snížit riziko recidivy onemocnění po propuštění z péče, protože postoj k životu a prožitku jeho hodnoty mívají většinou důležitou úlohu pro pacientovu úzdravu.

Pozitivní přínos psychoterapie a celého léčebného systému podporují i výsledky obsahové analýzy Logo - testu, které odrážejí zlepšení pacientova sebepoznání. Celkově jsou výpovědi na konci terapie optimističtější v pohledu na sebe i do budoucnosti, i když zasta-

vení se spojené se zamýšlením nad svým životem a sebepoznání bylo u několika pacientů spojeno i se zklamáním a obavou z budoucnosti. Sebeoznání a náhled na vlastní závislost a pochopení role závislosti v životě pacienta je důležitou součástí léčby a může vyvolat i přechodné zhoršení emočního stavu, které se projeví během terapie nebo na jejím konci. To je úskalí a slabina projektu typu před test - post test, kdy se získávají údaje o stavu pokusných osob před terapií a po terapii. V takovém případě není jisté, zda skutečně zachytíme zlepšení stavu pacienta závěrečným vyšetřením na konci terapie. Např. někteří pacienti ke konci léčby prožívali strach z budoucnosti a nejistotu, zda obstojí v životě a udrží si abstinenci. To mohlo negativně ovlivnit výsledky závěrečného vyšetření. Jsem si vědoma toho, že může existovat i přenos mezi prvním a druhým měřením a hlavně nelze přesně kontrolovat, co působilo v době, která uplynula mezi oběma měřeními. Protože jsem nemohla být členem terapeutického týmu, snažila jsem se výsledky testových měření užítých u každého pacienta na začátku a na konci léčby objektivizovat týdenními záznamy lékaře o průběhu psychoterapie, závěrečnou zprávu o výsledcích terapie, výpovědi zdravotní sestry, a dále byly výsledky konfrontovány s týdenními záznamy pacienta o průběhu léčby (Osobní plánem úzdravy).

Abychom přesněji zjistili účinnost terapeutického zásahu, resp. efektu strukturovaného léčebného systému oddělení, bylo by potřebné sledovat pacienty (nejlépe několikrát) před nástupem odvykací léčby a po ní, tj. po propuštění z péče (...). V původně zamýšleném výzkumném projektu bylo součástí výzkumu provedení katamnetického sledování v intervalu 3 měsíců a jednoho roku po propuštění z odvykací léčby. Z organizačních důvodů se od tohoto záměru upustilo.

Uvědomuji si také, že určité položky v dotaznících mohly být pro některé pacienty víceznačné a pro každého jednotlivce mohly znamenat různé věci. Jako jednoznačně nevhodná se projevila formulace deváté položky I. části Logo - testu v překladu K. Bal-

cara (1992) - „mám život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonal a dosáhl zlepšení“. Řada pacientů v této položce odpovídala pouze na její první část slovem „ne“ a položka pak byla vysoko skórována. Při případné nové standardizaci testu by bylo potřebné přeformulování položky k zajištění jednoznačnosti odpovědi.

Druhá hypotéza je specifikací hypotézy první (U hospitalizovaných pacientů - alkoholiků a toxikomanů - dochází během psychoterapie k pozitivním změnám v pojetí smyslu života a životních hodnot). Byla zjištěna celá řada statisticky významných změn v chápání smyslu života a hodnotových orientací porovnáním výsledků testových metod na začátku a na konci léčby. Dotazník Logo - test jednoznačně ukazuje signifikantní změnu v chápání a prožívání smysluplnosti života pozitivním směrem, a to v obou souborech bez signifikantního rozdílu mezi nimi. Zajímavá je analýza jednotlivých položek Logo - testu, ve kterých pacienti obou souborů bez ohledu na vyšší průměrný věk souboru alkoholiků nejvýše a nejméně skórovali. V obou souborech se jedná ve většině případů o stejné položky. Nápadná je nespokojenost s vykonávaným povoláním, a to jak na začátku, tak na konci léčby. Zdá se, že tato nespokojenost pramení z časté fluktuace či momentální nezaměstnanosti řady pacientů, ale také z problémů vznikajících v zaměstnání vlivem abusu návykových látek. V souboru toxikomanů k tomu může přispívat i někdy zmiňovaný pocit „mám na víc“, spojený s nekritičností k vlastním schopnostem (přání být umělec, výtvarník, herec, režisér, spisovatel, scenárista apod.) a „čekání na příležitost“.

Oba soubory shodně vysoko skórovaly v položkách, které ukazují na nechuť zatěžovat se hlubším a nepřijemným přemýšlením o tom, co činí a co tím způsobují, a také tendenci ukazovat sobě či jiným lidem svůj život plnější či lepší. I když na konci terapie došlo k mírnému poklesu skóre, zdá se být neochota přemýšlet o sobě, o svém chování a lepší prezentaci svého života pro okolí trvalejší charakteristi-

kou jejich prožívání (možná jako sebeochranný mechanismus pro zachování už tak rozkolísané psychické rovnováhy). (...)

To, co odlišuje oba soubory, je vysoké skórování v položce - „Přání, být ještě jednou dítětem a moci začít život znovu od začátku“ - v souboru toxikomanů na začátku terapie, ale i na jejím konci (i přes mírný pokles na konci léčby, skóruje položka stále vysoko). Přání návratu do dětství se vyskytuje nápadně často v řízených rozhovorech s toxikomany. Řízený rozhovor jsem koncipovala na základě vlastní psychotherapeutické praxe vědomě široce, abych pokryla celý život pacienta, zlomové momenty života, abych postihla změny v hodnotách a chápání života. Z těchto rozhovorů skutečně třikrát během léčby i vlastní práce s toxikomany (závislími především na heroinu) je patrné časté spojení dětství se smrtí blízkého člověka či separací od něho. Dětství pro pacienta často znamená silný prožitek ztráty, odloučení vyskytující se opakovaně v jejich výpovědích.

Závislost v rodině může být naučeným způsobem vyrovnání se se smrtí, separací či se ztrátou během života. Zvláště pak neschopnost „kreativního truchlení“ nad ztrátou může vyústit v delikventní chování, včetně závislosti. Riziko experimentování a užívání drog se zintenzivňuje zvláště během adolescence, kdy je separační konflikt na vrcholu. V rodině, kde došlo k nějakému úmrtí či ztrátě člena rodiny a kde se dítě připravuje opustit domov, je tato normální životní událost najednou obklopena konflikty a ambivalencí. (...)

V textové části Logo - testu, kde mají pacienti vylíčit, co v životě chtěli, o co se snažili, čeho dosáhli a jak to nyní hodnotí, je často kladen důraz v obou souborech na význam rodiny, manželství, výchovy dětí, dosažení harmonie a spokojenosti v rodině. Závislí pacienti na nelegálních drogách často také zdůrazňují „dát dětem lepší možnosti, než měli sami“. To možná ukazuje na vlastní svázanost závislého jedince se svou rodinou a charakterizuje jejich jakoby adolescentní konflikt. Sami ještě nejsou připraveni obsáhnout společenské cíle a hodnoty, dospět a opustit domov.

Počáteční výpovědi pacientů obsahují ještě dva významné okruhy - a to pocit rezignace nad opakovanými snahami o abstinenci, a druhý okruh vyjadřující počáteční sebeuvědomění, zastavení se nad životem s drogami, vlastním chováním, vztahy s lidmi.

Výpovědi na konci léčby jsou v obou souborech většinou výrazně optimističtější v pohledu na sebe i do budoucnosti a odrážejí prodělanou psychotherapeutickou léčbu spojenou s lepším sebepoznáním a utříděním priorit. Některé výpovědi obsahovaly odhodlání řešit problémy a uspět v životě, jen občas se objevila obava z budoucnosti.

Také výsledek dotazníku Purpose in Life Test (Dotazníku smysluplnosti života) použitého k měření stupně, ve kterém osoba zakouší pocit významu a smyslu ve svém životě, jednoznačně podporuje hypotézu týkající se významu psychotherapie v navozování pozitivních změn v chápání smyslu života a životních hodnot. Statistickou analýzou dat byl zjištěn významný pozitivní efekt psychotherapie v obou souborech, přičemž signifikantně větší efekt (na 5% hladině významnosti) měla léčba v souboru toxikomanů.

Výsledky Dotazníku osobnostní orientace (Personal Orientation Inventory) měřícího seberealizaci pacientů jako významné složky životní spokojenosti nám dávají odpověď na otázku, zda psychotherapeutická léčba zvýšila pocit seberealizace ve smyslu rozvoje a využití svých jedinečných schopností a potenciálů a zbavení se emočních zmatků a inhibic. Porovnáním výsledků na počátku a na konci léčby v souboru alkoholiků a toxikomanů zjišťujeme, že došlo vlivem psychotherapie celkově ke zlepšení úrovně pozitivního duševního zdraví na konci léčby v některých škálách dotazníku, a to v obou souborech bez signifikantního rozdílu. Efekt léčby se projevil ve škále Časová kompetence, Opora - vnitřní řízenost, Sebeúcta, Sebeakceptování, Akceptování vlastní agresivity a Schopnost intimního kontaktu. Signifikantní zvýšení průměrného skóre v některých škálách dotazníku na konci léčby v obou souborech odráží kladný přístup pacientů k terapeutickému procesu a pozitivní

změny ve směru zlepšení hodnocení a pevnosti vlastního „Já“, zlepšení schopnosti akceptovat sebe i přes své slabiny a nedostatky, akceptovat vlastní pocity zloby či agresivity a vytvářet vřelé meziosobní vztahy. Zvlášť přínosné je i zlepšení schopnosti pacientů být více nezávislé a soběstačné, bez potřeby velké podpory jiných i schopnosti žít v přítomnosti, v realitě a ne ve snovém světě budoucnosti či fixaci v minulosti.

Nedošlo k signifikantnímu pozitivnímu posunu na škále Hodnot, Cítění a Synergické uvědomělosti. Výraznější posun v těchto škálách by asi vyžadoval déletrvající psychotherapeutickou péči. To, že jsme nezachytili zlepšení v uvedených škálách, může být způsobeno použitím projektu typu před test - post test, kdy není jisté, zda na konci léčby skutečně zachytíme zlepšení.

Třetí hypotéza - Toxikomanie zvyšuje pravděpodobnost výskytu kategorie „existenciální frustrace“ - se nepotvrdila. V rozporu s Franklovým předpokladem existenciální frustrace závislých bylo zjištěno, že rozložení celkového skóre Logo - testu v souboru alkoholiků i toxikomanů se signifikantně neliší od rozložení standardizačního souboru. Zdá se, že nemůžeme považovat lidi závislé na návykových látkách všeobecně za jedince neprožívající svůj život jako naplněný smyslem, strádající prožíváním smysluprázdnoty, neuskutečňující něco hodnotného. Nejsou to pouze lidé plní prožitků prázdnoty, omrzlosti, nudy, bezcílnosti, nechuti k životu a tísnivého zoufalství. Domnívám se, že důkazem toho jsou i některé výpovědi v dotazníku Logo - testu a řízeném rozhovoru.

Lidi závislé na drogách nepovažují obecně za jedince, kteří zcela ztratili smysl života. Ale spíše pak dočasná ztráta smyslu života mohla být pro ně spouštěčem pro braní drogy. Droga měla svoji funkci v životě a teprve ztráta kontroly nad jejím užíváním se stala problémem, a vytlačila předešlé provozované aktivity, vztahy i koníčky a mohla vyvolat deprese a navodit pocit zklamání ze sebe. To ale neznamená, že každý jedinec tak ztratil smysl života a dostal se do stavu „existenciální frustrace“, jak předpokládá Frankl. Souhrnně

řečeno, domnívám se, že dočasná ztráta smyslu života v určitém období vyvolávající jakési „spirituální vakuum“ nutí jedince k vyplňování své vnitřní prázdnoty hmotnou substancí způsobující příjemné prožitky a může být spouštěčem dlouhodobé závislosti.

Jsem si vědoma toho, že už samotný pojem „smysl života“ je dost obtížně definovatelný a je těžké ho promítnout do dotazníku smysluplnosti a exaktně ho vyhodnotit. Řadu informací by nebylo možno získat bez opakovaných rozhovorů s pacienty, které se nakonec ukázaly velmi cenným zdrojem poznatků. Otázkou zůstává, nakolik by ovlivnilo výsledky výzkumu zařazení dvanácti osob, které byly vyřazeny ze šetření z různých důvodů. Předkládaná studie má spíše orientační charakter a zjištění získaná na souboru 20 alkoholiků a 20 toxikomanů je obtížné generalizovat na celou populaci pacientů závislých na návykových látkách. Domnívám se, že některé výsledky léčby na oddělení závislostí psychiatrické kliniky FN v Plzni mohou být ovlivněny i určitou selekcí pacientů před přijetím, kdy většina z nich je přijímána k první léčbě a je alespoň částečně předpokládána možnost psychotherapeutické ovlivnitelnosti jejich závislosti. Oddělení závislostí má kapacitu kolem 10 pacientů, takže všichni procházejí poměrně intenzivním terapeutickým programem s kvalitním týmem odborníků - lékařů i sester. To se mohlo promítnout do výsledku závěrečného vyšetření.

SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY

- Balcar, K.: Logo - test, Chrudim 1992.
 Balcar, K.: Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. Čs Psychologie, 39, 1995, č. 2, str. 127-142.
 Coleman, S. B., Kaplan, J. D., Downing, R. W.: Life Cycle and Loss - The Spiritual Vacuum of Heroin Addiction. Family Process, 25, 1986, str. 5-23.
 Crumbaugh, J., Maholick, L. T.: An Experimental Study in Existentialism: The Psychometric Approach To Frankl's Concept of Noogenic Neurosis. Journal of Clinical Psychology, 20, 1964, str. 200-207.
 Crumbaugh, J.: Purpose in Life Test. Journal of Individual Psychology, 24, 1968, str. 74-81.
 Frankl, V.E.: Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1994.

Frankl, V. E.: Vůle ke smyslu. Cesta, Brno 1997.
 Kubička, L., Kopřiva, K.: Změny hodnot v průběhu rehabilitace alkoholiků. Čs Psychologie, 17, 1973, č. 3, str. 227-237.
 Presl, J.: Drogová závislost. Maxdorf, Praha 1995.
 Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha 1999.

Shostrom, E. L.: Personal Orientation Inventory. Educational Testing Service, San Diego 1966.
 Šebek, M.: K vymezení pojmu hodnota v psychologii. Čs Psychologie, 17, 1973, č. 3, str. 256-258.

Autorka pracuje na Lékařské fakultě UK a Psychiatrické klinice FN v Plzni

ISZ group

konzultace, výcviky, supervize
pro jednotlivce a organizace

Systemický management

- již třetí běh populárního kursu
- určeno pro řídící pracovníky, trenéry, lektory, kouče a poradce
- intenzivní stohodinový trénink v systemickém přístupu k firemnímu řízení, vedení lidí a (self)managementu
- cílem tréninku je radikální využití vlastních zdrojů a posílení odborné kompetence účastníků v podnikatelské oblasti
- zahájení 25. dubna 2002 v Praze

Cestou příběhu

- určeno pro psychoterapeuty, psychology, lékaře, pedagogy, sociální pracovníky a studenty příslušných oborů
- další stohodinový kurs v narativním přístupu ke klientům
- kurs nabízí účastníkům jak osvojení narativního způsobu práce s jejich klienty, tak současně zformování vlastního příběhu pomáhání
- zahájení 14. února 2002 v Praze

Bližší informace a přihlášky

ISZ, Máchova 20, 120 00 Praha 2

tel./fax: (02) 225 204 67

e-mail: info@sz.cz

<http://www.isz.cz>

Nabídka kursů a výcviků jaro 2002

ZKUŠENOSTI Z „DRUHÉHO BŘEHU“

(Ne)mocná síla agorafobie

Jeronym Janíček

Pře-li se o agorafobii, jež je pokrevní a věrnou sestrou panické úzkosti, nacházím v odborné literatuře buď smutné fragmenty individuálních lidských osudů - jakési anamnézy věčného utrpení - nebo objevím popis symptomů nemoci a její stručnou charakteristiku. Osobní zkušenost s úzkostí, jež dokáže zcizit „duši“ nebo ji postupně zdeformovat natolik, že relativně zdravou a svobodnou osobnost zredukuje na „zvíře přežívající v kleci patologických emocí“, mne přivedla k malému shrnutí některých aspektů této destruktivní choroby. Motivem mého snažení je poukázat na složitost agorafobie a podtrhnout, že téměř nikdy neexistuje v člověku odděleně, tedy sama o sobě. V tomto ohledu bych byl vděčnější, kdyby psychiatrie zůstala u prapůvodního a výstižnějšího pojmenování „neuróza“. A snad kdesi v koutku duše přebývá i snaha „pomoci“ svým sdělením těm, kteří stojí teprve na začátku, neboť stagnace znamená v případě agorafobie prožívání neustávajícího koloběhu umírání.

V průběhu minulých tří desetiletí byla agorafobie, tedy strach z otevřených prostor, stále více ztotožňována se situacemi, odehrávajícími se na veřejných místech, tedy v supermarketech, vlacích, tunelech, výtazích, metru nebo na mostech. A právě na těchto „veřejných“ místech, kterých je nepřeberné množství, začíná hrát hlavní roli panická úzkost. V okamžiku, kdy „potenciální agorafobik“ prožije svůj první kontakt s panikou, padá do hluboké a temné propasti pochybností o svém zdravotním stavu. Začíná se o sebe bát.

Už si nevzpomenu, co přesně vyrazilo dveře vedoucí do skrytého pokoje mého mozku, v němž

od narození pospávala neuróza. Náhle se dostavil nepopsatelný strach. Strach ze smrti udusením a ze selhání srdce, které uhánělo zběsilou rychlostí k vyčerpání. Strach z toho, že se ztratím sám v sobě. Ale je docela jedno, co „neurózu“ probudí ze spánku. Někdy to bývá silný traumatický zážitek, jindy stačí delší tlak stresu, požití psychoaktivní látky nebo obyčejná narkóza. Začal jsem se o sebe postupně bát. Vyhledával jsem stále častěji pomoc kardiologů, internistů a imunologů. Vzhledem k tomu, že jsem si nebyl schopen spojit úzkost se symptomy, vnímal jsem je odděleně. Lékařům jsem zazlival, že nejsou schopni odhalit mou srdeční vadu, způsobující muka srdeční neurózy. Utratil jsem mnoho peněz za soukromou lékařskou péči. Ale touto cestou jsem musel projít. Byla tu stále možnost, že mé obtíže jsou organického charakteru. Postupně vyvracení této alternativy mne ovšem nedokázalo přesvědčit. Po každém dalším záchvatu jsem absolvoval nová vyšetření a má nedůvěra k lékařům se zvyšovala, podobně jako strach o život. **Dal jsem strachu šanci a on ji dokonale využil.** Každé zavýření sanitky pro mne znamenalo utrpení a symbol potenciálního ohrožení. Dva či tři roky jsem navštěvoval lékaře, trápil se svou „imobilitou“, jež mi neumožňovala volný pohyb po městě. Zoufalství umocňovaly pocity méněcennosti. Vydržet hodinu v restauraci pro mne bylo naprosto nerealizovatelné. Omezil jsem své sociální kontakty. Byl jsem považován za nespolehlivého, protože jsem nebyl schopen nikam dojet, jen dojet, a tak jsem se začal uzavírat před okolním světem. Báť jsem se dalších záchvatů paniky. Svou práci doma a v relativním bezpečí rádia jsem povýšil nad všechny světské radovánky, jimiž jsem z nouze začal opovrhovat. Nechal jsem na sebe strach působit příliš dlouho. **Stal jsem se strachem. On se stal mnou.**

Strach pomalu zabírá v duši agorafobika čím dál větší prostor, až ji nakonec anektuje. Obavy o vlastní zdravotní stav bývají při záchvatu a v okamžicích, kdy dochází k jeho „podvědomému zpracování“, velice intenzivní a naprosto opodstatněné. Symptomy paniky častokrát simulují projevy infarktu myokardu, hypoglikémie či zvýšené činnosti štítné žlázy. Agorafobik zažívá těžko představitelná muka

v podobě bušení srdce, pocitu nedostatku vzduchu, závratí, pocitů na omdlení, třesu, dušení, pocení, pocitů na zvracení, depersonalizace, ztuhlosti a mravenčení v končetinách, návalů horka, bolestí na hrudi a především strachu ze smrti. Popsané příznaky se mohou vyskytnout při záchvatu jednotlivě nebo v nejrůznějších kombinacích.

Zažíval jsem především bušení srdce a závratě. Vzpomínám si, že na počátku rozvoje agorafobie mne trápil stav, v němž jsem celý jakoby vibroval a měl pocit, že zešlím. Čím více jsem na šílenství myslel, tím silnější byla odezva mé psyché. Myšlenky se začaly hroutit, v hlavě nastal nepopsatelný chaos. Několikrát vše vyústilo v hysterický záchvat, na jehož konci byly i slzy a chuť skoncovat se životem. Motání hlavy přicházelo nečekaně a ponejvíce mne trápilo (a občas i trápí) ve frontách, v obchodech, na úřadech, jednoduše tam, kde jsem musel nehybně čekat. Míval jsem ruce chladné jako led. Po mimických svazech naopak stékala žhavá láva. Mé nohy byly ochromené, slabé a těžké. Byly dny, kdy jsem nebyl schopen ujít několik desítek metrů. Takové byly ostatně všechny mé dny strávené v manželství s agorou.

Tragédie tohoto specifického strachu ovšem tkví také v jeho ztotožňování s místem, kde k záchvatu došlo a v nepředvídatelnosti panické ataky. Agorafobik se začíná „nebezpečí“ vyhýbat. Jde o naprosto logickou reakci (boj nebo útěk) vycházející ze silně negativního prožitku, který nebylo v daném okamžiku možné vědomě ovlivnit. Panika ovšem dokáže „pracovat“ samostatně, bez pověstné „agory“, neboli tržště. Jejím teritoriem se může stát dokonce i ten „nejbezpečnější kout domova“, neboť je již dávno ukotvena v duši. Agorafobik je dobře strážěn svým strachem, který nepouští svého vězně často ani na vycházky, a pokud ano, tak jen v doprovodu strážného, jímž nejčastěji bývá ten nejbližší z rodinného kruhu. Trpí úzkostnými myšlenkami, v nichž dominuje především strach ze smrti, ze ztráty kontroly nad sebou, ze „zešílení“. Z medicínského hlediska nejsou v delší perspektivě tyto sugestivní představy, podpořené prožitkem plným děsu a hrůzy, ani v nejmenším nerealné, a to

i přes jejich záměrnou bagatelizaci z řad psychiatrů. Někteří démoni přicházejí daleko dříve, než si je sám agorafobik stačí uvědomit. Především téměř vždy přítomná „lehčí forma deprese“ dokáže spolehlivě rozbit zdravé sebevědomí jedince, zúžit jeho vnímání okolního světa na prožívání osobní tragédie a nemožnosti.

Často jsem podléhal silným pocitům vlastní zbytečnosti, neopodstatněnosti a nesmyslnosti vlastní existence. Myslíval jsem paradoxně na smrt, ačkoli jsem se jí jindy tolik bál. Jediné píchnutí u srdce dalo podnět mozku, že je organismus v nebezpečí. Jiná, skutečná nebezpečí jsem nevnímal, protože skutečně bylo pro mne právě „to subjektivní“. Subjektivita se stala objektivitou. Za předpokladu, že by tento stav trval příliš dlouho, vykopal bych si pravděpodobně velice slušný hrob. Mohu říci, že jsem dokonale zmátl svou centrální nervovou soustavu. Nebyl jsem po několika měsících již schopen odlišit „subjektivní nebezpečí“ od „objektivního“.

Jedním z bolestných aspektů panické úzkosti je kontakt „pacienta“ s „lékařem“ (nikoli terapeutem) při samotném záchvatu. Důsude neléčený agorafobik prožívající silnou tenzi, která se již somatizovala, naráží na nepochopení a častokrát i na posměšné poznámky lékařů a okolí. „Pacient“ je při záchvatu ve stavu hypersenzitivity a je mnohdy „odkázán“ na pomoc rychlé záchranné služby. Okamžik primárního zajištění „pacienta“ znamená často zmenšení či dokonce vymizení jeho tenze, tedy i symptomů. Do nemocnice přichází tedy „časově stabilizovaný“, neboť samotný fakt, že je „pod kontrolou“, úzkost odbourává. Lékařům interního oddělení nebývá agorafobik schopen vysvětlit, co se s ním právě děje, protože to neví. Má strach. Mnohé symptomy nejsou vůbec zjištělné, jsou subjektivní, a tudíž „nedůvěryhodné“. Navíc pokud se zdravotní stav pacienta po pěti minutách od příjezdu sanity nápadně zlepšil, a to bez aplikace farmak, jde o podezřelý případ. Pacient je v lepším případě pokládán za hypochondrického. V tom horším je to „cvok“. Lékaři rychlé záchranné služby jsou většinou jiného názoru, než jejich kolegové v nemocnicích. Vědí, že tachykardie

může (a nemusí) znamenat předzvěst srdečního selhání, a to bez ohledu na věk pacienta. Jsou nuceni okamžitě jednat. Setkávají se den co den s „případy“, které je nekompromisně přesvědčují o tom, že „o fungování lidského organismu“ toho víme příliš málo na to, abychom mohli nad „něčím tak banálním“, jako je graduující tenze a zrychlený tep jen tak mávnout rukou. Navíc nikdo nemůže vyvrátit tvrzení, že i agorafobik může dostat infarkt. Naopak někteří internisté, pokud dojdou k závěru, že pacientova tepová frekvence je jen o trochu rychlejší a vše, co reprezentuje „nemoc“, je „pouhý“ strach (pokud jej zaregistrují), začnou být ironičtí. Jestliže pacient není v ohrožení života, jeho zdravotní stav „objektivně“ nevykazuje žádné výrazné změny k horšímu, není tedy důvod se jím podrobněji zabývat. Pokud je panickou atakou stížen již léčený agorafobik, užívající antidepresiva, bývá kontakt s internisty ještě smutnější. Diagnóza je automaticky dána předem. „Napíše si ji sám pacient“, což je vzhledem k jeho aktuálnímu a tudíž nepředvídatelnému zdravotnímu stavu citelná chyba.

Nejkritičtější moment jsem prožil při panické atace „venku“, na ulici mezi lidmi. Byl jsem před kolapsem, tepová frekvence nabrala takové obrátky, že jsem nebyl schopen normálního pohybu a prosil jsem anděla strážného o kyslík. Tmělo se mi před očima a byl jsem slabý. Ústa jsem měl vyschlá a sotva jsem se zmohl na žádost o pomoc. Objevil se strach. Strach ze smrti. Chtěl jsem co nejrychleji do nemocnice. Nevěděl jsem, co se se mnou děje. Schopnost racionálního uvažování se v takových situacích vytrácí. Mou tise, ale naléhavě vyřčenou prosbu o pomoc vyslyšel až desátý, možná patnáctý člověk. Bezmocnost dokonale zpevnila bludný kruh úzkosti. Necítil jsem jediný závan empatie ze strany kolemjdoucích. Kdesi v podvědomí jsem cítil, jak jsem jim lhostejný, a přitom nepřijemný... doma jsem se jednoho večera roztřásl a začal mizet v sobě. Věděl jsem, že je zle. Opět se roztáčelo kolo utrpení. Než přijela sanita, měl jsem dvakrát pocit, že se mě skutečně dotkla smrt. Chladná, bezohledná, necitlivá. Jakoby mi dvakrát zabodla svou ocelovou kosu do zběsile

tepajícího srdce. Byl jsem zahalen v šedé mlze. Zkuste tohle vykládat internistovi. Vnímá jsem jen pevný stisk strýcovy ruky, která byla mým jediným pojitkem s okolním světem...

Při jedné z panických atak, již jako léčený agorafobik, jsem byl sanitou odvezen do nemocnice. Řečeno s jistou dávkou černého humoru, jako obvykle. Ovšem jako obvykle jsem bojoval se strachem ze smrti, s nesnesitelnou tenzí, s rozbouraným srdcem a nedostatkem kyslíku. Lékařka, která mne tehdy přijala, začala klást nesmyslné dotazy. Poté, co jsem řekl, že jsem v ambulantní psychiatrické péči, pojala podezření, že jsem sebevrah. Stále dokola se vyptávala, zda-li nepomyslím na nějaké nestandardní ukončení svého života. Obsah pokládané otázky se mi zdál neuvěřitelně hrubý a hloupý. Veškerý zbytek sil jsem vynaložil na to, abych lékařku přesvědčil, že se opravdu momentálně nehodlám zabít, že jediné, co momentálně potřebuji, je pomoc. Na posměšně položený dotaz, jak bych si takovou pomoc představoval, jsem již nebyl schopen odpovědět. Jen jsem znovu vyjmenoval symptomy, které mne aktuálně trápily. Odvozu na psychiatrii jsem se ubránil s vypětím posledních sil.

Ke stigmatizaci duševně nemocných nedochází na uzavřených odděleních rozlehlých psychiatrických klinik a léčeben (s výjimkou nesprávně zvolené farmakoterapie), nýbrž paradoxně ve společnosti obecně. Bohužel se na tomto obudném procesu, vyrůstající z kořenů neznalosti, nedostatku pochopení a průměrnosti podílejí i samotní lékaři. Agorafobik (podobně jako většina duševně nemocných) přitom v první fázi léčby potřebuje citlivé zacházení (akceptaci), a nikoli bagatelizaci symptomů, jež ho pronásledují na každém kroku. Je sice pravdou, že na konci terapeutické cesty by měl být schopen „chytat ryby zcela samostatně“ (MUDr. Anders), ale na začátku? Na začátku je pacient zcela sám, v situaci, které ani on sám nerozumí. Musí uplynout mnoho času, než se začne otvírat světu a hovořit o svých problémech bez ostychu, než dokáže svou „neurózu“ verbalizovat, než se přestane stydět za svou „neschopnost přejít ulici“, než se zbaví tenze a myšlenek na do-

stupnost rychlé pomoci, než pozná sám sebe a porozumí řeči své choroby. A právě řeč nemoci je jedním z nejmocnějších (autoterapeutických nástrojů). Pokud jí pacient dokáže naslouchat (nikoli ji nekriticky poslouchat), stane se úspěšně na startu. Trať bývá obvykle stejně dlouhá jako jeho život a ono uvědomění si její délky znamená šok a zároveň výzvu.

Věděl jsem, že o uzdravení nemohu usilovat. Pochopil jsem, že žádné uzdravení v pravém slova smyslu neexistuje, s výjimkou odstranění symptomů nemoci. Uzdravení by znamenalo návrat k původnímu životu. O to usiluje psychiatrie. „Vrátit“ pacienta co nejdříve do takzvané normálního života, aby byl co nejrychleji schopen vykonávat vše jako dřív. Psychiatrie bývá v tomto ohledu krátkozraká a krutá. Vzpomínám si dobře na den, kdy jsem byl nucen vyhledat okamžitou psychiatrickou pomoc. Záchvat paniky počal gradovat a tak nezbývalo, než najít nejbližší krizové centrum. Psychiatrie tehdy neudělala víc, než musel. Strčil mi do ruky recept na jakási antidepresiva a s nepřítisť uvěřitelným ujištěním, že neumírám, jsem po chvíli opustil kliniku. Pochopitelně, že se mi ulevilo. Tentokrát stačil obyčejný lidský kontakt. Po týdnu jsem navštívil téhož lékaře. Když jsem si dovolil poznamenat, že jím předepsaná antidepresiva mají pro mne nepřijatelné vedlejší účinky, byl jsem ostře napaden. „Pokud se chci léčit, musím je začít jíst, a ne si číst příbalový letáky.“

Psychiatrie se pro mne stala poslední možností, jak začít bojovat, zároveň jsem v tomto oboru našel přítele, který mi dává nedocenitelnou možnost „výměny názorů“. Jedině kvůli němu nepohlížím na psychiatrii s despektem a nevnímám ji povrchně jako dříve. Nabízelo se nashlé mnoho alternativ léčby, jen se rozhodnout. A tak v koši na odpadky skončilo nemálo krabiček nejrůznějších antidepresiv a anxiolytik. Na začátku svého trápení jsem začal užívat diazepam, jediné anxiolytikum, které dokázalo mou tenzi „zředit“. Hledal jsem svého terapeuta „s diazepamem v kapse“ dlouho. Nikdo mi „neuměl“ pomoci.

Teprve nyní chápu, byť jen v obrysech, že pomoci si musím sám. Na startu ale nemůžete nikdy stát sami. Pokud zvolíte terapii, nastoupí-

te docela novou životní cestu. Začal jsem se poznávat. Masky odpadávají jako shnilé kusy masa. Bolí to. Zároveň je to cesta plná dobrodružství, na níž nepotkáte nikoho jiného, než sami sebe. Popíráte se, zápasíte, křičíte a tlučete hlavou o zeď, kterou si chvíli před tím postavíte. Lžete, i když mluvíte pravdu. To všechno je už výhradně individuální záležitost. Musel jsem překonat ještě jednu bariéru. Strach z antidepresiv. Pomohla důvěra v terapeuta, „patologicky“ pojaté studium účinků této látky a rodina.

Paniku zažije ve svém životě alespoň jedenkrát každý z nás. Ale jen určité procento lidí podlehne její (nelmocné) síle. Podobně jako u většiny duševních onemocnění je pro její rozvoj „příznačná“ kombinace vlivů dědičných a vrozených (zvýšená senzitivita) a naučených v průběhu života (přílišná úzkostlivost, zvýšené nároky na svůj život). Z pohledu psychoanalýzy je otázka léčby agorafobie velmi problematická, ačkoli populárně-vědecké publikace (Ján Praško, Hana Prašková - Jak zvládat paniku a strach cestovat?) tvrdí pravý opak. Uzdravení nebývá příliš časté a pokud k němu dojde, je poznamenáno častou recidivou.

Ale co ve skutečnosti znamená uzdravení? Pokud by to bylo pouhé vymizení příznaků nemoci, nepotřebovali bychom víc než psychofarmaka. Pesimismus psychoanalytiků nahrává behavioristickému přístupu k nemoci, jenž „dobrovolně“ nutí pacienty k opakovaným expozičním (vystavováním se nepříjemným situacím, které agorafobika nejvíce nejvíce děsí). Prodlužováním expozičního času se u pacienta docílí maximální možné hranice úzkosti, po níž přichází uvolnění a „záračné poznání, že úzkost nezabíjí“. Tento přístup, přivádějící pacienty zpět do „jejich“ hroživých míst nebo situací, často s pomocí antidepresiv či anxiolytik, řeší pouze symptomatickou část nemoci. Tato léčba nemá výraznější vliv na skutečné zkvatnění života agorafobika. Tyto postupy mívají metaforickou povahu nemoci a spolu s ní i samotné principy (Esther da Costa Meyer).

Agorafobie má i své klady, o nichž jsem se nezmínil. Například dokážete skutečně vychutnat a docenit každý okamžik „na svobodě“, tedy tam, kde to máte nejraději, bez myšlenek

na paniku, na houkání sanitního vozu, na smrt. Takové chvíle jsou pro mne dodnes nesmírně vzácné. Skrze ně jsem se naučil vstřebávat krásu života v nejrůznějších podobách. Dokážu se radovat ze zdánlivých drobností. Naučil jsem se relaxovat. Již alespoň tuším, co mé psyché i tělu prospívá. Jsem možná citlivější než „většina“, ale za jakou cenu? Čím déle budou lidé stíženi „neurózou“ váhat, zda-li je nezbytné navštívit lékaře, tím delší bude i proces jejich léčby.

Existuje řada mimomedicinských cest, které přímo nabízejí léčbu všech symptomů jakékoli duševní poruchy. Esoterika je mocné placebo. Náboženství je mocné placebo. V terapii samozřejmě nastal okamžik, kdy jsem ucítil intenzivní potřebu vyplnit strádající část duše něčím smysluplným. Zmítala mnou touha po duchovním smyslu života. Hovořím ovšem o úskalích, jež mohou agorafobikovi cestu k sobě samotnému řádně zkomplikovat. Ve stavu zoufalství jsme náchylnější ke slepému přijímání bludů a naprostých nesmyslů, zvláště nesou-li v sobě příslib vyléčení. Dokonce jsme za tyto bludy ochotni platit nehorázné sumy.

Nebezpečí „alternativních“ (nevědeckých) přístupů k léčbě agorafobie tkví ve snadné (a časté) manipulaci s nemocným. Později se (toto riziko ovšem hrozí i u terapie) může stát pacient přímo závislým na svém léčiteli, jenž z jeho utrpení velice slušně profituje. Odchod z „léčby“ neznámá jen okamžitou recidivu, ale dokonce zhoršení symptomů nemoci - pacient je zcela závislý na svém guru. Existují ovšem i korektní „léčitelé“, kteří vědí, že za určitou mez již nemohou jít. Učí nemocného relaxovat a tišit jeho rozbouranou psyché. Alternativní medicína má v léčbě agorafobie jistě své opodstatnění, ovšem stejně jako náboženství, nedokáže neurotika „uzdravit“.

Aby pacient mohl dojít k poznání (poznatelných) příčin své nemoci a k jejich pochopení, měl by se rozhodnout pro kombinaci „náročnější“ terapie a farmakoterapie (pokud farmakoterapii vyloženě neodmítá nebo se jeví jako opravdu nezbytná). Hledání „toho pravého projekčního plátna“ (terapeuti prominou), na jehož bílou plochu bude pacient několik let promítat svůj život, je nesmírně náročné a na-

máhavé. Takové hledání vyžaduje nemalou odvahu nebo skutečné zoufalství a bolest, kterou už není možné snášet. Investice vložená do hledání „toho pravého terapeuta“ se rozhodně vyplatí, protože agorafobie brutálním způsobem potlačuje většinu vitálních instinktů, zabíjí naši vlastní přirozenost, jež zůstává často uvězněna (a nepoznána) v pevnosti strachu, potlačených pudů a přání, obehnaná těmi nejvyššími zdmi našeho vnitřního světa.

Dnes jsem schopen hovořit o agorafobii otevřeně. Psychologie mne vlákala do své náruče a věnovala mi nemálo cenných darů. Dovedla mne k poznání, že nejsem oprávněn vyžadovat po lékařích takovou pošetilost jako je empatie, neboť jde o vrozenou schopnost vcítění se. Mohu se snažit výhradně sám za sebe. Nebát se. Nebát se hovořit bez studu o věcech, jež jsou zbytečně tabuizovány a zjednodušovány. Chci uvěřit, že se zlepší náš stále dosti pokřivený přístup k lidem, kteří jakkoli trpí. A že se zlepší jejich přístup k sobě samým. Věřím, že i přes veškeré slabosti „dokážeme“ říci životu ono Franklovo pověstné ANO.

Autor pracuje jako redaktor Radia 1
jeronym.janicek@radio1.cz

Pozn. red.: V některém z příštích čísel se k agorafobii, event. dalším fobiím vrátíme příspěvkem „z pohledu odborníka“.

(PSYCHOTERAPEUTICKÝ) FEJETON

Vaši ruku, komture!

Ivo Kunst

Miloval a nenáviděl, nalhával si a snil. Podváděl: finanční úřad, srdce vlastní i jiných, ženu s milenkami a milenky se ženou. Tolikrát si umiňoval, že s tím vším skoncuje. Většinou mu to vydrželo jenom chvíli po milování. Nenáviděl se za to, ale současně byl pyšný na dar ironizovat vlastní sebeobviňování.

Ženy i známí, přátelé téměř neměl, snadno podléhali okouzlení z hravosti jeho lehkonoze pohotového vtipu. Netušili, o jak vážných a intimně palčivých věcech rejem jiskřivých bonmotů mluvil. Netušili, že právě v těch okamžicích se s vervou, jež brala dech, draly ven hořké pravdy o něm samotném. Jejich hořkost ale nenaléhala. Bylo možné ji nevidět a nechat se jenom bavit.

To, za co by se ženy jinak styděly, bylo s ním a v jeho náručí jen celkem nezávaznou a téměř dětsky nevinnou hrou. Okouzloval. Byl ale také snadno zapomenutelný a s lehkým srdcem opustitelný. Jeho hořce pravdivé hry neubližovaly. Byly jako jemné, prchavě pomíjivé a při svém zániku příjemně mazlivé mýdlové bubliny. Toužil po tom, aby alespoň někdo ucítil potřebu o chvíli déle pobýt s těmi těkavými rozbuškami věčnosti.

Rád nosil ženám květiny. Aby nebyly odmítnuty, lhal o tom, že jim je vlastně nosí pro sebe. Asi je to mátló, ale také je to k ničemu nezavazovalo.

Byl svým způsobem velmi čestným falešným hráčem.

Leukémie všechno rozmetala. Co s mýdlovými bublinami, když si s nimi smrt hrát neumí? A ona si nehrála. Spěchala a moc času mu nedávala. Nemohl si dosyta vychutnat sladkobolnost svých fantazií o tom, jak by to bylo pěkné, kdyby za jeho rakví šly samé krásné smutné holky v kratinkých sukních a evidentně příliš těsných blůzkách. Alespoň se mu nemoh-

lo stát, že by prosnil vlastní smrt, jak o sobě říkal s despektem.

Smrt byla rozhodnuta nedělat výjimky ani tentokrát. Jako vždy byla seriózní a nezdržovala se neužitečnostmi. I když se jenom blížila, v bolestivé a polonarkotické mlze mu mnoho snů nepovolovala. Odvrácenou tvář její serióznosti byla šedivě surová, banální, nezpochybnitelná a neodpátelná skutečnost nemocniční nepohyblivé bezmocnosti.

Ještě jednou, naposledy chtěl podlehnout pokušení hry. Mladému, ambicióznímu sekundáři místo odpovědí na rutinní otázky citoval verše: Shakespeara, Březinu, Holana. Doktor spěchal a chtěl být docentem na velké vizitě pochválen. Proto k „halucinujícímu a zmatenému pacientovi“ nechal přivolat psychiatra.

Odevzdaně ležel na posteli. Blížící se smrt zešpičatěla bradu a nos. Očím propůjčila hořečně uhrančivý lesk. Rozhodně nevypadal na čtyřicet. Neulehčoval mi to. Oba jsme mlčeli a mně bylo trapně. V rozpacích mi vypadlo pero a rozběhlo se přes obrysy jeho těla. Dostihl jsem ho až na kraji postele. Bezděčně se při tom setkaly naše ruce. Stiskl mi dlaň. Když jsem neucukl, chytil se jí velmi pevně.

„Bojíte se smrti, doktore? Ale doopravdy, nemám moc času!“

Vysoukal jsem ze sebe něco jako: „Asi ano. Myslím, že se bojím.“

„Tak vy si to jen myslíte? Já se bojím strašně a teď mě to čeká. Jestli nejste srab, tak mi na stůlku necháte svou adresu. Dám vám vědět, jaké to je, až to budu mít za sebou.“

Vyváděl mě z rovnováhy, ale pustit ruku jsem mu nechtěl.

„Doktore, mám pocit, že jste se alespoň obtěžoval být ke mně trochu upřímný. Tady to moc neumíte. Uhýbají pohledem. Sám jsem se v životě něco nalhal, tak to na druhých docela dobře poznám.“

Bez výraznějšího dramatického přechodu začal mluvit o svém životě. Uměl vyprávět a kouzlit se slovy. I mě odzbrojovala jeho melancholická sebeironie. Asi vůbec nepochyboval, že by mě mohl nezaujmut. Navíc mi stále pevně tiskl ruku.

V jednom okamžiku v polovině věty přestal a zadíval se mě očima plnými slz: „Vždycky jsem si představoval, že jednoho dne budu muset podat ruku komturovi. Předpokládám, že se vám dostalo klasického vzdělání, a tak se nebudeme muset vzájemně urážet vysvětlováním“, opět ten prudký přechod od bolesti k ironii. „Vidíte, nakonec jsem nikomu nestál za to, aby sem za mnou přišel. Kdo vlastně uvidí, jak to zvládnu a tu ruku mu podám? Bella come-

dia finita est! A publikum žádá... Nechci se vás dotknout, ale spolu to asi nesehrajeme. Vezměte si ve stolku mou vizitku. Kdybyste komtura někde tady potkal, tak mu ji dejte a připomeňte mu, že má tady práci.“

Slábl před očima. Stisk jeho ruky povolil. Ušnul. Den nato byla jeho postel prázdná.

Tu vizitku mám schovanou. Snad i proto, abych, až přijde čas, našel odvahu zavolat: „Vaši ruku, komture!“

Česká společnost pro analytickou psychologii

(Developing group International Association for Analytical Psychology)

otevřít další běh komplexního psychoterapeutického výcvikového programu akreditovaného pro práci ve zdravotnictví.

Analytická psychologie navazuje na odkaz C. G. Junga a je vedle vlastní metodologie otevřená dalším přístupům a školám, například moderní psychoanalýze. Během tří až čtyřletého kurzu se budou účastníci setkávat jedenkrát za čtrnáct dní mimo prázdniny k odpolednímu regionálnímu semináři (paralelně v Brně a Praze) a nejméně čtyřikrát ročně k společnému víkendovému semináři. Lektory tohoto programu jsou především jungovští zahraniční analytici. Účastník programu, který naplní všechny povinnosti, se stává jungovsky (analyticko-psychologicky) orientovaným psychoterapeutem, účast v kurzu může být i začátkem vlastní cesty k uznání jungovským analytikem.

Do programu budou přednostně přijímáni zájemci s ukončeným vysokoškolským vzděláním souvisejícím s psychoterapeutickou profesí, dále ti, kteří již pracují s klienty. Předpokladem je i znalost anglického nebo německého jazyka.

Program nabízí teoretické vzdělání v základech psychoterapie (zejména hlubinných škol) a analytické psychologie. Dále skupinovou supervizi a skupinovou sebezkušenost. Zprostředkováváme kontakty na individuální sebezkušenost a supervizi.

Finanční náklady odpovídají obvyklým cenám výcvikových programů u nás.

Přijímací pohovory se zájemci proběhnou v soukromé praxi PhDr. L. Běřáka v dubnu 2002 na Dykově ulici č. 26 v Brně.

Zájemci se mohou přihlásit a závazně zaslat rukou psaný neformální životopis na adresu:

Mgr. Ervin Široký, DPS Elysium, 621 00 Brno. Odpovíme konkrétním termínem pohovoru. Uzávěrka: 28. 2. 2002

Další informace:

www.mujweb.cz/veda/cgjung; elysium@sky.cz (do předmětu značku ii)

PŘEMÝŠLENÍ O ETICE

Výzva k debatě

(Že byste se nemohli vyjádřit alespoň krátkým e-mailem??)

Hana Junová

V několika číslech Konfrontací již informovali členové etické komise o jejím vzniku, úkolech i některých problémech, se kterými se setkává. Problémů neubývá, spíše se vynořují další. Přesto (nebo snad právě proto?) jsme od doby svého vzniku před více než 2 roky neobdrželi žádnou oficiální stížnost! Termínem oficiální stížnost říkám hned na jeden problém: máme být rádi, že terapeuti pracují tak eticky, že není na co si stěžovat, nebo nechceme být „práskači“, „donašeči“? Obávám se, že spíše druhá varianta odpovídá realitě. Když se potkáme s kolegy, často slyšíme: „Všichni na pracovišti pozitivně víme, že šéf spí s pacientkami, ale bojíme se to říci, protože by se mstil, má dlouhé prsty a vlivné ochránce“, „Já, to já vím spolehlivě o někom, kdo páchá pěkná zvěrstva, ale jméno ti neřeknu, přece nejsem práskač“, „Stěžovalo si mi několik pacientů na XY, ale přece je (tedy pacienty, ale slyšeli jsme i variantu jeho, tedy terapeuta) nenamochím do nějaké nepříjemnosti“... A další varianty na dané téma.

Kde jsou hranice mezi ochranou pacienta před nezodpovědným terapeutem a opravdovým „donašením“? Kde jsou hranice mezi skutečnou událostí a slavnou zkratkou JPP (= jedna paní povídala)? Kde je hranice mezi realitou a fantazijním přáním v rámci přenosového prožívání? Může být, byť výjimečně, terapeutovo neetické chování pacientovi ku prospěchu (viz Yalomovy Lži na pohovce)? Neublížíme pacientovi víc, když ho budeme nutit

vypovídat o neetickém chování terapeuta, než mu ublížil „neetický“ terapeut sám? Je rozdíl, když poškodí terapeut pacienta úmyslně, vědomě, nebo nevědomě, pod vlivem svých nevyřešených vnitřních problémů? A co dál? Jak řešit dyadickou situaci, když je tu výrok proti výroku? Co jsou reálné sankce? Je pro někoho trestem zbavení členství v České psychoterapeutické společnosti? Kam až sahají pravomoci této společnosti? Co se stane s pohledem na supervizi, když by se doporučovala jako druh „trestu“?

To je otázek, co?

Přitom jde jen o zlomek z těch, se kterými se setkáváme, my i vy. A dostávám se k hlavnímu bodu: byli bychom vám všem velice vděční za otevřenou a upřímnou debatu na téma etika v praxi. Existuje spousta etických kodexů, které povětšinou krásně a vznešeně popisují, co by měl nebo neměl dělat eticky dokonalý terapeut. Ale prozaická realita života v nich řešená není. Pojďme se nad ní společně zamyslet, pojďme se podělit o své zkušenosti, úvahy, nebo jiné otázky. Třeba mé otázky vyprovokovaly odpovědi, nebo úvahy, nebo jiné otázky. Třeba nám všem takováto debata bude prospěšná, zdravá. Zkusme to!

A na úplný závěr ještě jedna mnohočetná otázka do vlastních řad: kdo jsou vlastně členové etické komise? Archandělé Gabrielové, kteří s planoucími meči vyhánějí hříšníky z terapeutického ráje? Společensky dobře sublimovaní agresori? Naivkové, kteří nevidí, že chybovatí je lidské a chybička se vloudí každému z nás?

Autorka tuto výzvu napsala za sebe a snad i trochu za etickou komisi. Vaše názory na „etiku v praxi“ rádi zveřejníme! Pošlete-li nám svou zkušenost s tím, že není určena k publikování, budeme to respektovat.

K osobnosti H. Junové - viz kniha Hovory o psychoterapii.

GLOSA

Jak se platí a vyplatí psychoterapie?

Ivo Kunst

Psychoterapie není někdejší popelkou. Vydobyla si velmi slušnou pozici mezi ambulantními zdravotnickými a poradenskými službami. Není nutné již její opodstatnění zásadně obhajovat. Je tedy čas na zkvalitňování poskytované péče a poukazování na neduhy, kterými psychoterapeutická praxe trpí.

Psychoterapie je zvláštní službou, nabízí vztah. Terapeutikon vztahu působí tehdy, není-li pouze iluzí. Vytváří kontext terapeutického procesu, a proto zasluhuje mimořádné péče. Může být mocným hybatelem léčení, stejně jako závažně porušujícím agens. Bohužel, v honbě za pojišťovenskými body a ekonomickou prosperitou praxí se právě na to zapomíná.

Příliš často od dospělých nebo od rodičů dětských klientů slyším skutečně podivné příběhy. Co si mám myslet například o takových stereotypně se opakujících sděleních: „Pan doktor (paní doktorka) byl(a) opravdu velmi milý (milá). Trochu mě mrzelo, že mi předem neřekl(a), že se psychoterapie platí. Navíc potřeboval(a) znát i moje rodné číslo. Když jsem chtěl doklad o zaplacení, tak jsem se dověděl, že by to pak muselo být citelně dražší!“

Přitom, když si sednete do čekárny psychoterapeuta, jenom výjimečně naleznete jednoznačně srozumitelný sazebník, pokud je vůbec k dispozici. Cena psychoterapie je pak stanovována za tajemných náznaků terapeutových problémů se zdravotní pojišťovnou. Budete-li chtít doklad o zaplacení, prožijete si pocit trapnosti, jak jste nevďeční, že vůbec s něčím takovým obtěžujete. Určitě také narazíte, když se budete zajímat, jakým způsobem byla péče - poskytnutá na vaše rodné číslo - zdravotní pojišťovně vykázána.

Od klientů jsem slyšel již ledacos. Například i to, že lze za setkání v ordinaci „platit v naturálních“, třeba zajišťováním dlouhodobého a pro terapeuta výhodného servisu plynového topení. Někdy je možné dokonce vstoupit během původně zamýšleného řešení životních dilemat s terapeutem či terapeutkou do vztahu úplně jiného než terapeutického charakteru.

Netvrdím, že ceník na dveřích ordinace odstraní neduhy naší ambulantní psychoterapie. Nicméně je to první krok k tomu, aby vztah terapeuta a klienta nebyl od samého počátku zatížen matoucími nejasnostmi. Klient by neměl mít pocit polapení v jakési neviditelné pavučině.

Stále ještě věřím, že tajemství účinnosti psychoterapie spočívá právě v existenci jasného a klientovi srozumitelného vztahu k terapeutovi. Nicméně se obávám, že z centra terapeuta zorného pole se pomalu vytrácí zájem o klientův problém a starost o něho. Prioritou se stává obava z klientovy nesolventnosti. Co léčivého přináší situace, kdy se terapeut obává, že nedostane zaplacení od klienta, zúzkostnělého vidinou možné blamáže platební neschopnosti?

Klient by měl mít možnost ještě dříve, než vstoupí do vztahu s konkrétním terapeutem, zvážit, jestli si to může finančně dovořit. Změna pravidel úhrady během terapeutického procesu je přinejmenším porušením důvěry. Zneužití klientovy závislosti již nezní tak pěkně, zato ale lépe postihuje etickou závažnost situace. Je pokrytecké a eticky scestné hledat ospravedlnění v pocitu nedocacení práce psychoterapeuta společností.

Ještě hůře se smírám s tím, že stejné praktiky měnlivých a hned od počátku neavizovaných finančních nároků za poskytnutou péči se dotýkají i dětských klientů a jejich rodin. Zkuste nezaplatit a zažívat pocity viny a selhání z toho, že nejste schopni nebo ochotni vlastnímu dítěti zajistit podmínky, aby se zbavilo trápení!

Takové tendence jsou velmi nebezpečné, protože psychoterapie u nás proti nim nemá účinné protilátky. Dokonce i stánkový prodej je na tom lépe. V tržnici se čas od času může

objevit jakýsi kontrolní orgán s mandátem k sankcím, aby se zajímal i o to, má-li zboží cenovky. Ovšem boty na stánku si můžete koupit nebo nemusíte. Když vás ale bolí duše a s psychoterapeutem jste se podělili o některé ze svých palčivých tajemství, není snadné hledat blízkost a porozumění jinde.

Způsob hrazení psychoterapeutické péče má zatím příchutě něčeho, o čem se mezi přáteli z oboru a slušnými lidmi nemluví. Je to jeden z důvodů, který mně poslední dobou stále častěji nutí k úvahám, je-li psychoterapie skutečně ještě posláním, anebo se stává pouhým psychopodnikáním bez jasných pravidel, kdy synonymem kvality terapeuta je výše jeho

z velké části nezdaněného zisku. Kudy vede hranice mezi jednáním etickým a neetickým? Poznáme vůbec kritický bod, od kterého již nebude možné zastavit trend tiše všeobecně tolerované hodnotové devalvace psychoterapie a její přeměny v džungli plnou podloudného kšeftování s iluzí lidské blízkosti a porozumění? Nebudou se muset naši klienti časem obrnit stejnou dávkou otrlosti jako konzumenti služeb v uličkách lásky?

MUDr. I. Kunst je stálým spolupracovníkem Konfrontací, autorem odborných statí a četných glos a fejetonů. Pracuje jako psychoterapeut s vlastní praxí, se zájmem o sociálně orientovanou psychoterapii.

Vážené kolegyně,
dovolujeme si Vám oznámit, že pod záštitou GAČR probíhá projekt s názvem:

Zjištění stavu, potřeb a perspektiv psychologické diagnostiky v České republice.

V jarních měsících roku 2002 se na vás obrátíme s dotazy, týkajícími se vaší psychodiagnostické činnosti a metod, které používáte ve své práci.

Jedině díky Vaší spolupráci se podaří získat takové informace, které pomohou zmapovat potřeby psychodiagnostiky u nás, a tak napomoci jejímu dalšímu vývoji.

Na spolupráci s Vámi se těší kolektiv řešitelů.

Projekt číslo 406/01/1076 GAČR probíhá pod záštitou Masarykovy Univerzity v Brně a Univerzity Palackého v Olomouci. Zodpovědnými řešiteli jsou Prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc. a Doc. PhDr. Vladimír Řehan.

AD MINULÉ ČÍSLO

O toleranci v psychoterapii (a v Konfrontacích)

Jan Poněšický

V minulém čísle (3/2001) vyběhl Zbyněk Vybíral k reakcím na různorodost v něm obsažených příspěvků. Shodou okolností jsem se s ním setkal na půdě Pražské psychoterapeutické fakulty, kde mě i osobně nabídl možnost publikování, což s díky činím.

Podobně jako při pohledu na sklenici vody, která je do poloviny naplněná, ji optimisté vnímají jako do půli plnou a pesimisté tvrdí, že je způli prázdná, se lze při posuzování psychoterapeutických přístupů soustředit na jejich přínosy či nedostatky. Když pak některý psychoterapeut píše o své práci a vcelku pochopitelně zdůrazňuje svůj osobitý pohled a styl, tak jej zpravidla vydává za objektivnější, pravdivější či lidskému bytí adekvátnější ve srovnání s dosavadními psychoterapeutickými směry. Málokdo si připouští, že je zajat ve svém porozumění světa a ovlivněn osobní biografií. S. Freud prý nesnesl pohled z očí do očí (o němž se tak zajímavě rozepisuje J. Růžička), což jej mimo jiné vedlo k „vědeckému“ zdůvodnění léčebného settingu na gauči. Zároveň byl ovlivněn i tehdejší atmosférou, ve které se zrcadlilo jak nadšení z rozrůstajícího se vědeckého bádání, tak i skepse týkající se podstaty člověka (viz Schopenhauer či Nietzsche). Mnohokrát jsem se svým přítelem Jiřím Růžičkou diskutoval o tom, že nelze psychoanalýzu zaměňovat za její zjednodušenou popularizaci a také že je nutno brát v úvahu její další vývoj. Přesto uvádí kriticky ve své statí o čase, že „ta nejvýznamnější minulost, především to nevědomé, je podle analytických myslitelů hotovou zkušenosťnou stopou“.

Sám Freud ve své statí o rekonstrukci minu-

losti zdůrazňuje význam tohoto terapeutického faktoru, na což navázali v nedávné době moderní analytici (Schafer z USA), když např. hovoří o převaprávění životních příběhů. S. Freud se dokonce zabýval otázkou, jak se mnohé (zvl. preverbální) zkušenosti, jež nejsou paměťově dostupné, obráží v aktuálním prožívání a chování – a proto často stačí analýza v prostoru „zde a nyní“. Na to navázal např. prof. Ermann (Mnichov) ve své koncepci „aktuálního nevědomí“. Možná, že Jirka Růžička z osobních důvodů odmítá možnost zákonitostí v lidské psychice a zároveň mu přináší více uspokojení i radosti intuitivní přístup. (Já mám zase více obavy z chaosu a nejistoty, a proto více tenduji k systematickému zpracování psychoterapeutických zkušeností.)

Nesrovnatelně více intolerantní k ostatním psychoterapeutickým školám je dle mého názoru Stanislav Grof, který sice velkoryse integruje psychoanalýzu do svého konceptu transcendentální psychoterapie, aby jí posléze to nejvýznamnější, tj. práci s přenosem a protipřenosem v aktuálním vztahu upřel. Tvrdí, že silný vztah k terapeutovi uzavírá pacientovi možnost integrace jeho problémů a symptomů do prenatálních a transcendentálních souvislostí. Vztahovostmi však člověk žije a analýza jejich fixací či jednostranností vyžaduje i dát se k dispozici co by spolučlověk, což – jak jsem S. Grofa poznal – mu příliš „nesedí“. Ona trpělivá práce, mikroanalýza, je často pomalá a frustrující, kdežto on má větší zálibu v budování velkých koncepcí a ve velkých krocích. Onen rozlet, boření hranic a vytváření nových systémů má cosi společného s „mužským principem“: na jedné straně jde o vymanění se z původní ženské identity, ze všemocné mateřské symbiózy, a zároveň jde o nové splýnutí, tentokrát se všemohoucí.

Velmi kultivovaný způsob prezentace volí Trapková a Chvála, neboť nikoho nekritizují a ponechávají na čtenáři, aby došel k závěru, že právě jejich přístup je správný. To jim neupírám, vážím si jich obou, jen bych si přál, aby se zmínili o tom, že mnohé jiné psychoterapeutické směry respektují stejné či podobné terapeutické faktory. Jejich líčení, jak se určité

události v rodině spojují s jistými emočními stavy a verbálními symbolizacemi, najdeme nejenom u jazykově orientovaných psychotherapeutů (Lorenzer, Lacan, francouzská psychosomatická škola), nýbrž upomíná i na podmíněné reflexní učení, na kognitivně behaviorální psychotherapii, jež se snaží tato spojení narušit a znovu smysluplně spojit, „převyprávět“, jak to autoři sami formulují. Porozumění rodinnému jazyku se opět věnuje idiolektika, psychotherapeutický směr zdůrazňující „vlastní jazyk“, jehož podstatnou součástí je schopnost terapeuta se zcela ponořit do individuálního jazyka pacienta, a tím vysledovat jeho strukturu a dynamiku, jež má dokonce i neurofyzilogický základ.

Sám jsem se pak zabýval otázkou, zda-li musí terapeut napřed rozšířit své vlastní „zorné pole“, tj. získat alternativní, hlubší či adekvátnější vhled a porozumění jeho problematice. Musí často překonat jak ovlivnění pacientem, který mu prezentuje svůj pohled a snaží se jej pro něj získat, tak i vlastní zábrany, vlastní omezenost, což oboje tvoří tzv. protipřenos.

Tímto kusým příspěvkem se přimlouvám za **aktivní toleranci**, tj. nejen tolerování odlišného, nýbrž i aktivní vyhledávání společného v různém, starého v novém. Jde o aktivní dialog, o výměnu názorů a vzájemné obohacování se. To nevylučuje kritiku, jež by však měla vyústit ve zvědavost na to, co onen kritizovaný odpoví, a zda je možno dojít k dorozumění, ke společným významovostem, tak, jak to děláme v psychotherapii a jak si lze představit cestu ke pravdě.

Zde sdílím obdiv k docentu Skálovi, svému výcvikovému „otci“, který dle mého vnímání prodělal cestu od spíše autoritativního a edukativního přístupu k hlubinně psychologické a rodinné psychotherapii, ke stále větší toleranci k různým psychotherapeutickým přístupům, aniž by se vzdal jasné představy o tom, co pomáhá a co škodí. Jeho pohled, jeho oči vyznačují dodnes onu pro něj typickou živost a zvědavost, zároveň i pevnost a nebojácnost.

Chudák pes! (Zpráva o mocných silách rodinného systému)

Igor Pavelčák

V minulém čísle Konfrontací mě dost potěšil a pobavil příspěvek VI. Chvály a L. Trapkové „Má každá rodina jiný jazyk?“ Potěšil obsahem a pobavil částí věnovanou psovi. Shodou okolností jsem měl také v té době několik konzultací se „psy“ a bylo opravdu úžasné sledovat psy při konzultacích. Jednu z nich si dovoluji nabídnout:

Jako obvykle jsem měl v rámci své psychotherapeutické práce mít skupinu rodičů, jejichž děti mají problém s drogou. Přišly pouze dvě maminky. Když jsem se zeptal, o čem by dneska chtěly povídat, jedna z nich položila otázku, jestli může pes cítit drogy. Moc jsem nerozuměl, a tak ta maminka řekla, že chování syna její kolegyně jí připomnělo chování vlastního syna v období, kdy ještě nebylo známo, že bere drogy. Ona sama něco tušila („něco bylo ve vzduchu“), ale stále se utěšovala, že se nic neděje. „Kojila se nadějí“ při každé příležitosti, že to NĚCO není tak hrozné a že se TO nějak vyřeší. Bylo to velmi nepříjemné, „nebylo se čeho chytit“. A tahle její kolegyně a její syn si kdysi pořídili psa. Teď ten pes ležívá půl dne stočený a nepřetržitě kňučí. Byli s ním u zvěrolékaře, ale nic mu nenašel. Nikdo neví, co by tomu psovi mohlo být. Nikdo kromě maminek, co byly v ten den se mnou na konzultaci. Chudák pes!

I. P. pracuje jako terapeut – pedagog ve Středisku výchovné péče v Liberci (dříve Locus). Absolvoval výcvik ve skupinové dynamické psychotherapii, v současné době ve výcviku v RT v Liberci.

RECENZE

Když pro Konfrontace, tak kriticky

(Stanislav Kratochvíl: **Skupinová psychotherapie v praxi**. Galén 2001, 2., doplněné vydání)

Věra Machů

Nakladatelství Galén vydává znovu po šestileté pauze Kratochvílovu **Skupinovou psychotherapii v praxi**. Jasné modrá obálka knihy hezky ladí s její barevnou abstraktní kresbou a láká k četbě přehledně koncipovaného textu, čerpajícího z revidovaného materiálu dřívějších autorových publikací o skupinové psychotherapii neuróz.

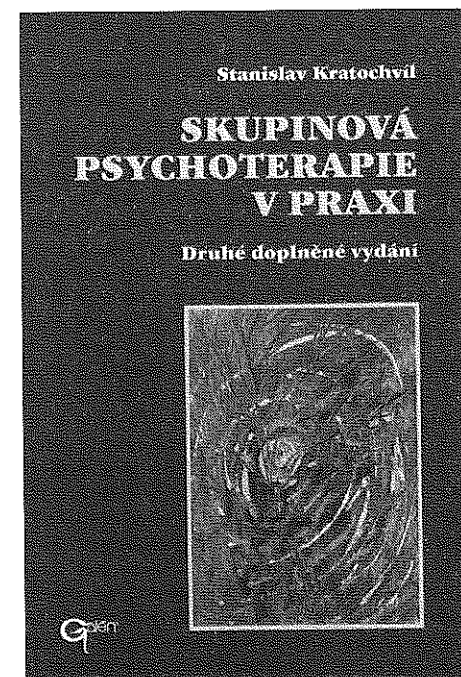
Text knihy je rozdělen na dvě hlavní části. V prvním oddíle jsou objasněny základní prin-

cipy, složky, metody, techniky a účinné faktory skupinové psychotherapie a názorně doloženo na příkladech z praxe. Ve druhé části monografie představuje Kratochvíl kroměřížskou psychotherapeutickou komunitu pro léčbu neuróz, od jejíhož založení letos uplynulo už 30 let. Uvádí zkušenosti s organizací a velikostí skupin, se způsoby jejich vedení a zaměřením. Imponující je přehled vzorně vedené dokumentace o jednotlivých sezeních, skupinách a pacientech. Literární prameny, zahrnující i aktuální novinky, obsahují kolem 170 titulů, z poloviny cizojazyčných. Kniha renomovaného autora dokumentuje jeho bohaté klinické zkušenosti a skvělé didaktické schopnosti. Je přehledná, systematická, psaná živým jazykem, doplněná obrázky, tabulkami a věcným rejstříkem. Může být užitečná studentům, začínajícím terapeutům i lidem s delší poradenskou či klinickou praxí. Tolik k formálnímu hodnocení.

Na stránkách tohoto časopisu však nedávno sám Stanislav Kratochvíl prohlásil, že „Konfrontace jsou konfrontace a žádají si recenze kritické“. Jeho konstatování mně dodává odvahy dostát tomuto požadavku. Při vši účtce ke třicetileté tradici kroměřížského psychotherapeutického oddělení, kde jsem sama řadu let pracovala, i k osobnosti jeho zakladatele, postrádám v recenzované práci akceptaci nových odborných poznatků, především v přístupu k neurotickým poruchám.

Už před 15 ti lety napsal Oldřich Matoušek ve svých Kontextech neuróz, že budoucnost pravděpodobně ukáže stávající pojetí neuróz jako zjednodušené a neopodstatněné. Rozvoj moderních funkčních zobrazovacích metod mozku, psychofarmak a nová klasifikace duševních poruch tuto jeho vizi potvrzují. Biopsychosociální model duševních nemocí také opravňuje k souběžné aplikaci psychofarmak i psychotherapeutických postupů ve snaze zkrátit individuální utrpení nemocných a zlepšit jejich spolupráci při léčbě. Dalším z důležitých aktuálních psychiatrických témat je komorbidita.

Kdo v této knize hledá informace o širším praktickém využití skupinové psychotherapie,



než nabízí terapeutická komunita pro dospělé s převážně neurotickými poruchami, najde jen stručný odkaz na jiné autory. Škoda, že tyto literární odkazy nejsou alespoň aktualizovány.

Kratochvíl v této práci průběžně srovnává své zkušenosti a názory s poznatky Irvina Yalom. Jeho Teorie a praxe skupinové psychoterapie je skutečně inspirující. Yalom zde na základě výzkumně ověřených poznatků mj. nabádá k pečlivé přípravě a výběru klientů při sestavování skupin, k oprávněnosti současné i následné aplikace skupinové a individuální psychoterapie, k návaznosti ústavní a ambulantní psychoterapeutické péče, k vytváření podpůrné, pozitivní a konstruktivní skupinové atmosféry, k ocenění „silných stránek“ osobnosti klientů, k uvážlivé aplikaci technik, k zodpovědnosti a trpělivosti terapeutů a k jejich přiměřenému vzdělání, výcviku a supervizi. Zmiňuje také vysokou efektivitu terapeutových písemných závěrečných shrnutí skupinového sezení, adresovaných všem jeho členům, malý význam životopisně orientovaných skupin i konstruktivní způsob využití přítomnosti pozorovatelů ve skupinách.

V Kratochvílových ukázkách zápisů ze skupin oproti tomu převažují kritické zpětné vazby, předčasné interpretace, biograficky zaměřená sezení a rutinně aplikované techniky, zatímco empatické a podpůrné výroky terapeutů se vyskytují sporadicky. Chybí také zdůvodnění paušálnosti šestitýdenní délky léčby, údaje o způsobu výběru pacientů do skupin a o vzdělání, výcviku a supervizi terapeutů.

Přes tyto své připomínky přeji novému vydání Skupinové psychoterapie v praxi hodně čtenářů a kroměřížskému psychoterapeutickému týmu, s nímž se i po letech cítím osobně spjata, odhodlání ke koncepčním změnám.

Klienti způsobují, že terapie funguje

Arthur C. Bohart, Karen Tallman:
How clients make therapy work:
The process of active self-healing
(Ako klienti spôsobujú, že terapia
funguje: Proces aktívneho sebaliečenia).
Washington, D.C., American
Psychological Association, 1999,
345 strán

Ladislav Timulák

Po sérii článkov a knižných kapitol v rôznych psychoterapeutických tituloch sa A. Bohart a K. Tallmanová rozhodli napísať monografiu o podľa nich (čo sa celá monografia, podľa môjho názoru úspešne, snaží dokázať) najviac dôležitom spoločnom faktore v psychoterapii: *aktívnom, kreatívnom zaangažovaní sa klienta v psychoterapii* (s. vii). Z tohto pohľadu najdôležitejším, čo terapeut môže v terapii urobiť je „nájsť spôsoby podpory, stimulácie a energizovania klientovho investovania sa a angažovania v terapii“ (s. xiii). Toto terapeutovo snaženie je príspevkom k aktívnemu sebaliečiacemu procesu klienta.

Kniha má štyri časti, každá z nich má niekoľko kapitol. V prvej časti knihy sa autori venujú predstaveniu modelu sebaliečiaceho sa klienta. Vychádzajú pritom takmer výlučne z výsledkov výskumov v psychoterapii i ostatných formách pomoci klientom s duševnými problémami. Empirickými poznatkami pritom dokazujú, že medicínsky model psychoterapie, ktorého jednoduchá definícia by mohla znieť: „*liečba narábajúca s pacientom prináša efekt*“ (pozri Bohart, 2000), nie je adekvátnou konceptualizáciou toho, čo sa deje v terapii a navrhujú vlastný model tzv. aktívneho klienta, ktorého definícia by mohla znieť: „*klient narába s liečbou a procedúrami a to prináša efekt*“ (pozri Bohart, 2000). Vychádzajú pritom z prehľadu výskumov, ktoré okrem iného ukazujú, že najvýznamnejšou premenou ovplyvňujúcou efekt psychoterapie je *klientovo zaangažovanie sa v terapii*; ďalej vy-

svetľujú, že *Dodo bird verdikt* (t.j. že metaanalýzy výskumu efektu psychoterapie nepri-nášajú takmer žiadne rozdiely medzi rôznymi formami terapie) je výsledkom toho, že rôzne formy terapie závisia v konečnom dôsledku od toho ako s nimi naloží klient; tiež poukazujú na význam *terapeutického vzťahu* pre úspešnosť terapie; zároveň ukazujú, že terapeutova skúsenosť sama o sebe nie je dostatočným prediktorom úspešnosti; poukazujú tiež na výskumy ľudskej *resiliencie, maturácie, sociálnej podpory, nádeje, spontánnej remisie* a pod., ktoré ukazujú, že človek sa vie vysporiadať s ťažkosťami aktívne (napr. aj pomocou svojpomocných skupín, rôznych nápomocných príručiek a pod.). Osobitnú pozornosť autori v tejto časti knihy venujú dôvodom vzniku psychologických problémov a formám klientovho samoliečiaceho úsilia pri prístupe k nim (uvádzajú napríklad tieto mechanizmy samoliečenia: akceptácia problémov, prenesenie pozornosti, trpezlivosť, prestanie sebaobviňovania, tolerancia ambivalentnosti a neistoty, kreativita pri hľadaní riešenia, zrelaxovanie, prehodnocovanie cieľov, hľadanie nových perspektív, rozprávanie s druhými, učenie sa zručnostiam, modelovanie, expozícia, prerámcovanie, zmena metakognícií, „zabudnutie na seba“, inutícia a pod.).

Druhá časť knihy sa zameriava na to, čo privádza klienta do terapie (t.j. kedy klientovo samoliečenie zlyháva) a na to, čo terapia do klientovho procesu samoliečby ponúka. Autori pritom vychádzajú z toho, že úspech psychoterapie primárne závisí od toho ako sa podarí klienta do nej zaangažovať (či je ochotný sa do nej angažovať a ako produktívne je to zaangažovanie; pozri Bohart, 2000) a ako terapia stimuluje klientovo myslenie. Autori pritom konceptualizujú psychoterapiu ako príležitosť k rôznym formám učenia sa. Explorujú týchto päť aspektov podporujúcich učenie sa v terapii: (1) poskytnutie bezpečného a empatického pracovného priestoru (ktorý podporuje uvedomovanie si prežívania, prekonanie hanby a tajnosti problémov, rozširuje uvedomovanie si a narábanie so spomienkami, emocionálne spracovanie explorovaných problé-

mov, rozmyšľanie o nich, prerozprávanie pre klienta dôležitých príbehov, prehrávanie rolí v rozprávaní, kreativitu a pod.), (2) poskytnutie kontextu pre interpersonálnu exploráciu a učenie sa (poskytnutím optimálneho vzťahu a tiež vzťahu, ktorý umožňuje exploração problematických interpersonálnych vzorcov), (3) poskytnutie spolupokojujúceho dialógu klienta a terapeuta zameriavajúceho sa na klientov svet (ide tu o interpretácie, porozumenie prehľbujúce konfrontácie, stimulujúce otázky, výmenu názorov, brainstorming a pod.), (4) poskytnutie cvičení pre exploráciu (ide tu o používanie napr. experienciálnych techník ako sú gestalt stoličky a pod., kreatívne úlohy, hranie rolí, imaginácie a pod. - tieto techniky podporujú vlastnú účinnosť /self-efficacy/ klienta), (5) poskytnutie zážitkov z učenia sa a učenie sa špecifickým zručnostiam (príkladom je expozícia, asertívne techniky, modelovanie a pod. - tieto tiež podporujú vlastnú účinnosť klienta). V závere tejto časti knihy autori explórujú niektoré terapeutické prístupy podľa toho, do akej miery sú kompatibilné s modelom aktívneho klienta s tým, že rozlišujú medzi tými, ktoré sú úplne kompatibilné (napr. na klienta zameraná terapia, ale napr. aj desenzitizácia pomocou očných pohybov) a na tie, ktoré môžu byť prevádzané tak, že sú úplne kompatibilné, ale tiež môžu byť prevádzané tak, že sú nekompatibilné (napr. psychodynamické prístupy, či KBT prístupy).

Tretia časť knihy nesie názov: *Terapia ako stretnutie mysli*. Autori sa najprv venujú problémom, kedy terapia funguje veľmi ťažko. Osobitne tu explórujú teóriu vychádzajúcu z pedagogickej psychológie o žiakoch, ktorí sú na cieľ orientovaní a o žiakoch, ktorí sú orientovaní na proces učenia sa. Podľa nich existuje paralela s procesom psychoterapie, kde podľa nich na cieľ (zmenu osobnosti alebo sebaaprežívania, či zmenu psychologických symptómov) zamerané fungovanie klienta spôsobuje zlyhávanie v terapii, zatiaľ čo zameranie sa na proces terapie a drobné krôčiky zmeny je predpokladom úspešnosti terapie. Túto paralelu sa autori snažia aplikovať v psychoterapii (príkladmi využitia v behaviorálnej tera-

pii, kognitívnej, psychodynamickej i humanistickej).

Ďalšia pasáž tejto časti knihy je venovaná angažovaniu klientovho myslenia, prežívania a správania v terapeutickom procese. Tieto tri procesy vidia autori prítomné v hlavných formách terapie (psychoanalýza - myslenie a prežívanie, humanistická psychoterapia - prežívanie a myslenie, kognitívna terapia - myslenie a správanie, behaviorálna terapia - správanie a prežívanie) a venujú sa hlavným črtám produktívnej formy týchto procesov v terapii a tiež ich vzájomnej interakcii.

Nasledujúca kapitola prináša odporúčania pre terapeutickú prácu v podobe terapeutického manuálu vychádzajúceho zo základných premís modelu aktívneho klienta (napr. rešpektovanie klientovej aktivity; viera v to, že klienti sú múdri; podpora klientovej kapacity pre exploraáciu, učenie, uvažovanie a pod.). Základom je podľa nich vybudovanie kolaboratívneho vzťahu a tzv. kolaboratívneho vzťahového rámca, v ktorom fungujú klient a terapeut ako partneri prispievajúci svojim dielom k práci na klientových problémoch.

Záverčná kapitola tejto časti knihy sa venuje niektorým špecifickým problémom terapeutickej praxe ako je napríklad narábanie s odporom klienta (napr. jeho validácia v tom, že isto má pre klienta opodstatnenie); diagnostika (podľa autorov je zmysluplnejšie priradiť klienta do tej ktorej formy terapie nie na základe psychopatologickej diagnózy, ale na základe typu klientovej osobnosti); či problém prirodzenej nerovnováhy moci medzi klientom a terapeutom, ktorý môže zabráňovať vzniku kolaboratívneho dialógu medzi klientom a terapeutom.

Posledná kapitola knihy sa venuje implikáciám pohľadu teórie aktívneho klienta na profesiu klinickej psychológie. Autori tu predstavujú implikáciu pre integráciu v psychoterapii, ktorej základná idea by sa možno jednoducho dala zhrnúť do tvrdenia, že zatiaľ čo jednotlivé terapie produkujú rozličné špecifické efekty, klienti sú holistický činitelia, ktorí vedľa využitia týchto špecifických efektov z ktorej-

koľvek terapie pre svoj globálny cieľ. Vzhľadom k implikáciám pre výskum psychoterapie autori nastolujú otázky kontextu, ktorý prispieva k rozvoju a udržiavaniu klientových problémov mimo terapie a ďalej otázky na to, ako klient implementuje učenie sa z terapie do života mimo nej, prípadne ako toto učenie sa sám aktívne rozvíja. Autori sa tu ďalej venujú otázkam manualizácie psychoterapie, empiricky podloženým terapiám, výcviku v psychoterapii, novým terapeutickým stratégiám, diagnostike, plánom liečby, výberu terapií klientmi, formami svojpomoci, práci s nedobrovoľnými klientmi a pod.

Práca Arthura Boharta a Karen Tallman je originálnym príspevkom k integrácii v psychoterapii a okrem toho, že ponúka bohatý prehľad zaujímavých výskumných poznatkov, ponúka aj ich zaujímavú syntézu a interpretáciu v podobe klientovej aktívnej účasti na fungovaní psychoterapie. Kniha je určená autorom všetkých teoretických orientácií a ponúka vhľady, ktoré možno využiť v akomkoľvek teoretickom rámci súčasnej psychoterapie. Zároveň môže poskytnúť mnohé návody na prácu s problémami v každodennej psychoterapeutickej praxi. Preto ju vrelo odporúčam pre všetkých tých, ktorí majú záujem o uvažovanie o psychoterapii z pozície klienta.

LITERATÚRA

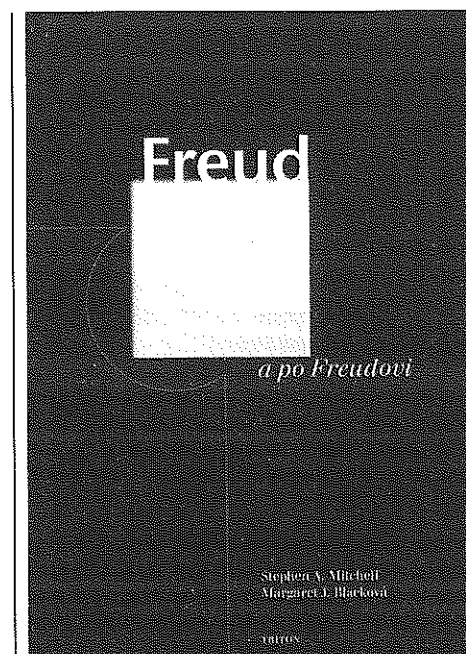
Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: clients self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149

Nad knihou Freud a po Freudovi: učebnice (nejen) vývojové psychologie aneb popis vývoje je „vyhladovělým dvojčtem“ jeho skutečného vysvětlení

Tereza Kocourková

Vše, o čem jsem na přednáškách z vývojové psychologie slyšet měla, ale neslyšela, mi kniha *Freud a po Freudovi* poodkryla elegantním a okouzlejícím gestem „lehké“ ruky. Při posuzování odborné literatury si všímám nejen sdělovaného obsahu ale také formy, jakým je mi sdělován. Způsob, jakým autoři S. A. Mitchell a M. J. Blacková sdělují obsah, se vyznačuje lehkostí a elegancí kontaktu s jazykem coby nástrojem sdílení a komunikování se čtenářem. Mezi mnou - příjemcem vědění a knihou - prostředkem jeho přenosu se nerozevřela propast nesrozumitelného a nepochopitelného jazyka. Obecně nesnadno pochopitelné psychoanalytické myšlenky a pojmy jsem přijímala bez únavy a rozladění z nadměrné složitosti a spletnosti.

Studium vývojové psychologie se v prostředí vysokoškolské posluchárny redukuje na soubor pojmů, které vývoj pouze popisují v podobě pojmenování, případně následuje klasifikace pojmenovaného a utřídění do přehledných či když „trochu“ těsných škatulek dalších pojmů. Díky tomuto procesu se mozaika představa o vývoji skládá z obroušených (a rádobu kultivovaných) střepků umrtvených pojmů. Při vzpomínce na absolvované přednášky a státnice z vývojové psychologie se ve mně oživil myšlenkový vír poloprázdných pojmů a jejich autorů, jako např. Bowlby a attachment, Mahlerová a separačně-individuační proces, Freud a orální, anální, falická fáze raného vývoje, Erikson a 8-fázový epigenetický model vývoje osobní identity. Toto jsou hlavní



města mojí kognitivní mapy vývoje lidského jedince. Pojmy, které díky necitlivému a redukcijnímu používání k pouhému popisu vývoje, neunikly vyprázdnění a umrtvení. Tento fakt jsem si začala uvědomovat až po přečtení první třetiny Dějin moderního psychoanalytického myšlení. **Popis vývoje je „vyhladovělým dvojčtem“ jeho skutečného vysvětlení.**

Vývojová egopsychologové, s nimiž jsem se díky této knize setkala ve velmi „živé“ podobě, by svými příspěvky k ranému vývoji, především k jeho dynamice, pomohli „vykrmit“ neduživé přednášky. Pochopit jednotlivá psychoanalytická pojetí dynamiky raného vývoje považuji za významné (ne-li nezbytné) k jemnějšímu a celistvějšímu porozumění předkládaných konceptů psychologie lidského vývoje. Nestačí např. vysvětlit studentům, že oedipický konflikt je pojmem S. Freuda a že vyjadřuje rivalitní vztah předškolního dítěte k rodiči stejného pohlaví a fantazii incestního vztahu s rodičem opačného pohlaví. Takové sdělení se lehce přijme a lehce odsune jako něco, co se kdysi zrodilo ve fantazii S. Freuda a co postrádá nejen propojení s ostatními fázemi vývoje, ale

také propojení se skutečným životem. Ale ono nepostrádá! Pravdou je, že souvislosti postrádá (nebo je nesdílují) vyučující, pokud nedokáže studentům zprostředkovat oidipický konflikt jako dynamické sepětí preoidipického a postoidipického vývoje, významné pro (ne)problematické strukturování osobnosti. Jsem přesvědčená, že takováto výuka se stává vyučováním umrtvenému a neužitečnému souboru pojmů. Kniha Freud a po Freudovi pro mne představuje jeden z nejlepších odborných textů pro výuku vývojové psychologie. V protikladu k literatuře doporučované studentům (např. k učebnici Vývojová psychologie od Vágnerové) nechybí zde velmi důležitý prvek integrace vědění: propojení vývojové psychologie se sociální psychologií, psychologií osobnosti, psychopatologií a psychoterapií.

A co jí ještě nechybí? (A mnoha odborným knihám ano...) Kontinuální uspořádání textu, věrnost deklarovanému názvu a zajímavé kauzistiky. Z jednotlivých kapitol lze postihnout pečlivě realizovaný záměr autorů zachovat časové a pojmové kontinuum. Dějiny psychoanalýzy jsou napsány v souladu s epigenetickým principem návaznosti, prolínání, překrývání, přesahování a konečného dosažení (i s občasnými návraty) dalšího stupně psychoanalytického myšlení. Začínají kapitolou Sigmund Freud a klasická psychoanalytická tradice a pokračují kapitolami o egopsychologii, interpersonální psychoanalýze, kleinianské tradici, škole objektních vztahů, psychologii identity a self a současných freudovských revizionistech. Závěrečné, konfrontační kapitoly se zabývají spory v teorii a v technikách. V každé kapitole se objevují vhodná porovnání podobností a odlišností myšlenek dané školy a jejich představitelů s myšlenkami předchůdců a zakladatele S. Freuda, dále iniciační vliv na pokračovatele a zakladatele nové školy. Výstavba celého textu je podobná obrazu zro-

du a výstavby města. Historické centrum téměř každého města je část, kterou si její obyvatelé chrání, opečovávají a také v případě nutnosti rekonstruují. Je to část, která umožňuje zrod a rozvoj všech dalších čtvrtí. Podobně se Mitchell a Blacková ve všech kapitolách své knihy navracejí k historickému centru psychoanalytického myšlení a poukazují na uchované, zrekonstruované a zcela překonané stavební prvky novodobějších čtvrtí psychoanalytického města. Bloudění jeho ulicemi ujišťuje i znejišťuje, obohacuje i ochuzuje, formuje i deformuje představy o světě, který je nám a našim blízkým (přeládán a kterému jsme dáni. Představy o světě svobody i nesvobody pro uskutečnění našich životních možností.

Závěrem ještě chvíli o bloudění. Po dočtení knihy Freud a po Freudovi jsem neodolala vábivé možnosti pokračovat v toulkách časem, který se započal prvními objevy S. Freuda. Ne náhodou jsem zakoupila publikaci téhož nakladatelství Triton od G. Condraua, který ji nazval *Sigmund Freud a Martin Heidegger, Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. (Náhodnost svého činu vylučuji ze 2 důvodů: Triton mne kvalitou vydávaných knih doposud nezklamal, právě naopak. A byť jen slovní blízkost psychologie S. F. a filosofie M. H. se mi zezdala velmi zajímavá a lákavá...) A tak jsem částečně zbloudila od přísně psychologického pojetí člověka k myšlenkám antropologickým, filosofickým a daseinsanalytickým. S úlevou a radostí občas překračuji hranice nejen psychoanalytického ale také psycho-logického a psycho-terapeutického vědění o člověku. Díky tomuto obohacujícímu zbloudění, ať už k filosofii, antropologii nebo i k próze a poezii, prožívám pocit svobody. A navracím se s myšlenkou, že „psychoterapie jakéhokoliv druhu je dostupná jen tomu, kdo ještě disponuje alespoň minimální svobodou...“ (Condrau, 51).

KONGRESY A KONFERENCE

„Otázka času“

Martina Rašticová

Stockholm - hlavní město Švédského království, se rozkládá na více než 20 ostrůvků a poloostrovech mezi jezerem Mlaren a Baltským mořem, světově proslulo každoročním prosincovým ceremoniálem udělování Nobelových cen...

...v tomto městě pobývali od 17. do 20. června účastníci 48. ročníku mezinárodní konference, kterou pořádá každým rokem Mezinárodní výbor pro manželství a mezilidské vztahy - ICMIR (součást WFO - Světové organizace pro rodinu).¹⁾

Z přítomnosti více než 90 účastníků z 23 zemí světa - (z Austrálie, Rakouska, Belgie, České republiky, Dánska, Estonska, Finska, Francie, Německa, Ghany, Irska, Itálie, Indie, Litvy, Lotyšska, Malty, Nigerie, Ruska, Jihoafrické republiky, Švédska, Švýcarska, Velké Británie, USA) bylo ihned patrné, že jde o setkání profesionálů v oblasti manželské a rodinné psychoterapie a spřízněných oborů vskutku mnohonárodní. Česká republika se účastnila poprvé a co se týče geopolitického kontextu bylo její zastoupení unikátní (žádný Slovák, Polák, Maďar).

Útulný hotel v odlehlé části Stockholmu nám pořadatelé vybrali jako místo, kde jsme ve čtyřech dnech měli dostatek času zabývat se tématem OTÁZKA ČASU (a/nebo jeho nedostatek). Podtitul: partneři, rodiče - percepce, priority. Společenský rozměr konference byl patrný z přítomnosti švédské paní ministryně pro rodinu a děti Ingely Thálen, která celou konferenci zahajovala. Pro rámcovou představu toho, jak organizátoři naložili s tématem vzbuzujícím v každém jistě nespočet asociací a námětů k diskusi, uvádím program konference.

Prezentace byly na téma

- Život v moderní době - implikace pro život dětí a rodin (Prof. Lars Dencik, ředitel Centra pro výzkum rodiny a dětství, Roskildova univerzita, Dánsko)
- Láska je otázka času (Prof. Alfons Vans-teenwegen, prezident Institutu pro studium rodiny a sexuality, Leuven univerzita, Belgie)
- Následky - časová dimenze v postnukleární rodině (Dr. Margareta Hydén, mimořádná profesorka sociální práce, Stockholmské univerzity, Švédsko).
- Rodinné vztahy v domorodé Austrálii (Dannny Ford, ředitel Institutu pro strategii a politiku domorodců, Oddělení pro rodinu, Západní Austrálie).

V programové nabídce bylo dále 8 workshopů. Každý účastník měl možnost absolvovat 2 z nich. Součástí pracovní části konference byla kromě prezentací a workshopů tzv. skupinová sezení. Účastníci byli rozřazeni do těchto skupin ještě před začátkem konference tak, aby v každé skupině byla co možná nejširší národnostní pestrost. Blíže nespécifikovaná náplň skupinových setkání dávala prostor pro diskusi na různá témata, nejčastěji v návaznosti na předešlou prezentaci. Zřejmě proto, že v diskusi na většinu témat jsme hledali spíše podobnosti než rozdíly, a snad i díky tomu, že nás všechny spojovala stejná nebo podobná profesní zkušenost, převládal u mě pocit příjemného souznění se skupinou. Pokud jsem šla na první setkání skupiny se zvědavostí a trochou napětí, co mě čeká, tak na zbylá setkání jsem se těšila. Setkání probíhala v přátelské rozpravě, bez střetů, plynula klidně k pravidelnému téměř všeobecnému konsenzu.

Co také zaznělo na konferenci...

Pan profesor Lars Dencik, ředitel Centra pro výzkum rodiny a dětství z Dánska, využil část své prezentace nazvané *Život v moderní době - implikace pro život dětí a rodin* k úvaze nad modernou a postmodernou. Cítili:

„Bob Dylan o tom zpívá, filosofové spekulují, revolucionáři sní, konzervativci si na to stěžují

a normální lidé dnes a denně zažívají to, že čas se mění. To je v podstatě to, o čem čas je - o změně. Ale co to znamená pro lidi, pro rodiny a jejich děti, že podmínky jejich života se neustále mění? A dnes navíc tempem, které je pravděpodobně rychlejší než kdy předtím?

Svět, ve kterém žijeme, se mění, a mění se kontinuálně a nikdo nemůže vědět, co přinese budoucnost. Jediná věc, kterou si můžeme být jisti je, že po moderně přijde postmoderna...

Změny produkují změny... Když se změní jedna podmínka v systému, jiné části, které jsou tak či onak s ní spojeny, se musejí přizpůsobit, např. změnit způsob fungování. Toto zpětně generuje nové požadavky změny atd. Následkem toho je, že tempo, ve kterém se mění sociální podmínky jednotlivce, akceleruje. Co dříve platilo, příliš dlouho neobstojí. „Sociální životnost“ téměř všeho - technologií, výrobních metod, politických systémů, ideálů, rodinných vzorců, pohlavních rolí, rodičovství, dětství - a také „vědeckých pravd“ o těchto věcech, je kratší a kratší. Změna se stává přirozeným řádem věcí..., protože kontinuální změna je neodlučitelná součástí modernity jako takové.

Postmoderna je fenomén, který neustále pokračuje. Předpona „post“ zde nepředjímá žádný sofistikovaný výklad, ale měla by být chápána v čistě latinském významu, tzn. (to, co přijde) po. Postmoderna jednoduše poukazuje na sociální podmínky, které neustále a nevyhnutelně následují podmínky, které byly běžné. Např. ty, které byly obvyklé, když jsme byli my jako osobnosti v mládí formováni. Ti z nás, kteří např. žijí v dobře fungujících sociálních státech Skandinávie a ekonomicky vyspělých společnostech zvaných „západní svět“, by si měli uvědomit, že budeme muset opustit tento moderní stav, který známe. Ale co ho nahradí? Jsou tací, kteří tvrdí, že to vědí... Zdá se, že čím komplexnější se stává transformace společnosti, tím silnější bude touha po jednoduchosti, pořádku a předpověditelnosti. Ale dovolte mi podotknout, ač chovám respekt k jakémukoliv náboženství a ač se nechci nikoho dotknout, že když přijde na sociální předpovědi, jsou všechna proroctví definována chybně. Budoucnost neroste podle nějakého

plánu. Ani děti, manželství, rodičovství ani jiné mezilidské vztahy. Lidská budoucnost je neustále nově tvarována a přichází, někteří to mohou sledovat příjemným, den po dni. Jediná věc, kterou si můžeme být jisti při zvažování budoucnosti našich dětí je, že vyrostou a budou žít ve světě, o kterém ve skutečnosti nic nevíme. Jak na ni můžeme děti nejlépe připravit? Tradice a zaběhlé zvyklosti se stávají více a více zastaralým, ne-li přímo neschopným průvodcem, jak řešit věci, problémy... Na co se tedy máme my, jejich rodiče a učitelé, spoléhat? Jak se děti a jejich rodiny vyrovnávají s procesem nepřerušované průběžné postmodernizace?

Jste co jste, ale musíte se stát, čím nejste. To se zdá být jedna z výzev, které proces modernizace klade na jednotlivce. Jak se hodí tradiční zvyky, životní styl a hodnoty na novou situaci, se kterou se budeme muset neodvratně konfrontovat? Je člověk odsouzen k tomu, aby se neustále zpožďoval za situací, ve které se nachází? Jestliže ano, jak má člověk zacházet s takovouto „chronickou nesoučasností“ (chronic untemporaneity)? Současně s tím, jak se mění podmínky sociálního života, mění se i podmínky pro rozvoj jedince a sociálních vztahů. Ale jak? (Konec citace)

Prof. Dencik dále zdůraznil, že určité významy současné rodiny přetrvávají. Za nejdůležitější považuje emocionální intimitu, kterou by si měli členové rodiny poskytovat.

Dále uvedl tři procesy probíhající v postmoderních společnostech:

a) proces racionalizace (tendence více racionalizovat svůj život)

b) proces sekularizace (dřívější hodnoty ztrácejí význam)

c) proces individualizace (nechováme se podle toho, k čemu jsme byli „předurčeni“ svým původem, rasou, pohlavím, rodem apod., chováme se jako individuality.)

Vyzdvihl význam rituálů při výchově „šťastného dítěte“.

Hodnotit tuto prezentaci pouze jako zajímavou by bylo velmi nevýstižné. Byla podnětná, evokující řadu dalších otázek, úvah, diskusí, bezesporu vydařená vstupní brána konference.

Zde je několik bodů z další neméně podnětné prezentace nazvané *Láska je otázka času*, kterou vedl Alfons Vansteenwegen, prezident Institutu pro studium rodiny a sexuality z Belgie. Mimo jiné uvedl: „zkušenost s časem pro každého partnera v manželství je originální, liší se partner od partnera.“ Pan profesor nejenže teoreticky velmi podrobně a fundovaně popsal rozdíly mezi manželi v „otázce času“, ale celý výklad mistrně dokresloval desítkami konkrétních příkladů ze své zřejmě bohaté praxe manželského poradce. Nabídl následující seznam rozdílů mezi manželi v „otázce času“: rozdíly ve vnímání trvání času, v časové orientaci, v reakčním času, v tempu, v rychlosti dělat rozhodnutí, v požadované frekvenci vykonávat určité činnosti, v chápání přesnosti, v plánování času, v tom, jak a k čemu čas využít. Prezentaci shrnul slovy: „...simultánní čas není něco, co samo o sobě vyvstane ve vztahu. Je to něco, na čem dva lidé neustále pracují, o čem diskutují. I zde platí to, co je podstatou pro řešení jakéhokoliv problému ve vztahu: skutečně společný čas přichází, když spolu partneři mluví.“²¹

Systematické, svižné, podnětné, vtipné, zervubné, tak by snad bylo možno hodnotit pojetí tohoto tématu.

...a byl i prostor pro neformální setkání

Dva společenské večery ve Stockholmu byly příjemným ukončením pracovních dní. Pondělní večer začal v centru Stockholmu - recepcí na radnici s primátorem a prohlídkou některých částí radnice, včetně Nobel Price Hall. Právem je nazýván zlatý sál, protože jeho stěny jsou zdobeny nablátlou mozaikou, do níž, dle výkladu průvodkyně, byl skutečně přimíchán zlatý prach. Působí vznešeně. Téhož pozdního, nikoliv však tmavého večera (červen je měsíc bílých nocí), jsme si z paluby výletní lodi prohlédli panoráma ostrovního Stockholmu. Mimo jiné taky budovy parlamentu, královský palác a kostel Riddarholm - pohřebiště švédských

králů nacházející se v historickém jádru, které je nazýváno „městem mezi mosty“. Úterní večer byl ve znamení bouřlivých oslav léta (Midsummer night celebrations), které ve Švédsku patří k největším a nejoblíbenějším svátkům roku. Atmosféru konference umocňovala slavnostní nálada vznášející se nad městem, které se připravovalo na oslavy pětadvacátého výročí svatby oblíbeného královského manželského páru Carla XVI. Gustafa a Silvie. Jak rychle jsme se do Stockholmu sjeli, tak rychle jsme se krátkou reflexí účastníků konference a pozvánkou australských pořadatelů do Sydney - místa příští konference, rozešli.

Na závěr bych moc ráda poděkovala panu docentu Ivo Plaňavovi, díky němuž jsem mohla účast na konferenci realizovat.

Pozn.

Nepsaným patronem účastníků z východního bloku byl pan Martin Koschorke - berlínský psycholog a psychotherapeut, který projevil velký zájem o to, aby se dalších konferencí zúčastnili odborníci v oblasti rodinné psychoterapie z ČR. Všem, kteří by se rádi dozvěděli něco víc, nebo se chtěli zúčastnit některé z dalších konferencí (konference v roce 2003 se uskuteční v Belgii), ráda poskytnu informace o ICMIR, kopie přednášek, kontakty apod.

POZNÁMKY:

²¹ V informační brožurce se můžeme o ICMIR dočíst: „Výbor kolem sebe vytvořil širokou základnu členů, kteří se pravidelně scházejí a současně je neustále otevřen pro nové členy. Různorodost členských organizací i jednotlivců vytváří široké spektrum profesionálů a dobrovolníků zájímajících se o rodinnou terapii, pomáhající profese a výzkum v této oblasti. Každoroční mezinárodní konference má za cíl reflektovat podmínky, v nichž se nachází rodina v daném čase na různých místech. Každé téma je v průběhu konference diskutováno do takové hloubky, do jaké zajímá jednotlivé členy konference.“

²² Prof. Vansteenwegen ve své praxi aplikuje mj. principy systematické a komunikační psychoterapie. Praktické zkušenosti shrnuje ve své knize *Liebe - ein Tatigkeitsswort*, München: Claudius, 1993

Martina Rašticová, psycholožka, na FSS MU v Brně se pod vedením doc. Plaňavy výzkumně věnuje problematice genderu v rodinném kontextu

Z DOPISŮ

Musím Vám vyslovit dík za časopis, který mne obohatil svým obsahem více než některé publikace ze současné „psychologické produkce“.
(J. Janíček, Praha - 10. 7.)

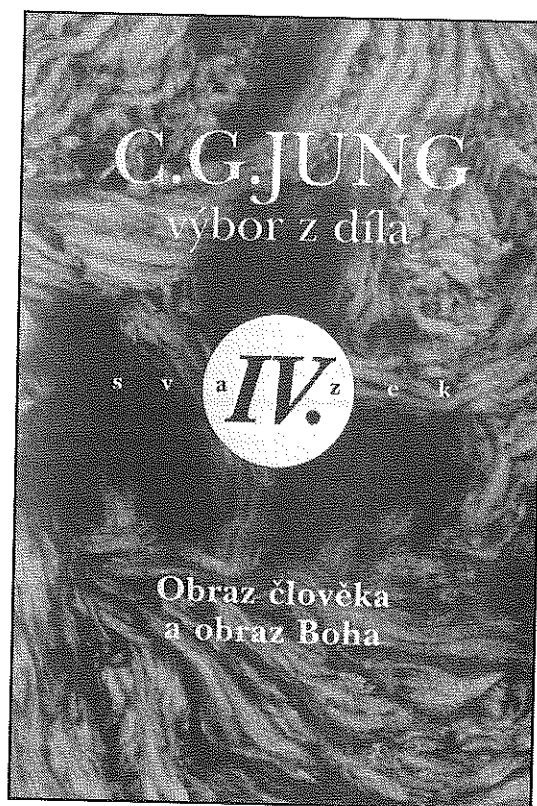
Přečetl jsem si recenzi na Yaloma v čísle 3/2001. Jsem fascinován, jak máme shodné názory.

(D. Dohnal, Olomouc - 2. 10.)

Poslední číslo Konfrontací mě hodně zaujalo svým „barevným“ obsahem i formou. Považuji je za jedno z nejzdařilejších vůbec.
(V. Machů, Brno - 8. 10.)

Jsem velice ráda, že jsem se k časopisu Konfrontace, sice samými náhodami, dostala. Ve světě průměrnosti v nabídce i poptávce vysoká kvalita potěší a překvapí. Zahřeje to, když jde někdo „pod povrch“, má standardní tvar a nesleví, neprodá se za počet čtenářů a roční obrát. Časopis je kvalitní a „svůj“. Do dalších let přeji hodně odvahy.

(P. Šoulavá, Karlovy Vary - 26. 10.)



Jak je tomu již tradičně u Junga, tři stati v tomto svazku (o náboženství, o mši a Odpověď na Jóba) se zabývají nejen tématy náboženskými, ale - znovu a opět - i základními motivy analytické psychologie. Vydalo Nakladatelství T. Janečka v Brně na podzim 2001

INSTITUT VIRGINIE SATIROVÉ ČESKÁ REPUBLIKA

otevívá

čtyřletý psychotherapeutický výcvikový program

MOVISA (model Virginie Satirové)

Program je akreditován jako ucelený výcvik v psychoterapii pro oblast zdravotnictví. Je určen lékařům, psychologům a dalším vysokoškolákům, středoškolákům a studentům pracujícím v pomáhajících profesích. Celkový počet hodin výcviku je 560. Cena za jednu výcvikovou hodinu je 75 Kč. Výcvik obsahuje teorii, sebezkušenost, nácvik dovedností a supervize. Cílem výcviku je zvýšit profesionální kompetence účastníků, vybavit je dovednostmi pracovat s jedincem, rodinou a skupinou. Specifickým přínosem je důraz na osobnostní růst účastníků. Zájemci se mohou informovat u lektorů výcviku MUDr. Milady Radosové (0454/333456 večer) a MUDr. Alexandry Beránkové (069/6912009 nebo 069/6911283 přes den). U vážných zájemců počítáme s odesláním přihlášky a životopisu nejpozději do konce roku 2001 a výběrovým rozhovorem 14. 1. 2002.

Garant výcviku: PhDr. Ilona Kořátková

Tým lektorů:

MUDr. Alexandra Beránková

PhDr. Olga Holubová

PhDr. Ilona Kořátková

Mgr. Luba Lichorobiecová

MUDr. Milada Radosová

PhDr. Hana Ščibranyová

Termíny výcviku na rok 2002:

30.3.-7. 4., 31. 5.-2. 6., 13. 9.-15. 9., 22. 11.-24. 11.

Závazné přihlášky s životopisem zasílejte na adresu IVS ČR:
PhDr. Olga Holubová, Pod Starou školou 69, 164 00 Praha 6