

OBSAH

EDITORIAL	107
RECENZE	
Jan Knop: Trochu víc než recenze na jednu knihu (o rodinných konstelacích B. Hellingera)	108
Zbyněk Vybíral: Poněšického přesahy v „malé psychosomatice“	111
ZRNĚNÍ (2)	
Zdeněk Rieger: JAK jsem mohl... / Kdo z nás je medem médií? / Máme nový výbor / „Knížka o radosti“	113
MINIPOVÍDKA	
Daniela Doubková a Jiří Drahoš: Ty, Sylvo... ..	115
ESEJ	
Prokop Remeš: Zenové koány a teorie komunikace	119
TEORIE	
Michal Pernička: Setkání v psychoterapii	122
Ladislav Grygar: Těžký pacient ve skupinové analytické psychoterapii (dokončení z minulého čísla)	124
Z HISTORIE (A SOUČASNOSTI) PSYCHOTERAPEUTICKÉ PRAXE	
Martina Pilařová: Inspirace pro dětskou psychoterapii v České republice	131
Virginia Salírová: Terapeutova role a techniky (dokončení z minulého čísla) ...	137
Josef Zvoníček: Fobie nebo strach?	140
Věra Müllerová: Terapeutický klub alias skupina S	143
PSYCHOSOMATIKA	
Vladislav Chvála, Ludmila Trapková: Je integrace psychoterapeutických zkušeností do somatických oborů možná?	145
Ad, GLOSÝ, Z DOPISŮ	
Lenka Gazdová: Když má člověk sedmdesát / J. Poněšický: ad Stanislav Kratochvíl / J. Šturma: Glosa k Zrnění / J. Zvoníček: Mějme odvahu vzdát se vědění	150
OHLEDNUTÍ	
Ladislav Nykl: Třetí světový psychoterapeutický kongres ve Vídni	153
Zbyněk Vybíral: Mezinárodní psychoterapie mezi mezinárodními filmy a Pyrenejemi	154
Stanislav Kratochvíl: Vzpomínka na profesora Ondřeje Kondáše	159

Uzávěrka 48. čísla byla 23. 8. 2002. Vychází čtvrtletně v nákladu 850 výtisků. Příspěvky přijímáme na disketách nebo jako přiložené e-mailové soubory (nejlépe v rtf formátu nebo ve Wordu). Šéfredaktor PhDr. Zbyněk Vybíral. Redakční rada: PhDr. Dana Dobiášová, MUDr. Vladislav Chvála, Mgr. Michal Miovský, PhDr. Zdeněk Rieger, MUDr. David Skorunka, PhDr. Antonín Šimek. Objednávky přijímá redakce: Zbyněk Vybíral, Tomkova 139, 500 03 Hradec Králové, tel. 495 515 506, e-mail: zbynek.vybiral@tiscali.cz, www.studovna.cz/konfrontace. Předplatné ročníku 2002: 252 Kč, při zasílání na Slovensko a jinak do zahraničí 392 Kč (v ceně je zahrnuto poštovné). Obálka Radoslav Pavlíček. Sazba, litografie a tisková příprava Nakladatelství ATD Hradec Králové, tel. +420 604 871 318, e-mail: atd.hk@seznam.cz. Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s. ISSN 0862-8971

EDITORIAL

Ego-torial

Úvodní přednáška letošního vídeňského kongresu psychoterapeutů (více o něm ve dvou příspěvcích v tomto čísle) se jmenovala „Konec egománie“. Podle řečníka, německého psychoanalytika Richtera, se drolí kult ega; lidé znovu vyhledávají blízkost, vztahy; nejsou již tolik egoističtí. (Nevím, zda přání není otcem myšlenky. V každém případě Richter vidí svět jinak než, dejme tomu, přední analytik kultury Lipovetsky.) Psychoterapie by měla více zkoumat „my“ - kvalitu soužití a spíše se odklonit od analytického pitvání vypreparovaného „já“. Richter, což bylo sympatické, upozornil ovšem i na velmi snadné korumpování naší sociální senzibility, našeho soucitu s druhými - ostatně tímto směrem ukazoval už Schopenhauer. Potlačte své ego, ale dejte pozor, kdo chce využít a zneužít vašeho náhle rozšířeného cítění.

O 3 dny později mluvila Hanna Biran z Tel-Avivské univerzity o *shahidech*, palestinských martyrech. Extrémní sociální narcismus, pěstovaný v komunitě, je vede ke zbožštění ego-ideálu. Takový ideál pak zničí reálné ego - včetně pudu sebezáchovy, mateřských instinktů apod. Martyr rozmetá sám sebe, přemění se v desítky smrtících šrapnelů - jen aby zabil co nejvíce bezvěrců, nepřátel, Židů. Drojit své ego? V zájmu čeho? V zájmu „my“? Co když právě toto „my“ je nemocné, co když zešlelo až k patologní zášti? Drojit své ego, dobrá. Ale do jakých kousků, jakých šrapnelů? Terapeutka řekla: do lásky k bližním. Dodal bych: na prvním místě do lásky a úcty k životům. Včetně lásky k životu vlastnímu.

Ale to jsme přece kruhem nazpět u ego-kultu! Možná bychom na to měli jinak. Shodneme

se, že terapeut nemá být egoistický, nemá být narcistní. Shodneme se, že nezdravou sebestásku nemá posilovat v druhém. Má kultivovat prostor setkání (viz v tomto čísle článek Perničkův). A stop. Na dalším se neshodneme tak snadno.

Možná se ego-mánie a kult ega opravdu drolí. Vidím s tím ale spojeny i další nebezpečné, riskantní jevy: ztrátu sebe-vědomí, vytrácení se exkluzivity (výlučnosti a jedinečné charakterizace na úkor průměrnosti), rozpouštění svéráznosti, čím dále těžší žít pro ty, kdo se budou chtít - egocentricky odlišovat. A také: zda to drolení silných eg nepřipravuje půdu pro to, že brzy již bude méně *nekonformních*, názorově silných, svými postoji opravdu výrazných osobností: svérázných, výlučných, s postoji mnohde a často neslučujícími se s postoji většiny.

Dvě ega spojená s Konfrontacemi dospěla k padesátce. 23. září oslavuje padesátiny Vladislav Chvála, člen redakční rady a pravidelný autor tohoto časopisu. 25. října chystá oslavu Mirek Huptych, spojený s Konfrontacemi (a nejen s nimi) kolážemi. A než vyjde letošní čtvrté číslo, bude pětapadesát Zdeňku Riegrovi. (26. listopadu.)

A tak mě napadá, že by si mohli trochu kultu všichni tři užít, jistě ani jeden z nich nepropadne zbožněním vlastního ideálu. A přeju jim, ať se nedrolí. Kdybyste jim chtěli popřát, zde jsou jejich elektronické adresy: chvala.vladislav@iol.cz a huptych@seznam.cz a zde.rieger@worldonline.cz

Kult eg? Nebojím se silné osobnosti obdivovat a povzbuzovat je. A také chci vytvářet prostor pro tvořivost, odvahu i odlišnost dalších. (Viz mini-povídka Doubkové.) Budme úspěšní druhým, nejenom sobě. Pak mohu s klidným svědomím dodat: ego-mánie neego-mánie.

Zbyněk Vybíral, 27. srpna 2002

RECENZE

Rodinné konstelace - trochu víc než recenze na jednu knihu

(Bert Hellinger, Gunthard Weber, Hunter Beaumont: *Skrytá symetrie lásky*, Pragma 2000.

Přeložil Jan Brázda - na jiném místě stejné strany je uveden jako překladatel Jan Benda)

Jan Knop

Byl jsem pozván Riou Verlinden na seminář rodinných konstelací a protože jsem chtěl vědět víc, začal jsem číst knihu *Skrytá symetrie lásky*. Zpočátku se mi do textu nedařilo začíst, mnoha místům jsem nerozuměl a nešlo mi pochopit, co autoři míní onou skrytou symetrií lásky, byl jsem z toho podrážděný. Od třetí kapitoly mne však text začal vtahovat a pak obohacen vlastní zkušeností ze semináře, jsem knihu přečetl se zaujetím.

První část knihy *Fenomenologie systémů intimních vztahů* obsahuje pět kapitol. První kapitola *Vina, nevina a hranice svědomí* probírá základní východiska Hellingerova přístupu.

Vymezuje tři základní potřeby, které podle Hellingera máme ve všech vztazích, a to: potřebu sounáležitosti, potřebu udržovat rovnováhu mezi dáváním a přijímáním a potřebu bezpečí, tedy potřebu řádu. Tím nejpodstatnějším je však dle Hellingera láska, sounáležitost a přijetí. Naplnění těchto potřeb je důležité pro přežití. Rodinný systém se řídí řádem přírodních zákonů, dynamikou složitých systémů, tedy skrytou symetrií lásky.

Mnohokrát jsem si uvědomoval (a nejen v této první kapitole), že Hellingerovy zkušenosti a názory jsou blízké terapeutickým zkušenostem a názorům mým i mých kolegů. Ale přes všechny podobné zkušenosti a názory

jsem upřímně řečeno stále zcela nepochopil, co skrytou symetrií lásky je míněno, a tak jsem si ji pro sebe přeložil do - pro mne srozumitelného - termínu: přirozená rovnováha světa vztahů.

Ve druhé kapitole *Muž a žena - základ rodiny* se zabývá tématem moci a sexuality v partnerském vztahu a také zdůrazňuje, jak je pro partnerství důležité vyvázat se ze sféry vlivu svých rodičů: „Láska partnerská vyžaduje, aby se jedinec zřekl své lásky k rodičům - tedy aby se jedinec stal nezávislým na rodiči opačného pohlaví.“ Druhým stěžejním tématem této kapitoly je rovnováha mezi dáváním a přijímáním ve vztahu mezi mužem a ženou a láska v partnerství, jež stabilizuje rodinu. Hellinger se zabývá i vlivem přerušového těhotenství na partnery a poukazuje například na to, že interrupce velmi často vede k rozpadu partnerského vztahu. Na dalších stranách se vyjadřuje k problémům nevěry a třístranných vztahů, žárlivosti, homosexuálních jedinců, rozvodu.

Ve třetí kapitole *Rodiče a děti* jsou základními stavebními kameny tato stanoviska: Rodiče dávají, děti přijímají. To nejcennější, co děti přijímají, je příležitost žít. Děti nemohou a neměly by dávat svým rodičům. Hellinger pak i probírá komplikace, které nastanou parentifikací - tedy když se dítě stane rodičem - ochráncem svého rodiče.

Jedním z pilířů rodinných konstelací je přesvědčení, že pro dítě je velmi důležité přijmout oba své rodiče takové, jací jsou, a to bez odpovědnosti za činy svých rodičů. Zdůrazňuje, že každý rodič může přijímání toho druhého rodiče ulehčovat nebo velmi komplikovat.

Hellinger se také vyjadřuje k otázce adopce a klade důraz na to, aby adoptivní rodiče byli jen zástupci rodičů biologických. Dále se zabývá tématem incestu a zdůrazňuje odpovědnost obou rodičů za to, co se stalo a nabízí možné kroky k napravení pochroumané rovnováhy.

Čtvrtá kapitola *Svědomí rodinné skupiny* vychází z myšlenky, že cokoli se stane jednomu členu rodinné skupiny (rodu), to se týká i všech ostatních. Zdůrazňuje se v ní, že do ro-

dinného systému patří živí a mrtví v nejbližších třech generacích - mrtví neztrácejí vliv na živé ať v dobrém či zlém. Pochopil jsem, že k důležitým krokům v procesu tvorby rodinné konstelace je právě přivést do rodinného systému všechny vlivné živé i mrtvé.

Do rodinného systému ale dále patří i ztracení a vyloučení členové a bývalí partneři - manželky či manželové a děti z předchozích manželství. Hellinger poukazuje na věc známou v rodinné terapii, že „co je v rodině potlačeno, to se obvykle projeví u těch členů rodiny, kteří mají nejmenší schopnost se bránit“.

Pátá velmi krátká kapitola *Láska a větší duše* se zabývá otázkou náboženství a osudu vesmíru.

Ve druhé části knihy *Psychotherapeutické otázky* nás autoři seznamují se základy stavby rodinných konstelací. Šestá kapitola *Terapeutický přístup* přináší základní filosofii Hellingerova přístupu. Hellinger sděluje, že hledá spíše zdroje než slabosti, spíše řešení (východiska) než problémy, zabývá se tím, co je viditelné a snaží se zasahovat do klientova života co nejméně. Zdůrazňuje pokoru, nepomáhat za každou cenu, raději nedělat nic, vycházet jen z toho, co je zjevné. Hellinger je toho názoru, že terapeut musí respektovat klientovu svobodu odejít a nezměnit se a že v terapii je důležité setkání, nikoliv výsledek. Také zdůrazňuje, jak je důležité vyhybat se interpretacím. Ale mnohdy mi připadá, že Hellinger vidí za roh či je prostě přesvědčen o tom, že to, co jej napadlo, je třeba na místě uskutečnit hned. Myslím si, že je přesvědčen o své pravdě a tu se snaží prosadit, že interpretuje víc, než si je ochoten připustit.

V kapitole *Některé užitečné zákroky* pak najdete základní kroky, principy a pravidla při vytváření rodinných konstelací a dozvíte se, že konstelace jsou spíše obrazy - momentky toho, co bylo, či co mohlo být, tedy ukazují určité aspekty situace, nikoli celou pravdu.

V této kapitole je také zmínka o rituálech, které pomáhají ukončit dosud neuzavřené události či vztahy.

V poslední kapitole *Specifická témata v systémové psychoterapii* se probírá práce se sny,

zacházení s odporem, se zármutkem a s odloučením.

Kdo je Bert Hellinger?

Jak jsem se v knize dočetl, Hellinger jako velmi mladý narukoval do nacistické armády a následně „poznal utrpení války, zajetí, porážku a život v zajateckém táboře“. Ve svých dvaceti letech vstoupil do katolického řádu a posléze šestnáct let strávil jako misionář v Jižní Africe. To hluboce ovlivnilo jeho další vývoj. Seznámil se s rituály Zulů a objevoval podobnosti a souvislosti s jinými kulturními prostředními. Později v ekumenické škole vedené anglikánskými duchovními se seznámil s prací ve skupině, kde byl kladen důraz na dialog, fenomenologii a individuální zkušenost. Po pětadvaceti letech opustil Hellinger náboženský řád, vrátil se do Evropy a začal studovat psychoanalýzu. Protože chtěl do psychoterapie zahrnout tělesné zážitky, začal studovat gestalt terapii u R. Cohenové a H. Petzolda, taktéž se věnoval transakční analýze. Ve své praxi teprve o něco později zjistil, že pracuje s rodinnými systémy. Ovlivnili ho i Jay Haley a M. Erickson. Hellinger sám neřídí, že objevil něco nového, ale je nesporné, že učinil takovou integraci, která přinesla nový přístup.

Hellinger dnes žije v Německu, je velice populární a jeho přístup jakbysmet. Čeští rodinní terapeuti měli příležitost se s ním setkat v poslední době v Praze a nedávno i v Budapešti. Není sporu o tom, že Hellinger provokuje a vyvolává spoustu námitek a zároveň něčím přitahuje a okouzluje.

Co jsou... rodinné konstelace?

Podobně způsoby práce - rodinné konstelace - vyvolávají mnoho otázek a námitek a současně přitahují svou silou. Rodinné konstelace - alespoň tak, jak jsem měl příležitost je zažít s anglickou gestalt terapeutkou Judith Hemmings - využívají principů „zde a nyní“ a „dynamického pole“, jež jsou dobře známy a využívány zvláště v gestalt terapii. Senzitivita terapeuta v dynamickém poli pak napomáhá při hledání a vyjasnění či vyjádření figury a dalšího kroku. Tehdy terapeutka nezřídka

poměrně nekompromisně přistoupila k protagonistovi a vložila mu do úst slova, o kterých byla přesvědčena, že jsou na místě, že mají svůj uzdravný potenciál, že povedou k uzavření neuzavřeného, ke zhojení staré rány.

Hellinger využívá jistého množství základních vět, které jsou stavěny tak, aby vedly k přijetí ostatních členů rodiny, aby spojovaly mrtvé a živé, aby umožňovaly uzavírat neukončené záležitosti, aby vedly k přijetí skutečnosti a k přijetí osobní odpovědnosti. Taková věta je například: „Ano, jste moji rodiče. To (vše), co je ve vás, je i ve mně. Uznávám, že jste moji rodiče a přijímám všechny důsledky, které z toho vyplývají. Přijímám to dobré, co jste mi dali. Je na vás, abyste naložili se svým osudem (životem), jak uznáte za vhodné.“

Kniha *Skrytá symetrie lásky* obsahuje mnoho „pravd“, se kterými se lze ztotožnit. Fascinující pro mne je, s jakou samozřejmostí a jednodušeostí je Hellinger prezentuje a také jak o tom, co říká, nejspíš vůbec nepochybuje. V knize se ale nedozvíte zcela nic o tom, z jakých pramenů Hellinger čerpá, na kterém místě využívá myšlenek J. Haleyho, kde Boszormenyi - Nagye či jiných.

Zároveň je v knize, jeho myšlenkách, přesvědčeníh něco provokativního a až rozporného. Hellinger dle mého mínění s jistotou a autoritativně prezentuje své názory a postupy a zároveň v knize říká: „Také si musíte uvědomit, že řády lásky nejsou strnulé. Jsou to nesmírně různorodé struktury, které se mění v každém okamžiku. Proto je každá rodinná konstelace jiná, ačkoli rodinné problémy mohou být stejné. Když zjistím, jak určitý řád funguje, řeknu, co vidím. Lidé, kteří vnímají svět černobíle, obvykle považují má prohlášení za obecné pravdy. Tím má prohlášení nejsou! Jsou jen popisem reality, kterou lze postřehnout v určitém okamžiku. Jestliže někdo zobecní to, co vidím v určitém kontextu, pak se mé prohlášení zdá být dogmatické. To však dělají druzí - nikoli já“.

Čemu mám věřit? Má černobíle vnímání? Věřím že ne. Jistě mohu uvěřit tomu, co zde Hellinger říká a současně mi to na moha místech v knize vyvrací. Hellinger opakovaně

s vnitřní jistotou prohlašuje, co a jak je, co je nutné a nezbytné, jak je nutno se řídit, co je třeba udělat. Hovoří o pokoře, ale já mám místy zcela jiný dojem.

Říká, že nikoho nenutí přijmout to, co hlásá a zároveň mám dojem, že současně mne k tomu velmi razantně pobízí a daří se mu to. Daří se mu také vyvolat v druhých polemiku, otázky a chuť formulovat svůj názor.

Zde nabízím dvě otázky: Proč na mne slova „skrytá symetrie lásky“ působí tak pateticky? Má dojem, že na tato slova druzí lidé (konzumenti) lépe slyší, jsou lákavější a lépe se prodávají. Kladu si také otázkou, zda Hellingerův přístup patří (ještě) do rodinné terapie? Na konferenci manželských a rodinných terapeutů se jeden institut rodinné terapie prezentoval právě touto metodou.

Co si ale pomyslí ten rodinný terapeut, který je přesvědčen, že rodinná terapie začíná tam, kde se sejdou všichni členové rodiny? Do rodinných konstelací skuteční rodinní příslušníci v zásadě nepatří. A přitom se při konstelacích pracuje s východisky teorie rodinných systémů.

Jsem přesvědčen o tom, že rodinné konstelace mají své místo ve skupinové práci s našimi klienty či pacienty a to zvláště tam, kde není možné pozvat celou rodinu a také tam, kde je třeba nalézt proudy vlivů skrze generace, uzavřít neuzavřené, využít ženské a mužské energie, rozloučit se s mrtvými apod. Pochybnosti o provádění rodinných konstelací mám tam, kde není zajištěna práce s jedincem soustavnějšího rázu, tam kde se klient zúčastní jednoho semináře a dál není v péči nějakého terapeuta. Setkávám se totiž s těmi (a nejspíš jen s těmi), kteří svoji konstelaci stavěli a následně se mnou potřebovali celou věc ještě propracovat a uzavřít.

Mám také dojem, že hodně málo pozornosti věnuje vedoucí semináře rodinných konstelací tomu, co si z konstelací odnášejí ti, kteří slouží jako figuranti - tzv. představitelé. Nedozvěděl jsem se, jak jsou „ošetřeni“. Nepřesvědčí mne o dostatku péče o tyto lidi to, když terapeut představiteli nějaké postavy z rodiny jiného člověka řekne něco ve smyslu: vás

se to netýká, to je o jiné rodině. Sám jsem byl během třech dní několikrát představitelem a objevil jsem pro sebe netušené, otevřela se mi skrytá témata a zůstal jsem s nimi sám. Naštěstí vím, na koho se obrátit.

A také si myslím, že rodinné konstelace nejsou zázračnou pilulkou - i když se někdy v souvislosti s nimi zázraky dějí a i když účastníci semináře v zázrak doufají, i když někteří terapeuti tvrdí, že rodinná konstelace nahradí třeba i rok individuální práce a i když umí tak okouzlit. A jistě jsou při vhodné indikaci vhodným přístupem.

Stále hledáme zázračné pilulky, které změní náš život. Myslím, že i když touto pilulkou rodinné konstelace nejsou, mají schopnost vybízet všechny zúčastněné ke změně.

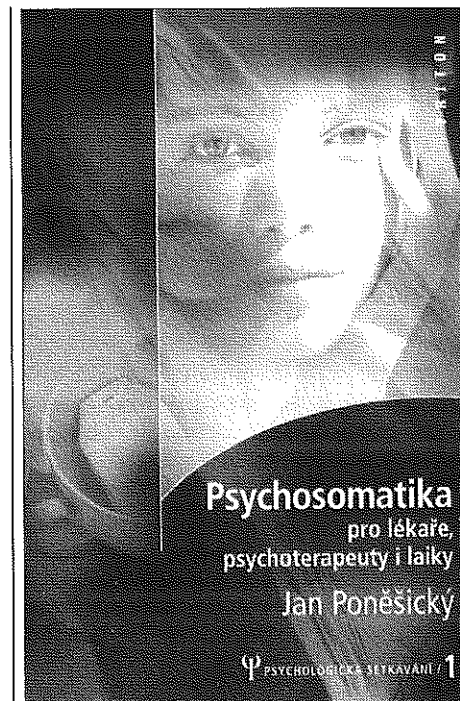
V Liberci 19. 7. 2002

Poněšického přesahy v „malé psychosomatice“

Zbyněk Vybíral

Kniha Jana Poněšického - psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, psychoanalytika a odborníka na psychosomatický přístup k pacientům - nazvanou *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky* kterou letos vydal TRITON, by šlo označit za knižku (rozměrem a rozsahem). Má sto stran textu, k nim stručný rejstřík (což je záslužné) - vše v malém formátu. Významem (a jsem přesvědčen, že i dosahem) jde však o knihu; označení „knižka“ by ji z tohoto hlediska ponižovalo. Jak charakterizovat tento stručný text?

Především - autor přesáhl vnitřně, v četných mikroúvahách a názorech její určení. Bylo-li určením nabídnout čtenáři, jakkoliv vzdělanému, stručného průvodce psychosomatikou, pak



se to podařilo - a navíc: Poněšický nabízí „mezi řádky“ vlastně i stručného průvodce psychoterapií. Či úvod do ní.

Stručnost, kterou tu zmiňuji, vůbec není na závadu. Byla by zklamáním, kdyby byl autorův text rozbředlý (a navíc stručný), tak tomu však není. Je až s podivem soudržný, pevný, strukturovaný, věcný, nezabíhavý a přesto je čtivý a nesuchý. Je pravdou, že hlubší, zejména psychoanalytické souvislosti je nutné hledat jinde - třeba v autorově předchozí knize z TRITONU (Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie z roku 1999). V ní lze najít až těžkopádně důkladné pasáže interpretací. (Mohu téměř garantovat, že po dvojitě či při třetí čtení oslovují svou objektivitou, překvapují, inspirují.) Na hlubší výklad tentokrát nebylo myšleno. Přesto autor vykládá i objasňuje. Jen to dělá velmi, velmi stroze. Je výrazem jeho zralosti i psychoterapeuticky humanitního založení, že se nedopouští nějakých křiklavých zkratů, že zkratka se nestává nepravdou (aniž se mohla stát opravdu výstižnou prav-

dou) a že stručně vystižení se nemění na slovan. Poněšický umí psát.

A tak v knize najdeme zmíněno až nečekaně množství symptomů (a k nim autorův komentář): něco o astmatu i o alergiích, o pískání v uších, o bolestech hlavy i bolestech močového měchýře, glosy k mravenčení rukou či k tiché mluvě, ke koftání, nízkému tlaku nebo třeba průjmům. Jak z této, tak z předchozí autorovy knihy, dále z Psychosomatiky vydané v Portálu (Danzer a další autoři, v roce 2001), i z příspěvků české autorské dvojice Chvály a Trapkové (a jiných) je patrné, jak celostně a komplexně je schopen psychosomaticky vzdělaný (a myslící a léčící) terapeut postupovat. Myšlenkové cesty se otevírají a směřují jednak k tělu, jednak k psychickému ustrojení, k dětství i k současnému rodinnému a sociálnímu kontextu - aby po nich odborník „šel“ a zkoumal, hledal, „dával si dohromady“. V tomto čísle časopisu si jistě přečtete příspěvek Chvály a Trapkové. Je místy šperkováno skepsí až katastrofickou. Možná, že z praktického léčení většiny praktických lékařů se psychosomatický přístup (erudice, filosofie, přesvědčení) vytratilo, nemyslím si však, že se vytratilo z myšlení - povětšinou psychologicky, ne medicínsky vzdělaných - psychoterapeutů. Propojování úvah o těle, psyché, minulých vztazích a sociálních podmínkách je však třeba i zde stále připomínat (tedy mezi psychology, event. sociálními pracovníky); a kultivovat podobnými texty. Poněšický se nezapomněl zmínit rovněž o zrcadlení psychosomatiky v jazy-

ce („měl z toho hlavu na prasknutí“), uvažuje, co porucha či symptom symbolizují, čeho jimi člověk chce dosáhnout apod. Snad nejvíce pozornosti věnuje autor úzkosti a tomu, co plodí právě úzkost. Mimo jiné zformuloval velmi dobře úvahu o úzkosti pacienta z psychoterapie!

Zmíním ještě několik přesahových míst, abych podpořil své tvrzení, že jde zároveň o dobrý úvod k psychoterapii, a nejde „jen o malou psychosomatiku“. (Jde ovšem o úvod, který není všeobecný a který se nezahluje obecnými definicemi.)

Velmi dobrá podkapitola o tom, proč tělo reaguje na psychickou zátěž: strany 16 - 21. Odstavec o tom, jací lidé se dostávají k psychoterapeutovi: strana 23. Úvaha o vině za onemocnění. Od strany 35. Již zmíněná zdařilá pasáž o úzkosti a strachu z psychoterapie: strany 42 - 51. Cenné jsou i Poněšického názory na to, jakou psychoterapeutickou metodou postupovat; vyvažují text, který tak není jen utříděním a vysvětlováním, ale i „naváděním na stopu“. Ač psychoanalyticky trénován, autor se na různých místech přiklání spíše k integraci různých přístupů: odmítá jak v extrému pouhé analyzování, tak - na druhé straně - pouhé behaviorální vedení. A tak dále.

Mohl bych doporučením pokračovat, ale vy byste ji pak už třeba nemuseli listovat a číst. A to by byla škoda. Protože jakkoliv rozsahem nemnohé (sto stran) dá tentokrát čtenáři mnoho.

Zrnění (Zdeňka Riegra)

Zrnění číslo 3 • Zrnění číslo 3 • Zrnění číslo 3

„JAK jsem mohl poznat, že je to J. A. K.?!“

ptá se nevrle Arnošt Lulan, hledající odpověď na výzvu ze Zrnění v minulém čísle Konfrontací: tvrdilo se v ní, že „nelze dokonce vyloučit, že prvním člověkem v historii světa a Vesmíru, který definoval obsah toho, co dnes nazýváme psychoterapie, byl Čech“.

Na toto tvrzení navazovala výzva pro čtenáře, aby hádali, o koho se jedná. Dokonce se slibem mrňavého dárku pro toho, kdo první uhádne. Což bylo pro Arnošta Lulana z mnoha důvodů hodně lákavé (o tom více přespříště). Také někteří čtenáři Konfrontací hádali: první byl jmenován S. Freud, který se v Česku narodil. Navržen byl také Bohuslav Brouk. Arnošt Lulan v obavě, aby neprohrál zbytečně, přidal dokonce i Brouka Pytlíka. Ale ani S. Freud ani B. Brouk to nejsou.

Tím, o koho jde, byl - a je - učenec a poutník, který hluboce analyzoval a systematizoval a orientoval se na proces lidského růstu. Dříve, než - kupříkladu - Erik Erikson, mapoval věky života - postupoval po „školách“: od školy zrození až po školu smrti. A dávno před Jacobem L. Morenem chtěl přispět k všenápravě světa (Moreno psychodramatem či sociodramatem v Kremlu či v Bílém domě, on všeobecným vzděláváním lidí). Byl to prý nekompromisně poctivý člověk a badatel. Zkoumal věječku moudrosti a básnickým jazykem popsal labyrint bytí. Otevíral brány jazykům. A dokázal hájit práva dívek a žen na vzdělávání a rozvoji světa. Ve své *Didaktice analytické* definoval základní cíle, prostředky a způsoby - tak, že můžeme tvrdit, že jsou jedním z prvotních zrn, z nichž vyklíčila psychoterapie. „...Vždyť přinášení prospěch i potěšení nechť je jenom básníci, nýbrž každý, kdo užitečně využívá, protože přinášení prospěch může jen ten, kdo současně přináší i potěšení. Duševní hnutí

jsou totiž polovinou naší bytosti a vlekou nás s sebou buď k věcem nebo od věcí. Kde duch nepocituje vnařidla, tam se nepřiklání; a kam se nepřiklání, tam je postrkován proti své vůli. A když je to proti vůli, potom nic není tak snadné, aby se nestalo nesnadným, nic tak sladké, aby nezhořklo a nic konečně tak dobré, aby neodstrašovalo.“ To řekl s vědomím toho, že: „Více bych mohl, kdybych méně chtěl.“

„Jan Amos Komenský,“ hádá Arnošt Lulan. A jako by kousnul do zrníčka radosti, polekal se a znejistěl (ale o tom si řekneme přespříště).

Zrnění číslo 4 • Zrnění číslo 4 • Zrnění číslo 4

Kdo z nás je medem médií?

říkám si, když čtu v novinách a časopisech články a rozhovory a odkazy na mínění a hodnocení a soudy nás psychologů a psychoterapeutů - a také když nás poslouchám v rádiu a pozoruji v televizi. Zaujal mě totiž jeden zaskočený a otrávený a trochu naštvaný ředitel mimopražské Základní školy, který na své škole neobjevil šikanu. Jeho nadřazení mu projevili nedůvěru - buďto že šikanu zastírá, aby se ukázal lepším, anebo že je tak nevěřivý, že ji ani nevidí! Šikana je přeci dnes rozšířený problém - psychologové na to upozorňují!!!

Právě tahle akce nadřazených páně ředitele ve mně povzbudila otázku v nadpisu. Mám totiž dojem, že média spolupracují jen s určitým okruhem kolegů - těch, jejichž stanoviska jsou v souladu s názory medií - takže si spolu mohou medít. A těch, kteří se vyjadřují jednoznačně, bez alternativ. A kteří se samozřejmě soustřeďují na ty samé okruhy témat, jako média. Některá témata, na nichž si s médii medíme, jsou dokonce oblíbená. Kupříkladu téma „domácí násilí“ (zvláštní obrat, že?), již zmíněné téma „šikana ve školách“, „agresivita dětí“, „známkování ve školách“, „odměňování dětí“ atd. atd. Také jste si všimli těchto „dobových témat“ (připomínám jen některá - ta, s nimiž se mohou setkat zvláště rutinní rodinní terapeuti)? A také máte tak jednoznačný názor, jako

Možná jsem byl moc...možná jsem nebyl dost.....možná, možná. Zkrátka odešla. Před tím než odešla, mi řekla o těch svých stavech, které jí nečekaně a nemilosrdně popadly a přepadly. Pak už moc nemluvila, jen bylo vidět, že se děje něco těžkého, ba bolestného, i tady a teď to je, ale nejde o tom mluvit, nelze do toho po gestaltsku šfouchat.

O co méně mluvíla, o to více mne obdarávala. Hrnkem s durama, že z něj nešlo pít. Když mě platila, tak z peněz udělala lodičku. Příště sklenice zavařených třešňových pecek. Ale ani těmto vzkazům jsem neporozuměl. Asi jsem byl moc..., asi jsem nebyl dost... Asi, asi.

Kamarád Jára, echtovní gestaltista by jí jistě řekl: „Představ si, že seš ten hrnek s durama, z kterého nelze pít, cejtš, jak z těch tvejch dūr vytejká všechno, co se tam naleje. Jak se cítíš, he? Blbý co?“

Má psychoanalytická terapeutka by jí jistě řekla: „Heleďte, povězte mi něco o tý svojí mamce, co všechno jste jí musela dát, aby si všimla, že existujete?“

Jo ty by věděli, jak na to, ale já byl moc..., já nebyl dost...

Odešla.

Čas od času mi došlo psaní. Bylo krásným výtvarným objektem a mimoto komentovalo její život, práci psychiatra Příhody a mě. Co jsme kdo kdy pravili a jaký to mělo další život v jejích myšlenkách a pocitech. Duchaplné, milé, vtipné, jízlivé, radost číst.

Když jsem dočetl, objevil se neklid. A jako co teď, co jako mám dělat? Už přece nejsem její terapeut. Nebo jo, nebo ne? Zeptal jsem se tedy své ženy. Znáš ženský, odbyla mě.

Sedl jsem tedy k destilovacímu zařízení a vypreparoval odpověď s obsahem 100procentní neutralnosti. Něco ve smyslu: „Vaši zásluhou jsme nepoškozenou obdrželi. V úctě Dr. Drahota.“

Na mě si nikdo nepřijde, cha, cha, chá. Jen žádný protipřenos. Žádná manipulace. Desinfekce.

Další dopisy (ob půl rok) mi krom již zmíněných estetických, literárních a narcistických potěšení a zranění přinášely i narůstající hněv. Co po mně chcete, osobo, proč mi to přete, mluve nebo... Křup a zavařené pecky se rozprskly v popelnici a smísily se s ostatními dary. Tak a jsem rituálně očištěn. Na mě si nikdo nepřijde, cha, cha, chá.

Nevím, proč jsem jí jednou napsal také trochu o tom, jaké to bylo tenkrát pro mě. Nevím, jestli je to jako košer. Nevím, kdo jsem, co jsem. Ale přineslo mi to potěšení a jakýsi nejasný závan smyslu.

P.S.

Z novin Můžeš mě požádat o reakci na článek pána, který psal, že už byl u ó ti psycho-terapeutů a nacházel jen nastavenou dlaň, míčící osobu naproti v ušáku, která utrousí pár vět, které už sám léta zná. Napsal jsem tu reakci a zrovna si čtu mail od toho pána, že jsem jen další blábolivej trouba a že je zbytečné nastavovat zrcadlo psychologům, protože se stejně do něj nedívají. Prostě takový našitvaný klient se svým kusem pravdy mě bacil po kebuli. Bylo to tracení času. Číst její poznámky o setkání s psychoterapií sledávám poučným a vzrušujícím.

ESEJ

Zenové koány a teorie komunikace

Prokop Remeš

Mnich se zeptal Džóšua: „Všechny pravdy lze zahrnout do jednoty, ale kam lze zahrnout onu jednotu?“ Džóšua odpověděl: „Když jsem byl v Seišu, ušil jsem si konopnou košili. Vážila sedm liber.“

První podmínkou dorozumění je, aby lidé vzájemně chápali, „co“ říkají. K porozumění v této oblasti slouží lingvistika, textová kritika a sémantika, které studují věci tak, aby se zmenšilo nebezpečí zkreslení předávaných informací. Druhou podmínkou porozumění je, aby lidé vzájemně chápali, „proč“ něco říkají.

K porozumění této složce řeči slouží pragmatika, psychologie komunikace a hermeneutika zaměřená na příjemce. Ty studují věci tak, aby se ozřejmil záměr, s jakým byl výrok vysloven, a tudíž, jak má být interpretován.

Zenová škola rinzai

Podle Buddhova učení jsou zdrojem veškerého utrpení člověka jeho neuspokojené touhy. Tyto touhy jsou principiálně neuspokojitelné, a proto jedinou cestou k vysvobození z bludného kruhu toužení a utrpení je přestat toužit. Separovat se od svých tužeb (speciálně) a od emocí (obecně).

Zenový buddhismus jde ještě dál. Zdrojem utrpení nejsou pouze touhy, ale kognitivní mapy lidské mysli, které touhy generují.

Tyto „mapy“ nejsou realitou, jsou to pouhé virtuální obrazy v naší mysli a je nešťastí, když je člověk za realitu považuje. Válčné běsnění mezi třemi „virtuálními národy“ v bývalé Jugoslavii ilustruje tuou zenovou myšlenku naprosto přesvědčivě.

Zen však nabízí řešení: Z virtualit naší mysli je třeba se osvobodit. Zenová škola sótó k tomu nabízí cestu tělových meditací zaměřených na sledování vlastních myšlenkových pochodů.

Zenová škola rinzai nabízí cestu konfrontace mysli s racionálně neřešitelnými paradoxy, tzv. koány.

Koány

Struktura zenových koánů, tedy zvláštních logických paradoxů, je vždy obdobná a spočívá v tom, že hovoří k člověku na dvou odlišných rovinách:

Na první rovině (informační) připomínají koány běžné lidové hádanky, jak je známe z evropského folkloru. Navozují logický problém, a my čekáme, že se nám dostane odpovědi, která tento problém vyřeší. Tak i v koánu o konopné košili. Mnich objevil logickou záhadu: Když všechny pravdy lze shrnout do jediné odpovědi, kam je zahrnuta tato odpověď? I tato odpověď je totiž pravdou. Buď tato odpověď nezahrnuje „všechny“ pravdy, nebo není „jedinou“ odpovědí, jiné možnosti není. Buď jak buď, je zde logický rozpor. Tak uvažuje mnich.

Je zde však druhá rovina (interpretační) a koánová odpověď se dává překvapivě na ní. Na místo vysvětlení logického problému, tedy odpovědi na rovině obsahové, přichází cosi jako osobní oslovení. Na věcnou otázku, která má zmenšit zmatek v učednickově mysli, přichází odpověď, která zmatek ještě zesiluje. Mnich je náhle do koánu zapleten a začíná tušit, že by měl začít nově vidět. Ale co? Z Džóšuyovy odpovědi je zřejmé, že je zbytečné se přít o filozofické skutečnosti, neboť není podstatné, „co“ se říká. Zenový mistr vede svého žáka k tomu, aby se ptal sám sebe:

„Proč se mi to říká? Proč se mi to říká právě zde a nyní?“

Probuzení jako „aha-zážitek“

Na informační rovině nemají zenové koány řešení. Komentář ke koánu o konopné košili to ilustruje tím, jak na logické rovině vše ještě zamatává:

Vezmi špetku chytrosti
na tuto starou hádanku.
Znáš ale dobře
sedmilibrové konopné košile?

A já ji zahodil
do jezera Seiko
a pluji s větrem v zádech.
Kdo se podělí se mnou o ten chlad?

Co je smyslem tohoto „nesmyslného“ komentáře? Zřejmě ukázat, že na logické rovině nemá koán řešení. To už víme, ale co z toho?

Člověk se většinou neptá, proč (se mu něco říká), pokud není zpochybněn v tom, co (se mu říká). Smysl nesmyslné Džóšovy odpovědi (i uvedeného komentáře) je zřejmě instrumentální - koán má čtenáři pomoci opustit logickou rovinu komunikace a vstoupit do roviny vztahové. Přestat se ptát, co se zde hovoří, a začít se ptát, proč se to hovoří. V našem případě: Džóša předkládá mnichovi řešení problému. Ale předkládá mu to tak, aby to pro něj mělo uzdravující význam. A čeká, zda mu to bude jasné. Život neprobíhá v médiu kognitivních klíšé, ale realitních „zde a nyní“. A to je přesně to, co působí úzdravu. Vědomí, že život je o realitě, nikoliv o strukturách naší mysli.

Bible

Zenové probuzení připomíná aha-zážítka psychoterapie. Práce s textem, jak ji popisují paradoxy zenového buddhismu, tvoří předobraz toho, jak se dá terapeuticky pracovat například i s Biblií. I Bible obsahuje příběhy koánového charakteru. Uvedme nejznámější z nich:

Svým učedníkům (Ježíš) řekl: Byl jeden bohatý člověk a ten měl správce, kterého obvinili, že špatně hospodaří s jeho majetkem.

Zavolal ho a řekl mu: „Čeho ses to dopustil? Slož účty ze svého správcovství, protože dále nemůžeš být správcem.“ Správce si řekl: „Co budu dělat, když mě můj pán zbavuje správcovství? Na práci nejsem, žebrat se stydím. Vím, co udělám, aby mě někde přijali do domu, až budu zbaven správcovství!“ Zavolal si dlužníky svého

pána jednoho po druhém a řekl prvnímu: „Kolik jsi dlužen mému pánovi?“ On řekl: „Sto věder oleje.“ Řekl mu: „Tu je tvůj úpis; rychle sedni a napiš nový na padesát.“ Pak řekl druhému: „A kolik jsi dlužen ty?“ Odpověděl: „Sto měr obilí.“

Řekl mu: „Tu je tvůj úpis, napiš osmdesát.“ Pán pochválil toho nepoctivého správce, že jednal prozřevě. Vždyť synové tohoto světa jsou vůči sobě navzájem prozřevější než synové světla. Já vám pravím: I nespravedlivým mamonem si můžete získat přátele; až majetek pomine, budeteť přijati do věčných příbytků. (Lk 16,1-9).

Co si o tom myslet? Tento příběh vyvolává ve čtenářích vždy velké rozhořčení a pocity zmatku. Ježíš zde chválí člověka, který jedná zjevně nemorálně. Vysvětlovat, že to Ježíš tak nemyslí, že nechválí správcovu nemorálnost, ale jeho životaschopnost, nasazení pro sebezáchranu atd atd, zastírá skutečnost, proč si Ježíš vybral právě toto podobensství. Jistě věděl, jaký zmatek a rozhořčení to v lidech vyvolá. Jediná smysluplná odpověď zní:

Ježíš to tak chtěl! Chtěl ukázat, že jeho příběh nemá běžné morální řešení. Chtěl v lidech vyvolat pocity nazlobení, neboť tyto pocity mohou tvořit klíč k pochopení tohoto podobensství - život s Bohem je o reálném vztahu, nikoliv o virtuálních morálních „mapách“ v naší hlavě. Nebo ještě jinak: Médiem, v němž je možné setkat se s Bohem je všeobecná a totální „nespravedlnost“.

Hagioterapie

Koány, jak je známe ze zen-buddhistické tradice, nejsou záležitostí speciální literární formy. Jsou záležitostí určitého kladení otázek. V souvislosti s Biblií je možné je použít v rámci libovolného příběhu. Nicméně přistupovat tímto způsobem k Biblii není vůbec jednoduché. Zvláště ne pro věřícího člověka.

V 9. kapitole Skutků apoštolů se například popisuje událost, jak apoštol Pavel spatřil před Damaškem vzkříšeného Ježíše. Ve skupině křesťanských teologů jsem v rámci hagioterapeutické skupiny položil otázku: „Co byste dělali, kdyby se vám při odchodu z tohoto setkání zjevil na ulici vzkříšený Ježíš a řekl by vám, abyste

se stali svědky Jehovovými? Jak byste reagovali?“

Všichni se křečovitě rozesmáli. Nikdo z nich nebyl ochoten na tuto otázku odpovědět, ba ani o ní jen uvažovat. Prý je to totální nesmysl a posleze s hněvem namítli, že nevidí důvod, proč prý by měli vstupovat do nějaké sekty. Oni prý neposlouchají žádnou organizaci, žádnou církev, poslouchají jedině Krista!

„A poslechli byste ho?“ otázala se koterapeutka a v ten okamžik na ni zůstalo několik účastníků ohromeně hledět. Jak následně líčili své pocity, cítili se zasažení aha-zážitkem: „Vždyť ten Pavel, to jsem já!“

Silou, která je vedla k tomuto poznání nebyla samozřejmě žádná obratná manipulace ani psychologická technika. Tou silou byla reálná moc nacházející se v příběhu pod povrchem běžných kognitivních klíšé. Co jsme ve skupině udělali, bylo, že jsme Pavlov příběh převedli do zde-a-nyní jako vlastní osobní zkušenost každého z nás. A náhle bylo zřejmé, že je zbytečné se přit o historické či teologické skutečnosti. Vyprávění se stalo formou psychoterapie, v níž se teologická výpověď změnila v dialog. Účastníci skupiny vstoupili do komunikace s biblickým příběhem, byli do něj zapleteni a náhle jim bylo jedno, „co“ se říká, protože příběh jim odhalil „Aha, to jsem já“. Historický pří-

běh s logickým dějem se stal jedinou položenou otázkou - koánem.

Závěrem

Nevím, zda pro mnohé z čtenářů není tento článek spíše koánem, než odborným esejem. A tak bych rád na závěr parafrázoval jednu myšlenku z románu Umberta Eca *Jméno růže*:

Autor tohoto článku neví, jestli nenapsal pouhou slátaninu. Ale nevdalo by mu, kdyby se před ním objevil jiný způsob výkladu, na který on sám nepřišel a který by mu zprostředkovali jeho čtenáři.

Při psaní vědeckých pojednání je důležité sledovat, zda čtenáři přesně chápou myšlenky, které jim autor chce sdělit. Při psaní psychoterapeutických esejů se to však má jinak. Různá čtení vynášejí na světlo nové překvapující významy a na autorovi není, aby se o ně se svými čtenáři přel. Musí mlčet a přenechat čtenářům, aby oni sami jeho myšlenky vykládali.

Psychoterapeutický text totiž není realitní fakt, ale koán k interpretaci životních zkušeností.

Autor je absolvent Katolické teologické fakulty UK, pracuje jako psychiatr v PL Bohnice a je zakládajícím členem Společnosti pro studium sekt a nových náboženských směrů.

Po delší nemoci zemřela PhDr. Olga Holubová. Olga spolu s Petrem Bošem přivezla učení Virginie Satirové z Ameriky do Čech, kde ho pak svým jedinečným způsobem šířila. Založila vzdělávací Institut Virginie Satirové v České republice a dlouhá léta stála v jeho čele a zasloužila se o rozvoj rodinné terapie. Bude nám chybět jako kolegyně, ale také jako blízký svébytný člověk a kamarád.

Za IVS Česká republika Milada Radosová

TEORIE

Setkání v psychoterapii

Michal Pernička

Na úvod si vypůjčím několik slov z editoria Z. Vybírala ke 4. (2001) číslu Konfrontace: „Nezapomínám na to, že tento časopis pomáhá uspořádat i onu „metodicou 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.“

Příkladem takového kontaktu „beze zbraní“ je doajista fenomén *setkání v psychoterapii* - zážitek přímo odzbrojující, přitom se značným léčebným potenciálem.

Setkáním v psychoterapii jsem se zabýval pod vedením A. Šimka ve své diplomové práci (FFMU, 2002). Možná, že ještě výstižnější je pro tento zážitek Rogersovo pojmenování *transcendentální fenomén*, nicméně slovo „transcendentální“ může některé čtenáře předem odradit. V psychoterapii nastává podle Vymětala (1996) setkání mezi klientem a terapeutem (případně mezi klienty a terapeuty při skupinové psychoterapii) v okamžicích vztahové blízkosti, kdy cítí jednotu a obrazně řečeno rodící se „vnitřní sílu“. Pocitově dochází v těchto chvílích a stavech k oslabování identity a k uvolňování hranic vlastní osobnosti, nastá-

vá jakoby přesah jedné subjektivity do subjektivity druhého (ostatních). Zmíněný jev se vyskytuje ve všech typech skupinové psychoterapie tehdy, je-li zde silná koheze skupiny, skutečně bezprostřední vztahy a spontánní komunikace. Objev se pak chvíle vzájemnosti, radosti a prožitek lidského společenství jako celku, jehož jsme součástí.

Fenomén setkání obsahuje momenty, ke kterým dochází při meditaci, a snad se jedná o oblast hraničící s mystickou zkušeností, ovšem v našem případě je důležité, že navození těchto krátkých a prchavých stavů „změněného vědomí“ dosáhneme lidskou vztahovou blízkostí, vytvořenou otevřeností druhému a jeho přijetím, empatií a rozhovorem. Lidé se spontánně „ponoří“ do něčeho, co lze nepřesně přiblížit a nazvat „společným základem“, prožívají jednotu, která dokonce může přispět i k vyrovnání se s takovou skutečností, jako je naše konečnost. Chvilce setkání dodávají vnitřní sílu a jsou lidmi, kteří je prožili, zpětně hodnoceny jako nesmírně příjemné *potvrzení a posílení* sebe sama, tedy vlastní identity (Vymětal, 1996).

Přestože jde o jev v psychotherapeutické praxi široce přijímaný, v odborné literatuře se setkáme spíše jen s opatrnými náznaky. Tento skromný prostor věnovaný setkání v psychoterapii - zejména v literatuře výzkumné - může být podle Franka (1981) důsledkem toho, že některé významné zážitky z psychoterapie mohou být ze své podstaty nepřístupné klasickému vědeckému bádání, protože se vyskytují ve stavech „změněného vědomí“, odehrávají se způsoby nedobře přístupnými našim smyslům nebo na úrovních reality, které se liší od té každodenní.

I když dnes víme, že psychoterapie je účinná, není nám zcela jasné, jakým způsobem funguje. Různé druhy terapie mají prokazatelně odlišný obsah, přesto dosahují stejných výsledků. Výzkumná i teoretická pozornost se proto v posledních letech začala přesouvat ke společným faktorům v terapii a k menším jednotkám analýzy než jsou výsledky celé léčby.

Většina terapeutů i výzkumníků psychoterapie věří v existenci klíčových, signifikantně po-

máhajících, nebo naopak brzdících sezení. Tato místa v procesu terapie podle nich nabízejí nejslibnější fenomény pro výzkum. Z těchto myšlenek vzešlo výzkumné „paradigma významných událostí“ (např. Elliott, 1983). Jeho základním předpokladem je, že informace získané o takových událostech nám mohou pomoci porozumět, jak a kdy dosahuje terapie svých trvalých účinků a také mohou pomoci terapeutům rozpoznávat a terapeuticky využívat momentů, ve kterých jsou klienti nejotevřenější prospěšné psychologické změně. Jedním ze závěrů mé studie bylo, že setkání v psychoterapii můžeme v tomto smyslu považovat za významnou událost v procesu psychoterapie.

Cílem studie bylo lepší porozumění fenoménu. Výzkumný soubor představovalo sedm psychotherapeutů různých škol. S každým byl proveden polostrukturovaný rozhovor, zaměřený na terapeutický vztah a na zážitek setkání, jehož doslovný přepis byl podroben tematické analýze. Chtěl bych upozornit, že následující stručné shrnutí výsledků analýzy rozhovorů si neklade za cíl jejich generalizaci na populaci nebo prostředí. Výzkumný soubor ani nebyl vytvářen s tímto zřetelem. Závěry mají podobu předběžných hypotéz, navíc odvozených pouze z pohledu terapeutů, které mohou být využity jako výchozí bod pro další zkoumání na odlišných/početnějších skupinách terapeutů, klientů či pozorovatelů.

- Základním zjištěním, které z analýzy rozhovorů vyplynulo, je, že setkání v psychoterapii můžeme považovat za významnou událost v terapeutickém procesu, kterou je možné z tohoto procesu pro účely zkoumání vyčleňovat.
- Mezi dotazovanými terapeuty se v souvislosti s tématem výzkumu neobjevily podstatnější rozdíly pramenící z jejich odlišné teoretické orientace nebo míry zkušenosti. Ve výskytu zážitku nebyl shledán rozdíl ani mezi skupinovou a individuální terapií.
- Setkání v psychoterapii by se dalo popsat následujícími charakteristikami: Jedná se o krátce trvající, oboustranně prožívané, in-

tenzivní momenty velmi blízkého kontaktu s druhým člověkem (s druhými lidmi). Dochází při nich k vzájemnému vyladění se na sebe, které může být doprovázeno zúženým vnímáním okolí. Tento stav je výrazně doprovázen emocemi, naopak kognitivní stránka ustupuje do pozadí. Z tohoto důvodu se zážitky obtížně reflektují a je tedy možné, že jsou jim některé rysy připisovány ex-post. Kromě této nevěšdní blízkosti upozorňují terapeuti na výjimečné pochopení a porozumění druhému člověku, které se v těchto chvílích dostavuje.

- Setkání je událost, kterou, v různé míře intenzity, zažívají obecně lidé v blízkých vztazích. Jeho výskyt v situaci terapie může mít významný pozitivní dopad na její průběh a výsledky. Zážitek v sobě obsahuje uzdravující potenciál a může napomáhat navození nebo přímo navozovat terapeutickou změnu. Další význam setkání spočívá v tom, že dodává klientovi odvalu k práci na svých problémech, povzbuzuje ho k většímu otevření se. Představuje výraznou motivaci jak pro další práci klienta, tak i terapeuta. Kromě toho zpětně posiluje vazbu mezi nimi.
- Aby k zážitku setkání mohlo dojít v situaci terapie, tzn. mezi lidmi, kteří se do té doby neznali, je nezbytným předpokladem nastavení terapeuta, jeho ochota podílet se na tak intenzivním sblížení. Setkání je oboustranný zážitek, který vyrůstá z uspokojivého vztahu nebo spolupráce mezi klientem a terapeutem. Výskyt momentů setkání je v terapii spontánní a nedá se cíleně navodit. Výskytu setkání brání zdůrazňování sociálních pozic, nevyřešené problémy na straně terapeuta a obrany na straně klienta.
- Dotazovaní terapeuti nevyklučují možnost, že by vnější pozorovatel mohl tyto okamžiky při terapeutickém sezení rozpoznat. Ale spíše než skrze pozorování nějakých výrazných vnějších projevů je podle nich možné tyto momenty „vycítit“. Pro porozumění tomu, co se mezi terapeutem a klientem při setkání odehrává, se nicméně musíme obrátit především na ně.

Vrátím-li se k úvodní metafoře, pak setkání v psychoterapii určitě nemůžeme považovat za nějakou techniku nebo zbraň, kterou by bylo možné ve vhodných chvílích použít. Zážitek vyplývá spontánně z celkové povahy vztahu či spolupráce, míry bezpečí, důvěry a přijetí. Přesto má cenu se jím zabývat. Porozumění a lepší orientace v tomto fenoménu, kterému je přisuzován léčebný potenciál, může vést k jeho vědomému využívání a k posílení terapeutických účinků spolupráce klienta a terapeuta. Jeho výzkum, zdá se, otevírá cesty k porozumění tomu, co se odehrává mezi terapeutem a klientem na jiné než „technické“ rovině. Přínos spatřuji také v tom, že se jedná o oblast, která je blízka praktikujícím terapeutům. Další zkoumání tak může vést ke klinicky relevantním zjištěním a pomoci při opětovnému sblížení terapeutického výzkumu a praxe.

V průběhu výzkumu jsem si kladl otázku, nakolik je vůbec možné tento prchavý a ryze subjektivní zážitek uchopit vědecky a za jakou cenu. Ověřil jsem si, že s pomocí kvalitativní metodologie jsou zážitky i podmínky vedoucí k jeho vzniku zachytitelné a popsitelné. Když jsem ale sestavoval závěrečné shrnutí, napadlo mě, že v podstatě píš o věcech, které jsou v kontextu psychoterapie samozřejmé (blízkost, porozumění, atd.). Samotný zážitek setkání je přitom všechno, jenom ne samozřejmý. Zdá se, že cenou za empirické uchopení a rozložení setkání na jeho jednotlivé charakteristiky je ztráta jeho jedinečnosti, síly. Tyto okamžiky vzájemného sdílení jdou mimo slova a slovy se, jak ostatně dotázaní terapeuti zmiňovali, popisují jen obtížně.

Za největší slabinu výzkumu považuji fakt, že se opíral pouze o pohled terapeutů. Vnímání terapeutického procesu nebývá u klienta stejné (byť není beze vztahu) s vnímáním terapeuta. Přitom právě klientův pohled je jedním z klíčů k porozumění tomu, jak se psychologická pomoc odehrává. Ideálním výzkumným projektem, který by vedl k co nejpodrobnějšímu zachycení zážitku setkání v psychoterapii a významů, které mu účastníci terapie přiřkládají, by podle mé zkušenosti byla případová

studie (příp. série případových studií) s využitím rozboru videozáznamů sezení účastníky terapie (např. metodou interpersonal process analysis).

Takto jsem se s fenoménem setkání v psychoterapii setkal já. Vaše případné komentáře rád uvítám na adrese
michalpernicka@seznam.cz

LITERATURA

- Elliott, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47 - 55.
Frank, J. D. (1981). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey, M. M. Parks (Eds.). *The Master Lecture Series, Vol. 1. Psychotherapy Research and Behavioral Change*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.

M. P. dokončil studium psychologie na FFMU v Brně.

Těžký pacient ve skupinové analytické psychoterapii

(dokončení z minulého čísla)

Ladislav Grygar

UZAVŘENÁ HOMOGENNÍ SKUPINA S JEDNÍM SKUPINOVÝM PSYCHOTERAPEUTEM

Homogenní skupina má 5 pacientů. Skupina se schází 1x týdně, je uzavřená a trvá 60 minut. Časem se ustálilo, že daný čas 15 minut po otevření místnosti před oficiálním zahájením léčby skupina začala pravidelně využívat na setkávání bez terapeuta. Převážně jde o pacienty, které měl terapeut v individuální terapii trávící 2-4 léta v intenzitě 1x týdně. Část z nich má již předcházející zkušenost ze skupinové psychoterapie v PL. Všichni pa-

cienti mají opakovanou zkušenost z hospitalizací v PL. Všichni mají výrazné sociální potřeby - pouze jeden z nich je zaměstnaný, ostatní mají invalidní důchod.

Ve srovnání s heterogenními skupinami je **role terapeuta** více aktivní, supportivní, kontejnerující a pevně držící časoprostorové hranice skupiny a mentální hranice jedince. Protipřenos je pro terapeuta důležitý diagnostický a terapeutický nástroj. Intervence terapeuta jsou cílené podle aktuálního stavu pacienta a míry skupinové regrese. Bazální jsou intervence neinterpretativní - zvláště v úvodní fázi vývoje skupiny, v začátcích každého setkání a krizových momentech skupiny. Verbální intervence (klarifikace, konfrontace) směřují k posilování smyslu pro realitu, ne k odhalování individuální nevědomé dynamiky. Latentní primitivní skupinové procesy - pokud hrozí maligní skupinová regrese - jsou navíc i interpretovány. **Dynamika skupiny** je menší než v heterogenní skupině. Často bývá děle v ohnisku pozornosti jedinec. Terapeut pravidelně aktivně ruší monopolizující pozici jedince ve skupině a zároveň opakovaně oslovuje mlčící pacienty, eventuálně je konfrontuje s rolí mlčícího člena. Aktivně vtahuje ostatní a dělá ohniskem pozornosti část či celou skupinu. Terapeut je více selektivně autentický, konkrétní a cíleně nepodporuje skupinovou regresi, spíše ji ohraničuje a brání ji. Terapeut neponechává delší mlčení na skupině. Pacientům kontrolovaně odpovídá na otázky.

Odpor ke komunikaci a izolování ve skupině terapeut chápe jako v tu chvíli maximálně možnou úroveň kapacity jedince pro vztah a interakci. Odpor pacienta ke změně - pokud není destruktivním či autodestruktivním agováním - je respektován a chráněn. Terapeut konfrontuje agresivního člena s jeho chováním a zejména s dopadem tohoto chování na aktuální vztahy ve skupině. Aktivně konfrontuje destruktivní a „definitivní“ postoje členů v kontextu aktuálních celoskupinových procesů. Podporuje naději na změnu - pokud se to váže na konkrétní skupinovou situaci a vyjadřuje víru v proměnlivost a vývoj. Otevřeně oceňuje úspěchy jednotlivců a léčebně pozitivní

celoskupinové procesy. V těchto chvílích terapeut reprezentuje konkrétní postoje (jednou tolerantní, jindy netolerantní) a vědomě chce být vzorem pro členy skupiny. Pracuje s vnitřním světem pacienta i s interpersonálními vztahy ve skupině a nabízí propojování obou světů, tak jak jsou aktualizované ve skupinových procesech „zde a nyní“.

Všichni pacienti užívají psychofarmaka. Terapeut v úvodu skupinové léčby aktivně informuje **medikujícího lékaře** o zařazení pacienta do skupinové léčby a o své představě o charakteru spolupráce, v případě indikované medicínské intervence. V průběhu terapie kontaktuje lékaře pak pouze v případech výrazné zdravotní dekompenzace s ohledem na indikaci medicínské léčby či hospitalizace. O detailech - obsahu a skupinových procesech - hovoří s lékařem pouze v nezbytné míře, a to v závislosti na míře ztráty ego-funkcí pacienta. **Příbuzným** nevychází vstříc - a neváhá jim, v zájmu pacienta, i aktivně bránit v zasahování do terapie pacienta či skupiny. Výjimkou je pacientova psychotická dekompenzace a vážná reálná situace v jeho rodinném kontextu, a to opět v závislosti na pacientově akutní ztrátě ego-funkcí a nezbytností nahradit tyto funkce péčí blízkými osobami. Terapeut nebrání pacientům v individuální psychoterapii u kolegy, pokud si ho pacient sám najde. V kontextu souběžné individuální psychoterapie u jiného terapeuta považuje skupinový terapeut - sám pro sebe - skupinové léčení za bazální psychoterapeutickou léčbu. V kontaktu s psychoterapeutem se řídí stejnými pravidly jako v kontaktu s lékařem. Smyslem těchto pravidel je ochrana autonomie pacienta a skupiny, ochrana ego hranic jedince a hranic celé skupiny.

Nastanou-li v průběhu léčby nezbytné reálné okolnosti k individuální intervenci, terapeut výjimečně akceptuje pacientovu žádost, anebo mu sám nabídne tuto možnost. Vždy však vede pacienta, aby v nějaké míře přenesl individuální setkání s terapeutem do skupiny. K možností mimoskupinového setkání je však terapeut obecně velmi zdrženlivý. Vždy podrobně zvažuje jeho opodstatněnost, nevyhnu-

telnost a možnost vlastního protipřenosu. Zároveň si terapeut uvědomuje, že setkávání 1x týdně v léčebné skupině je u těchto pacientů jistý kompromis, na kterém má svůj podíl také limitace zdravotními pojišťovkami. Většina pacientů se pravidelně pokouší rušit skupinové hranice mimoskupinovým kontaktem (telefon, dopisy, oslovení před či po sezení). V těchto situacích terapeut kontrolovaně vyhoví a pak pacienta vždy odkáže do skupiny. Členě v pacientech posiluje vědomí skupinové příslušnosti a vědomí léčebného potenciálu skupiny. Délka skupinové terapie je v předstávě terapeuta plánovaná dlouhodobě, na 3-4 roky. Pokud by došlo ke snížení počtu členů skupiny, není vyloučena možnost změny organizace skupiny - doplnění novými členy.

Letní dovolená terapeuta i jiné přestávky vedou pravidelně k výrazné aktivizaci separační úzkosti a konfrontují pacienty s jejich osamělostí a útočí na jejich omnipotenci. Než k přerušení skupinové terapie dojde, nabízí terapeut - pokud to skupina popře - téma dočasnosti přerušení léčby a s tím související dočasné změny. Terapeut skupině nabízí zpracování separačních fantazií, které mají tendenci být zaměřovány s fantaziemi o ztrátě. To však často nestačí a v čase terapeutovy nepřítomnosti je nejjednodušší nutná úprava léků a současně dochází k nárůstu kontaktu s ošetřujícím lékařem či do skupiny indukujícím individuálním psychoterapeutem. Skupinový terapeut, pravidelně v případech delší přestávky, nabízí možnost kontaktu u konkrétního kolegy k individuálním intervencím. Někdy některý člen této možnosti využije, a pak jde většinou o jednorázové setkání. Výjimkou jsou nečekané reálné životní situace - zejména další konfrontace se separací s důležitým objektem -, kdy dochází k prohloubení dekompenzace zdravotního stavu a pacientovi musí být poskytnuta opakovaná psychologická intervence anebo je hospitalizován v PL. Někteří pacienti nevyhledají žádnou odbornou pomoc a vrátí se ke starým symptomům a chováním (např. nadužívání alkoholu ad.), anebo obnovují staré málo funkční interpersonální vztahy. Pacienti rovněž vědí o pomoci na lince důvěry.

Léčebným cílem je opakované vytváření a obnovování bezpečného a stabilního terapeutického prostředí, v němž je možné obnovovat a posilovat celkovou stabilitu (zdravotní i sociální) a zažívat úlevu od aktuálních problémů. A to s výhledovým plánem nasměrovat pacienty do vztahů v jeho přirozeném prostředí, eventuálně svépomocných či zájmových skupin.

ZÁVĚR

Jaké jsou terapeutické úkoly u pacientů, kteří jsou diagnostikováni jako hraniční a narcistické poruchy osobnosti? Tito pacienti reprezentují většinu toho, co je označováno „těžký pacient“. Těžký pacient vstupující do léčebné skupiny přináší také potenciál ke vzniku těžké skupiny. Široké pojetí těžkého pacienta ve skupině přesahuje specifickou diagnostickou taxonomii. Těžkosti, které pacient do skupiny přináší a na jejichž pozadí jsou vývojové defekty, primárně představují vztahové problémy. Z dynamického hlediska se vývojové defekty ego funkcí odvíjí z raného vztahu matka-dítě. Tyto defekty vyústí v distorzi základní důvěry a neuspokojení potřeb závislosti a chybného vývoje ego struktury. Důsledky pak nacházíme jednak směrem k terapeutovi v podobě masivních překážek v tvorbě a udržení léčebného spojení a jednak ve směru k ostatním členům skupiny v podobě masivního agování (např. asociální postoje, exhibicionistické zneužívání ostatních, role obětního beránka, monopolizací skupiny, atd.) a jednak v postojích ke skupině jako celku a zvláště pak v deviaci léčebných norem (např. jsou pravidelně mluvčími libidinózních a destruktivních skupinových tendencí a tendencí popsaných jako „anti-group“). Ostatní členové skupiny nejjednodušší vycházejí vstříc jejich protiléčebným postojům, anebo se konfrontačně brání jejich manipulacím a brzy se z uspokojujícího obecnství terapeutické skupiny stává zraněná masa lidí - která se chová obdobně jako lidé z jejich reálného prostředí. Primitivní obrany (štěpení, projektivní identifikace, devalvace, idealizace a další) a paranoidně schizoidní postoje se mohou na obou stranách stupňovat

a prohlubovat. Těžký pacient pravidelně ohrožuje integritu skupiny a vývoj skupiny ve směru naplňování terapeutických cílů. Z posluchačů - zejména v počátečních fázích v kontaktu s přítavnými narcistickými osobnostmi - jsou brzy rozčarování a kritičtí hodnotitelé poté, co si uvědomí, že jsou důležití jen jako částečné objekty nebo vývojově rané selfobjekty.

Všichni pacienti, ale zvláště regresivnější pacienti se brání vstupu do terapeutické skupiny a účasti v ní. Skupiny, která neslibuje bezpečí, výlučnou pozornost a vřelost jakou v jejich fantazii poskytuje terapeutický dyadický vztah. Vztah mající atributy raného vztahu matka - dítě. V průběhu skupinové psychoterapie je každý pacient pravidelně konfrontován s neuspokojením fantazijních potřeb, jež toužebně očekává od ideální rodiny. Zejména u těžkých pacientů jsme pak ve skupině všichni konfrontováni s jejich zklamáním a vztekem, který vede k uvolnění destruktivních sil ve skupině.

Nitsun (1991) tyto procesy ve skupině popsal jako „anti-group“. Afektivní odpovědi členů skupiny na anti-group potřeby vyžadují od terapeuta velkou pozornost k procesům probíhajícím ve skupině jako celku. Těžký pacient se stává nejen jejich mluvčím, ale také příjmcem popřených libidinózních a destruktivních sil u ostatních členů. Těžký pacient může pak ve skupině sdílet osud obětního beránka. Jindy může skupinu monopolizovat a jeho oběť se stává částí či celá skupina. Skupina má sklon činit těžkého pacienta zodpovědného za primitivní skupinové manifestace a takový pacient má tendenci přijímat projekce ostatních. Skupina má také sklon těžkého pacienta podporovat v tom, aby svou pozornost a projekce zaměřil především na terapeuta. Ať už mají projekce na terapeuta charakter agresivního či sexualizovaného chování, vždy dochází k těžkému atakování terapeutické funkce terapeuta a terapeutického potenciálu skupiny. Pro celou skupinu je prospěšné objevit, že těžký pacient představuje primitivní aspekty přítomné a popírané i u ostatních členů. Ostatní pacienti tak mohou porozumět vlastní psychopatologii. Těžký pacient se ve skupině „stává kanálem, skrze který „protékají“ pri-

mitivnější prvky všech zúčastněných“ (James, 1984).

Terapeut ne vždy a za každou cenu brání skupinové regresi k primitivnějším modům fungování. Je to totiž potenciální možnost pro jednotlivce jak zpřístupnit a zpracovat primitivní úroveň fungování osobnosti. Je to ale také potenciální možnost k rozvoji destruktivní fáze skupiny a dále možnost defektivního vývoje skupiny až nakonec možnost zániku části či celé skupiny. Důvěřuje-li terapeut tvořivému potenciálu skupinové matrix a naslouchá-li vlastnímu protipřenosu, nemusí vždy při narůstajících skupinových tenzích okamžitě zasahovat. Část terapeutické práce ponechává také na skupinových mluvčích tvořivé části skupinové matrix - na těch členech skupiny, kteří v aktuálním skupinovém dění neztrácejí kapacitu druhým pomáhat. Zároveň terapeut zůstává zvýšeně pozorný k aktuálním celoskupinovým procesům a připravený - až přijde vhodný čas! - aktivně na sebe zcela převzít terapeutickou funkci. Do skupinových procesů aktivně vstoupí ve chvíli, kdy stále prohlubující se skupinová regrese mění poměr skupinových sil ve prospěch sil destruktivních. V těchto případech je vhodné, aby terapeut zaměřil svou pozornost na reakce skupiny jako celku, než na jednotlivého těžkého pacienta.

Analytický postoj terapeuta pomáhá těžkému pacientovi porozumět, že nejen on sám, ale také on (a jak) přispívá k interpersonálním konfliktům ve skupině a ve svém přirozeném prostředí. Zároveň terapeutovi zpřístupňuje možnosti vytvářet ve skupině podmínky pro kultivování optimálního prostředí umožňující postupnou léčebnou změnu. Podobně jako matka poskytuje dítěti optimální prostředí pro jeho vývoj. Terapeut se přitom stává pro členy modelem jak budovat terapeutickou kulturu skupiny a rozvíjet kapacitu celé skupiny pro „psychické kontejnerování“ a „držení“ svých členů, kteří jsou v danou chvíli konfrontováni s osobními limity.

Ve skupinové psychoterapii s těžkým pacientem se pravidelně objevují pokusy porušení o terapeutické smlouvy. Podoby těchto pokusů jsou různé, od otevřeného agování až po sub-

tilní projevy. Ostatní členové se často vyhýbají tomu, aby tyto pokusy zveřejnili nebo slovně vyjádřili. Stáhnou se, přehlídí je, bagatelizují a jsou benevolentní ke členovi, který porušuje pravidla. Anebo zvědavě pozorují terapeuta, jak se zachová. S tím, jak terapeut s těžkými pacienty ve skupině často užívá koncepty „holding“ (Winnicott, 1960) a „containing“ (Bion, 1962), tak právě v těchto situacích a v situacích převažování primitivních modů chování a prohlubující se skupinové regrese tyto koncepty odkládá. Terapeut nekontejneruje všechno chování pacienta, neposkytuje vždy tuto podobu podpory a neignoruje destruktivní a sexualizované chování jedince či skupiny. Jsou situace, kdy ohraničuje skupinovou dynamiku přesným popisem a pomáhá jedincům porozumět latentním agresivním a libidinózním významům komunikace a interakce. V těchto situacích aktivně zasahuje do skupinových procesů. Učí pacienty nejen rozumět těmto procesům, ale také za ně přebírat zodpovědnost.

Ve skupinové psychoterapii s těžkým pacientem nacházíme velký odpor ke změně. Roth (1990) poukázal na to, že archaické ego narcistických jedinců se ve skupině spíše chrání užíváním konkrétních akcí a emocionálním vybitím než zkoumáním prostřednictvím zrcadlících aktivity. Upozornil na nedostatek přemýšlení o interakcích a na výrazný sklon k externalizaci konfliktů. Neurotičtí členové terapeutické skupiny - pod vlivem intenzivních afektů vytvářených těžkým pacientem - se snadno uchýlí k časnější defenzivním modům a emocím; nejsou déle schopni pozorovat své reakce. Místo učení převládá pouze opakování, které vede členy k dalšímu zmenšování důvěry ve skupinu a v její léčebné procesy. Proces učení ze zkušenosti (Bion, 1962) je tak silně omezen. Ve skupině může také vzniknout stav, který Pines (1984) pojmenoval jako „neodrážející zrcadlení“, nebo stav označený jako „maligní zrcadlení“ (Zinkin, 1983), případně se skupinová regrese prohlubuje až na psychotickou úroveň v podobě široké palety fenoménů, v nichž slova ztrácejí komunikativní význam. Správný zásah terapeuta jako třetí osoby, osoby přítomné ve skupině a zároveň stojící mimo

její dění je pak zásadní otázkou, a někdy do slova otázku „přežít“.

Jedním ze základních problémů těžkého pacienta ve skupině je ohrožení v pokračování existence self doprovázené anihilační úzkostí. Pacient cítí intenzivní potřebu lpění na určitých objektech a zároveň současně zakouší akutní úzkost a podezření vůči těmto objektům. Těžký pacient má tendenci fúzí s objektem (např. symbiotickým splynutím se skupinou jako celkem) odstranit latentní anihilační úzkost. K této úzkosti nedochází, když je fúze s objektem zažita pouze jako zcela dobrá nebo onipotentní (Kohut, 1977). Uspokojení potřeby fúze na úrovni skupiny jako celku je pro pacienta bezpečnější - nevede k ohrožení pacientovy vlastní autonomie v kontaktu s druhými členy skupiny. Jde o druh „fúze v distanci“ (Hummelen, 1994). Strachem ze ztráty vlastních hranic v kontaktu s objektem se těžký pacient brání potřebě fúzovat. Relativní dominance potřeby fúze s objektem, nebo strachu ze splynutí určuje klinický stav jedince a míru skupinové regrese, eventuálně defektní vývoj skupiny. Dominuje-li potřeba splynutí (vyjádřená neohraničenou interakcí a komunikací), pak úměrně tomu u jedince stoupá psychotická symptomatologie. Je-li strach ze splynutí dominantní (vyjádřen izolací jedince ve skupině) dochází u jedince k ústupu manifestní psychózy, ale také ke vzdalování se od objektu. Zároveň dochází k obrannému štěpení u jedince a zatímco svou agresi projikuje do některých členů skupiny, skupina jako celek bývá prožívána pozitivně. Pokud psychotická dekompenzace pokračuje, dochází ke štěpení uvnitř skupiny samotné: někteří členové skupiny jsou prožívání pozitivně, zatímco ostatní jsou silně kritizováni. Takový člen se skrze osobní deviantní normy může stát „ochráncem“ skupinových norem (vyslovuje, jak by si skupina měla pomáhat, co se smí a nesmí říkat apod.). Tato role mu pak slouží k posílení jeho představy o skupině jako „matky“ a zároveň je nepřímou cestou usměrňování agrese upozorňováním na nedokonalost druhých členů skupiny. Tato agrese upevní pacientovy pocity separace od zbytku skupiny a chrání

ho před vlastní potřebou fúze. Pacient si hlídá autonomii a produktivní terapeutická regrese je obtížně dostupná, je-li vůbec možná. Členové skupiny pak často popírají existenci psychotické symptomatologie - psychotický člen skupiny je pro své agresivní výpady prožíván jako ohrožen v pokračování existence skupiny samotné. Základní problém těžkého pacienta - ohrožení pokračování existence self se vynořuje v ostatních členech skupiny v podobě strachu z rozložení skupiny. V takových psychotických interakcích se terapeut může stát jediným a posledním neporušeným pořítkem v kontaktu s realitou. Toto jsou chvíle, kdy terapeut nesmí čekat a spoléhat na korekci přicházející ze skupinové matrix a musí aktivně strukturovat skupinové procesy a limitovat pacientovy interakce. Když je terapeut těžkým akutně psychoticky dekompenzovaným pacientem zahrnut do štěpení, bludné přesvědčení bývá totální a terapeut ztrácí terapeutickou funkci, pak je nutná medikace či hospitalizace.

Uvedené aspekty ve skupinové psychoterapii s těžkým pacientem rezonují ve všech členech skupiny, tedy i v terapeutovi. Práce s vlastním protipřenosem je standardní pro psychoanalytického terapeuta. V přítomnosti těžkého pacienta musí terapeut zaznamenávat změnu svého prožívání a někdy i chování. A když nezaznamenává, je to důvod k intervizi skupinové práce. Ještě dříve, než si je terapeut vědom protipřenosem, může zachytit odchylky od svého obvyklého modu fungování na skupině, včetně vlastních posunů od terapeutických pravidel a smlouvy. Tyto projevy mohou být užitečnými dynamickými indikátory jeho emocionálního stavu. Upozorňují ho na přítomnost těžkého pacienta ve skupině, eventuálně ho varují před chováním z hlubších a primitivnějších vrstev regredujícího pacienta ještě dříve, než si tuto skutečnost uvědomí. V těchto chvílích je pro terapeuta důležité, aby pečlivě zkoumal svou vlastní emocionální pozici v těžké skupině. Někdy úzkosti vyjádřené v jeho snech mu mohou poskytnout informace k protipřenosem. Poznání vlastních protipřenosem reakcí mu může pomáhat v překo-

návání anti-group, terapeuticky slepých uliček a měnit skupinovou atmosféru.

Skupinová komunikace a interakce jsou limitovány především pacientovou psychopatiologií a jedinečností - skupinovou dynamickou matrix. Jsou však také limitovány terapeutem. Jak se interakce s těmito pacienty opakuje a stává se stereotypní, náš zájem o pacienta, zvědavost na něj a naše terapeutická funkce klesá. Postupně se naše schopnost pomoci pacientovi zmenšuje. Uznání protipřenosem pocitů a terapeutických limitů nám pomáhá udržovat vlastní duševní rovnováhu a schopnost pracovat s těmito těžkými jedinci a rozumět skupinovým deformacím s nimi spojeným.

LITERATURA

- Aronson, T. A.: A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality Journal of Nervous and Mental Disease, 1989, 177, 9, 511-528.
- Bion, W. R. (1962a) Learning from Experience, Londýn: Heinemann.
- Foulkes, S. H.: The group as matrix of the individual's mental life, chap. 22, in Selected Papers, London, Karnac Books, 1990.
- Foulkes, S. H.: Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles, Reprinted 1991.
- Goldstein, E. G.: Borderline Disorders: Clinical Models and Techniques, 1990.
- Hummelen, J. W.: Psychotická dekompenzace během skupinové psychoterapie: včasné rozpoznání a léčení. Group Analysis, 1994, 27, 443-440.
- Grygar, L.: Strach ze zbláznění se hraniční osobnosti ve skupinové analýze. Předneseno na celostátní konferenci o léčbě psychóz. PL Opava, 1996.
- Grygar, L.: Přechod z individuální psychoterapie do skupinové - nová příležitost ke zrání, ale i k destrukci. Nepubl. přednáška přednesená v Ostravě, listopad 1977.
- Grygar, L.: Destruktivní fenomény ve skupinové analýze. Zpravodaj ČSPAP, prosinec 1998, 13-16.
- Gunderson, J. E., Kolb, J. E., Austin, F.: The Diagnostic Interview for Borderline, American J. of Psychiatry, 1981, 138, 896-903.
- Horwitz L.: Group psychotherapy of the borderline patient. In: P. Hartocollis /Ed./, Borderline personality disorder. New York: International Universities Press, 1977.
- Horwitz L.: Group psychotherapy for borderline and narcissistic patients. Bulletin of the Menninger Clinic, 1980, 44, 181-200.
- Horwitz L.: Indication for group psychotherapy with borderline a narcissistic patients, Bulletin of the Menninger Clinic, 1987, 51, 248-260.

James, D. C.: "Bion's Containing and Winnicott's Holding in the Context of the Group Matrix". *International Journal of Group Psychotherapy*, 1984, 34, 201-213.

Kernberg, O. F.: A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1975, 25, 251-275.

Knight, R. P.: Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1953, 17, 1-12.

Kohut, H.: *The restoration of the Self*. New York: International Universities Press, 1977.

Mikota, V.: Rekonstrukce heroických řešení v analýzách hraničních pacientů-chudoba nebo zašla sláva? Praha, 1985.

Munroe-Blum, H., Marziali, E.: Time-limited group psychotherapy for borderline patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33, 364-369.

Munroe-Blum H.: Group Treatment of Borderline Personality. In: *Borderline Personality Disorder*. /Ed./ Clarkin, J. F., Marziali, E., Munroe-Blum, H.: 1992, The Guilford Press, New York, 288-299.

Nitsun, M.: "The anti-group: destructive forces in the group and their therapeutic potential". *Group Analysis*, 1991, 24, 7-20.

Roth, B. E.: Understanding the development of homogeneous identity-impaired group through countertransference phenomena. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1980, 30, 405-426.

Roth, B. E.: Six types of Borderline and Narcissistic Patients. An Initial Typology. *Group J, Psychotherapy* 1982, 32, 9, 27.

Roth, B. E. (1990) The group that would not relate to itself. In B. E. Roth, W. N. Stone, H. D. Kibel (Eds.), *The difficult patient on group* (pp. 127-155). Madison, CT: International Universities Press.

Slavinska-Holy, N. M.: Combining individual and homogeneous psychotherapies for borderline conditions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1983, 33, 297-312.

Schneider, E.: Holding and Caring: A Borderline Patient in a New Psychotherapy Group. *Group Analysis*, 1996, 29, 123-134.

Schreier, E. K.: Treating the untreatables: Group experience with somaticizing borderline patients. *International Journal of Psychiatry*, 1981, 10, 3, 205-215.

Stone, W. N., Gustafson, J. P.: Technique in group psychotherapy of narcissistic and borderline patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1982, 32, 1, 29-47.

Šebek, M.: Některé poznatky o „narcistických rodinách“. *Čs. psychologie*, 1991, 35, 6, 516-520.

Yalom, I. D.: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 3rd Edition. New York, Basic Books, 1985.

Winnicott, D. W.: "The Theory of the Parent Infant Relationship". *International Journal of Psychoanalysis*, 1960, 41, 585-95.

Wong, N.: Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: Heterogeneous versus homogeneous groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1980, 30, 389-404.

Woolcott, Ph.: Prognostiční ukazatelé v psychoterapii hraničních pacientů. *American Journal of Psychotherapy*, 1985, 39, 1.

Zinkin, L.: "Malignant Mirroring". *Group Analysis* 1983, 16, 2, 113-26.

MKN-10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování. Psychiatrické centrum Praha, 1992. „Zprávy“ č. 102.

Z HISTORIE (A SOUČASNOSTI) PSYCHOTERAPEUTICKÉ PRAXE

Inspirace pro dětskou psychoterapii v České republice

Martina Pilařová

Jméno české rodačky Erny Furmanové je naší psychoterapeutické, a to i psychoanalyticky orientované, veřejnosti prakticky neznámé. Přitom se Erna Furmanová stala v USA nejen uznávanou dětskou psychoanalytičkou a psycholožkou, ale i autorkou osmi knih, přes 200 článků a více jak 500 přednášek o vývoji a výchově dětí, a to zejména dětí raného věku. K nejznámějším knižním titulům patří „*Helping Young Children Grow*“, „*Toddlers and Their Mothers*“, „*What Nursery School Teachers Ask Us About*“, „*Preschoolers: Questions and Answers*“, „*On Being and Having a Mother*“, z nichž některé byly přeloženy do řady jazyků (němčiny, francouzštiny, holandštiny, finštiny, španělštiny, italštiny a polštiny). Bohatá je rovněž její činnost výuková a výcviková v pregraduálním i postgraduálním studiu a činnost konzultační v programech sociální a školské oblasti. Je nositelkou řady ocenění, v roce 1998 se stala čestným členem Americké psychoanalytické asociace, donedávna působila jako president Asociace pro dětskou psychoanalýzu.

Pochází z Českomoravské vysočiny, nějaký čas bydlela v Praze, kde také odmaturovala a obdržela učitelský diplom. Po válce v roce 1946 odjela do Londýna, kde vstoupila do psychoanalýzy k Anně Freudové v Hampstead Childtherapy Course, nyníšším Anna Freud Centre a dokončila akademické vzdělání na Londýnské univerzitě. Po svém odchodu do USA se podílela zejména na práci Hanna Perkinsova centra pro vývoj dítěte v Cleve-

landu, ve kterém pracovala společně se svým manželem Robertem A. Furmanem M.D., nyní emeritním ředitelem této instituce, dlouhá léta.

Erna Furmanová se podílela v Hanna Perkinsova centru v Clevelandu na tvorbě řady terapeutických programů a postupů, mj. na tvorbě terapeutické metody, která je v tomto centru dodnes praktikována a která byla nazvána léčbou přes rodiče (*treatment-via-the-parent*).

Vytvoření metody je spjato se jménem Anny Katanové. Když přijela Anna Katanová po válce v roce 1946 do Clevelandu, vycházela při terapii s dětmi ze svých válečných zkušeností z Evropy, kde přežila válku díky falešným dokladům, které jí umožnily pokračovat v určité omezené praxi dětského psychoterapeuta. Během války k ní jednoho dne přišla matka čtyřleté dívky. Kvůli návštěvě u Katanové měla za sebou velmi dlouhou cestu. Chtěla přivést svou dceru na terapii kvůli nočnímu pomočování. Katanová si pomyslela, jak obtížné bude pro malou dívčinku cestovat takovou dálku a řekla tedy matce, aby přijela místo dcery s nabídkou, že společně zkusí porozumět dceřiným problémům. To bylo první léčení Katanové přes matku a našťávej pro budoucnost této metody bylo úspěšné.

Katanová byla úspěchem nadšena a byla zároveň zvědavá, jaké jsou možnosti a meze této metody. S tím přišla do Clevelandu. Pro další vývoj metody bylo důležité, že stejné válečné podmínky ovlivnily v Anglii i skupinu dětských psychoanalytiků seskupených kolem Anny Freudové a vedly je k podobnému způsobu uvažování. Mezi ně patřila i Erna Furmanová, která se s Annou Katanovou setkala po válce v Clevelandu.

Základem přístupu léčby přes rodiče je poznání, že matka je s dítětem a jeho pocity mimořádně spjata v prvních pěti letech života, přičemž tato blízkost je zcela vývojově přiměřená. Matky jsou zároveň ošetřovatelkami a učitelkami svých malých dětí, jsou jejich nejlepšími pomocníky v obtížích. Tato mimořádná blízkost končí v pěti až šesti letech, tedy v době, kdy se z dítěte stává školák a postupuje do ji-

né vývojové fáze. Jak uvádí Erna Furmanová, metoda je zvlášť vhodná pro rodiče batolat, neboť fungování dětí v tomto období postrádá ještě v mnoha oblastech výraznější autonomii.

Ukázalo se, že tento léčebný přístup má velký výzkumný potenciál, zejména v oblasti studia vývoje osobnosti, a rovněž význam profylaktický, zejména v oblasti prevence neurotických poruch.

Základní otázka terapeuta matce zní, zda matka vidí určité oblasti ve svém vztahu k dítěti nebo ve fungování dítěte, o kterých by se chtěla více dozvědět. Smyslem metody je umožnit matce „emoční pochopení“ dítěte tak, aby mu mohla pomáhat v jeho obtížích. Při práci se využívá i poradenských postupů. Získané vědomosti o dítěti jsou využívány k tomu, aby si matka uvědomila samu sebe jako matku, a tak lépe porozuměla svému vztahu k dítěti. Předpokládá se ovšem, že jen emočně relativně zralá matka může mít z tohoto přístupu užitek. V takto zaměřené terapii je využívána instinktivní blízkost matky k dítěti. S matkou nepracuje terapeut na jejích vlastních intrapsychických konfliktech, což by mohlo v některých případech ohrozit matku ve smyslu nežádoucí terapeutické regrese. Tento způsob terapie akcentuje rodičovské aspekty matčiny či otcovy osobnosti (na rozdíl od osobní psychoanalytické terapie, která není zaměřena speciálně na rodičovství či vztahy s dítětem a tyto aspekty nemusí preferovat vůbec či až mnohem později, třeba v době, kdy dítě již dávno opustilo batolecí období. V Hanna Perkins centru se také osobní psychoterapeut nezúčastňuje schůzek personálu, které slouží k diskusi o dětech, nekontaktuje vychovatele ani dětské terapeutky, tj. neúčastní se týmové práce).

Terapie přes rodiče vnáší světlo jak do aspektů vztahu rodič - dítě, tak i do dalších interakcí v domácím prostředí dítěte, neboť práce rodiče s dětským terapeutem má vždy vliv i na další děti v rodině a na širší perspektivu rodinných vztahů.

Dlouhodobý přínos této léčby spočívá podle Furmanové v tom, že rodiče, kterým bylo

umožněno vyladit se lépe na své dítě, zůstávají takto vyladěni pro jeho potřeby i nadále. Hlavním úkolem přístupu je asistovat rodičům a dětem při získávání tohoto souladu. Neexistuje však specifický předpis, jak to provádět. Terapie závisí na skutečném respektu a empatii terapeuta, na jeho profesionální schopnosti pocíťovat radost a satisfakci při podpoře rodičů a dětí.

Pokud je mezi dítětem a rodičem něco v nepořádku, je to, jak zdůrazňuje Furmanová, především proto, že rodiče ne zcela chápou, jak důležití jsou pro své dítě (např. při afektivním výbuchu batolete je někdy pro matku těžké si uvědomit, jak moc jí její dítě potřebuje a jak je samo vyčerpáno intenzitou svého vzteku). Furmanová (1992) říká: „Když otec nebo matka cítí, že rozumí svým pocitům, můžeme jim pomoci porozumět pocitům dítěte a rovněž pokud rodič může pomoci svému dítěti, může pomoci také sám sobě.“ Být rodičem je svým způsobem stejně obtížné jako být bezmocným batoletem. Rodiče potřebují pomoci porozumět dětským impulsům, vzteku, ale i úzkostem.

Dostávat se do souladu (*getting in tune*) je proces, který stále pokračuje a nikdy nevede k dokonalosti, je to proces, který poznamenávají jak periodická zhoršení či disharmonie ve vývoji, tak zlepšení dítěte, která jsou mj. výsledkem toho, že rodič dítěti lépe rozumí. Lepší porozumění dítěti je hlavním cílem terapeutické práce přes rodiče. Tato práce se opírá o identifikaci rodiče s terapeutovým nehodnotícím a empatickým pohledem na dítě jako na osobu mající svá vlastní práva (Furman, 1957).

Někdy má matka sama osobní problémy, které jí znemožňují pracovat tímto způsobem. Pak je nutné doporučit jí individuální péči. Katanová (in Furman, 1957) soudí, že psychologický vstupní rozhovor s matkou neposkytne vždy spolehlivé indikace či kontraindikace pro další terapii, neboť se v něm nemusí nutně projevit matčina schopnost spolupracovat na řešení problémů dítěte. Často je možné tuto matčinu schopnost odhadnout až po určité době společné práce.

Některé matky nejsou na počátku terapie schopny si uvědomit pocity dítěte a výchovně selhávají. Avšak někdy již po krátké době terapie může dojít ke změnám v jejich postojích ke spolupráci. Furmanová (1957) uvádí příklad matky tří velmi malých dětí, které byly doporučeny do terapie spolu s čtyřletým chlapcem, který byl z nich nejstarší. Matka zanedbávala jeho nácvik hygieny, takže chodíval masivně a velmi bolestivě opruzený. Rovněž tak měla tendenci zanedbávat i mladší děti. Matka unikala z této, pro ni neřešitelné situace k četbě, zdálo se, že není schopna do věci jakkoliv aktivně zasáhnout či klást na děti jakékoliv výchovné nároky. Situace se výrazně změnila po té, co bylo matce v terapii umožněno dát najevo nepřátelství vůči vlastním dětem a vůči manželovi, kterého obviňovala z toho, že jí do této situace uvedl a pak se často vzdaloval mimo domov na obchodní cesty. V terapii mohla prohlásit, že by nikdy neměla dítě, kdyby dopředu věděla, jaký bude mít doma blázinec. Po těchto afektivních výbuchích se matka překvapivě změnila a stala se mnohem kompetentnější matkou.

Někdy se však můžeme setkat s matkami, které by měly být včas odmítnuty a s nimiž by se nemělo pracovat touto metodou. Patří mezi ně matky psychotické, hraniční či výrazně nezralé osobnosti. Měly by sem patřit i matky, které samy vůbec nenahlížejí nezbytnost pomoci svému dítěti, nýbrž přicházejí na popud třetí osoby. Problematické jsou pro práci metodou léčby přes rodiče i narcistické matky, které si nemohou přiznat pocity viny, které je ohrožují a které se někdy objevují, když selepší chování jejich dítěte.

Furmanová (1957) popisuje v této souvislosti případ čtyřleté Debby, která trpěla prudkými výbuchy hněvu. Její matka dobře spolupracovala s terapeutem po celou dobu existence problému. Jakmile se ale chování Debby zlepšilo, začala matka jednat s terapeutkou a vychovatelkami ve stacionáři vysloveně nepřátelsky. Děla všechno možné, aby vyprovokovala Debbyiny nové záchvaty vzteku, a tak znovu obnovila dřívější obtíže. Stejně tak

reagovala na Debby hněvem a trestáním, pokud někdy cizí lidé, třeba při procházce parkem, dělali poznámky o milém malém děvčátku. Ukázalo se, že matka dokázala spolupracovat jen tehdy, pokud bylo její dítě problémové. Když si během terapie uvědomila, že její dcera má také dobré vlastnosti a že je na cestě ke zlepšení svého chování, matka byla zaplavena pocity viny, se kterými nedovedla pracovat, měla pocit, že ona sama zavinila všechny dceryiny obtíže.

Problémové z hlediska terapie přes rodiče jsou rovněž matky, pro něž má problém dítěte nevědomý význam, dítě např. představuje část matčiny osobnosti či je reprezentací nějaké osoby v matčině dřívějším vztahu. V takových případech může být působení nevědomé tendence matky proti jejím vědomým snahám tak silné, že může znemožňovat matce měnit postoje vůči dítěti.

Furmanová (1957) popisuje i matky, které zdánlivě dobře spolupracovaly, avšak u nichž se během krátké doby ukázalo, že jen napodobovaly postoje a chování svých terapeutů a že nebyly schopny pokračovat v tom, co se naučily i poté, co byl přerušen kontakt s terapeutem. V těchto případech byla někdy pozorována zvláštní závislost na terapeutovi, někdy měly tyto matky snahu dávat tuto závislost najevo i povrchním napodobováním terapeuta, např. slovními obraty, ale i oděvem či účesem.

Ve všech těchto případech má léčba přes rodiče malou naději na úspěch. Naproti tomu Furmanová (1957) zdůrazňuje, že podle zkušeností terapeutů v Hanna Perkins centru je velká část matek schopna spolupracovat při této terapii. Pro tyto matky je pak velkým uspokojením, když se naučí samy pomáhat dětem a zažijí, že vztah k jejich dítěti se zlepšuje na základě jejich vlastního hlubšího pochopení tohoto vztahu.

Důležitým faktorem v terapii je vztah matky k terapeutovi a s tím spojená situace přenosu. Furmanová zdůrazňuje, že terapeutický vztah je nejméně komplikovaný v případech krátkodobé terapie, během které převládá pozitivní přenos.

Pokud se týká výběru dětí pro tuto metodu, Furmanová (1992) uvádí, že tato terapie je vhodná u dětí, které mají konflikty ve vztazích se svým okolím nebo mají vnitřní konflikt, který však nemá dlouhého trvání. Jedná se většinou o děti do pěti let s poruchami chování či různými vývojovými obtížemi (např. nácvik udržování čistoty, různé „zlovyky“ apod.) Furmanová (1957) např. referuje o tříleté Betty, která si excesivně cucala prsty v napětí, jak se později ukázalo zejména po konfliktech s matkou. Terapie s matkou a práce na verbalizaci pocitů dítěte ve stacionáři umožnila během roku tento problém odstranit.

Hanna Perkins centrum poskytuje komplexní péči, takže terapeuti nejsou odkázáni pouze na jednu metodu. V případě potřeby je zde možnost poskytnout dítěti intenzivní individuální psychoterapii. Matka, která vyžaduje psychiatrickou či psychoterapeutickou léčbu, je doporučena na oddělení pro dospělé.

Velkým přínosem užití této metody bylo její zařazení do systému Therapeutic Nursery School. Práce s matkami se tak začala odehrávat v kontextu neobvyklého „školního“ programu s individualizovaným rozvrhem pro každé dítě a trénovaným týmem učitelů. V roce 1985 se stala tato metoda rovněž integrální součástí práce ve skupině batolat a matek (Hanna Perkins Toddler Group).

Therapeutic Nursery School byla založena Anny Katanovou v roce 1950. Jedná se o terapeutický stacionář pro výchovu a léčbu 12 až 15 tříletých až pětiletých dětí s poruchami chování a emočními problémy, které navštěvují tento stacionář většinou jeden až dva roky. Matkám těchto dětí je poskytována během této doby individuální terapie přes rodiče s frekvencí jedenkrát týdně 50 minut.

Terapeutický stacionář představuje pro terapeuta pracujícího s matkou neocenitelnou pomoc proto, že může kdykoliv dítě bezprostředně pozorovat a má možnost dostávat podrobné zprávy od speciálně vyškolených vychovatelek pracujících v tomto stacionáři o chování dítěte. Získává mnohem úplnější obraz o malém pacientovi. Může tedy mnohem lépe posoudit, jaký vliv má jeho terapeutická

práce s matkou na vývoj dítěte a naučit se hodnotit její možnosti i omezení.

Furmanová (1991) popisuje prostřednictvím obsáhlé kasistiky Stevena metodu léčby přes rodiče jako léčebný postup, který umožní matce poskytovat dítěti podporu a radu i během období velkého stresu. Na počátku terapie byly Stevenovi tři roky a jeho otec spáchal sebevraždu jako důsledek psychického onemocnění. Furmanová pracovala s matkou tři roky, do Stevenových šesti let, každý týden. Stevenovi byla rovněž věnována péče v Therapeutic Nursery School. Terapeutická práce s matkou se opírala o pozorování dítěte jak matkou, tak vychovateli ve stacionáři, přičemž Furmanová každý týden stacionář navštěvovala. Furmanová nejprve uvažovala o zařazení Stevena do intenzivní individuální psychoterapie, ale nakonec se rozhodla pro terapii přes rodiče vzhledem k tomu, že navzdory všem obtížím a neurotickým symptomům a regresivním tendencím vlivem stresu (fobie, hyperaktivita, noční děsy, odmítání separace od matky apod.) psychický vývoj Stevena zdárně pokračoval a nezdálo se, že by tomuto vývoji stály v cestě výraznější vnitřní překážky. Vztahy s matkou byly charakterizovány věkově přiměřenou blízkostí, empatií a společně sdíleným vědomím minulosti. Ačkoliv stres, který matka na počátku terapie prožívala, byl ohromný, matka dobře fungovala ve své rodičovské roli a snažila se aktivně pomáhat v emočním vývoji syna. Navíc se Furmanové zdálo, že by po smrti otce neměly být vztahy mezi matkou a dítětem rozměňovány vztahem dítěte k terapeutovi v psychoanalýze.

Terapeutická práce s dětmi předškolního věku ukázala v praxi, že řada obtíží začíná již mnohem dříve a že by bylo velmi vhodné i dříve terapeuticky intervenovat, tj. tedy alespoň v batolecím období. Kdykoliv měli terapeuti možnost pracovat s batoletem s vývojovými problémy či obtížemi v chování, viděli, že změny v chování se ve srovnání se staršími dětmi dostávají rychleji. Z hlediska dalšího vývoje poruch a obtíží je závažná tendence většiny dospělých tolerovat či přímo ignorovat i relativně závažné emoční problémy batolat, při-

čemž tato tendence je daleko větší než u dětí předškolního věku.

Erna Furmanová založila supervizní kurs Práce s batolaty, ve kterém se pod jejím vedením pravidelně scházelo 8 až 12 účastníků na dobu 90 minut. Účastníci kursu si přinášeli svá pozorování a postřehy z praxe v práci s batolaty. V kursu pak všichni diskutovali vývojové úkoly batolecího věku, odpovídající výchovné postupy, práci s rodiči a možnosti porozumění a pomoci batolatům s vývojovými obtížemi.

Klinické i supervizní zkušenosti vedly v roce 1985 v Hanna Perkins centru k založení skupiny matek a batolat (Mother-Toddler Group), jehož první terapeutkou - učitelkou se stala právě Erna Furmanová. Skupina se schází od té doby pravidelně dvakrát týdně (v úterý a ve čtvrtek) mezi 9.30 a 11.00. Je určena pro šest batolat ve věku od 18 měsíců do 3 let doprovázených matkami, které se účastní celého programu a jsou během pobytu v centru plně zodpovědné za péči o dítě. Otcové navštěvují skupinu tak často, jak si sami přejí. Rodiče se navíc setkávají každý týden na jednu hodinu se svým terapeutem, aby s ním diskutovali své otázky a pozorování ohledně vývoje a výchovy dítěte - tato terapie přes rodiče je integrální součástí celkové terapeutické péče.

Podle zkušeností Erny Furmanové je obě metody, tj. účast ve skupině a individuální práce s rodičem, vhodné vzájemně doplňovat, neboť nejen že vychovatelé v centru sdílí svá pozorování s matkou a dětským terapeutem a nejen že má dětský terapeut možnost pravidelně dítě pozorovat, ale i rodiče sami vidí, jak se dítě chová a jak se vyrovnává s novým prostředím a s různými situacemi, vidí, jak v interakci s jinými dětmi a dospělými, vidí, jak na něj reagují vychovatelé. Bez této příležitosti, tj. společného pobytu ve skupině, by mnoho oblastí vývoje dítěte prošlo nepovšimnuto a nebylo by možné s nimi pracovat. Samozřejmě že spolupráce s centrem přináší i svá rizika. Zvláště na počátku se rodiče často ostýchají vystavit své dítě očím „experta“, tj. vychovatele a terapeuta. Bojí se, že mohou být

„odhaleni“ a jako rodiče kritizováni. Úkolem odborníka je, aby porozuměl těmto obavám a pomohl je rodičům překonat. Jednou z cest je podporovat rodiče v jeho úloze, zdůrazňovat, jak důležitý je pro své dítě a co všechno o něm ví. Zvláště rodiče problémových dětí mohou mít někdy tendenci podceňovat svou důležitost pro dítě a očekávat, že odborníci vědí více a lépe.

Důležitými nástroji terapeutické práce s matkami batolat je podpora, povzbuzení a vytvoření takového prostředí, ve kterém se matka nebojí sdělit své úzkosti, obavy i negativní pocity týkající se dítěte. Toto všechno je pro vývoj batolete nezbytné. Tato role terapeuta není nepodobná roli, kterou plní v rodině pro matku a dítě otec. Terapeut by měl této roli porozumět a otce v ní podpořit. Zároveň se terapeut nesmí stát „lepší“ matkou či „lepší“ otcem, jeho úloha je v oceňování a podpoře vzájemných, někdy značně zranitelných, interakcí v rodině. Toto je pro terapeuta obtížný úkol i z emočního hlediska a jak zdůrazňuje Furmanová, i terapeut potřebuje podporu ve své práci.

Skupina se schází pravidelně od počátku listopadu do konce června. Náplň skupiny je přizpůsobena vývojové úrovni batolat. Na počátku programu jsou děti přivítány společnou písničkou, je napsáno či jinak vyznačeno jméno dítěte, které přišlo do skupiny, poté následuje volná hra. Po ukončení činnosti a úklidu následuje mytí rukou a společná svačina, po které následují činnosti zaměřené na různé vývojové aspekty a dovednosti batolat (povídání u obrázkových knížek v kruhu, hry, písničky, hry venku, hra na písku, zahradnictví - péče o semínka, která slouží k učení se o životním cyklu apod.). Následuje ukončení hry, úklid hraček a písnička na rozloučenou. Vzhledem k tomu, že batolata účastníci se skupiny bývají velice často hypersensitivní, jsou aktivity založeny na pravidelnosti a řádu a není v nich obsaženo příliš mnoho překvapení, nejsou zde žádná jednosměrná zrcadla či jiné možnosti pro pozorování, žádné návštěvy dospělých či dětí, kteří nejsou součástí programu.

Všechna batolata, která jsou zařazena do skupiny, jsou riziková, to znamená, že vykazují širokou škálu poruch chování a emočních obtíží - od drobných vývojových konfliktů až po závažnější poruchy ve vývoji osobnosti. Řada dětí prošla opravdu výraznými stresujícími až traumatickými zážitky (chirurgické zákroky, zanedbání rodiči, náhradní rodinná péče, ale i sexuální zneužívání či týrání apod.).

Do skupiny batolat a matek v Hanna Perkins centru jsou však přijímáni pouze děti, jejichž rodiče o ně projevují zájem, jsou ochotni do centra docházet a spolupracovat s terapeuty na problémech svých dětí. Rodiče přicházejí na základě doporučení, a to buď terapeutů, kteří jakýmkoliv způsobem spolupracují s Hanna Perkins centrem (34%), či přátel a příbuzných, kteří mají s Hanna Perkins centrem zkušenosti (33%) nebo na základě doporučení odborníků (psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků apod.), kteří nejsou na Hanna Perkins centrum přímo napojeni (28%, z toho 9% na základě doporučení pediatra). Jen velmi málo dětí přichází do skupiny na základě reklamy v médiích. Uvedená čísla platí i pro výše zmíněný stacionář (Augis et al., 2001).

Práce začíná rozhovorem s celou rodinou, při které je přítomno i dítě. Zprávy od dalších odborníků slouží k doplnění informací a centrum si vyhrazuje právo požádat o různá doplňující vyšetření. Psychologické vyšetření není rutinním požadavkem. Praxe je však založena na tom, že diagnóza včetně diferenciální diagnózy může být většinou stanovena na základě pozorování dítěte ve skupině a během terapeutické práce s rodiči. Od doby jejího založení do dnešní doby navštěvovalo skupinu batolat a matek v Hanna Perkins centru mnoho desítek dětí.

Inspirace, které vyplývají z práce Erny Furmanové v Hanna Perkins centru pro dětskou psychoterapii v našich podmínkách, by jistě mohly být zpracovány v samostatném článku. Chtěla bych uvést velmi krátce jen ty inspirace, které se odrazily v práci či v dalších plánech občanského sdružení Futurum, které se zabývá již pátým rokem propagací myšlenek

systematické péče o duševní zdraví dětí raného a předškolního věku.

Domnívám se, že velmi inspirativní je snaha Furmanové aplikovat psychoanalytické myšlenky v různých oblastech péče o dítě. To, že je o tyto myšlenky zájem i v oblasti našeho školství jsme měli možnost se opakovaně přesvědčit. V uplynulém roce se část členů občanského sdružení Futurum a jeho spolupracovníků věnovala programu doškolování učitelek mateřských škol v problematice emočních problémů a poruch chování u dětí předškolního věku. V rámci tohoto programu zazněla řada zmínek o psychoanalytickém přístupu k vnímání dané problematiky, tyto zmínky se většinou setkaly s velkou pozorností účastníků. Zájem o semináře nás vedl k žádosti o akreditaci celého cyklu seminářů. Velmi žádanou a do budoucna velmi užitečnou formou práce s pedagoggy, nejen z mateřských škol, jsou „balintovské skupiny“, na které si přináší pedagogové postřehy a osobní zážitky ze své praxe, které jsou pak ve skupině společně diskutovány podobně jako ve výše zmíněném kursu Erny Furmanové. Pedagogům je tak poskytována supervize i tolik potřebná podpora.

Největší inspirací do budoucna je pak pro nás založení stacionáře pro děti předškolního věku s emočními problémy a poruchami chování, který by mohl v našich podmínkách splnit požadavek tak často deklarované interdisciplinární spolupráce a existovat ve formě léčebně - výchovného zařízení. Jak se ukázalo i ve výše zmíněných diskusích s pedagoggy předškolních zařízení jsou doškolování, supervize i praktická psychoterapeutická a výchovná pomoc problémovým dětem vnímány pedagogy z praxe jako spíše nedostačující.

LITERATURA:

- Augis, R., Barrett, K., Bergmann, E., Furman, E., Soperchi, E.: Referral to the Hanna Perkins School: the Role of Relationships (Child Analysis, Vol. 12, 2001, 151-164)
Furman, E.: Treatment of under-fives by way of parents (The Psychoanalytic Study of the Child, 12, 1957, s. 250)

- Furman, E.: Treatment-via-the-parent: a case of bereavement (in Szurand, R., Miller, S. -eds.: Extending Horizons, Karnac Books, London, 1991)
Furman, E.: Toddlers and Their Mothers: a Study in Early Personality Development (Madison: International Universities Press, Inc., 1992)
Furman, R. A.: News of the Hanna Perkins Center, Vol. 2, No. 2, 1998
Furman, R. A.: News of the Hanna Perkins Center, Vol. 4, No. 1, 2000.

M. Pilařová je klinická psychologička, působí v občanském sdružení Futurum. Dříve pracovala v PL Bohnice, poté na ambulanci psychiatra pro dospělé v Praze 4, na dětském oddělení neurologické kliniky VFN Praha 2 a od r. 2000 pracuje v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 - Podolí. Absolvovala dva psychoterapeutické výcviky: ve skupinové psychoterapii a v dětské psychoanalytické psychoterapii (1994-2002). Spoluzaložila o. s. Futurum, které 3 roky jako neziskovou organizaci provozovala v Praze 11 Centrum rané péče, psychoterapeuticky zaměřené. Futurum vydalo 2 sborníky: Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence, 1999, 2001.

Terapeutova role a techniky

(Dokončení z minulého čísla)

Virginia Satirová

Terapeut se zeptá každého člena rodiny, co může udělat pro to, aby rozhněval dalšího člena rodiny. „O čem s určitostí víš, že když to uděláš, táta pak zcela jistě vybuchne?“

„Marie, co můžeš pro to, aby Joe začal šlehel?“ Takové otázky dále načrtávají rodinná pravidla a zákazy. Pomáhají členům rodiny dělat ze skrytých pravidel pravidla otevřená. Také dále snižují obavy z projevení hněvu. Terapeut interpretuje hněv jako zranění. „Za sebe mohu říci, že když někdo vypadá našťvaně, znamená to jednoduše, že uvnitř cítí bolest. V určitém smyslu cítí, že jeho sebeúcta je v nebezpečí.“ „Budeme muset vypracovat způsoby, abyste mohli dávat jasné zprávy bez

pocitu, že zraníte city ostatních lidí.“ „Otec může vypadat našťvaně, ale ve skutečnosti cítí nějaký druh bolesti a zranění. Bude muset vyslat jasnější zprávu o své bolesti, takže ostatní budou vědět, co se v něm odehrává.“

Terapeut považuje hněv za obranu a zabývá se poraněním.

H: „To je všechno, co mohu udělat, abych se udržel a nezabil tě.“

W: „Jsi starý ubožák.“

T: „Teď vidím, jak hluboce jste oba zklamaní. Věci dopadly úplně jinak, než jste doufali. Podívejme se na to, co se stalo, co vám oběma zabránilo mít radost a potěšení v životě.“

Terapeut ukazuje, že je v pořádku podívat se na bolest a na zakázané: „Viděl jste bolest vašich rodičů? Byl jste schopen jim ulevit?“ „Takže váš otec měl dřevěnou nohu. Nemohli jste o tom mluvit, že? Pro vaši rodinu bylo trapné o tom mluvit. Proč?“ „Tak Roger byl adoptovaný. Věděl jsi to, Rogere? Co ti o tom matka řekla? (K matce): Proč jste nebyla schopna říci to Rogerovi?“

Terapeut karikuje základní obavy v rodině. „Matku i otce to zabije, klesnou mrtví k zemi, pokud jednoduše řekneš, co vidíš a slyšíš.“ „Musíš si myslet, že jsou matka i otec křehká stvoření. Mně se zdá, že jsou to pěkně silní lidé.“ „Zdá se, Marie, že jednáš, jako by se Joe měl zhroutit, kdybys jednoduše řekla, co jsi pozorovala.“ Karikováním, nebo dotahováním obrázku ad absurdum pomáhá terapeut snížit nadměrně ochranné pocity a pocity všemohoucnosti, a takto dále omezuje potřebu bránit se.

Terapeut zmenšuje strach tím, že pečlivě zachází se „zatěžujícím materiálem“. Zatěžující materiál opatrně časuje, přičemž postupuje od nejméně k nejvíce zatěžujícímu. Postupuje od rodinné historie v minulosti, kdy se pár poprvé setkal, od toho, co na sobě navzájem viděli, až k současné interakci. Začíná s hovorem o původních rodinách rodičů a rozhovor směřuje k současným rodičům. Otázky jsou načarovány podle pořadí, ve kterém byly pokládány během zjišťování historie: „Co dělali rodiče pro to, abyste se pobavili?“ „Jak se vaši rodiče lišili jeden od druhého?“ „Byli vaši

rodiče schopni nesouhlasit?" „Jak vaši rodiče nesouhlasili?" „Co děláte vy pro to, aby byla zábava?"

Terapeut přechází k méně zatěžujícím věcem, když se téma stává horkým. K jednomu tématu spíše než k těm dalším (záleží to na tom, co je v rodině nejvíce zatěžující materiál). K minulosti spíše než k přítomnosti: „Jak se zacházelo s penězi ve vaší rodině, když jste byl ještě dítě?" Zachází se zatěžujícím materiálem tak, že zobecňuje to, co se očekává, že bude v rodinách. „V rodinách není neobvyklé zraňovat, mít bolest, mít problémy, bojovat." „Když je jedna osoba v rodině zraňována (nebo rozlobená, nebo vyděšená), všichni to cítí." „Když někdo v rodině zraňován, všichni sdílí zodpovědnost za toto zranění."

Terapeut zachází se zatěžujícím materiálem tak, že vztahuje pocity k faktům. Ptá se na specifičnost, příklady, dokumentaci: „Bil vás jen někdy? Jak často?" Nebo: „On nějak podváděl? Co to znamená?" Ptá se na údaje, které pacienti používají, aby podpořili své vnímání: „Jak víte, že se nezajímá o to, co děláte?" Nebo: „Co dělá, že máte pocit, že je průměrný?" Ale neignoruje ani skutečné věci, na které pacienti odpovídají. Musí být opatrný a neanalyzovat vnímání, aniž by si ho ověřil a porovnal s realitou. Sám se nezahází v pocitech, ani to nedovolí ostatním. Také nesmí analyzovat pocity odtrženě od interakčního kontextu.

Nakládá se zatěžujícím materiálem tak, že používá vlastní slang. „Otec praštil do stropu, že?" Nebo: „To pak asi chlupy lítaly?" Užívá i neuctivosti a vulgarity: „Dobrá, teda v tu dobu se choval jako bastard." Nebo: „Vy jste musel být pěkný blázen." Vyhýbá se pedantickým sloům a psychiatrickému žargonu. Užívá pojem „sebeúcta" místo „slabá pohlavní identita", slov „cenný" a „vážený" místo „přijatelný", „hodný lásky" místo „milovaný" atd.

Zachází se zatěžujícím materiálem tak, že překládá nepřátelské chování a pocity. „Tedy... cítíte se nehoden lásky." „Cítíte se ohrožený." „Dobrá, to, co jste řekl, nejde nějak dohromady s vaší bolestí uvnitř. Jak se to stalo?" Při zacházení se zatěžujícím materiálem brání

tomu, aby se skončilo u epizod a střízností. (Kromě toho, terapeut má často nedostatek dat k tomu, aby hodnotil, co pocity znamenají.) „Jak jdeme dále, stává se to jasnějším." Nebo: „Můžeme se o tom dozvědět víc."

Nyní přejdeme dále, abychom se podívali, jak terapeut znovu učí pacienty dospělosti a zodpovědnosti. Pacient stále dává znát, že se necítí zodpovědný. „Já to nemohu udělat." (Jsem malý, bezvýznamný.) „Oni mi to nechtějí dovolit." (Ostatní jsou větší než já. Já jsem oběť.) „Ty mne přiměješ, abych to udělal." (Nechávám zodpovědnost na tobě.) „Ano, udělám to, ale nepomůže to. Nevím proč." (Nechávám svoji zodpovědnost uvnitř sebe, ale nevyznám se v sobě.) „Udělal jsem to, protože jsem byl opilý (bláznivý, byl jsem bez sebe)." (Já jsem nebyl já.) „Neměl jsem v úmyslu to udělat." (Já jsem nebyl já.) „Udělal jsem to, protože tě miluji." (Syndrom tiché pošty.)

Terapeut používá určité techniky pro znovuoobnovení pacientova pocitu zodpovědnosti. Připomene pacientovi jeho schopnost být za sebe zodpovědný: „Kdo za vás jí?" „Kdo za vás chodí na toaletu?" „Vy můžete rozhodnout, co víte." „Nemůžete oloupit sebe samého, že." (K pacientovi, který chtěl skončit se školou.) „Jak se to stalo, že jste neměl v úmyslu udělat to?" „Ostatní nemohou vidět, co si přejete uvnitř. Mohou vidět jen vaše vnější chování, které jim dává klíč k vašemu přání. Musíte svá přání více zviditelnit." „Převědli jste na tuto osobu moc nad sebou. Proč jste se zbavil své moci?" „Souhlasil jste s ním, že vás bude kontrolovat. Má to takto pokračovat?" „Co stojí mezi vámi a vaší schopností kontrolovat Marii?"

Terapeut vždy zpětně prověřuje zájmena, aby viděl, kdo dělal co a komu. Například schizofrenici nikdy přesně neřeknou, kdo co dělal. Říkají: „Děti by neměly dělat to a to." Terapeut pacienta přitlačí: „Myslíte Johnny?" Terapeut dělá ze skrytých pacientových obvinění obvinění otevřená, takže se jimi může zabývat a může kontrolovat, zda jsou zájmena použita na správném místě.

(...)

Samotný vztah pacient-terapeut staví do popředí problémy zodpovědnosti. Pacient se cho-

vá určitým způsobem. Chová se, jako když je ve svém chování „zaseknutý", nemůže si pomoci. Jestliže také terapeut léčí toto chování jako oddělené od osoby, říká tím pacientovi: „Očekávám, že nemáte žádnou kontrolu." Takto terapeut zdůrazňuje chování jako náležití k osobě a vytváří cíle pro léčení chování.

Pacient očekává, že terapeut bude velký moudrý otec nebo matka, někdo, od koho všechno poplyne. Čeká, že terapeut převezme zodpovědnost. Terapeut skutečně zodpovědnost převezme, ale neléčí pacienta jako dítě, ani neočekává, že se tak bude chovat. Léčí pacienta jako dospělého a očekává, že se jako dospělý bude chovat. Neruší jeho dospělost.

Terapeut není pro pacienta nepostradatelný, i když si to může sám myslet. Není jako rodič schizofrenika, který říká: „Nemůžeš se sám nasýtit, potřebuješ mě k životu." Nedává pacientům nic způsobem, který má zajistit nasycení a vyprázdnění. Pouze jim umožňuje, aby dávali sami sobě a dostávali od ostatních členů rodiny.

Terapeut pomáhá pacientovi vidět, jak minulé modely ovlivňovaly jeho očekávání a chování. Připomíná pacientům, že jednají podle minulých modelů: „Očekával bych, že budete mít kvůli tomu starosti. Jak jste řekl, váš otec nikdy..." „Vaše matka zacházela s penězi tímto způsobem. Jak jste se mohla naučit jiné způsoby?" „Zdá se mi, jako byste mu dávala stejný druh poselství, který vaše matka dávala vašemu otci. Vám se ale nelíbil způsob, jakým matka a otec věci řešili a bojujete těžce o to, abyste to dělala jinak. Podívejme se, co vám může stát v cestě."

Terapeut otevřeně kriticky rozebírá očekávání: „Opravdu věříte, že všechny děti by měly být zavázány svým rodičům?" Připomíná pacientům, že se brali navzájem právě kvůli těm vlastnostem, na které si nyní stěžují. „Ano, to je to, co se vám líbilo na vaší manželce, jak jste říkal. Dívím se, proč se vám to teď nelíbí?"

Vyzdvihuje očekávání doplňováním komunikace.

T (k Johnnymu): „Máš rád špenát?"

S: „Ne."

T: „Věděl jsi, že si tvá matka myslela, že máš rád špenát?"

S: „Ne, ale nechtěl jsem zranit její city."

T (na matku): „Zeptala jste se ho někdy, jestli má rád špenát?"

M: „Ne, já si myslela, že ho všichni muži mají rádi. Můj otec ho měl rád."

Terapeut zdůrazní očekávání tím, že ho přezene: „Váš otec ho měl rád, tedy přirozeně všichni muži ho mají rádi." Načrtává role a funkce. Rozlišuje svoji roli při zabývání se rodinou a jejím léčení. Nazývá dvojici „matkou" a „otcem", když se na ně obrací jako na rodiče, a jejich křestním jménem, když k nim mluví jako k jednotlivcům nebo jako k manželovi a manželce. Probírá nejstaršího sourozence jako prvního, říkajíc mladšímu: „Počkej chvíli, ještě jsi nepřišel, ještě ses nenarodil."

Terapeut se ptá pacientů na jejich role: „Nasazujete si tři klobouky: individuální, manželský, rodičovský. Vidím rodičovský, ale kde jsou ty druhé dva?" „Před manželstvím jste byla slečna »ta a ta«. Co se s ní stalo teď?" „Proč musíte dostávat povolení?" „Jste otcova manželka?" Může o rolích přímo učit. Udělá seznam tří rolí na tabuli: individuální, manželská, rodičovská. Dělá to tak, že pacienti uvidí, že mají volbu, jak budou s každou zacházet. Jestliže terapeut pomůže pacientům uvědomit si, jak jsou zodpovědní a ukáže jim jiné způsoby reagování, mohou si pak z těchto způsobů vybírat. Kreativita v životě znamená mít širší výběr alternativ.

Terapeut zaplňuje mezery v komunikaci a interpretuje poselství. Terapeut odděluje „vztahovou" část poselství od jeho obsahu. Pacienti obvykle spletou obojí dohromady a mluví o vztazích v termínech „obsahových". „Tahle káva není dobrá," je pacientův způsob jak říci: „Ty nejsi dobrý." „Sklenice se úspěšily," je schizofrenní způsob jak říci: „Nevidíš poctivě."

Terapeut odděluje poznámky o „já" od poznámek o těch druhých. Pacienti obvykle smíchají obojí dohromady a nemohou pochopit, která část slovní výměny jim říká něco o mluvčím a která je adresována jim. „Jsem unavený," může být tvrzení o únavě mluvčího. Také to může být otázka: „Jsi taky?" Také to může být žádost: „Pomoz mi!" Takže, když pacient

říká terapeutovi, co B říkal, terapeut se ho ptá, co si pacient vzal ze zprávy od B.

Terapeut ukazuje na zřetelné nesrovnalosti v komunikaci.

Otec: „Cítím se fajn.“

T: „Vypadáte hrozně. Jak můžete říci, že se cítíte fajn, když vypadáte hrozně. Nemůžete dovolit sám sobě cítit se příšerně?“

Otec (k dítěti, jehož symptom souvisí s delikventním chováním otce): „Bud' hodná a já budu brzy zpátky.“

T (k otci): „Myslím, že v tomto poseství byly dvě části, které jí možná zmátly. Řekl jste velmi jasně a nahlas, aby byla hodná, ale neřekl jste jí, kam jdete a kdy se vrátíte. Byla druhá zpráva slyšet stejně nahlas a jasně?“

Terapeut vysvětluje neverbální komunikaci.

T (k Johnnymu): „Než jsi odpověděl, podíval ses nejprve na matku. Cítíš snad, že musíš dostat povolení, abys mohl mluvit?“

T (k Patty, která chytla svého otce za ruku během dohadování mezi otcem a matkou): „Říkáš svému otci, že s ním sympatizuješ?“

T (poukazuje na vzorec): „Všichni se chováte, jako kdybyste se rádi dostali co nejdále od něho (ode mě, od ní).“

Terapeut objasňuje dvojí úroveň poseství.

D (k matce): „Mohu jít do školy?“

M (k dceři): „Když jsem byla malá holčička, nikdy jsem neměla žádné vzdělání.“

T (k matce): „Nyní se vás vaše dcera ptala, zda by mohla jít do školy a já bych rád věděl, zda od vás dostala odpověď. Měla by jít do školy nebo neměla?“

Obecně jsou má kritéria pro dokončení léčby následující: Léčba je dokončena, když členové rodiny ukončili vyjednávání, prověřování, dotazování. Když umí interpretovat nepřátelské chování. Když vidí, jak je vidí ostatní. Když vidí, jak vidí oni sami sebe. Když může jeden člen říci druhému, jak se sám projevuje. Když může jeden člen rodiny říci druhému, v co doufá, čeho se bojí a co od něho očekává. Když spolu mohou nesouhlasit. Když mohou volit. Když se mohou učit praxí. Když se mohou osvobodit od škodlivých vlivů modelů z minulosti. Když mohou dát jasnou zprávu, to jest být kongruentní ve svém chování, s mini-

málním rozdílem mezi pocity a komunikací a s minimem skrytých zpráv.

Další soubor kritérií pro ukončení léčby je, když dospělí - muž a žena jako manžel a manželka - mohou mluvit zpřímá, užívat první osobu „já“ následovanou některým z tvrzení nebo otázek, které: hodnotí, uznávají pozorování, nacházejí chyby, sdělují rozmrzelost, identifikují a jsou třeba i zmatené. Když dokážou být zřetelní za použití jazyka, který jasně ukáže „já jsem já“ a „ty jsi ty“. „Já jsem já - a jsem někdo jiný než ty, uznávám své vlastní atributy patřící ke mně. Ty jsi ty, oddělený ode mě, a já uznávám tvé atributy patřící k tobě.“ Být jasný za použití otázek a tvrzení, které odrážejí upřímnost a schopnost poznat stanoviska někoho dalšího, jeho směr nebo úmysly. Když tato mluva přináší své výsledky.

Léčba je zkrátka ukončena, když kdokoliv při terapeutickém sezení může užít první osobu „já“ následované aktivním slovesem a ukončené přímým účelem.

Přeložila: Ladislava Doležalová

Fobie nebo strach?

Josef Zvoníček

Moje sdělení není ani vědeckým pojednáním, není ani výzkumem, je pouze sdělením dojmů, pocitů a zkušeností z mé každodenní psychiatrické a psychotherapeutické praxe. Strach je fenomén, který má možná větší význam na naše duševní i tělesné zdraví, ale i na naše myšlení, jednání a prožívání, než jsme schopni si představit a uvědomit. Dnes a deně o něm slyším mluvit své klienty, ať přímo „mám strach“, „bojím se“ nebo nepřímě „abych měl jistotu“, „nebudu Vám lhát, řeknu Vám pravdu“ atd.

Neustále slyšíme ze všech možných úhlů a stran, různými odborníky a odbornostmi konstatovaný pojem „stres“. Existuje jeho definice, popis, konstatování jeho podílu na kvalitě du-

ševního i tělesného zdraví, nemocí atd., ale dost možná si až tak neuvědomujeme, že možná největším stresorem je právě strach, který „žije“ trvale s námi. Strach je totiž naší trvalou součástí, ať již o něm mluvíme či nikoliv, ať si jej uvědomuje či neuvědomujeme, ať máme odvahy si jej přiznat nebo jej zapřít sami před sebou, protože „máme strach“ mít strach a přiznat jej sami sobě i svému okolí.

Fobie? Jak jim rozumět, jak je pochopit nebo ještě lépe, jak sdělit klientům „jejich řeči“ o co jde? Nabízí se jejich pochopení a porozumění jako jistý druh strachu analogicky tak, jak známe například jednotlivé druhy ovoce či zeleniny z nadřazených pojmů ovoce nebo zeleniny. Otázka, která se pak sama nabízí je tato: Má-li ovoce či zelenina pro člověka význam, mají jej také fobie? Domnívám se, že je mají. Přínejmenším ten, že přivedou klienta k úvahám o sobě, k otázkám, co se to děje, a to právě a díky strachu z těchto „strachů - fobií“. K čemu je to ale dobré, když jsou fobie nepřijemné, obtěžující, značně omezující kvalitu žití? Můžeme zde říci, že i rybí tuk je nepřijemný svou chutí a vůní a přesto je užitečný a potřebný.

Výhodou práce v ambulanci je ta skutečnost, že se někdy stáváme partnery našich klientů na dlouhou dobu, mnohdy na řadu let. Právě tato skutečnost přináší často pochopení a porozumění toho, co se událo „tehdy a tam“ a jaký to má dopad na „zde a nyní“. Domnívám se také, že tento fakt vyvažuje skutečnost, že nejde o studie či sledovaný soubor ve vymezeném čase, neboť tyto nemohou a to ani při katamnestickém sledování postihnout právě to, „oč tu běží“.

Je celá řada klientů, jejichž cesta začíná úzkostně fobickými projevy, aby se v dalším čase projevila jako poměrně typická depresivní porucha s periodickým výskytem. Často jde o projev vyčerpanosti organismu při nesprávném přístupu k životu, špatné životosprávy, nadměrné angažovanosti ať fyzické, či emocionální a kdy lze zpětně nahlížet na první projevy úzkostně fobické jako na „varování organismu“ před pokračováním života právě v tomto životním stylu a zaměření.

Můžeme říci, že strach je značná zátěž, kterou s sebou neseme na cestě životem. Je to zátěž, kterou nás vybavili naši rodiče ať již pouhým „dědictvím“ (neboť „dědíme“ vždy jenom to, co naši rodiče mají) nebo také jejich výchovným působením. Je pak samozřejmě na nás, jak si s takovým dědictvím poradíme, jak s ním naložíme. Zda je bez přemýšlení přebereme a neseme dál a předáváme svým potomkům jako „dědičný hřích“, nebo zda se pokusíme o jeho změnu, o zmírnění důsledků.

Obvyklý terapeutický přístup a postup při „objevení se strachu - fobie“ je ten, že se snažíme co nejdříve a nejefektivnějším způsobem klienta tohoto strachu zbavit. Používáme k tomu jisté osvětlení a porozumění problému fobie, osvojení si určitých technik, například jak zacházet s nežádoucími myšlenkami, představami, strachy korigujeme medikamenty.

Již méně častý je takový postup, kdy vedle tohoto přístupu je zde ještě navíc snaha o pochopení toho, „o co tu vlastně jde?“ Klade se sobě i klientům otázky typu: Proč se tento strach objevil, proč právě nyní, v tuto chvíli, v dané situaci, proč ne třeba včera, před týdnem, proč právě tak a ne jinak. A dále, kde byl do této doby, že se „objevil“, byl vůbec někde, z čeho vzniká? Je trvalý, lze se jej zbavit? Máme jej toliko potlačit, nebo se máme snažit mu porozumět, má pro nás význam, nějaký smysl?

Otázkou je, kde hledat odpověď. V moudrých knihách, či v našem každodenním životě, v naší každodenní zkušenosti? Zdá se, že to, oč tu běží, je z jedné strany mince strach ze smrti a z druhé pak strach ze života.

Je tedy dosti pravděpodobné, že strach je v nás trvale přítomen i když se nemanifestuje, a že možná pouze „dřímá“ a čeká na vhodnou příležitost, aby se projevil, prosadil a byl uveden do vědomí - uvědoměn - a tam „řešen“ právě v tuto chvíli a právě zde a nyní. Někdy je tento strach zřetelný, srozumitelný - klientovi i nám, jindy však zastřený, skrývající se za „náhražku“ jakési fobie - jedné ze sta či dvou set druhů, které jsou popsány.

Tento pohled na strach a fobie bývá pro řadu klientů inspirující, protože jim nabízí jed-
nak pochopení vlastní spoluúčasti na jejich

potřích, srozumitelnost a pochopitelnost, jež je odlišná od „vědeckého zdůvodňování nedostatku či nadbytku „čehosi“, což mnohdy vyvolává pocit „bezmoci“, pocit, že se něco děje „mimo mne, bez mého vědomí, bez možnosti ovlivnit to vlastními silami, něco, co samo o sobě budí STRACH z neznámého, tajemného. Lze uvažovat nad tím, že je zde jistá analogie mezi tím, jak kdysi naše předky děsil blesk, hrom a jiné přírodní úkazy, a vedl je k obrannému jednání a konání, a mezi obdobným jednáním našich klientů i když pro jiné děsivé projevy, které tentokrát nevycházejí z vnějšího světa, ale převážně a nejčastěji z jejich nitra. Můžeme říci, že jde o strach ze sebe sama, strach z „démonů“ jež nazýváme emoce, z nichž jedna z nejintenzivnějších je právě strach a kruh se uzavírá.

Protože toto sdělení z praxe vychází, je jisté i žádoucí, aby se zase do praxe vrátilo. Jak tedy můžeme v praxi jednat jinak? Především a hlavně „jinak“ nahlížet na naše klienty a jejich strachy.

K tomuto „jinému“ pohledu nám pomůže, budeme-li výše uvedené aplikovat především sami na sebe, a až poté na naše klienty. Je zapotřebí si ujasnit, jak jsme na tom se svým strachem my. Strachem ze smrti, ze života, ale i strachem zda obstojíme, zda vydržíme, zda dostojíme, zda nás někdo nepředběhne, nepřipraví o místo, pozici, úspěch atd. Lze si doplnit cokoli včetně toho, zda si strach u sebe vůbec uvědomujeme, zda jej prožíváme, k čemu nás inspiruje či zda se jim necháme inspirovat. Až poté můžeme přistupovat ke klientům s vědomím, že „víme o čem tu běží“, že je škoda nabízející se „příležitosti nevyužít“ a že tou příležitostí je přijetí reality života - reality smrti. Pokud totiž nabízenou příležitost nevyužijeme, problémem tím nevyřešíme, pouze jej odložíme, odsuneme, a on se přihlásí později znovu, a mnohdy s větší naléhavostí, s větší intenzitou či větší dramatičností. Máme za to, že je to téma v životě, které sice lze obejít, lze se mu i na čas vyhnout, ale které se nám stejně vždy znovu vrátí k řešení.

A fobie? Ty jsou pravděpodobně takovou příležitostí a výzvou, a záleží jen na nás, jak s nimi naložíme, jak této příležitosti využijeme.

Takže fobie nebo strach? Je tedy zřejmé že oba, že jedno vychází z druhého a opět se do prvního vrací. Zdá se také, že čím více se strach manifestuje toliko fobií, tím je tato úpornější, odolnější vůči terapeutickému ovlivnění. Pomůžeme nám odstup, rozšíření zorného pohledu, respektive odhalení dalšího strachu, neboť je srdeční infarkt kolaps či ostuda horší než smrt? Takže odhalením, přivedením do vědomí dalšího strachu, strachu ze smrti, můžeme oslabit intenzitu dané fobie.

Přeji sobě i Vám všem, aby se nám to v našem zájmu i v zájmu našich nynějších i budoucích klientů dařilo co možná nejlépe.

Na závěr si dovoluji uvést krátký příběh:

U malého chlapce se objevila „sendvičofobie“.

Pokaždé, když uviděl obložené chleby, začal se třást a ječet hrůzou. Jeho maminku to tak znepokojilo, že ho vzala k doktorovi, který ji poradil:

„Ta fobie se dá lehce odstranit. Vezměte chlapce domů a ukažte mu, jak se chleby připravují od začátku až do konce. To odstraní jakékoliv jeho nesmyslné pocity a přestane se třást a plakat.“

A právě tak to matka udělala. Vzala do ruky dva krajíce chleba. „Bojíš se jich?“ Chlapec zavrtěl hlavou. Pak mu ukázala máslo. „Bojíš se másla?“ Ne, nebál se. Ukázala mu, jak se roztláče máslo na chleby. Pak přišel na řadu salát. Bál se ho? Ne. Položila salát na krajíčky. A co plátky rajčat. Je zapotřebí se něčeho bát? Ne, není. Dala rajčata na salát. A bojí se nakrájené slaniny? Ne, vůbec. A tak ji rozprostřela nahoru.

Nyní měla jeden chleba s navršenou oblohou v jedné ruce a druhý prázdný plátek v druhé ruce. Ukázala obě ruce chlapci. Ne, nebál se. Ale v momentě, kdy dala volný krajíc na ten obložený, začal chlapec pištět: „Sendvič, sendvič!“ roztláče se a rozplakal.

(Takže nikoliv podstata věcí či lidí, je to co milujeme, či nenávidíme nebo z čeho máme strach, ale pouze jejich uspořádání).

Kroměříž, červen 2002 - poster ve Špindlerově Mlýně na IV. Psychiatrickém sjezdu

Terapeutický klub alias skupina S

Věra Müllerová

Terapeutický klub ve Středisku pro rodinu a mezilidské vztahy v Č. Budějovicích (dále TK) zahájil svou činnost na podzim roku 2000. Předcházející uvažování o otevření Skupiny S (S jako senior), jak byl původně TK pracovně nazýván, bylo syceno postřehy a dojmy z každodenní poradenské a terapeutické praxe autorky. V nemenší míře také jejím postupujícím věkem, možná i konfrontací s poznámkami některých kolegů z profese, kteří reagovali např. takto: „Cože, skupinová terapie v tak vysokém věku? To má smysl tak do pětadesátiletí, pak je člověk úplně tuhej.“

Je jisté důležité uvažovat o tom, dokdy, či od kdy je člověk schopný vnímat psychologickou, psychoterapeutickou péči či prostě pomoc bližního. Tyto názory se proměňují a k našemu prospěchu objevujeme staronové pravdy - že člověk si zaslouží úctu, pozornost a péči již před narozením, a stejně tak na druhém pólu života.

Z různých důvodů se péče pomáhajících profesí poskytovaná člověku zaměřuje na některá věková období více, na jiná méně. Zdá se, že padesátníci a starší se poměrně méně často vyskytují v terapeutických skupinách. Nepotřebují to? Nebo nechtějí? Nebo jim to nenabízíme?

Stárneme od narození. Někdo to umí, někdo se na stáří těší, jiný se bojí o stáří i mluvit. V současné době jsme svědky i nového jevu.

Jsmo účastníci demografického vývoje, který nazýváme Stárnutí populace. Podle populační prognózy světa do r. 2050, vypracované OSN, lze očekávat, že v r. 2050 v zemích EU téměř 29 % obyvatelstva budou tvořit lidé starší 65 let. Počet obyvatel v ČR v produktivním věku (15-64 let) byl sice ještě v r. 2000 poměrně vysoký (70 %), ale podle prognóz lze očekávat do r. 2050 nárůst podílu seniorů na 40 %. (Demografie, 2002, roč. 44, č. 1.)

Jisté je hodně důležité vnímat realitu, ve které všichni žijeme. Projekt Terapeutického klubu, který ve zkrácené podobě dále předkládám, vznikl, protože to bylo zapotřebí, protože v regionu nebyla podobná služba nabízena.

Cílová skupina

Účastníci terapeutického klubu jsou lidé ve věku přibližně od 46 až 50 let, horní věková hranice je neomezena. Jedná se převážně o klienty Střediska pro rodinu a mezilidské vztahy, kteří prošli individuální či manželskou terapií ve Středisku nebo jsou doporučeni psychiatrem, u kterého byli původně v péči, a kteří mají předpoklady ku společné práci a trpí problémy v některé z uvedených oblastí: v oblasti neuspokojivých rodinných a mezilidských vztahů, osamělosti, obtížemi v adaptaci na novou etapu životního cyklu, syndromem opuštěného hnízda, ztrátou partnera (rozvod, úmrtí), těžce prožívaným odchodem do důchodu, ztrátou životního smyslu etc.

Aranžmá a obsah setkávání

Cyklus: od poloviny září do poloviny června
Setkávání v místnosti psychoterapie Střediska pro rodinu: 1x za 14 dní 2 hodiny (14:00 - 16:00)

Počet účastníků: přibližně 8-12 osob.

Vede v našich podmínkách 1 terapeut.

Obsahem setkávání je vlastní setkání, společná práce, relaxace (relaxační techniky), sociálně tréninkové techniky, strukturované diskuse k vybraným tématům, arteterapeutické techniky. Důraz je kladen na vytváření společenství, prožitky přijetí (a sebereprijetí) ve skupině účastníků.

Smyslem Klubu je zejména podpůrné, facilitační působení na cílovou skupinu s cílem zvýšení kvality života účastníků. (Koncept WHO, aktivní stáří.)

Krátký příběh o prvním běhu TK

V roce 2000 na podzim byl zahájen 1. ročník TK, v počtu 10 účastníků. Účastníci byli vybíráni ve shodě s kritérii výběru členů do skupiny (Knoblochová 1968, Kratochvíl 1977, 1995, Rieger 1998, Yalom 1985, 1999).

TK nebyl uzavřen jednomu z pohlaví, ale přihodilo se to tak, že začaly samé ženy (včetně terapeutky). Krátce po začátku došlo ke změnám v počtu účastníků, zůstalo 8 stálých členek TK.

Pro zajímavost: Nejmladší účastnice 46 let, nejstarší 72 let. Tři 48 let, tři 58 let. 4 ve starobním důchodu, 1 v invalidním, 3 pracující. Jedna žena s VŠ, ostatní středoškolačky. Tři ženy rozvedené, 1 vdova, 4 v manželském vztahu. Všechny mají nebo měly děti.

Jaká očekávání měly od TK? Vybírám jen některé příklady a křestní jména měním.

Alena: *Problémy rozrůstající se rodiny, která si neuvědomuje i stále se rozrůstající požadavky a mé možnosti. Najít pocit větší užitečnosti, náplně života.*

Bára:

Společné sezení s lidmi podobně zaměřenými, rady a porady všedního dne a života.

Cilka:

Relaxace. Přenést se přes vlastní problémy. Jak nepropadat depresi a stresu.

Dana:

Chtěla bych se dovědět, jak postupovat, když se vytvoří doma neřešitelné problémy, jak tyto problémy řeší ostatní.

Eva:

Zahnání samoty a sdělení životních zkušeností. Etc.

Na prvním setkání bylo dojednáno oslovení. Ve shodě s Riegrem (1998) upřednostňujeme vykání a křestní jména, pro terapeuta oslovení doktor, doktorka. Osvědčily se také klasické pevné jmenovky, stříšky, které byly v průběhu používány i jako „tabulky“ pro zápis potřebných záznamů. Na prvním setkání byly také členky seznámeny s Pravidly terapeutického klubu, která stvrdily podpisy.

V průběhu postupujícího času se TK, který byl koncipován jako otevřený nově přichozím, stabilizoval a zůstal v nezměněném tvaru do června 2001. Jednotlivá dvouhodinová setkání byla připravována klasickým způsobem. Rozehrávací kolečka, čas věnovaný řešení problémů předkládaných jednotlivými členy, relaxace. Programované diskusní skupiny se střídaly

se sociálně tréninkovými technikami, projektními a dalšími pomocnými technikami. S účelem zlepšit sebepověst, sebevědomí, trénovat komunikaci, sebezprezentaci (okénko pro hosta), s cílem hledat „nový“ smysl života, který byl pro samé trápení skryt.

Když se při psaní tohoto příspěvku probírá poměrně podrobnými záznamy skupinových sezení, čtu hezkou poznámku ze 17. setkání: „Všichni chtějí povídat a nechtějí techniky, respektují.“

V závěru 1. běhu jsme v červnu při loučení formulovaly postřehy, jak bylo splněno očekávání, i poselství.

„Vadilo mi, že jsem se sem málo dostala, „dovnuť to člověka, aby popřemýšlel“ (říká A., která trpí Cronovou chorobou).

B: „Myslela jsem, že to bude víc krutý, pomůžeme si povznést se nad problém.“

C: „Otevřeli jsme se. Tím, že jsme o těch problémech mluvily, jsme si pomohly.“

D: „Jsem moc ráda, že jsem sem chodila, když jsem tady byla na počátku, nemohla jsem ani mluvit a pořád jsem naplňovala brečela. Teď je to úplně jiné.“

E: „Ráda bych pokračovala na podzim po prázdninách. Moc mi to prospívá.“

Pro terapeuta osobně bylo, kromě jiného, zajímavé konfrontovat reakce studentů, kteří se někdy v rámci univerzitní praxe zúčastnili sezení TK, a „seniorů“. Někdy byli studenti „tradičnější“ a rigidnější v názorech a „senioři“ pružnější.

Na podzim 2001 začal druhý běh Terapeutického klubu (ukončen v červnu 2002).

Přeji vám i sobě pevné zdraví, elán a chuť pracovat (i) s klienty „přes padesát let“.

Literatura u autorky.

Předneseno na VI. mezinárodní konferenci o manželském a rodinném poradenství v Sedmihorkách v květnu 2002

PhDr. V. Müllerová pracuje ve Středisku pro rodinu a mezilidské vztahy v Českých Budějovicích. Kontakt: vera.muller@seznam.cz

PSYCHOSOMATIKA

Je integrace psychoterapeutických zkušeností do somatických oborů možná?*

MUDr. Vladislav Chvála,
PhDr. Ludmila Trapková

Tradí se, že poprvé slova psychoterapie použil Hippolit Bernheim v r. 1891.¹ Byla to doba plná mystiky, hypnózy a boje s tmářstvem. Některé senzační případy léčby těžkých symptomů poukazovaly na význam vztahu mezi tělem a duší, který se stal středem pozornosti nově vznikající psychofyziologické společnosti v Paříži na samém konci 19. století. Poznatky z oblasti dušezpytu zpočátku jen opatrně ovlivňovaly medicínskou praxi. Během několika desítek let však především Freudovo učení masivně ovlivnilo medicínské myšlení první poloviny dvacátého století. První psychosomatická poliklinika byla otevřena ve Vídni v r. 1921 (Reich, 1942)². Životní historie pacienta i s jeho nevědomím se stala základem biograficky pojeté medicíny.³ V ní byla nemoc chápána jako součást životního příběhu pacienta. Ten mohl být pro lékaře stejně důležitým faktem jako fyzikální parametry organismu. Někteří lékaři se začali zabývat smyslem stonání a to i u nás (Bezdek, 1947)⁴.

Při znovobjevování významu psychosociálních faktorů pro vývoj nemoci jsme si často si kladli otázku, proč se tato nadějně se vyvíjející forma psychoterapeuticky orientované medicíny v polovině dvacátého století náhle vytratila.⁵ Odpůrci konceptu psychosomatic-

ké jednoty organismu často tvrdí, že se tato medicína prostě vyčerpala a byla nahrazena lepší, výkonnější a snad i pravdivější čistě biologickou medicínou, ve které dominují při stanovování diagnózy zobrazovací a laboratorní techniky a v léčbě farmakoterapie spolu s neuvěřitelnými možnostmi operativy. Bylo tomu však skutečně tak?

Myšlenky žijí lidmi

Myšlenky žijí jen lidmi, takže je třeba se ptát, kdo byli nositelé psychosomatických myšlenek a co se s nimi stalo. Objev židovského lékaře pocházejícího z Příbora, Sigmunda Freuda, byly glorifikovány i zavrhovány, všichni ale nějakým způsobem museli reagovat na koncept nevědomí. Jeho žáci vytvořili další pozoruhodné koncepty nezdědka přesahující rámec medicíny. Dlouho však přehlízíme fakt, že to byla především generace židovských lékařů, která byla nositelkou psychoanalytických myšlenek v německy mluvících zemích, ale i ve Francii. A právě tato generace učenců byla po převzetí moci nacisty v Německu zdecimována nebo vyhánána z Evropy. S jejich likvidací byla zasažena těžká rána psychosomatické medicíně. Už s vydáním zákona na ochranu rasy v Německu v r. 1933 dostal koncept celostního vidění nemoci těžkou ránu. Jeho zbytky se staly součástí utopické vize „zdravého národa“, který měl být pod vedením fašistické elity šlechtěn podle pravidel eugeniky. Všechno nezdravé mělo být vymýceno. To, co zbylo z předválečných myšlenek celostní medicíny, bylo s pádem Třetí říše celým světem odmítnuto definitivně.⁶ Je jen ironií dějin, že fašistická intelektuální elita si pro své řádění a likvidaci židů našla ideovou oporu ve špatně pochopené osobní revoltě jiného výrazného „velikána“ 19. století, v Nietzscheově nihilistické filosofii.⁷

V medicíně poválečných let se výrazně prosadila zobrazovací technika a technologie vůbec. Po úspěchu objevu penicilínu se posílila pozice farmakoterapie a s ní rostla i moc farmaceutických firem. S celkovým růstem životní úrovně jako by všichni rádi zapomínali na souvislosti nemoci se životem člověka a jeho rodiny, včetně zodpovědnosti lidí za své zdraví.

* Referát byl přednesen na konferenci psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v červnu 2002.

Osobní zodpovědnost zůstala zaklínadlem jen v oblasti hygieny práce a zdravého životního stylu s důrazem na pohyb, zdravé jídlo a zákaz kouření. Většina nemocí začala být považována za nehodu pokud nebyla fatálně geneticky podmíněná.

Praktici z předválečné školy, kteří si ještě mohli pamatovat znalosti o vlivu příběhu člověka na způsob jeho stonání, málokdy zaujímali významnější postavení ve společnosti až na výjimky, jakými byli např. profesori Vondráček, Lukáš, Trapl, Charvát, Hynie ještě i v poválečné medicíně. Ti všichni patří za klasiky klinických oborů a často bývá vyzdvihován jejich přístup k pacientovi. S nimi měla psychosomatika v rámci jejich oborů šanci. S jejich odchodem začala chybět protiváha k racionální farmakoterapii. Na fakultách se psychosomatika nevyučovala, nikdo se jí nevěnoval. Stačilo, aby postupně vymřela generace, která si pamatovala její předválečný boom. U nás se ještě zvedla vlna zájmu o celostní medicínu v době uvolnění v 60. letech, nesena záky starých lékařských autorit a filosofa Patočky, generace Honzáka, Šavlika, Šimka, Růžičky, Poněšického a dalších. Jejich naděje na nový rozkvět psychosomatické medicíny však zcela zlikvidovala normalizace, i když pokus o dosud jediné lůžkové psychosomatické oddělení v Třebotově proběhl ještě začátkem let sedmdesátých.

O tom, že šlo o proces celosvětový, i když měl všude různé peripetie, svědčí fakt, že v r. 1977 pojem psychosomatické onemocnění v podstatě zmizel z mezinárodní klasifikace nemocí. Stalo se tak s odůvodněním, že na každém onemocnění se tak či onak podílejí somatické i psychické faktory, a kdyby byl pojem psychosomatika, který je tak různě chápán v různých zemích, v klasifikaci ponechán, mohlo by se zdát, že některá nemoc snad není psychosomatická. Tzv. funkční poruchy měly dále zůstat klasifikovány v rámci oborů podle své převažující symptomatologie. Protože se jen málokde v oboru udrželo povědomí o psychosomatických souvislostech, zmizela psychosomatická problematika z očí lékařů docela, protože moderní výzkumná technologie neumí psychosociální jevy zahrnout do svých zkoumání.

O tom, že moderní věda je orientována pouze na výzkum jevů, u kterých je naděje na zřetelné vymezení pokud možno matematicky jasně definovaným postupem, který vylučuje vše nejasné, nezřetelné, neostré, svědčí sami vědci na konci dvacátého století. Tato metoda pochází z geometrie a jako taková se prakticky nehodí na zachycení jevů živé přírody (Vopěnka, 2001)⁸.

Psychosomatická medicína jako diskurz

V Německu ještě v r. 1986 vychází 2. vydání velké monografie Psychosomatische Medizin Thora von Uexkühla, ve které jsou tisíce odkazů na přesvědčivé odborné práce, stovky kasuistik, prokazujících platnost psychosomatických konceptů nemocí.⁹ Na konci století se na převažující informační dálnici, internetu, již prakticky heslo psychosomatika nevyskytuje. To neznamená, že neexistuje. Podobně jako jiné významné pojmy nemohl pojem psychosomatika beze stopy zmizet, stal se za dobu svého objevení, rozvoje a úpadku *diskurzivní skutečností*. Nejde o psychosomatiku ale o psychosomatický diskurz. To je soubor všech výroků dotýkajících se oblastí psychosomatiky, které byly kdy vysloveny, napsány, nebo i jen myšleny. V tomto diskurzu má samozřejmě výrok vysoce postaveného profesora mnohem větší platnost, než výrok švadleny, ale oba diskurz svou měrou naplňují. Čím méně uznávaných vědeckých pracovníků o psychosomatické hovoří, tím více se diskurz psychosomatiky ztrácí ze zorného pole vědy a naopak je naplňován výroky laiků, léčitelů a medií. To ovšem dále celé myšlenkové hnutí v očích odborné veřejnosti může diskvalifikovat. O to je těžší se znovu k nesporným faktům zjišťovaným během psychoterapie nemocných vracet na odborné půdě. Tím hůře se mohou stávat tématem seriózních odborných prací. A to je začarovaný kruh, který překročit nebude nijak snadné.

Lékaře, který vystudoval během sedmdesátých let, již ani nenapadne klást si otázku, za jakých psychosociálních okolností vlastně astma bronchiale, alergie, žaludeční vřed, Cro-

hnova choroba, ale vlastně i jakákoli jiná choroba vznikají. Má k tomu dobrý důvod: věří totiž díky přijatému výzkumnému standardu *evidence based medicine*, že všude tam, kde je možné nalézt nějaké tělesné odchylky od normy, a to třeba i na úrovni tak drobnohledné, jako jsou synapse nebo buněčné jádro, nebo dokonce jen tvar molekuly, jde jasně o nemoc tělesnou a psychika do toho nemá co mluvit. A v takovém případě je indikována masivní a někdy celoživotní medikace a ne psychoterapie, o jejíchž možnostech během studia nic neslyšel a proto nic neví.

Výzkumný standard *evidence based medicine* má zaručovat maximální objektivitu. Stal se „kladivem na čarodějnice“, kterým měly být vyloučeny zbytky „psychismu“ a subjektivitu z výzkumu podle nedostižného vzoru geometrického světa. Komu tento přísně biologizující trend prospívá, začíná být jasně při pohledu na stoupající závratné příjmy nadnárodních korporací farmaceutického průmyslu. Kde jsou meze tohoto vývoje, je jasné naopak při pohledu na nezvladatelné rozpočty státem živých zdravotních systémů. Není třeba si dělat iluze o metodách lobování ve státech, kde jsou tak snadno zkorumpovatelní úředníci, jako je tomu u nás. Ve světě se již agresivnímu marketingu farmaceutických firem hraničícímu s korupcí věnuje pozornost i v běžném tisku.¹⁰ Aniž bychom chtěli tento vliv demonizovat, připomínáme jej zde proto, že je součástí psychosomatického diskurzu. Svou velkou mocí s pochopitelným důrazem na farmakoterapii ovlivňuje tento průmysl celou společenskou strukturu.

Snad až nedávno v prestižních vědeckých časopisech uveřejněné práce, ve kterých si autoři dovolili zkoumat vliv modlitby na průběh nemoci u pacientů za podmínek této moderní vědecké metodiky, mohly by pomoci zpochybnit základy, na nichž tento kánón moderní medicíny stojí (Aviles, 2001)¹¹. Avšak lze se obávat, že ani prohlášení dvanácti šéfredaktorů významných vědeckých časopisů o nemožnosti udržet objektivitu prací publikovaných pod tlakem farmaceutických firem, uveřejněný v Lancetu v září 2001 (s. 854-856), neza-

staví tento obchodní trend ve vědě. Není divu, není mnoho lékařů, kteří by se věnovali serióznímu výzkumu psycho-sociálních vlivů na zdraví a nemoc z pozice nového paradigmatu, protože těžko by takový výzkum financovaly farmaceutické firmy.¹² Výsledkem je dojem, že všechny psychoterapeutické zkušenosti mající charakter kasuistik, nemají skutečné vědě co říci.

Jak se domluvit?

Oblast mezilidských vztahů, pro vznik a udržování nemoci nejméně tak důležité jako jiné faktory našeho prostředí, zůstala totiž na příliš dlouhou dobu mimo zorné pole klinické medicíny. Jako opuštěné se jí před časem ujali psychologové a psychoterapeuti, sociologové, antropologové, badatelé v oborech věnujících se teorii komunikace.¹³ Biologická a psychologická fakta, jejichž souvislosti byly několika generacemi lékařů v čele s Pierrem Janetem hledána, byla od sebe během druhé poloviny dvacátého století znovu pečlivě oddělena, aby se o každou z nich zajímali odborníci se zcela rozdílným vzděláním. Obě skupiny vědců trpěly během posledního půl století společný jazyk, takže tam, kde klinik uvažuje o lineární kauzalitě příčiny a následku, hledá psychoterapeut souvislosti a cirkularitu. Kde klinik vidí stále menší část nemocného organismu, psychoterapeut vidí člověka s jeho sítí psychosociálních vztahů. Kde klinik hledá chybu a omyl, psychoterapeut vidí autopoetický systém, který se chová právě tak, jak je z nějakého úhlu pohledu nejvýhodnější. Poměrně dlouhou dobu se tak kultivují dva zcela odlišné pohledy na svět. Je nezanedbatelné, že obě skupiny odborníků také rozvíjejí jiný druh organizace. Lékaři s biologickým vzděláním sází na hierarchii a jedinou pravdu, vzdělanci humanitních směrů více rozvíjejí integrativní a nehierarchické struktury s respektem k mnoha světům.

Mohou se tyto dvě skupiny specialistů vůbec ještě vzájemně domluvit? Zdá se, že dosud byla praxe mezi námi odborníky na zdraví taková, že pokud někdo neuznával názory jiné části odborné společnosti, založil vlastní odbornou

společnost." Tak se spolu schází zpravidla jen ti odborníci, kteří sdílejí společný jazyk, posilují své sebevědomí a chrání se před konfrontací. Proto se často nepoznají, jak velké propasti mezi námi jsou. A to nemluvíme o ekonomickém pozadí sporů.

Pokoušíme se propast mezi obory zmapovat, proto pořádáme setkání kliniků různých oborů s psychoterapeuty, tzv. psychosomatické disputace. Ukazuje se, že je nemožné si porozumět, pokud si každá skupina profesionálů ponechá svou pravdu. Zatím je možné se jen pokoušet o toleranci a rozdíly vydržet. Při společných setkáních s gastroenterology nebo s neurology jsme mohli konstatovat, jak velké procento jejich klientely stoná spíše psychosociálně se somatickými symptomy spadajícími do jejich oborů. Tito pacienti zaplavují jejich ambulance a spotřebovávají velké částky na léky, které neřeší jejich problémy. Přesto ani v jednom z těchto oborů není už téměř žádné povědomí o psychosomatických souvislostech. K vzájemnému ovlivnění, které by mohlo obohatit jedny i druhé ve prospěch pacientů je ještě velmi daleko. Zůstává otázkou, zda je možné, aby oba koncepty - biologický a humanitní se vzájemně mohly respektovat a koexistovat. Spolu s autory monografie o psychobiologii doufáme, že to je nejen možné, že jde dokonce o podmínku dalšího rozvoje medicíny.

Výhledy do budoucna?

Nelze očekávat, že se tak stane na půdě teoretické „shora“, dokud se současně nepovedou „zdola“ praktické dialogy konkrétních zájemců z obou stran nad kasuistikami společných pacientů a nevznikne dostatečně silné pole otázek, hypotéz a nových úkolů k řešení z řad nespokojených se současným stavem medicíny. Jedině potřeba hledání za hranicemi vlastního oboru půjde ruku v ruce s dobrou vůlí nenechat se odradit cizím jazykem a mimoběžným paradigmatem v myšlení zástupců jiného vzdělání. Ne mocenský konkurenční zápas, ale spolupráce umožní vznikání pra-

** Víte, že ČLS JEP má 98 odborných společností?

covních mezioborových společenství, ať už jen neoficiálních setkání kolegů, např. somatického lékaře a klinického psychologa, které k sobě náhodně svede neřešitelný pacient, nebo celých týmů podobně smýšlejících tvůrčích osobností, kteří mají odvahu i chuť pohybovat se v proměnlivém a ze své podstaty konfliktním prostoru mezi obory, a také dost sil prosazovat tento způsob práce. Jak známo, k největším objevům posledního století docházelo právě mezi obory (Gliček, 1996)¹⁵.

Uvádění staronových myšlenek zapomenuté psychosomatické medicíny do povědomí široké odborné i laické veřejnosti a na trh se zdravím, vyžaduje velkou aktivitu menšiny proti většině, obhajování novot proti zaběhaným postupům a konzervativním postojům. To vše při zachování bezpečnosti léčby, průběžném zveřejňování výsledků práce a reflexi eticky ne jednoznačných kroků.

Tak by se mohla věnovat konečně větší pozornost metodologii kvalitativního výzkumu, jehož podstatou je, že se tam zohledňují nejen objektivní, ale také subjektivní data z pozorování a introspekce.¹⁷ Bylo by třeba dát větší prostor výzkumným pracím, které by mapovaly efekt psychoterapie, přinášely důkazy o její účinnosti. Nejenže by se nedistancovaly od výzkumných projektů klasické vědy operující s objektivitou, ale naopak zohledňoval by jejich výsledky, rozšiřoval a umožňoval integraci obou výzkumných postupů. Tak by se také na teoretické úrovni vytvářely předpoklady k vyváženější reflexi léčebného procesu jak z hlediska nejnovějších poznatků pozitivisticky chápané medicíny, tak z hlediska objevů humanitně orientovaných věd v posledních desetiletích.

V Liberci, Praze, červen 2002

POZNÁMKY

¹ Boadela, D.: Awakening sensibility, recovering motility. Psycho-psycho-physical synthesis at the foundations of body-psychotherapy: the 100-year legacy of Pierre Janet (1859-1947); International journal of psychotherapy, vol. 2, No 1, 1997

² Reich, W.: Funkce orgasmu, Concordia, Praha, 1993

³ Danzer, G.: Psychosomatika, Portál 2001

⁴ Bezděk, C.: Záhada života a smrti - etikoterapie, Gemma 89, Praha 1995

⁵ Chvála, V.: Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti. Kontext, XI, č. 2, 1995, str. 26-31.

⁶ Schütz, U., Küttemeyer, M.: Neurologie, in Uexküll, T.: Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München, 1986, str. 946

⁷ Millerová, A.: Zapomínání klíč, Praha 2002

⁸ Vopěnka, P.: Meditace o základech vědy, Práh, Praha 2001

⁹ Uexküll, T.: Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München, 1986

¹⁰ Martens, H., Neubacher, A.: Kaffeefahrten der Konzerne, Der Spiegel, 12/2002, str. 37-38

¹¹ Aviles, J. M. ad all.: Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial, Mayo Clin. Proc. 76, 1192-1198, 2001

¹² Chvála, V.: Radikální konstruktivismus a lékařská praxe, Praktický lékař 1993 (event. www.sktlib.cz)

¹³ Watzlawick, P., Bevelasová, J. B., Jackson, D. D.: Pragmatika lidské komunikace, Konfrontace, 1999

¹⁴ Gliček,

J.: Chaos, Ando pub. Brno, 1996

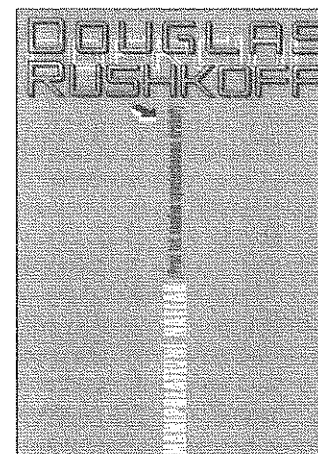
¹⁵ Sborník konference Kvalitativní výzkum v psychologii, Brno, 2002

Tato stat byla původně přednesena na konferenci Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti ve Špindlerově mlýně v červnu 2002, následně upravena pro uveřejnění v Praktickém lékaři a v Konfrontacích. (Nabídka článku dvěma periodikům byla dlouze zvažována a konzultována. Časopis pro psychoterapii KONFRONTACE tiskne stat rád, a to i v případě, že vyjde/vyšla i v Praktickém lékaři. Jsme přesvědčeni, že takový krok opravňuje především nepřekrývání - anebo velmi minimální prostoupení - dvou čtenářských obcí.)

DOUGLAS RUSHKOFF:

Manipulativní nátlak (Proč tak snadno uposlechneme druhé?)

Kniha, která vyšla v USA v roce 1999 (brožovaná vydání vyšlo v roce 2000). V originále 321 stran. Kniha vyjde vázaná, stát bude okolo 300 Kč. Autor učí virtuální kulturu na New York University, má na svém kontě šest dalších knih, mj. Cyberia nebo Media Virus.



Manipulativní nátlak obsahuje sedm kapitol, ve kterých Rushkoff na příkladech, velmi konkrétně a mimořádně poutavě (zdroje informací čerpal mj. ze zákulisí firem

nebo z líčení samotných manipulátorů) předvádí a analyzuje taktiky nátlaku, používané např. při podomním předvádění zboží nebo při taktice prodeje systémem pyramidy. Věnuje se nátlaku, který na nás vyvíjejí architekti a manažeři super a hypermarketů. Rozebírá manipulaci davu „navozováním atmosféry“ (např. na sportovních stadiónech, ale také na řadě dalších míst). Snaží se porozumět vytváření sekt nebo tomu, proč (téměř všichni?) podléháme reklamě. Bez povšimnutí neponechal ani taktiky psychologů (Erickson, NLP).

Objednejte si na adrese: Z. Vybíral, Tomkova 139, 500 03 Hradec Králové - stačí třeba jen e-mailem: zbynek.vybiral@tiscali.cz.

Ad, GLOSÝ, Z DOPISŮ

Když má člověk
sedmdesát

Lenka Gazdová

Zbyněk Vybíral se ve svém článku věnovaném životnímu jubileu pana profesora Kratochvíla svěřil, že někdy přemýšlí nad tím, jak jsou pedagogové vnímáni vysokoškolskými studenty a rád by věděl, jak se někteří dívají na takovou osobnost, jako je pan profesor.

Patřím k lidem, kteří byli jeho studenty. Pan profesor byl vždy pověstný svým klasickým vzděláním, kterého se mu dostalo již na gymnáziu a projevovalo se tak, že nikdy studentovi neodpustil, pokud se svým mateřským jazykem zacházel jako barbar. Myslím si, že mnohý z mých kolegů s úsměvem, ale i úctou vzpomíná na písemnou předlohu s osnovou mluvného projevu, kterou každý rok pan profesor studentům rozdává a učí je, aby tyto zásady dodržovali. Jeho přístup v tomto směru vedl mnohé kolegy, kteří zůstali mateřským jazykem méně dotčení, aby vyhledali své přátele-češtináře a požádali je o kontrolu svých diplomových prací či referátů, protože nechťeli panu profesorovi přivodit zdravotní újmu, když uvidí jejich cit pro shodu přísudku s podmínem, přívlastek těsný a volný, výšiny z vazeb apod.

Každý rok pro studenty čtvrtého ročníku psychologie v Olomouci zařizuje pan profesor týdenní pobyt v Praze. Za ten týden studenti doslova proběhnou sexuologickým ústavem, Psychiatrickou léčebnou v Bohnicích, pracovištěm psychoanalytiků na Břehové, RIAPSem, nebo ESETem, Drop-inem nebo Sananimem a Horní Palatou, kde mají možnost setkat se s mnoha zajímavými lidmi, kteří se věnují psychologii v našem hlavním městě. Tato akce má mezi studenty velký ohlas a následující ročník se na ni vždy velmi těší.

V současné době mohu nabídnout svůj pohled na profesora Kratochvíla i jako jeho kolegyně. I když mi v roce 2000 odpovídal na mou žádost o práci v Psychiatrické léčebně v Kroměříži zamítavě, působila jeho odpověď mile nejen zvolenými formulacemi, ale i doplněním xerokopí pohledu Kroměříže. Jak jsem později zjistila, je to jeho zvyk. Myslím si, že pěkný. Adresátovi snad udělá nejen radost, ale trochu jej i navnadí k návštěvě Kroměříže. V roce 2001, kdy už jsem byla rozhodnutá, že od října nastupuji jako vojskový psycholog, se pan profesor ozval znovu. A vše bylo jinak. Nabízel sice malý plat, ale krásnou Kroměříž, jak sám řekl. Nějak zapomněl na sebe a to, co nám po celou dobu studií říkal: „Myslím si, že je dobré, když každý psycholog začne klinikou. Může dělat cokoliv, ale v klinice se naučí to, od čeho se pak může celý život odrážet.“ Já jsem si to však pamatovala. A tak zvítězila krásná Kroměříž s léčebnou, která je „secesním architektonickým skvostem“, a práce vedle pana profesora.

Nelituji. Dnes už Standa je pro mne neodmyslitelnou součástí mého pracovního dne. Vůbec nevadí, že je mezi námi skoro čtyřicet let věkového rozdílu. Standa mě každým dnem přesvědčuje o tom, jak je dobře, že spolu můžeme pracovat. Jen několik příkladů. Když jsem nastoupila na oddělení psychologie, měla jsem potřebu našemu společnému pracovnímu prostředí vtisknout trochu i svoji tvář. A zjištění? Standa uvažuje stále pružně. I když ze všech mých nápadů není přímo nadšen, vždy je zváží a najdeme kompromis. Většina mých kolegů z Kroměříže si vybrala jako svůj psychoterapeutický výcvik Integru. Já navštěvuji výcvik v systemické terapii. Standu to překvapilo, ale akceptuje to. Kdykoliv a kdekoliv doktorce Gjuricové, která je jedním z mých lektorů, vyjde článek, najdu jeho xerokopii na svém psacím stole a stejně je to s jakoukoliv zajímavostí, kterou Standa objeví. Je mezi námi nepsané pravidlo, že když jeden z nás si zakoupí knihu, informuje o tom toho druhého s nabídkou k zapůjčení.

Dne 14. července 2002 jsem měla možnost zúčastnit se slavnostního předávání Ceny Františka Palackého, kterou uděluje Univerzi-

ta Palackého v Olomouci jednou za dva roky za vynikající výsledky tvůrčí činnosti na poli vědy a kultury. Standu uvedl do auly s děkany všech olomouckých fakult za zvuku fanfár děkan Filozofické fakulty Vladimír Řehan, který pak o něm vlídně pohovořil. Cenu mu předala rektorka Jana Mačáková. Když začal Standa spatra svůj projev, v duchu jsem před sebou viděla jeho osnovu a šla bod po bodu. Přesně se jí držel. Můj muž, který je také jedním z jeho bývalých studentů, o něm ten den s obdivem prohlásil: „Nikdy nepochopím, jak může být někdo manický systematick.“

V minulosti mě učili, že před velkou osobností se dává dolů z hlavy klobouk, strká se do podpaždí a s uctivou úklonou se zdraví. Díky Standovi vím, že si velkých kapacit mohu vážit, aniž si u toho hnu páteří.

Ad) Zrnění číslo 2
v Konfrontacích 2/2002
(„Moje dítě je tyran“)

Přál bych mamince i pisateli Zrnění, aby neulpěli u názvu. Kdyby knížkou „Malý tyran“ zalistovali, nejspíš by se do ní i začtli a zjistili by, že autorce Jiřině Prekopové (kniha vyšla u nás prvně v r. 1993 je nyní na trhu v dotiskcích, v Německu byla léta na listině bestsellerů) nešlo o to diskvalifikovat nálepkou ani dítě, ani matku. Zaměření knihy je zcela psychoterapeutické, v prorodinném, systemickém smyslu tak blízkém Konfrontacím. Víím o řadě rodičů, kteří se k nám chystali na poradě či k terapii, ale po přečtení Malého tyrana porozuměli vzájemným souvislostem svého vlastního jednání a chování svých dětí a návštěvy ani nebylo zapotřebí. P. S. Konfrontace jinak u nás rádi a s užitkem čteme.

Jaroslav Šturma
Dětské centrum Paprsek, Šestajovická 19,
198 00 Praha 9

Ad S. Kratochvíl (rubrika „Jubileum“
z minulého čísla)

Na semináře se Standou Kratochvílem, „Čechoameričanem“ žijícím na Moravě, mám též krásné vzpomínky (z let 1970-75). Shodl jsem se s ostatními frekventanty jeho kursů na tom, jak nás jeho přednášky, praktická cvičení i demonstrace aktivovaly a jak ten elán, to nadšení vždy ještě několik týdnů přetrvávalo. Když o tom teď přemýšlím a snažím se to vysvětlit, tak zjišťuji, že mi nějak nestačí psychoanalytický výklad ve smyslu identifikace s jásným ideálem či narcistické spojení s rodičovským omnipotentním imagem. Spíše jsem s ním zůstával i nadále ve vnitřním dialogu (i později, co se týče jeho integrativních snah v psychoterapii). Stal se součástí mého vnitřního světa. A jaký to mělo po každém novém setkání účinek? Vždycky ve mně jeho osobnost něco oslovila, probouzela nové motivace (to, co člověka pohání) a nové cíle (to, co člověka přitahuje, dává smysl). Standa oživoval, oslovoval vztahovost, zvědavost i radost nad možnostmi, jež se ve vztazích otevírají; byl (a je) jakýmsi apoteozem možných změn k lepšímu - ovšem za cenu poctivé práce na sobě i vztazích k druhým.

Jan Poněšický, 3. 8. 2002

GLOSA

Mějme odvahu vzdát
se vědění

Josef Zvoníček

Již delší dobu se mi rodí v hlavě reakce na vystoupení, respektive poznámku J. Poněšického v Trenčianských Teplicích. Již nevím zda to bylo v návaznosti příspěvek Z. Vybírala (to ale není podstatné), podstatné je, o čem ta poznámka byla.

Byla snad v tom duchu, že bychom - psycho-
terapeuti - měli zapomenout všemu tomu, co
jsme se naučili, a přistupovat ke klientovi bez
těchto vědomostí a znalostí. Tuto myšlenku dop-
lnil výrokem, že je to ale velmi obtížné.

Chtěl bych k tomu podotknout, že mám stej-
ný názor i s tím, že je to hodně obtížné, ale
mám za to, že to není nemožné. Současně mě
napadá i jistá možnost, jak tuto obtížnou situ-
aci řešit či jak k ní přistupovat a uchopit ji.

Jeden z mých učitelů - M. Frýba - často ho-
vořil o tom, že je „kanál“. Slovem sice nehez-
kým, ale docela dobře vyjadřujícím to, že „skr-
ze něj přichází respektive prochází „ono te-
rapeutické působení“.

Myslím si, že právě zde lze hledat onen
možný přístup k tomu obtížnému kroku - tedy
nejdříve se mnohému naučit, abychom to pak
mohli zapomenout, protože jinak nás to velmi
omezuje a svazuje. Podmínkou je právě ten
fakt, že sami sebe budeme pojmát pouze jako
„zprostředkovatele“ - nikoliv autory celého pro-
cesu, který v terapii probíhá.

Uznávám, že je velmi obtížné „vědět a při
tom současně nevědět“. Nejde o pokrytectví
v tom případě, kdy jsme schopni tomuto jen
zdánlivému paradoxu porozumět.

Při této příležitosti mě napadá výrok jiné-
ho mého učitele - Ježíše - o tom, že „království
Boží je pouze pro ty, co jsou jako děti“, a sou-
časně nás vyzývá, abychom byli jako děti.
Chápu a rozumím tomu tak, že máme být tak
nevědomí, tak otevření a důvěřiví, jako jsou děti.
Takže z tohoto úhlu pohledu jsme - respektive
bychom měli být - v terapii v situaci, kdy jen
klient ví, jak to je, i když si to zatím třeba ještě
neuvědomuje, kdežto my jsme Ti, kteří se mo-
hou pouze domnívat, že víme, jak to je, ale
vědět to nemůžeme.

Takže, učme se, vzdělávejme se, abychom
věděli a současně mějme sílu a odvahu vzdát
se tohoto vědění, abychom měli svobodného
ducha a otevřené srdce pro toho druhého
a mohli mu tak posloužit - pomoci.

Myslím si, že právě to, že víme a známe,
nám může pomoci najít odvahu a sebedůvěru
k tomu, abychom se mohli tohoto vědění (když
vědění mám na mysli naše vlastní získané

zkušenosti) a získaných informací vzdát a na-
bídnout v terapii toliko sebe sama a být „jako
dítě“.

Konečně pak mám za to, že i takto lze ro-
zumět „terapeutově a terapeutické pokoře“.

Srpen 2002

Z DOPISŮ

Právě dnes se mi dostaly do rukou nejnověj-
ší Konfrontace, zatím jsem je prolistovala jen
zběžně - a už se těším, jak si je o dovolené
v klidu a soustředěně přečtu - jako ostatně
každé číslo, neboť témata jsou vždy zajíma-
vá. V minulých mne kromě ostatních zaujala
glosa „Dianetika pomáhá“ - vhled bystrého kri-
tického myšlení. Opakovaně se mi líbí příspěvky
Zdeňka Riegra, vyznačující se často hlubokým
myšlenkovým propracováním tématu a ele-
gantní, stručnou a často hravou formou před-
ložení. - *Jana Šmolková, Praha (31. 7.)*

V příštím čísle mimo jiné najdete:

- Alena Plháková: Potřeba intimity
- Jiří Růžička: Poznámky k přesahům
psychoterapie
- M. Býmová: Psychosomatické
nemoci nejen na kůži)
- Renate Motschnig: Zpráva
z rogersovského sympózia konané-
ho v San Diegu v červenci 2002
- Pokračování rubriky ZRNění

Důležité upozornění

Úvodní kroměřížský kurz hypnózy pro léka-
ře a klinické psychology se koná 23.-27.
září 2002. Přihlášky dr. S. Kratochvílovi, Psy-
chiatrická léčebna, 767 40 Kroměříž

OHLÉDNUTÍ

Třetí světový psychoterapeutický kongres ve Vídni (14. 7.-18. 7. 2002)

Ladislav Nykl

První překvapení nastalo už několik
dní před kongresem: účastníci dostali ozná-
mení, že nejenom zahajovací ceremoniál,
ale i všechny hlavní přednášky a workshopy
v následujících dnech se tentokrát nekonají
ve Vienna International Centre (jako tomu bylo
v letech 1996 a 1999 - pozn. překladate-
le), ale ve vídeňské Všeob-
ecné nemocnici (AKH).
AKH - více než dvaceti-
podlažní výšková budova
- skrývá ve svém sedmém
a osmém podlaží množství
seminárních poslucháren
a čtyři velké přednáškové
sály. Navíc k dispozici byly
ještě další posluchárny
v tak zvaných „Jižních za-
hradách“ - tedy v psychi-
atrickém centru rozlehlé-
ho areálu AKH. Kromě to-
ho byla k dispozici celá
„Školní loď“ (učebny netra-
dičně situované gymnázia
doslova na vodách Du-
naje), k níž to ovšem trvalo půl hodiny cesty
trasou U6.

Alfred Pritz, prezident Světové rady pro psy-
choterapii a závěrečný řečník při zahajova-
cím ceremoniálu, avizoval následující kongres
za 3 roky v Argentině. Takže příště už: sbo-
hem, Vídň. Po Pritzových slovech přišla na řadu
první odborná přednáška: k řečnickému pul-
tu přistoupil německý psychoanalytik, psycholog

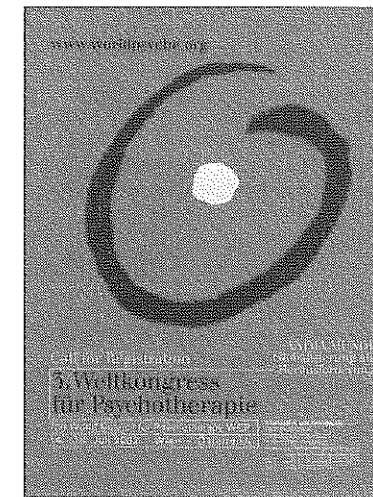
a psychiatr Horst-Ebehard Richter, aby i letos
byli posluchači (na uvítanou) osloveni zřetel-
ným, humanistickým étosem. Od pondělka
(od rána druhého dne) začal být problém si
vybrat: dopoledne mezi osmi až devíti para-
lelně probíhajícími hlavními přednáškami, od-
poledne mezi nespočetným množstvím work-
shopů.

V mém výběru dominovaly přednášky, jež
tvořily sympóziu nazvané „100 let Carla
Rogerse“. Zde jsem se setkal s Jobstem Fin-
kem, Paulusem Wackerem, Evou-Mariou Bier-
mann-Ratjen, Jochenem Eckertem a řadou dal-
ších. Přednášky, situované do jednoho z men-
ších sálů, byly všechny hojně navštěvované (sál
byl vždy zaplněn) a neúnavně překládané Eli-
sabeth Zinschitzovou, předsedkyní Rakouské
společnosti pro vědeckou, na klienta zaměře-
nou psychoterapii a na osobu orientované ve-
dení rozhovoru (ÖGwG). K nejpůsobivějším
patřila přednáška Jerome Freiberga o tom-

to přístupu uplatňovaném
při vyučování v USA.

V mnoha přednáškách
dominoval moderní trend
směřování ke globalizaci.
Večer se - poprvé na svě-
tovém kongresu - scháze-
la velká skupina v rámci
na osobu zaměřeného pří-
stupu. Jedním z problémů
byl jazyk. Křísilo nás ně-
kolik minut mlčení, přiná-
šející něco společného.
Tato sezení byla tlumoče-
na jen sporadicky, což ně-
kterým lidem působilo váž-
né potíže. Jeden s Ameri-
čanů nadhodil, že se stydí

za to, že nevládne německým jazykem. Skupi-
na mu ovšem na pomoc nepřišla. Teprve třetí
den se prolomilo patrně, byl nejasně tabu spo-
jené s uspořádáním těchto skupin (pořadatel
byly APG - Arbeitsgemeinschaft für personen-
zentrierte Gesprächsführung a zároveň výše
zmíněná Rakouská společnost ÖGwG) a na-
vodilo se konečně, mně dobře známé klima hu-
bokého vzájemného porozumění a blízkosti.



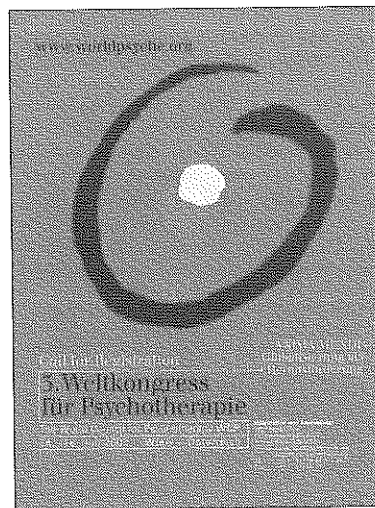
V jedné z řady hlavních přednášek mluvila Susanne Maria Jensenová o psychoterapii jako o jednom ze základních stavebních kamenů, nabízejících se lidem. Luc Ciompi nadchl publikum, sedící i na schodech, přednáškou o moci emocí. Volker Tschuschke srovnával „školy“ v psychoterapii (orientaci na svůj směr) a Grawem formulovanou obecnou psychoterapii. Posluchače seznámil s posledními výzkumnými údaji. Z diagramu vyplynulo, že mezi faktory, jež v psychoterapii působí, zabírá 30 % vztah, 40 % události, jež „stojí“ mimo terapii samotnou, z 15 % působí placebo efekt a zbylých 15 % patří specifickým metodám. V rozhovoru se Z. Vybíralem jsem hned o pauze formuloval svůj názor, že přístup zaměřený na osobu musí být tudíž školou budoucnosti, protože se jako jediný směr zabývá - a to prakticky výlučně - vztahem a rovněž oněch 15 % připisovaných specifickým metodám zahrnuje vlastně výhradně vztah. Michael Kierein (z ministerstva) mluvil o situaci s rakouským psychotherapeutickým zákonem - existuje více než deset let a nepochybně lze říci, že tento směšný koncept se vyplatil. Na kongresu na mne zapůsobili Michael Passolt (přednášel o hyperaktivních dětech), Vera Zimprich (o dětské psychoterapii a psychoterapii s dospívajícími) a Eva Jaeggi (o každodenních vztazích a o svém pojetí terapeutického vztahu).

Výsledný dojem z kongresu byl pro mne tentokrát ovlivněn nejen mou přípravou (v mírném časovém stresu) na dva workshopy, ale ovlivnil ho i průběh obou těchto odpoledních prezentací (společně s Renate Motschnig). Renate se v rámci prvního workshopu zmínila o výuce zaměřené na studenty na Vídeňské universitě. Ve druhém workshopu jsem představil své teoretické propojení přístupů L. S. Vygotského (teorie vyšších psychických funkcí) a Carla

R. Rogerse (teorie self). Přednáška vzbudila zájem jak ve Vídni, tak o týden později v San Diegu.

Celkový dojem z kongresu? I přes stísněný prostor velmi dobrý. I když... nedostatek bych viděl v překladech hlavních přednášek. Přednášky a workshopy, které jsem navštívil, mě osobně naplnily důvěrou a nadějí nad tím, kolika směry se ubírá vývoj do budoucna a kolik práce je před námi.

Mgr. Mag. Dr. Ladislav Nykl, Ph.D.
Lederergasse 17/7
A-1070 Wien
tel: +43-676-5194833, mail: nykl@aon.at
<http://members.aon.at/nykl/>



Mezinárodní psychoterapie mezi mezinárodními filmy a Pyrenejemi

Zbyněk Vybíral

Před vídeňským kongresem jsem strávil celý jeden týden na karlovarském festivalu. O filmech a o tom, proč se

tam jezdit na filmy podívat, chystám se napsat jindy. Teď jen přemýšlím, jakou konfrontaci vytvořilo těch 22 zhlédnutých snímků (během šesti dnů) a zhruba 22 vyslechnutých příspěvků (během pěti dnů kongresu). Jaké rozdíly zejí mezi kinematografií a psychoterapií. Mezi obrazy a slovy. Mezi vyslovováním se prostředky umění a vyslovováním... Viděl jsem nepodařený film a slyšel nevy-

dařenou přednášku. Viděl jsem svrchované filmy a slyšel inspirující, zásadní proslov. Viděl jsem film, který byl psychotherapeutičtější než psychoterapie (německý *Halbe Treppe*, ale i argentinský *Balvia* či poslední Almodóvarův *Mluv s ním*) a slyšel jsem proslov, který byl spíše uměním prodat své charisma než něčím jiným.

Přesto: je více rozdílů mezi těmito dvěma světy, než by jich snad mohlo či mělo být. Psychoterapie se málo poučila z té nejlepší kinematografie; málo se učí z prostředků, které dokážou citově zasáhnout lidi. Které dokážou naplnit člověka krásou, prožitkem, přímo ho napěchovat na pár dnů i týdnů přemítáním. To někteří režiséři umějí. A to málokterý psychotherapeut dokáže.

Každý kongres má své nebe a na něm hvězdy. Mezi letošní bylo možné považovat čelné německé psychoanalytiku Horsta Eberharda Richtera (zahajovací přednáška o konci egománie; na podobné téma mluvil i letos v Lindau), Horsta Kächeleho a jeho staršího kolegu Thomáše, třiasádesátiletého švýcarského analytika Luca Ciompiho, stále čilou Freudovu vnučku Sophii Freudovou, rogeiriány Dava Mearse, Mary Hendricks-Gendlinovou nebo třeba Rogersova spolupracovníka Jerome Freiberga, párového terapeuta Jürga Williho a jistě Petera Fonagyho. Z autorů, známých v Čechách, bych mohl připomenout ještě např. Stavrose Mentzose (jeho přednáška byla pro mne ovšem zklamáním), Nossrata Peseschkiana nebo třeba Davida Boadellu.

Jaký byl letošní kongres?

Obecně vzato se rozšířil; či až zbytečně do široka rozprostřel. Před šesti i před třemi lety (na prvním a druhém světovém kongresu) se konaly hlavní dopolední přednášky souběž-

ně ve čtyřech velkých sálech, za 4 dny kongresu si tehdy účastník vybíral z 64 hlavních přednášek. Letos ke čtyřem velkým sálům přibýlo deset dalších malých a dopoledne se publiku nabízelo někdy až 14 souběžných sympózií. Nemluvě o stovkách odpoledních možností. Docházelo tak k tomu, že nasazení „hvězdy první velikosti“, například Sophie Freudové, způsobilo, že ostatní sály zely téměř prázdnotou, zatímco v sále číslo 1 se nedalo nejen kde usednout, ale nebylo ani kde v mačkanici těl stát! Docházelo k souběhům, kdy jste nevěděli, koho si vybrat: ve stejný čas v úterý byly nasazeny přednášky Grindera (spoluzakladatele NLP) a Petera Burkharda (o historii hypnózy a hypnoterapie). Hodinu po jejich skončení jsem váhal mezi Kächelem (psychoanalýza), Elkaimem (rodinná terapie), EMDR (léčba posttraumatických stavů), holotropním dýcháním a přednáškou svého známého Jerzyho

Aleksandrowicze, který stavěl v anongi psychoterapii proti psychosociální pomoci. Název kongresu: Anima mundi: globalizace jako výzva...

Zatímco ve Varech se ve filmech z celého světa objevovala témata „použití ženy“, prostituce a násilí (a to na dílčích mikrosituacích z nejrůznějších koutů světa), tak na světovém kongresu psychotherapeutů bylo neustále slyšet slovo „globalizace“. Jinými slovy: v čem vidím rozdíl? Filmař si vybere, řek-

něme, jedno malé čínské město a tam umístí příběh jedné ženy a jednoho muže. Neopustí se jich a věnuje se v ději jen jim. Hodně toho vypoví o jednom osudu, jedné souhře náhod, jednom kontextu... Psychotherapeutické hvězdy se pokusily posvítit na cestu našemu oboru jinak: pospojovat dohromady všechny souvislosti, promíchat celý svět. Vznikl jeden univerzální, kvazi světový koktejl promíchaných glos, truňk

s názvem „Globalizovaná psychoterapie“. Z pojmu *globalizace* (definovaného tu jako „svobodný trh“, jinde jako „zmenšování světa“ nebo „zvětšování možností“) se rychle vytvořil nový mýtus. Mýtus, který hovoří o něčem obecném (sociologicky, politicky, ekonomicky), ale zapomíná na konkrétní lidské situace. Jistě: většina přednášejících chtěla vyhovět názvu - stanovenému již před 3 lety. Byl dost velký čas na přípravu. Slovo „globalizace“ jistě magnetizovalo, přitahovalo - a asi i odvádělo od člověka... Uhranutí psychoterapeuti přestávali být věrozvěsty psychoterapie a lidství v sociálním mikro-kontextu. A stávali se žvaníci terapeutizujícími „politiky“.

Konfrontace: dva filmy z letošních Karlových Varů. Argentinský film odehrávající se v jedné putyce rychlého občerstvení, kde pracuje námezdně Bolivijec, schytávající na vlastní kůži xenofobní argentinský rasismus, muž, který nemá žádný zisk z globalizace. (Pro některé primitivní Argentince jsou Peruánci, Bolivijci, Uruguayci prostě negři.) Anebo film iránský o afghánském chlapci, který klíčkuje životem na útěku (iránská pohraniční policie jde po krku afghánským utečencům, jakkoli ti lidé, nejubožejší z ubohých chtějí jenom přežít). Globalizace? Mýtus bohatých. A nyní i psychoterapeutů. Mýtus, skrze který (brýlemi zamlženými jakýmsi sentimentem a světáctvím) kdekdo bude

žvanit o výhodách globalizace (a samozřejmě i o nevýhodách, ovšem jen těch *offpepáných* a obecně známých, event. sterilně viděných). Každý mýtus odpoutává zrak psychoterapeutů od jednotlivého člověka k nové zobecňující optice. (Pro mě byl takto svého času uhranut a odkloněn od individuální psychoterapie Jung.) Abych to shrnul: čekal bych, že od psychoterapeutů uslyším o člověku

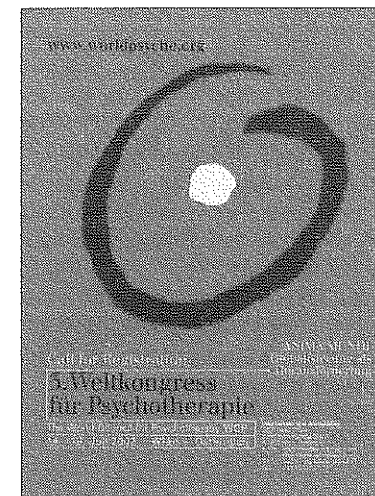
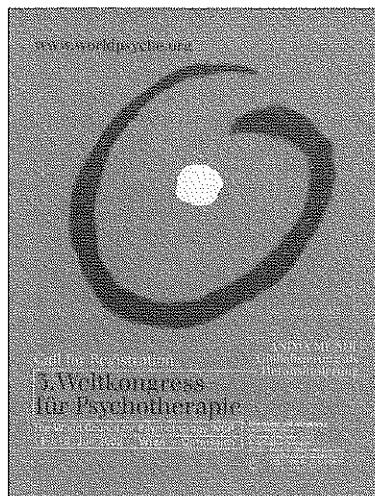
v éře globalizace něco objevného. Neslyším jsem.

K čemu přirovnat takový mega-kongres? Možná ke všeobecnému veletrhu spotřebního zboží. Tak jako *tam* se vystavují boty, šaty, ubrusy, pánve, hračky i kojenecké láhve, tak i tady se vedle sebe nabízejí psychoanalýza s jógou, rogeriánství s politickými projevy, příspěvky o organizaci psychoterapie s cvičeními s hudbou. Jeden přístup k psychoterapii (anebo spíš k psychoterapiím, neboť je jich spíš hodně) je všechno to absorbovat, tříbit si přehled nebo nadhled. Jiný přístup je vybrat si to svoje (pak jsou ale užitečnější „mono-směrové“ kongresy a konference, například analytiků, hypnoterapeutů nebo gestaltistů). A ještě jiný přístup je hledat si teprve v tomto obřím veletrhu svou inklinaci, pátrat a orientovat. Pak ale pozor na charismatické svody.

Nevím, má-li smysl jezdit na tyto mega-show opakovaně, navštěvovat takový hyper, hyper-market s oblečením nabízeným vedle rohlíků a se sněhovými řetězy vyskládanými vedle dudíků. Osobně mi to stačilo dvakrát (1996, 1999), tentokrát jsem jel téměř na zapřenou a s nechutí. Přesto jsem se nenudil a dosti realisticky jsem si znovu „dělal obrázek“ o tom, co se děje, co se píše, co se přednáší, o čem se mluví, jak se pracuje. Nebylo to neužitečné. Nicméně...

příště... Jedna cesta vede k tomu zajímat se mnohem více jenom o sněhové řetězy, jiná cesta - jen o kojenecké láhve. Stát se odborníkem na specializaci.

Rozhodl jsem vnitřně pro kratochvilovskou tradici (a také pro tradici SURu), možná pro „českou cestu“: pro integrativní psychodynamickou psychoterapii. Jednotlivé specializace a jejich speciální další a další specializování



se za zavřenými dveřmi mě příliš neláká. Přesto: chcete-li hledat společné, musíte vědět o odlišném, chcete-li integrovat, musíte mít co propojovat a z čeho čerpat. A tak toho člověk musí vědět co nejvíce... Po třech světových kongresech psychoterapie ve Vídni byl odsouhlasen čtvrtý v Buenos Aires (2005) a pátý v Pekingu (2008). Světová rada pro psychoterapii (WCP) má už na všech kontinentech své pobočky. A jestliže v desetimiliónovém Senegalu se přes 90 % obyvatel obrací na léčitele a šamany, ne na doktory (mám teď na mysli i tehdy, když mají depresi, nebo onemocní fóbii), natož na psychiatry (těch je v celém Senegalu momentálně 7), dá se i v takovém Senegalu předpokládat (zřejmě?) uchycení a rozvíjení psychoterapie.

Zázitky

Na pondělní dopolední přednášku Jürga Williho o osobním vývoji člověka tím, jak si (i) nevědomky změnil podmínky, ve kterých žije, navázal téměř celo-odpolední workshop z párové terapie. Willi mě zajímá asi dvanáct let a svého času zde vyšel překlad jeho „Párové terapie“ (stále vynikající vodítko pro sezení psychologů s manželskými dvojicemi). Jürg Willi dále píše, viditelné místo na kongresových knižních pultech měla jeho nová kniha „Psychologie lásky“, která by se dobře vyjímala například v produkci Portálu.

Workshop byl opřen o data z nevelkého výzkumu... K Williho koncepci párového soužití se na těchto stránkách někdy v budoucnu ještě jistě vrátím. Autor nepřestal působit skromně a naslouchá mu velké publikum odborníků v německy mluvící Evropě.

Zázitkem pro mě byla i usměvavost a energie, vyzařující z Horsta Kächeleho, spoluautora „Psychoanalytické praxe I a II“, dvojknihu

rovněž vydané před lety česky. Realisticky referoval mi o tom, jak se mění postavení psychoanalýzy ve společnosti, v akademickém světě i zdravotnictví - klasická psychoanalýza ustoupila z výsluní, leckde o ně byla připravěna dravějšími krátkodobějšími metodami, takový je osud... Není každé desetiletí posvácení - pro tu či onu modalitu psychoterapie. O Tschuschkově precizní přednášce se zmiňuje kolega Nykl. Myslím, že většina posluchačů ze sálu vycházela s hlavou jako včelín - s rozvířenými myšlenkami, rozhoupaným postojem. V té době se honila řada argumentů Pro a Proti integrování. Grinderovo vystoupení (snaha o improvizaci a zatažení posluchačů do prezentace) nemohlo dopadnout ve vyhrazeném čase dobře. Ke spíše rozpačitým zážitkům patřila i prezentace Sue Danielové o rolích, i ona zvala na pódium posluchače, aby cosi demonstrovala - smysl se vytrácel...

Více politickým zážitkem byl společný panel palestinských a židovských přednášejících. Přehlnutý sál, televizní kamery, velká očekávání, úvodní slovo „samotného“ Pritze, vedro k zalknutí - vše na lodi na Dunaji. První prezentace. O obětech na obou stranách... Dusno před bouřkou. A pak uhořel blesk, rozpršelo se. V hluku zanikala dobře míněná slova. Někteří odcházeli, necitlivě boučajíce dveřmi (psychoterapeut, který za sebou neuhlíhl dopředu zavřít praskající dveře, není dobrým psychoterapeutem, pomyslel jsem si). Proč tento panel proběhl právě takto? V tak dusném napětí?

Poslední dopoledne jsem v „zeměpisně mapujícím“ bloku hlavních přednášek (v jednom z řady sympózií) přednesl asi 20 posluchačům skicu situace v ČR. Předem mnou zazněly vesměs dobré a informativní zprávy o psychoterapii v Albánii, na Islandu, v Senegalu

a na Slovensku, za ČR byla zařazena Itálie, Panama a Litva. I toto nabízí světový kongres: zaplňování mapy zprávami ze všech kontinentů.

Po kongresu jsem odjel se ženou a dcerou do Pyrenejí. Jeli jsme vlastním autem, nikým neřídovanými, nikým neopéčovanými. Nikdo se o nás nestaral a my se jeli postarat sami o sebe. Skoro jsme neměli přesný cíl - kromě toho: vylézt na několik tisícovek a pokusit se zdolat i nejvyšší horu tohoto pohoří. (Podařilo se.) Potýkali jsme se tam s bouřkami a dešti, ale o tom psát nechci. Nechci psát ani o tom, jakou přirozenou psychoterapií, přesněji rodinnou terapií je taková dvaadvacetidenní dovolená, kdy je člověk obklopen jen nejbližšími lidmi - a zároveň také on obklopuje, stojí při někom a s někým prostě je. Myslím, že jsem nepotřeboval žádné terapeutické metody.

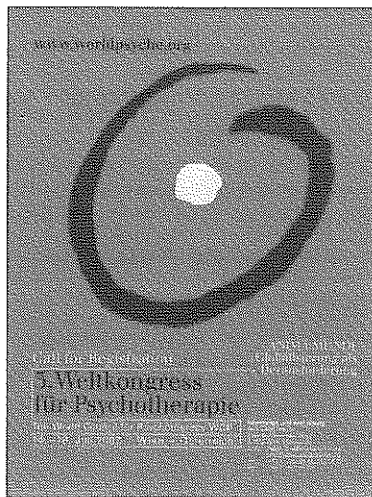
Chci se zmínit o tom, že mezi jednotlivými národy vedou stále hranice, že mezinárodní je i jedno rozlehlé pohoří Evropy. Že úplně jiný dojem na vás udělá francouzská strana hor a jiný strana, která patří do provincie Aragón. A opět jiná je ta část Pyrenejí, která leží v Katalán-

sku. Dvojitý nápis v Katalánsku připomínají to, že hranice vedou uprostřed sjednocených celků (podobně v Provence nápisy v provensálštině nebo na Korsice v korsičtině). Viditelné i neviditelné rozdíly připomínají lidskou diverzitu, potřebu odlišování se, potřebu hledání si vlastních cest. Zaplat pán bůh za to, že to takto je. (I když je to někdy nebezpečné, někdy - zvlášť z odstupů a z nepochopení směšné.) Evropa není zglobalizovaná či globalizací podrobená (porobená), jak to občas vyznívalo z oken odborných sálů ve Vídni.

Psychoterapie by ve skutečnosti neměla přijít o diverzitu svých jazyků. Ba ustavičnému porozumění rozdílnosti by se měla věnovat více než šílené jedné sítě.

Anebo se na to můžeme podívat jinak. Je jedna Evropa a jedna kinematografie (jakožto druh umění) a v ve své podstatě je také jen jedna psychoterapie. A také (nevylučuji předchozí) je řada „Evrop“ (a to hodně navzájem odlišných) a je řada způsobů a stylů filmů (až se jednotnost kinematografie v té mozaice rozpadá) a je také řada - spíše mozaika - psychoterapií.

Není od věci ty kamínky zkoumat. Třeba na kongresech.



Vzpomínka na profesora Ondreje Kondáše

(27. 9. 1930 - 9. 5. 2002)

Stanislav Kratochvíl



Autorský kolektiv monografie *Psychoterapia a reedukácia: Ondrej Kondáš, Eva Syřišťová, Stanislav Kratochvíl* (1985).

S Ondřejem jsem se poprvé setkal v roce 1953, kdy jsem jako student druhého ročníku psychologie brněnské univerzity získal možnost půlročního výměnného studia na univerzitě bratislavské. Protože na bratislavské katedře psychologie se tehdy druhý ročník ne realizoval, bylo mi dovoleno přidat se k vyššímu ročníku, v němž byla malá, ale velmi „nabitá“ sestava posluchačů. Ondro byl jedním z nich. Na rozdíl od naprosto sterilní výuky na katedře v Brně, tvrdě deťpané marxisticko-stalinskou ideologií, kde se studentům pro jistotu ani nedoporučovalo diskutovat (mohli jsme se jen tázat), probíhaly na seminářích bratislavské katedry, vedených jejím dynamickým vedoucím, profesorem Antonem Jurovským, otevřené, velmi bouřlivé diskuse o nejrůznějších psychologických problémech, jakoby zde hrozby totalitního režimu ani neexistovaly. S Ondřejem jsme se při našem podobném odborném i osobním zaměření brzy spřátelili a spřádali jsme své sny o tom, čím se budeme v psychologii zabývat a čím snad této námi vyvolené vědě v životě i přispějeme. Ondreje už tehdy zaujaly teorie učení a možnosti jejich využití v psychoterapii, což zřetelně předznamenalo jeho pozdější profesionální dráhu. Přikláněl se k věcnému objektivnímu behaviorálnímu přístupu, přičemž si byl zároveň vědom toho, že vnitřní svět člověka je také významný a nelze jej jen tak, jak to dělali pavlovovci a skinnerovci, pustit ze zřetel. Byl přemýšlivým i nadšeným diskutérem a věřil v sílu vědeckého poznání. Vzpomínám, kolik nám tehdy bylo vlastně let: jemu třidvacet, mně o dva roky méně. Ondro měl přede mnou nejen věkový, ale i intelektuální dvouletý náskok, který si pak i v průběhu celého dalšího života udržoval.

S potěšením jsem sledoval jeho první monografii „Podiel učenia v psychoterapii“, která vyšla v roce 1964 a shrnula nejen teoretické problémy a praktické metody, ale obsahovala rozsáhlé vlastní výzkumy aplikace učení v psychoterapii psychóz a v reedukaci u koftavosti. Mohl se již také opřít o své zkušenosti klinického psychologa v psychiatrické léčebně ve Velkých Levárech. Odtud brzy přešel na katedru psychologie do Bratislavy. V roce 1969 vychází v nakladatelství Slovenské akademie věd jeho významné monografické dílo „Discentná psychoterapia“, ve kterém behaviorální směry a metody doplnil zřetelům k vnitřní motivaci a subjektivnímu světu pacienta a pro svůj přístup, vycházející z psychologie učení, vymyslel původní název „discentní“, aby jej odlišil od příliš mechanistického behaviorismu. Další vydání knihy v roce 1973 bylo podstatně doplněno a stalo se na řadu let základní slovenskou učebnicí psychoterapie.

Je třeba zdůraznit, že Ondrej vždy kladl velký důraz na klinickou zkušenost a na vědecký výzkum. V obojím jsme si byli blízcí. V roce 1967, kdy jsem vedle zaměstnání v psychiatrické léčebně v Kroměříži přednášel na brněnské fakultě a připravoval skriptu o výzkumu psychoterapie, jsme se v Bratislavě sešli a důkladně porovnali své poznatky o výzkumu v této oblasti. Výsledkem pak byl společný článek „Výskum v psychoterapii a niektoré jeho problémy“, který vyšel v Čs. psychologii v roce 1968. Skutečnost, že se nám spolu výborně diskutovalo i pracovalo, že jsme

se vzájemně dobře doplňovali a že naše spolupráce měla efektivní rychlý praktický výstup v publikaci, nás zřejmě povzbudila i k tomu, že jsme se později k podobné spolupráci v daleko širším rozsahu znovu sešli. Přibrali jsme ještě doc. Evu Syříštovou z pražské katedry psychologie a dali jsme se do práce na „celostátní“ učebnici „Psychoterapia a reedukácia“. Posílali jsme si koncepty jednotlivých kapitol, které jsme si vzájemně kritizovali, opravovali a doplňovali a několikrát jsme se i společně sešli, abychom si celkovou koncepci i dílčí sporné věci vyjasnili osobně. Z kroměřížského setkání v roce 1984 pochází společná fotografie našeho autorského týmu. Slovensko-českou knížku pak vydala Osveta Martin v roce 1985. Měla nepochybný úspěch a vyšla znovu v dalším doplněném vydání v roce 1989.

Přestože Ondrej Kondáš nebyl členem žádné politické strany, postupně se stával docentem, doktorem věd, profesorem, vedoucím katedry psychologie i vedoucím kabinetu klinické psychologie při IILF. Publikoval samostatné monografie o trémě (1979) a o koktavosti (1983), napsal a dvakrát vydal základní učebnici „Klinická psychológia“ (1977, 1980, vyšla i v polštině), redigoval učebnici „Psychodiagnostika dospelých“ (1992), spolu s Pavlem Csáderem prováděl výcviky discentní psychoterapie v Kyneku, jezdil do ciziny, vystupoval na konferencích, publikoval v zahraničních časopisech (byl členem redakční rady *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*), získával čestná členství, oponoval kandidatury a habilitoval kolegy, vypracovával koncepce a organizoval. Kromě knih psal básně, houbařil a byl vášnivý turista. Když odešel do důchodu a opustil bratislavskou katedru psychologie, samozřejmě neodešel odpočívat na vavřínech. Se svou žákyní Janou Kordačovou vydal monografii „Iracionalita a jej hodnotenie“ (2000), která shrnuje nové poznatky z oblasti kognitivní terapie a přináší další vlastní výzkumný materiál. Současně začal přednášet na trnavské univerzitě, kde se opět brzy stal vedoucím katedry psychologie. Pro její posluchače připravil se spolupracovnicí zcela novou stručnou a výstižnou učebnici „Kapitoly

z klinickej psychológie“ (2002), která ještě stačila vyjít těsně před jeho neočekávanou smrtí.

Ondreje jsem poznal jako člověka velmi dynamického, cílevědomého, pracovitého, pozitivně zaměřeného, organizačně zdatného a přiměřeně asertivního, přátelského a také zábavného a galantního k ženám (tak ho přinejmenším hodnotila moje manželka při našich opakovaných setkáních na česko-slovenských psychoterapeutických konferencích). Méně se mi líbilo, že byl nárůživý kuřák, ale ocenil jsem, že se po nástupu zdravotních potíží dokázal tohoto zlozvyku úplně vzdát.

Význam osobnosti profesora PhDr. Ondreje Kondáše, DrSc., pro slovenskou psychologii jistě kompetentně zhodnotí slovensší kolegové. Sám bych rád podírl jeho nesmírné zásluhy o rozvoj psychoterapie, zejména té její významné větve, která se dnes nazývá kognitivně behaviorální. Tento střizlivý, vědecky podložený přístup zažívá dnes v Česku výrazný boom, jak o tom svědčí jak probíhající víceleté systematické výcviky, tak překládané i původní publikace. Někteří jeho naši současní představitelé mají pocit, že se mu začali učit po převratu v devadesátých letech od zahraničních (zejména anglických) lektorů. Na tradici, kterou v této oblasti založil v Československu již v šedesátých letech Ondrej Kondáš, přitom zapomínají. Kondášův původní termín „discentná psychoterapie“ se ve světovém měřítku sice neujal, ale jeho obsah, jak jej Kondáš už v šedesátých letech předvídatě koncipoval, takřka přesně odpovídá tomu, co se dnes nazývá terapií kognitivně-behaviorální: jde v ní jak o vnější podněty a o vnější chování, tak také o vnitřní procesy, k nimž patří zejména myšlení a emoce. To všechno je pro dosažení terapeutické změny důležité. Kondášova základní monografie „Discentná psychoterapia“ (1973) stejně jako jeho kapitoly v kolektivním díle „Psychoterapia a reedukácia“ (1989) a nová, výzkumem podložená práce s J. Kordačovou „Iracionalita a jej hodnotenie“ (2000) mohou stále být jak užitečným repetitoriem teorie, terapeutických technik a podnětných výzkumů, tak zdrojem další inspirace našich psychoterapeutů.

KRÁTCE (OBRAZEM)



Děkan Filozofické fakulty Univerzity Palackého doc. PhDr. Vladimír Řehan odvádí prof. Kratochvíla do auly k slavnostnímu zasedání.



Rektorka Univerzity Palackého prof. MUDr. et PhDr. Jana Mačáková, CSc., předává prof. Kratochvílovi Cenu Františka Palackého.