

OBSAH

EDITORIAL

O několikerych přesazích..... 163

TEORIE PSYCHOTERAPIE

Jiří Růžička: Psychoterapie, poznámky
k jejímu určení a přesahům (I) 165Jan Vymětal: Psychoterapie,
socioterapie a farmakoterapie 170Jiří Šupa: Systemická teorie
a C. R. Rogers. Srovnání hledisek
a základů 176REPORTÁŽ PSANÁ
PRO KONFRONTACERenate Motschnig: Rogersovské
sympózium 2002 184

ZRNĚNÍ ZDEŇKA RIEGRÁ 186

PSYCHOSOMATIKA

Milada Býmová: Úvahy o propojenosti
těla a duše - o psychosomatických
nemocích nejen na kůži 188

Václav Šnorek: Vejce nebo slepice? 189

FEJETONY A POVÍDKY

MUDr. IVO KUNSTA

Nedokonale, ale přesto břemena
druhých nesme / A v pondělí se
odstěhoval i Bůh / Patery boty
do nebe 194

VIDĚNO OČIMA

MUDr. MARTINA KONEČNÉHO

Minulost a přítomnost vojína Ryana 197

Z „DRUHÉHO BŘEHU“

Bedřich Lokobauer: Věc: Odtabuizo-
vání schizofrenie (výňatky z deníku) 199

AD

Ad Olga Holubová (N. Macounová) /
Ad S. Kratochvíl (M. Svoboda,
P. Hájek, T. a L. Kastroňovi) /
Jak to tedy je? (V. Chvála)..... 205246 AUTORŮ, KTERÍ PUBLIKOVALI
V KONFRONTACÍCH 212

Uzávěrka 50. čísla byla 25. 11. 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 2003: 276 Kč, při zaslání na Slovensko a jinde 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 České Tiskárny, s.r.o., Ráby. ISSN 0862-8971

EDITORIAL

O několikerych přesazích

Přesahy k celostnosti

Psychoterapie není zdaleka vše, co má psychoterapeut umět. K účinnému léčebnému působení nestačí mít v sobě jen znalost směru, vystudovanou vysokou školu, absolvovaný výcvik; nestačí mít v sobě nacvičenost několika technik (například techniky rogersovského akceptování, systemického kladení otázek či socháání rodinných konstelací). Psychoterapie je v tomto směru - z hlediska toho, co na druhého člověka zapůsobí - jen součástí něčeho komplexnějšího. K psychoterapeutovi patří takové vlastnosti jako skromnost (nikoliv pýcha), trpělivost a klid (nikoliv spěch a nervozita), nosnost pro konflikty (nikoliv rychlá řešení či poučování či sklon druhé krotit). Patří k němu (nebo k ní) i pokora, jakkoliv toto slovo zní pateticky či jako pokroucená konverze narcismu. Opravdová pokora před zkušeností druhého člověka má vést psychoterapeuta k tomu, že je připůsobilý v tom, co nabízí, že nevnučuje, umí ustoupit. Dobrý psychoterapeut také nikdy neobviní druhého člověka (jemuž se snažil pomoci) za to, že se vzájemná práce nedaří nebo se nezdařila. Dobrý terapeut nese a unese zklamání. Postupně mi docházelo a došlo, že to jsou důležitější vlastnosti než techniky té které školy.

K psychoterapii patří také umění řeči. Toto umění - přirozeně osvojené a doprovázené nezbytnou upřímností - zprostředkuje často léčbu druhého člověka. Nemáme věc, píše Jiří Růžička, jako je masť či jehla, kterými bychom zajistili úlevu. Máme slova, máme nějaký slovník. Jsme svou řečí - tato myšlenka Jiřího Růžičky se mi obzvlášť líbí. Jsme to my, kdo tvoříme svou řečí (a tedy sebou) druhé lidi - svět v nich, radost v jejich světe; něco kultivujeme... Nebo tam také svou řečí mýlíme stromy v lese a vytváříme paseky. Jsem rád, že v jubilejním čísle

Konfrontací dominuje právě tato myšlenka - o přesahu psychoterapie do mluvy; myšlenka o tom, že psychoterapie je vsazena do vztahu, do lidskosti. Je opravdu? Napíšu to skromněji: měla by být...

Konfrontace jsou konfrontující (stavějící vedle sebe různé) od svého prvního čísla. Ne vždy to musí být nutně zřejmé na první pohled - a ani jsem se objasňováním záměrných konfrontací povětšinou v Editorialech nezabýval. Dnes chci udělat výjimku. Toto číslo je totiž padesáté - a pro mne svědčí mimo jiné o tom, že konfrontace čtenáře zajímají. Soudě podle toho, že jich (vás, čtenářů) neubývá. Sama existence časopisu dosvědčuje zájem konfrontovat se.

V tomto čísle se scházejí staří známí autoři a velmi zkušeni (a rozliční) psychoterapeuti Rieger, Růžička a Vymětal s mladými autory a novými badateli nabitými energií, Šnorkem a Šupou. I ti staří znají konfrontují různá pojetí k psychoterapii: Zdeněk Rieger je transakčně rodinným, Jiří Růžička daseinsanalytikem, Jan Vymětal rogersovským učitelem. Všichni jsou didakti a vůdčími postavami ve svém oboru. Považuji za příznivou a slibnou okolnost, že mladí autoři nabízejí (nebojácně) Konfrontacím své stati. Časopis je - a snad i do budoucna bude - živěn vyzrálou zkušeností i nedozrálým elánem.

V tomto čísle se také konfrontuje několik stylů psaní - zjednodušeně teoretický s více praktickým; filosofování stojí vedle přímočarého osobního vyznání (Růžička versus Býmová), setkávají se tu možnosti odborného pojednání (Vymětal) s literárně beletrizujícím zpracováním (Kunst). Rubrika „Viděno očima...“ poskytla prostor dalšímu literárně nadanému autorovi (Konečný) a pak... znovu se čtenář setká s „druhým břehem“. Tou nejpravdivější konfrontací (Lokobauer).

Ve všech těchto rozměrech konfrontování se znovu časopis představuje tak, jak ho i nadále chceme vést. A jubilejné - po padesáté - jsou tedy před Vámi konfrontace mnohé a nejrůznější, věřím že podnětné a podněcující. Když se někomu z vás, čtenářů, bude chtít napsat, napište. Cokoliv. Mimochodem: do Konfron-

tačí již autorsky přispělo přes dvě stě dvacet autorů (z ČR a SR; celkově i s autory ze zahraničí 246).

Už je to téměř obehnané, ale znovu tím skončím: napište.

Víte mimochodem, že na takovou výzvu zareagují často jen dva nebo tři z vás - z odhadovaného více než tisíce pravidelných čtenářů. A tak, máte-li sklon myslet si, že vy nemusíte

nic glosovat, že to za vás učiní druhí, možná se mýlíte. Někdy tak neučiní nikdo. A přitom se nabízí možnost ovlivnit například to, co najdete v Konfrontacích v roce 2003! Že bych vás dnes úspěšněji pobídl?

Na odezvy obvykle mlčících čtenářů už po padesáté se těší šéfredaktor.

V Hradci Králové, koncem listopadu 2002.

PRVNÍ PLES PSYCHOTERAPEUTŮ

Kdy? 8.3. 2003 od 19 hodin

Kde? Národní dům na Vinohradech, Náměstí Míru 9, Praha 2

Za kolik? 350,- Kč

Program: Tanec za doprovodu tanečního orchestru, od 23. hod. romská hudební skupina, tombola s překvapením.

Vstupenky: Pokladna Národního domu na Vinohradech (tel.: 221 596 221) elektronické objednávky: juhanak@triton-books.cz (při objednávce do 31.1. 2003 poskytuje nakladatelství Triton 30% slevu na objednané knihy)

Čestný výbor: Doc. Jaroslav Skála, PhDr. Hana Juňová

Přípravný výbor: PhDr. Martin Hajný, PhDr. Jiří Jakubů, MUDr. Stanislav Juhaňák, Mgr. Dana Pětivoká, PhDr. Markéta Rokytová, MUDr. Hynek Forman, Mgr. Barbora Wenigová

Informace: www.sweb.cz/plespsychoterapeutu nebo na plespsychoterapeutu@seznam.cz

TEORIE PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie, poznámky k jejím určením i přesahům (I)

Jiří Růžicka

K filosofickému pojetí řeči

„In-der Welt Sein“ znamená pro Heideggera nesubjektivní pobyt-ve světě. Je to možnost mít možnosti mít svět jako celek v němž se pak časováním, vztahováním, tělesněním a dalšími způsoby svého pobytu člověku ukazují jednotlivá jsoucna, vše to, s čím se člověk v této otevřenosti setkává. Pobyt-ve světě je otevřeností tomu, co se ukazuje jako světlna světa. Otevřeně-stojícnost, naše vystavení světu je také naše základní bytostné postavení. Mít svět neznámá jej vlastnit, ale je důsledkem vztahující se otevřenosti, což nás jako lidi charakterizuje.¹⁾ Jak ale svět máme a jaké jsou předpoklady onoho „mít“?

Mít svět je možné díky řeči. Ale to, jak si ji člověk osvojuje, ukazuje k tomu, jak také získává svět. Gadamer to říká jasně: „Nikdy se neocítáme jako vědomí vůči světu tak, že bychom v jakémsi stavu, v němž ještě nemáme řeč, sahali po nástroji porozumění. Naopak jsme v každém vědění o sobě samých a v každém vědění o světě už obklopeni řečí, která je naše vlastní (...) Učit se mluvit neznámá být uváděn do užívání již hotového nástroje označování nám důvěrně známého světa, nýbrž znamená získávat důvěrnou známost světa samého i toho, jak se s ním setkáváme.“²⁾ Svět se nám dává nejen řečí, ale toto dávání se, tedy to, jaký svět bude, je ovlivněno podmínkami dávání, tedy podmínkami, za kterých se vstup do světa děje. „Ve všem našem duševním životě jsme už vždy předpojatí řečovým výkladem světa, řečovým způsobem porozu-

mění, do něhož vrůstat znamená vyrůstat na světě.“³⁾ Aristoteles charakterizuje člověka jako bytost, která má řeč.

Jiným a dalším rysem řeči je to, že není určena jednotlivci, ale má smysl pouze jako rozhovor s druhými. Nepatří mně, ale nám. Je určena dialogu, rozhovoru lidí. Je také známo, že to, co je řečeno, odkazuje k nevyslovenému, odkazuje k souvislostem, které, aby řeč byla srozumitelná, již máme nebo teprve musíme najít. Hledání souvislostí je cesta otázek a odpovědí, které jsou v rozhovoru kladeny. Hledání je komunikace. Teprve potom, když jsou všechny potřebné otázky zodpovězeny, rozumíme řečenému. Dotazy na souvislosti jsou, jak říká Gadamer, dotazy po motivaci. Řeč je výrazem rozumu, podle řeči lze také určovat její vyspělost.⁴⁾ Rozum, který není komunikovaný, je ohrožen tím, že se zvrhne.

Čeština používá pro rozumovou činnost slovo poznání, poznávat, které zdůrazňuje nikoliv jen formy myšlenkových aktů, ale jiný významný aspekt rozumu, totiž vytváření známosti, důvěrnosti, tedy vztahu. Poznát znamená vstoupit do známosti, vytvořit důvěrné a bezpečné vztahové prostředí, mít osobní vztah a osobní účast na okrese světa toho, čím (kým) se v myšlenkových operacích zabýváme. Přítomnost druhé strany v myšlenkových operacích totiž také nějak prožíváme, nejen ji myšlením suše a chladně zkoumáme. Myšlením s myšleným nějak zacházíme, dělíme, spojujeme jedno s druhým, oddělujeme a vyjímáme to, co považujeme za významné, přesouváme, měníme. A tak vstupujeme do intimních oblastí toho, co není na první pohled zřejmé. To, že myšlení je plné emocí dosvědčují výroky myslitelů o tom, jak myšlení prožívají, např. jako největší dobrodružství, radost, úžas, zábah. Radikální vstupování do tajemství světa je zároveň závazkem starostí a nastoluje etické téma zodpovědnosti.⁵⁾

Tato skutečnost je pro myšlení závazná. Tam, kde není myšlení vztahem, důvěrnou a známou blízkostí, péčí i zájmem, láskou a odpovědností, ztrácí myšlení vyjádřené řečí svět, ohrožuje jej a spolu s člověkem se rozpadá. U schizofrenií jsme toho svědkem stejně jako u řeči, kte-

rá je mrtvá a stala se pouhou „plydepe“. Řeč nelze zúžit na prostředek, který máme volně, bez závazku a kdykoliv k dispozici, neboť je cestou k druhému. Když druhého ponížíme na pouhý prostředek svého zájmu, sami se sobě ztrácíme. My jsme řečí, která tvoří druhé lidi a tak otevírá cestu ke světu, universu. Má proto kosmické určení a tím je máme i my. Stáváme se ústy i řečí vesmíru. Ale toto postavení můžeme ztratit, když ztratíme osobní vztah. Pak se ztratíme sobě navzájem v kosmickém mlčení.⁶¹

O nemoci celého člověka

Vznik psychoterapie je od samého počátku úzce svázán s výkladem řeči. S. Freud jako jeden z prvních pochopil, že projevy příznaků duševních nemocí, snů, těla i lidských výtvarů je možné, a taky potřebné sjednotit, a to výkladem. Aby toho dosáhl, musel najít společnou půdu, ze které nemoci, sny i kultura vyrůstají. Nenašel půdu, avšak ovlivněn Darwinem a z ducha doby stanovil své slavné principy. Že tímto krokem půdu ztratil, bylo řečeno jinde.⁷¹ Přinesl však do psychologie a psychoterapie metodu, která otevřela zcela nové možnosti usouvztažňování různých rovin projevu lidské existence i porozumění člověku vůbec, totiž výklad, hermeneutiku.

Pozorování psychoterapeutického procesu a zkoumání duševní nemoci vedou nutně k zamýšlení, co psychoterapie je, a čím naopak není. Protože východiskem úvah o cílech jakékoliv léčby obyčejně bývá její „předmět“, totiž onemocnění, mohou být užitečná některá srovnání.

V somatické medicíně se nemoc chápe jako materiálně vykazatelné poškození tkáně či jako orgánová malfunkce, jako patofyziologický proces. Symptomy nemoci jsou pozorovatelné na těle nemocného přímým vyšetřením, čím dál víc ji však určujeme pomocí laboratorních anebo jiných technických diagnostických metod a zkoušek. Samotná výpověď pacienta o nemoci se stala jen druhotným zdrojem informací. Nemoc je v převážné většině akademické i praktické medicíny stažena ze všech životních modalit na jedinou, totiž na oblast těla. Tento krok bylo možno v minulosti učinit

proto, že tzv. subjektivní prožívání nemoci se v prvním ohlasu choroby soustřeďuje právě na oblast těla, zatímco ostatní oblasti zůstávají stranou neboť se ani viditelně, ani zpravidla neproměňují tak, aby je bylo třeba (a také možné) na tělo zaměřenými diagnostickými instrumenty vůbec zaznamenat. Anamnestická či dotazníková šetření se, podobně jako všechny ostatní životní oblasti, zkoumají s ohledem na tělo-těleso, v úzké koincidenci s tělesnými symptomy ochorení. Umožňuje nám to i skutečnost, že u tělesných nemocí nebyvají základní vztahy k bližním a ostatním věcem světa narušeny a bazálně postiženy. Z běžné i medicínské zkušenosti víme, že naše životní angažovanost se sice nemocí těla zužuje a jinak umenšuje, ale svět sám ve svých strukturách zůstává a spolehlivosti nemusí být nutně destrúován.

Tato poměrná stálost duševních vlastností i světa somatického pacienta umožnila, aby současná medicína celkovou situaci nemocného odložila a nezajímala se o ni, a soustředila se především na somatické souvislosti nemoci. Jakmile jsou pacientovy potřeby odstraněny, vrací se zpravidla dotyčný nazpět do svého života, aniž by v něm nastala nějaká významná a přetrvávající duševní změna, kterou by se lékaři měli zabývat. Předpokládá se jaksi automaticky, že s uzdravou těla se dává do pořádku celý člověk. Tato samozřejmost, která by spíše měla být tou největší záhadou, kterou bychom měli co nepozorněji prozkoumat, se však jeví natolik banální, že se jí medicína vážně ani nezabývá. Tomuto předpokladu vychází vsílící také skutečnost, která je pro tělesné nemoci určující. Zlomenina se hojí tak, že narušená buněčná tkáň má geneticky podmíněnou tendenci se sama navracet do původního stavu. Totéž se týká všech tělesných orgánů a všech buněčných struktur. Tělesná nemoc vzniká a také se odehrává na lidském těle a nikterak je nepřekračuje. Její vstup do ostatních životních oblastí je zpravidla (speciálním případem jsou nemoci psychosomatické) druhotný a/nebo nepřímý.

Psychiatrii by jistě těšilo, kdyby stejným způsobem vznikaly a také se uzdravovaly duševní nemoci. Ale neuróza, porucha osobnosti nebo

psychóza nejsou ani zánětem ani zlomeninou či jinou zřetelně a výhradně somatickou nosologickou jednotkou. Duševní nemoci mají odlišnou skladbu. Nemoc u duševních chorob nezasahuje pouze CNS, ale vždy také vztahy, jednání a chování, hodnoty, lidskou duši. Duševní nemoc je nemocí která vždy také vystupuje za hranice těla a postihuje okolní, především lidský svět. Na vzniku těchto onemocnění mají přímý a rozhodující podíl duševní, sociální, kulturně-duchovní a historické činitele. A jsou, jak přesvědčivě ukázaly kulturně antropologické studie, také její součástí.⁸¹

Psychiatrie by velmi ráda jiné medicínské obory v technizaci oboru vlastního následovala. Přivítala by laboratorní či přístrojové důkazy o nemoci srovnatelné s ostatními disciplínami, snaží se své anamnestické a diagnostické dotazy formulovat podobným způsobem. Leč tento krok nemůže učinit z celé řady důvodů. Pacient si totiž nestěžuje ani tak na své tělo, na tělesné utrpení a omezení, ale spíše na to, že původně známý, bezproblémový a důvěrný svět lidí a dalších jsoucen vykazuje proměny. Člověk v něm ztrácí jistoty, cítí se vykořeněn, tam, kde byl doma, je nyní cizincem, bojí se druhých, nevěří jim a vnímá je jako nepřátele. Pro somatického pacienta se změnily některé možnosti angažovanosti v identickém světě. On sám svoji identitu neztrácí. Pacientu psychiatrickému se však proměňuje sám svět, v němž se i on ztrácí a nepoznává.

Tento svět může být rozbitým, nejasným a nesrozumitelným pro člověka již od začátku. Známe přece děti, které již od narození zůstaly bez zprostředkující mateřské lásky. Známe choroby, kdy zároveň s nemocí tělesné tkáně dochází již od samotného počátku k destrukci stálých a pevných rysů světa. Prenatální onemocnění mozku, traumata CNS, tumory a řada nemocí dalších, spadajících také do psychiatrie ji principiálně nezajímají proto, aby se zabývala detailním zkoumáním zmíněných tkáňových změn. Psychiatrie především zkoumá to, co se děje v pacientově světě a co se také stalo s jeho životem: uplatněním doma či v práci, jednáním v různých situacích, rozhodováním o lidech nebo věcech, s významnými či drobnými

volbami, preferováním různých hodnot či nezájmem o jiné hodnoty, jak se proměňují mezilidské i ostatní významné vztahy a jak pacient svůj život prožívá a je laděn. Psychiatrie se snaží pochopit relaci mezi biochemickými charakteristikami nemoci a konkrétním životem pacienta. Pozorujeme však, že určitá část psychiatrie je po celou dobu svého trvání ve stálém pokušení tento vztah reduktivně vyložit převodem otevřenosti lidského bytí ve světě (někteří umírnění redukcionisté připouštějí „psychosociální skutečnosti“) na skutečnosti biochemické. Pořád v ní vládne reduktivně kauzální představa, že podstata (jakási superrealita) duševních dějů spočívá ve fyziologii mozku a lidská mysl projevující se poznáváním, citěním a chováním je jeho výronem, funkcí, epifenomenem, korelátem a slouží k tomu, aby organizmus hladce a „zdravě“ fungoval.⁹¹ Kdykoliv však to uděláme, vždy zůstane jen mozková tkáň a samotný člověk, svět a lidský život v něm se vytratí. Psychiatrie pak navíc jako obor ztrácí své opodstatnění.

Objevilo se několik myslitelů, kteří se problémem zabývali natolik rozhodně a důsledně, že redukcionistické ideologizace vždy nakonec zpochybnili. Odmítli substancionalistickou dualitu těla a duše a proti ní postavili jednotu lidského pobytu ve světě se všemi atributy lidskosti, včetně tělesnosti.¹⁰¹

Tělo není žádný stroj uváděný do pohybu nějakou záhadnou a samosvojnou duševní energií, nemáme duši, ale jsme jí, neboť naše bytí zde na tomto světě, jemuž jsme lidsky otevřeni, je oduševnělé. Duše vyvstává s počátkem existence lidského jedince, rozvíjí se (i upadá) a tvaruje způsobem života. Životní podmínky člověka i jeho duše je ovšem třeba chápat jako výhradně lidské životní prostředí, totiž kulturu. Tou je lidská duše tvarována, do ní vstupuje a naopak, kultura je se všemi svými mody a horizonty, rodinou počínaje a lidstvem konče, naším „vnějším tělem“. Odtud ale plyne, že, i když jsme jako lidé nevyhnutně jedinci, právě část naší duše, ono „vnější tělo“, je zde před námi v podobě kultury, do které se jako jedinci rodíme stejně tak, jako zde v kultuře i po své smrti stále ještě přetrváváme.¹¹¹

Nemoc někdy přichází náhle, jindy plíživě a pozvolna. Pro duševně nemocného příchod nemoci vypadá jinak než ohlasy nemoci tělesné. Je rozdíl mezi tím, jestli se nemoc projevuje tělesnou komponentou a touto zůstává nebo zda se v tělesném okruhu nezastavuje, míjí její a objevuje se v naší duši. Duševní nemoc nevzniká v orgánu, pacienti ji nelokalizují v ruce, břiše či jinde v těle. Má dva prameny. Jeden je v našem nejvládnějším nitru. Zároveň se však děje venku ve světě, s lidmi a mezi lidmi, tedy opět mimo rámec jen předmětně definovaného těla. Tak například při úzkosti se ze světa stává soutěska, která krátí dech a bere svobodný prostor i neproblematickou blízkost druhých lidí, strach naplňuje svět nebezpečím a věci či bytosti v něm se objevují především v ohrožujících možnostech. Nést lidský úděl je těžké pro každého. Deprese ho činí nesnesitelným a násobí tuto tíhu proto, že není sdílen s druhými, což uvrhuje člověka do samoty a izolace, které jsou zároveň trestem. Paranoia zbavuje svět bezpečí neboť v něm není ani ochránců, ani míst, kam by se člověk mohl bezstarostně uchýlit ke bdění či k spánku. Obsedantní lidé jsou i se svými pokusy a kouzly bezmocní a vydaní okolním silám, vůči nimž nemají pevné a trvalé jistoty, ani záruky jejich přízně a přátelské náklonnosti. Schizofrenie svět fragmentuje a ničí rozumění souvislostem mezi člověkem a různými oblastmi světa. A tak bychom v příkladech mohli pokračovat. (Jednou jsem se zeptal člověka nemocného schizofrenií v čem spočívá jeho utrpení. Odpověděl, že ho "bolí svět".)

Bolesti

Signifikantní jsou rozdíly ve věcech bolesti a utrpení, se kterými je nemoc neodmyslitelně spojena. Tělesná bolest se může projevit různě. Můžeme být bodáni, svírání, trhání a spalování tělesnými mukami, můžeme se dostat až za práh představitelnosti tělesného utrpení, ale tyto bolesti nemusí mít na celistvost i povahu našeho jáství nikterak významný dopad. Z tělesného utrpení se dokonce můžeme jaksi stáhnout a ponechat je někde na okraji naší duše, takže se tělesná bolest našeho „já“ nemusí vý-

znamně dotýkat. Jogíni a někteří jiní východní mistři tomuto umění učí své žáky programově. I tehdy, když se do bolesti propadáme, ucelené a nedeformované vědomí sebe zůstává v pádu poslední. Kde již není toto vědomí, není rovněž bolest.¹³⁾

Tělesná bolest je vůči „já“ vnější, duševní bolest se „já“ týká bezprostředně. Postihuje nás nikoli z periferie, ale přímo z jádra naší bytosti, ohrožuje duševní celistvost a naši identitu. Nejohrožnější utrpení jsou právě ta, kdy se sami sobě ztrácíme a tak nám uniká i svět a jeho porozumění. Tělesné utrpení lze odstranit lékem, masí, nožem nebo jinou věcí. Duševní utrpení může zmírnit nebo odstranit pouze člověk. Nikoli jako nástroj, ale jako ten, kdo se k nám vrací, přistupuje, kdo nám vychází vstříc, miluje, přijímá nás a potvrzuje. Tělesná bolest člověka nutně nezabavuje lidské přítomnosti i světa, pouze nám krátí repertoár možností vzájemnosti, zato nemoci duševní jsou variacemi na téma ztráty a deformace vztahů především k lidem, strachu, nedůvěry, obav a nejistot, odmítnutí a zavržení, cizoty a bezdomoví. Z bolesti těla se můžeme probudit do světa rovnou, s neporušenou duší. Z bolesti duševní se dostáváme jen velmi pozvolna, často natrvalo zasažení, postižení a změnění.

Mnohem snadnější a běžnější je nalézt a pochopit smysl duševní bolesti, mnohem obtížnější a často zcela nemožné, je najít smysl bolesti a utrpení tělesného. Duševní bolesti jsou totiž svázány s tím, jak člověk ve světě žije, co jej potkalo, jak sobě či světu (ne) rozumí. Lze v ní nalézt a vystopovat určité souvislosti a psychologické nebo sociální zákonitosti. Jejich ovlivněním nebo ovlivněním postojů k nim lze dokonce duševní bolest zcela odstranit.

Nalézt podobně přímou souvislost mezi bolestí tělesnou a životními událostmi je buď absurdní (např. úraz nemá zpravidla žádný vztah k osobní historii, je bez léčebného efektu; konstatování vztahu nadměrné konzumace alkoholu a cyrhoty jater apod.), nebo se souvislost hledá obtížně a komplikovaně, a má spíše preventivní či dílčí léčebný účinek, jak vidíme u psychosomatických nemocí. U těchto je zpra-

vidla nutné kombinovat léčbu somatickou s psychologickou, příkladem budiž např. Cronova choroba, kde je nutné aplikovat kortikoidy spolu s intenzivní psychoterapií.

Smysl tělesné bolesti má proto spíše duchovní význam a nebývá příležitostí i pobídkou k uzdravě v takové podobě i míře, jak je tomu u duševní bolesti. Mnozí lidé totiž v bolesti teprve nalézají podstatné hodnoty, které dříve pomíjeli nebo jim nerozuměli. Takové porozumění však nemá nutně, dokonce spíše výjimečně, léčebný efekt. Zato může změnit hodnotové či mravní postoje. V nemoci člověk může nalézt to, co odkládal a zanedbával, jak o tom svědčí výpovědi lidí, kteří těžce onemocněli.

POZNÁMKY:

¹ Viz Heiddegger M.: Bytí a čas; také Gesamtausgabe sv. 34., Vom Wesen zum Wahrheit, 1988, Frankfurt a. Main, Zollikoner Seminare, Frankfurt a. M., 1987.

² In Gadamer H.G., Člověk a řeč, 1966, str. 23, Oikúmené, 1999.

³ Ibid; str. 26.

⁴ Ne nadarmo psychologové měří míru rozumových schopností testováním schopnosti používat řeč, a to nejen jazyk přirozený, ale také formalizovaný, např. matematiku.

⁵ Již Platon ve Faidónu (Oikúmené, Praha), i v Ústavě (Svoboda, Praha 1993) dává do vztahu vědění s ideou Dobra, podobně Aristoteles ve Fyzice (První analytika, 1961, Praha). Oba myslitelé navazují na úvahy Pythagorejské školy.

⁶ Má-li tělo k člověku promlouvat, musí být jeho řeč srozumitelná. Abychom svému tělu rozuměli, musíme řeč těla přeložit nejlépe do slov, která tvoří text. Existuje řada falešných představ spojených s přirozeností člověka, které zdomácněly i v některých oblastech psychoterapie. Například neverbální komunikace je považována za ryzejší, přirozenější a pravdivější projev, nežli řeč mluvená. Kdyby však nebyly tělesná řeč reflektována verbálně, kdyby řeč těla nebyla myšlena, a myšlení netvořilo smysluplný text, zůstaly by pouze reflexy, fyziologické reakce či instinktivní anticipace. Těm bychom nemohli nikdy rozumět. Pouze bychom otrocky a slepě vykonávali to, co by nám, podobně jako zvířatům, bylo již předem dáno bez možnosti cokoliv pochopit a také změnit. Teprve tehdy, když je do řeči těla vnesen pojem, když je tato řeč myšlena, když se myšlenky utkají v text, pak ji můžeme vyložit, a to tak, že ji uchopíme slovy, soudy a úsudky. To však nestačí, každý výklad je vždy veden v určitém duchu, v rámci určitého předchůdného porozumění, teprve to dává možnost slovy vytvořit myšlenku, smysluplný a srozumitelný soud, názor a text. - Existují představy o

tom, že fyziologické procesy budou možná v budoucnosti převoditelné do slov a vyjádřitelné přirozenou řečí, což by mimo jiné umožnilo jejich vědomé řízení a ovládání, podobně jako řídíme pohyby ruky nebo ovládáme činnost svých hlasivek. Protože však nemáme zatím ucelený předchůdný názor, určité konzistentní a diferencované mínění o této skladbě fyziologických procesů, které by bylo možné vyjádřit slovy podle nějakého klíče tak, aby vznikl srozumitelný text, zůstáváme pořád jen na úrovni chemických vzorců či fyzikálních křivek. A ty nejsou textem, natož příběhem. Někteří psychoanalytici, zejména O. Reich však o něčem podobném uvažovali již ve třicátých letech 20. století. Jejich sexuální energetická hypotéza však byla natolik spekulativní, a reduktivní, že nemohla postihnout skutečný stav věci.

⁷ Boss M.: Psychoanalýza a daseinsanalýza, samizdatový překlad Čálek O., 1975.

⁸ Viz, např. Erikson, E.H.: Dětství a společnost (Argo, 2002; v orig. Childhood and Society, Penguin, London 1953) nebo psychohistorická práce téhož autora Mladý Martin Luther (samizdatový překlad M. Černouška z 80. let min. století).

⁹ Viz např. Koukolík, jeho práce o činnosti mozku a psychice, dále neurobiologie a neuropsychologie, také např. slavný K. Pribram redukuje veškerou lidskou motivaci na útok, útěk, potravu a sex.

¹⁰ Např. Binswanger L.: Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins (Niehans, Zürich, 1953), Bos M.: Psychoanalyse und Daseinsanalytik (Huber, Bern 1957, samizdatový překlad O. Čálek 1975), Condrau G., Gassman M.: Das verletzte Herz (Kreuz Verlag, Stuttgart, 1989), Condrau G.: Freud a Heiddegger (Triton, 1998). Nemáme tělo, ale jsme jím, živé a oduševnělé. Nemáme duši, tak jak se domníval R. Descartes a jeho dědici, jako oddělenou substanci, svou povahou zcela odlišnou od těla-tělesa. (Descartes R., Úvahy o první filosofii, Praha 1970, nakl. Svoboda; dále Descartes R., Rozprava o metodě, Praha 1991, srov. i Husserl E., Kartezianské meditace, Praha 1993, Husserl E., Krize evropských věd a transcendentální fenomenologie, Praha 1972, Patočka J., Úvod do fenomenologické filozofie, Praha 1993).

¹¹ Odkud duše vyvstává, je otázkou, kterou se zde nebudeme zabývat, zdá se ovšem, že z té oblasti světa, která je nepřístupná a jeví se nám jako oblast tajemná, zastřená temnotou. Není jisté bez významu, že bývá považována za oblast obsahující tajemství smrti.

¹² Starost některých lidí o přirozenost člověka i o ochranu přírody před neblahými vlivy člověka je sice velmi důležitá, avšak vychází z představy panenské přírody a přírodního člověka, mýtů, které byly v osvícenectví rozpracovány a vlastní životní praxí také zpochybňeny J. J. Rousseauem. (Viz J. J. Rousseau: Emíl, čili o vychování, př. Krecar A., Promberger, 1907, 1926.) Návrat člověka pudům a lesu by znamenal nutně také zánik lidského rodu. Člověk je vždy charakteristický tím, že žijící v lidských společenstvích, které jsou jeho skutečným domovem, neustále mění okolní svět ve svoji kulturu. A tak mění i sám sebe. Samozřejmě, že kultura může či nemusí být k přírodnímu prostředí citlivá a ohledupl-

ná, nikdy však nemůže dojít k návratu zpět, ani není možné ponechat přírodu samu sobě. Pokaždé totiž, když člověk vstoupí do lesů, hor či pustin nebo na jinou planetu, vždy rozdělá oheň, vystaví příbytek, postaví oltář a naplňuje onomu místu budoucnost. Vždy přetvoří to, co bylo pouze přírodní na kulturu.
¹³ Srovnej např.: F. J. J. Buytendijk, in Bolest a naděje, Vyšehrad 1971, Praha.

Pokračování autorových „Poznámek“ v příštím čísle. Mezititulky a zvýraznění tučným písmem jsou redakční. (Zvýraznění kurzívou jsou autorova.)

Psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie

Jan Vymětal

V současné době platí v medicíně biopsychosociální paradigma, obohacené o ekologickou, kulturní, duchovní a etickou stránku člověka. Předchozí věta znamená, že při léčebné pomoci nemocnému jedinci (a jeho nejbližším) při prevenci a rehabilitaci poruch zdraví, nutno uvažovat (a zpravidla i ovlivňovat) všechny dříve jmenované dimenze a stránky člověka. Uskutečňovat zmíněnou intenci v praxi není pochopitelně vůbec snadné, vyžaduje to týmový přístup, tedy i spolupráci s odborníky i nelékařských oborů, stejně jako široké vzdělání u lékařek a lékařů. Uvažovaný přístup je však nezbytný, pokud chceme postupovat **lege artis**, jelikož odpovídá vědeckému poznání v oborech, které souvisejí s lidským zdravím a jeho poruchami. Zde máme na mysli zejména **multikauzální pojetí etiopatogeneze** poruch zdraví, z něhož plyne nutnost tzv. víceko-
 lejné terapie, profylaxe i rehabilitace, kdy naše opatření a intervence se ve svém působení nakonec doplňují a jsou účinné.

O psychoterapii víme, že je zvláštní formou pomoci psychologickými prostředky lidem, kteří nežijí optimálně a mnohdy trpí i poruchami zdraví. Nalézá tudíž velmi široké uplatnění jak

ve zdravotnictví, tak i mimo zdravotnictví. V rámci zdravotnické praxe se nejčastěji pro-
 líná a je kombinována se socioterapií a farmakoterapií.

Socioterapie

Socioterapie zahrnuje přístupy a opatře-
 ní, v nichž se využívá léčivého potenciálu lidské pospolitosti, lidského společenství. Je to tedy působení lidským prostředím a společenskými aktivitami v rámci primár-
 ní, sekundární a terciální prevence poruch zdraví.

Patří sem kupříkladu aktivity uplatňované v komunitní péči (chráněné dílny a bydlení, kluby nemocných ad.), ale i mnohé činnosti, jež jsou součástí terapeutických programů odpoví-
 řajících multikauzální etiologii poruch zdraví (např. terapie prací, společné pohybové akti-
 vity pacientů).

Socioterapii bychom na prvním místě zařa-
 dili do oblasti **sociální medicíny**, tedy medicí-
 ny, v níž vystupuje sociální složka poruchy zdra-
 ví do popředí (např. u jakkoliv u handicapova-
 ných osob) a zároveň je i pracovní meto-
 dou, kdy sociální aspekt prolíná každou čin-
 nost v péči o pacienta a jeho nejbližší, proto-
 že v biopsychosociálním paradigmatu je pa-
 cientem celá rodina (nikoliv jen identifikovaný
 pacient, či tzv. nositel symptomů).

V dnešní době se v medicíně setkáváme
 s přívlastkem „sociální“ zejména u oborů ge-
 rontologie (sociální gerontologie), pediatrie (so-
 ciální pediatrie) a psychiatrie (sociální psychi-
 atrie). Socioterapie pak nalézá na prvním místě
 uplatnění všude tam, kde výraz medicína je
 spojen s atributem „sociální“. Používáme-li to-
 hoto přívlastku, myslíme zpravidla skutečnost
 „psychosociální“, neboť psychika člověka
 (a vlastně i on sám jako psychosomatický ce-
 lek) se vyvíjí zásadně ve vztazích k druhým li-
 dem a každý z nás žijeme v lidském, tedy soci-
 álním prostředí. Proto i na možnosti uplatnění
 psychoterapie myslíme všude tam, kde je indi-
 kována socioterapie – ale i naopak. Psycho-
 terapie a socioterapie se navzájem dopl-
 ňují a jak z praxe víme, jejich účinek se
 umocňuje. Jedná se o synergické působení.

Ve zkratce a prostým výčtem se seznámíme
 s nejčastějšími typy socioterapie tak, jak se
 s nimi v praxi můžeme setkat.

a) Léčba prostředím (např. akceptující, soli-
 dární a povzbudivá atmosféra zdravotnické-
 ho zařízení, esteticky a harmonicky působící
 okolí, pokud je klienti či pacienti spoluvytvá-
 řejí).

b) Léčebné společenství (např. nemocní se
 spolupodílejí na řízení oddělení i léčbě).

c) Sociorehabilitační programy (např. v rámci
 denních center či chráněných dílen nemocní
 překonávají sociální izolaci, rozvíjejí své prak-
 tické schopnosti a zapojují se do života).

d) Svépomocné programy (např. nemocní
 a jejich nejbližší vytvářejí skupiny stejně posti-
 žených, navzájem se informují, pomáhají si či-
 nem, organizují společné akce, výlety).

e) Socioterapie v přirozeném prostředí (např.
 case management, čili vedení případu, kdy od-
 borný pracovník přímo vede osoby blízké ne-
 nemocnému, nebo postiženému při poskytování
 pomoci).

Vidíme, že v případě socioterapie se zejmé-
 na jedná o využití přirozené pomoci, která
 přichází ze sociálního okolí pacienta a o jeho
 zapojení do života. Pokud se to nezdaří, hrozí
 zvláště dlouhodobě nemocnému či trvale po-
 stiženému sociální izolace, postupné zhoršo-
 vání a chronifikace stavu a v každém případě
 nežádoucí zhoršení kvality jeho života. Zdů-
 razňujeme zejména význam udržení, či nasto-
 lení pracovní a pohybové aktivity, neboť u vět-
 šiny dospívajících a dospělých osob jsou
 spojené se smyslem života a sebeúctou. U dět-
 ských pacientů opět upozorňujeme na nezbyt-
 nost jejich stálého vzdělávání a zapojení
 do skupin vrstevníků (byť s limitací danou zdra-
 votním stavem, jenž spíše určuje formu těchto
 aktivit).

Psychoterapie a socioterapie se částečně
 prolínají (a překrývají). V tomto případě tím
 myslíme, že socioterapeutické aktivity, jež se
 obvykle uskutečňují v rámci menšího společe-
 nství, obsahují **psychoterapeutický potenciál**,
 čili **účinné faktory psychoterapie**. Vedle
 zmíněného typu vztahu mohou probíhat socio-
 terapie a odborně vedená psychoterapie

i paralelně, kupříkladu v komplexních terapeu-
 tických programech určených pro léčbu psy-
 choticky nemocných či pacientů závislých
 na návykových látkách.

Pokud jde o **psychoterapeutický potenciál**
socioterapeutických aktivit, tak na prvním
 místě lze jmenovat **členství ve skupině** půso-
 bíci velmi příznivě zejména tehdy, je-li klient
 či pacient izolován od sociálních kontaktů.
 Zde může zakusit pocit přijetí a sounáležitosti
 s ostatními. Za optimální situace převládá
 v socioterapeutickém společenství **akceptují-
 cí, chápající a povzbudivá atmosféra** (te-
 dy vyšší koheze), která jeho členům dává emo-
 ční podporu a uznání, jež spolu s projevo-
 vaným **altruismem** (vzájemná pomoc, informo-
 vání) působí psychoterapeuticky. Tento účinek
 lze srovnat s působením laických psychotera-
 peutů.

(...)

Pokud se nedaří jedince začlenit do spole-
 čenství, začíná-li zde opakovaně odmítnutí,
 neúspěch, křivdu apod., může pak na něho
 působit skupina nikoliv psychoterapeuticky,
 nýbrž psychotraumatically. Proto je vhodné, aby
 klienti a pacienti měli možnost své zkušenosti
 ze socioterapeutických aktivit psychoterapeu-
 ticky využít a zpracovat – nejlépe pod od-
 borným psychoterapeutickým vedením.

(...)

Farmakoterapie

Lékař léčí léky. Předchozí věta vyjadřuje
 zkušenost nejširší patientské veřejnosti, jež také
 léky vyžaduje a nejednou spokojenost či ne-
 spokojenost s lékařem a jeho léčbou je vázá-
 na na jejich předepsaném množství. Aplikace
 chemických látek za účelem obnovy zdraví či
 dokonce při prevenci poruch zdraví jsou ně-
 čím zcela běžným – pro lékaře i pacienta.
 O vhodnosti a příznivém účinku **racionální far-
 makoterapie**, jejímž předpokladem je správná
 indikace a spolehlivá spolupráce nemoc-
 ného, nikdo vážně nepochybuje a je velkým
 a zcela evidentním blahem.

Psychologickými stránkami farmakoterapie
 se zabývá psychologický obor – **farmakopsy-
 chologie** (na rozdíl od psychofarmakologie, jež

je podoborem farmakologie a věnuje se regulací psychiky a chování člověka chemickou cestou).

Výsledný efekt farmakoterapie je dán souhrou specifického účinku léku (tvořenou chemickou substancí nazývanou také *verum*) a nespecifickým účinkem léku (jeho psychologickou složkou nazývanou *placebem*). Samozřejmě předpokládáme, že jsou ze strany lékaře dodrženy zásady racionální farmakoterapie a že pacient při léčbě dobře spolupracuje (compliance).

Placebo (z lat. *placere*: líbiti se) je neutrální látka podávaná v lékové podobě (tablety, injekce, infuze apod.). Placebo efekt je příznivý léčivý účinek, jenž má lék na pacienta a není vysvětlitelný aktivní látkou, kterou obsahuje. Potencuje účinek léku či placebo preparát působí prokazatelně léčivě, čili navozuje žádoucí změny v psychickém i somatickém stavu nemocného sugescí.

V širším významu se nemusí jednat pouze o lék, nýbrž vůbec léčebný postup (např. chirurgický zákrok, ozařování či o psychoterapii). Také je známo, že i pouhá přítomnost lékaře (nebo vůbec důvěryhodné pomoci) působí léčivě, zmenšuje bolesti i úzkostný projev pacienta.

Historicky vzato byly pozitivní léčebné výsledky medicíny do značné míry výsledkem placebo efektu. Kupříkladu i v době poměrně nedávné - v letech 1946-1956 bylo vředové onemocnění léčeno zhruba 300 způsoby, od kterých bylo nakonec ustoupeno. Úspěch léčby bylo možné přičíst placebo efektu mající zejména ráz „vědecké novinky“ (Katzenstein, 1978).

Nespecifický lékový účinek se nejvíce projevuje v ovlivnění psychických funkcí a v účinku na řídicí funkce autonomního nervového systému. Nejčastěji se s ním setkáme v oblasti prožívání, u kardiovaskulárního systému (například při ovlivňování tepové frekvence), v gastrointestinální oblasti (např. lze regulovat sekreci kyseliny solné v žaludku). Byly též zaznamenány změny v EEG, v krevním obraze atd. Pokud jde o vlastní zdravotní obtíže, tak největší efekt byl pozorován při léčbě chro-

nických i akutních (např. v rámci poranění bolestí, bolestí hlavy, gastrointestinálních obtíží, revmatických obtíží a vůbec u zánětlivých procesů, při nachlazení a u psychických poruch tradičně nazývaných neurózami (zejména při anxiózně depresivním klinickém obraze). Nespecifický účinek léků je překvapivě vysoký: u analgetik a anxiolytik se kupříkladu uvádí 50 a více procent (Rösler, Szewczyk, Wildgrube, 1996).

Připomínáme, že každá léčba a kontakt pacienta (a jeho blízkých) s člověkem, od něhož očekávají léčebnou pomoc a jemuž důvěřují, v sobě zahrnuje placebo potenciál.

Zdá se, že nejzřetelněji se projevuje placebo efekt u úzkostných extrovertů v situaci, která je silně znejišťuje a zatěžuje (např. při ovlivňování pooperačních bolestí) a u pacientů farmakofilních. Diskutovaný efekt je vyšší u osob zvýšeně sugestibilních či v situacích majících silný sugestivní potenciál. Pokud jde o formu aplikace, tak injekce jsou neúčinnější.

Farmakopsychologie vysvětluje placebo efekt sugescí (autosugescí i heterosugescí), kdy na základě očekávání pacienta a jeho důvěry v lékaře a léčbu se aktivizují příslušné žádoucí mechanismy včetně sebeúdržbových procesů. Tyto děje lze vyjádřit i jazykem fyziologie či biochemie (např. neurotransmitery, endorfiny apod.). Psychologické faktory se výrazněji uplatňují při užití léků, jež se ordinují na zmírnění a odstranění potíží majících výraznou subjektivní složku (analgetika, anxiolytika, antidepresiva, hypnotika, halucinogeny ad.).

Vedle mechanismu sugescí lze placebo efekt vysvětlit i mechanismy učení, tedy zkušeností člověka (např. lze napodmiňovat imunitní odpověď). Zkušenost modulující účinek léku se týká i kvality dřívějšího kontaktu pacienta se zdravotníky. Aktuálně pak vyplývá ze vztahu mezi lékařem a pacientem, že lékař se stává „lékem“ tehdy, jestliže mu nemocný důvěřuje a současně cítí naději ve změnu k lepšímu. Takový vztah potencuje účinek léku i spolupráci při léčbě (dodržování pokynů apod.).

Též bylo zjištěno, že placebo efekt je silný u farmakofilních nemocných, jež jsou v péči farmakofilních lékařů, kteří za ordinovaným

lékem „vnitřně stojí.“ Pokud lékař léku po stránce jeho účinku či adekvátnosti užití příliš nevěří, jeho účinek se snižuje.

Vidíme, že výsledek farmakoterapie záleží i na očekávání pacienta a lékaře i na jejich vzájemném vztahu. To je důležité zjištění, neboť psychologické proměnné mohou účinek léčby zvyšovat, ale také snižovat, a potom hovoříme o iatroplacebogenním účinku (např. při nezájmu lékaře o pacienta a lékařově lhostejnosti k výsledku léčby). S malou nadsázkou lze konstatovat: **lékař působí psychoterapeuticky, nebo psychotraumaticky. Třetí možnost neexistuje.**

Závěrem si dovolueme poznámku z pohledu lékařské etiky. Vědomé podávání „čistého“ placebo mimo situaci výzkumu je eticky sporné, byť v ojedinělých případech v praxi odůvodněné. I při tomto počínání je třeba pacienta o našem postupu informovat způsobem, jenž léčbu placebem nezpochybňuje. To je rozhodně možné, neboť předpokládáme, že placebem facilitujeme autosanační mechanismy organismu. Při výzkumném použití placebo však musíme od nemocného získat informovaný souhlas s jeho zařazením do projektu.

Lékař v praxi by měl mít vždy na paměti, že sugestivním a důvěryhodným ordinováním léku v rámci vztahu, ve kterém je lékař pro nemocného autoritou požívající plné důvěry (tedy autoritou odbornou i lidskou zároveň), lze snižovat dávkování, případně i délku podávání léku při dosažení stejného léčebného efektu.

Předchozí věta samozřejmě neplatí, pokud musí být lék podáván zásadně v určitém množství a po určitou dobu, jak je tomu kupříkladu u antibiotik. V tomto případě nabývá na významu dobrá spolupráce (compliance) nemocného s ošetřujícím lékařem, protože víme, že velké množství pacientů přestává při subjektivním zlepšení svého stavu dodržovat pokyny lékaře. Dobrá spolupráce se rozvíjí ve vztahu tehdy, jestliže pacient vnímá lékaře jako autoritu, jíž důvěřuje a která u něho nevyvolává obavy a strach.

Vztah psychoterapie a farmakoterapie při léčbě poruch zdraví nezařazovaných mezi duševní a behaviorální poruchy

Nemoci a poruchy zmíněné v nadpise tradičně léčí lékaři nepsychoiatrii. Mnohdy se jedná i o případy, kdy se v klinickém obraze vyskytují v mírnějším stupni psychické příznaky, které mohou být doprovodným příznakem základního onemocnění, nebo reakcí a odpovědí jedince na onemocnění. Zpravidla jde o úzkostné, případně depresivní ladění a obtíže s nimi spojené (např. poruchy usínání). Jejich mírnění a odstraňování se u nás v praxi provádí zejména psychofarmaky (anxiolytika, antidepresiva, hypnotika), ovšem v mnoha případech lze jako alternativu užit psychoterapeutické prostředky (relaxační metody, behaviorální postupy apod.). Jejich výhodou je, že k žádoucí úpravě zdravotního stavu dochází vlastní aktivitou nemocného, vyhneme se nebezpečí vzniku závislosti na léku a případně vedlejším lékovým účinkům. U dětských a dospívajících pacientů psychologické postupy jednoznačně upřednostňujeme. Je tomu zejména proto, že vyvíjející se nervový systém je citlivý a snadno zranitelný. Mechanismus účinku psychofarmaků částečně známe (nebo se domníváme, že jej známe), avšak jen obtížně odhadujeme vliv psychofarmaků na dítě či dospívajícího z hlediska dlouhodobé časové perspektivy.

V praxi indikujeme a provádíme psychoterapii tehdy, pokud psychologické postupy spolehlivě ovládáme a jestliže s jejich užitím nemocný (či jeho zákonný zástupce) souhlasí, případně je preferuje.

Obvykle vystačíme s psychologickým přístupem k nemocnému, jenž vede k příznivému působení lékaře na psychiku pacienta i nemoc samu.

Psychologický přístup je záměrně využívání psychologických prostředků k ustavení dobrého pracovního společenství a k psychoterapeutickému působení. Dosahujeme tak optimálního vztahu mezi lékařem, nemocným a případně některými významnými osobami jeho života (příbuzní, přátelé apod.). Zároveň navozujeme jejich dobrou spolupráci (compliance).

ce). Psychologický přístup v sobě zahrnuje autoritu a pravdivost ve vztahu k nemocnému, jehož respektujeme a jednáme s ním s úctou, jako s osobou nám rovnou. Současně mu dáváme najevo své porozumění a chováme se empaticky. Lékař představuje pro nemocného jistotu, zajímá se o subjektivní stránku nemoci, tedy i o to, jak ji pacient prožívá a co si o ní myslí.

Zmíněný postoj prohlubuje a rozvíjí důvěru nemocného v lékaře i léčbu a dává mu naději ve změnu k lepšímu (Vymětal, 1999). Je-li usku-tečňován v dostatečné míře, lze jeho vliv srovnat s anxiolytikem, antidepresivem a někdy i s analgetikem (blíže viz str. 280 ad.).

Podívejme se však na problematiku psycho-terapie a farmakoterapie ze širšího a teore-tického hlediska.

S trochou nadsázky lze konstatovat, že jsou nemoci **psychosomatické** a **somatopsychic-ké** - a žádné jiné. Tím zdůvodňujeme již dříve zmíněné **biopsychosociální paradigma** dnešní medicíny, tedy nezbytnost přistupovat k poru-chám zdraví i z **psychosociálního** hlediska.

O těchto předpokladech, jako teoreticky správných, nás přesvědčuje i psychoneuroimu-nologie a psychoneuroendokrinologie, jež se zabývají m.j. řízením, regulací organismu. Je-jich pohled jde až na molekulární úroveň. Ke změnám zde prokazatelně dochází i vli-vem psychických faktorů, a tyto změny nemusí být jen přechodné, nýbrž i dlouhodobé a trva-lé. Analogicky byl prokázán vliv vnějšího pro-středí na expresi genů, a tím i na vznik, rozvoj a perzistenci poruch zdraví.

Počítáme s tím, že každá porucha zdraví má psychologickou a sociální stránku (byť obě mají nestejnou váhu u různých pacientů a i různých poruch zdraví), jež jsou součástí etiopatoge-neze, vývoje a průběhu poruchy. Často je na-lezneme i přímo v klinickém obraze - a při snímání anamnézy. V klinické praxi (a odhléd-neme-li od psychiatricky nemocných) se s nimi v nápadnější podobě nejčastěji setkává lékař gastroenterolog a neurolog.

Přijmeme-li **psychosomatické stanovisko**, tedy i zásadní možnost ovlivnění tělesných dějů psychologickou cestou (o opačném směru pů-sobení nikdo nepochybuje, tedy o vlivu těles-

ných dějů na psychiku a chování), lze příznivě a přímo ovlivňovat i ty poruchy zdraví, které se v klinickém obraze manifestují zejména v tělesné oblasti bez ohledu na to, zda je či není přítomen adekvátní organický nále-z.

Za příklad si lze uvést tradičně uváděná psychosomatická onemocnění (vředová choro-ba, bronchiální astma, esenciální hypertenze ad.), ale i nádorová onemocnění. Psychologic-ké prostředky (např. postupy vedoucí k rela-xaci pacienta, k jeho psychické stabilizaci a k úpravě životního stylu vedoucího ke zvýše-ní kvality života) se zde stávají součástí léčby lege artis, jež je zaměřena nejen na pacienta, ale i na nejbližší osoby jeho života.

K nemocnému jedinci lékař zásadně zaují-má psychologický přístup, v rámci kterého se uskutečňuje jakákoliv péče, tedy i farmakote-rapie či psychoterapie.

Při ovlivňování základního nepsychiatrické-ho onemocnění léky, se psychotherapeutické postupy s farmakoterapií (či jinými způsoby léč-by) doplňuje či jejich účinek se dokonce umoc-ňuje. Tuto skutečnost potvrdí každý internista, používající vědomě a soustavně psychologic-ké prostředky ve své praxi.

(...)

Užití psychotherapeutických prostředků je nejvhodnější (a neúčinnější) v době vzniku a počátečního rozvoje poruchy zdraví (nikoliv při jejím vyvrcholení) a při doléčování a reha-bilitaci. Zásady psychologického přístupu (na rozdíl od psychoterapie v užším slova smys-lu) vzhledem k nemocnému a jeho nejbližším je však třeba zachovávat za všech okolností, pro-tože jsou rámcem, v kterém probíhá jakákoliv péče o pacienta a nejbližší osoby jeho života.

Systematickou psychoterapii může provádět (a také pojišťovnou účtovat jako úkon) každý, kdo získal psychotherapeutickou licenci (v rámc-i IPVZ) a pochopitelně má s pojišťovnou uza-vřenou smlouvu. Psychoterapie je samostatnou odborností vyžadující rozsáhlé a dlouhodobé kvalifikační vzdělávání.

Podpůrnou psychoterapii, již lze provádět i bez příslušné psychotherapeutické licence, by-chom přirovnali k řadě dovedností, které při dostatečné zkušenosti a při správné aplikaci,

jsou velmi účinné. Kupříkladu použitím relaxač-ních metod (např. Schultzova autogenního tré-ninku), jež se mohou provádět s pacienty indi-viduálně, ale i skupinově, lze výrazně snížit ordinaci anxiolytik a hypnotik.

Považujeme za optimální, kdyby psycho-te-rapeutické postupy, třeba i jen jako podpůrné prostředky, dokázal aplikovat každý lékař v rámci základní psychosomatické péče o pa-cienta a jeho rodinu. A navíc i zde platí, že užití psychotherapeutických postupů výrazně zlepšuje spolupráci mezi pacientem (jeho ro-dinou) a lékařem a zvyšuje placebo efekt.

Vztah psychoterapie a psychofarma-koterapie při léčbě psychiatricky nemocných

V současné době je léčba psychofarmaky nejčastější a nejrozšířenější metodou při péči o osoby s psychickými poruchami. Je tomu pro-to, že léků zasahujících primárně centrální ner-vový systém (dále CNS) a ovlivňujících psychic-ké funkce je velké množství, neboť jejich vývoj se zakládá na komerční bázi (psychofarmaka jsou výborným a perspektivním obchodním ar-tiklem). Jedná se o prostředky snadno dostup-né, velmi účinné a přispívající ke zkvalitnění a humanizaci péče o duševně nemocné.

„Nová psychofarmaka již nejsou nacháze-ná náhodně či produkována jako analogie přírodních látek, ale jsou syntetizovány mole-kuly, které cíleně ovlivňují některé oblasti CNS podle předpokládaného mechanismu účinku“ (Raboch, 2002). Zároveň napomáhají výzku-mu CNS na molekulární rovní a v oblasti ge-nomu včetně exprese genů. Psychofarmaka totiž působí na genom, jenž nabízí určité mož-nosti, které se uplatňují fenotypicky, tj. celým souborem vlivů, jež jsou i psychologické a en-vironmentální (tedy i ekologické) povahy. V těchto vzájemných vztazích, jejichž výzkum je teprve na počátku, lze hledat zákonitosti a „ta-jemství“ lidského duševního života a chování.

Současný výzkum z oblasti psychofarmako-logie naznačuje obecný závěr, že „mizí ostré odlišování psychogenního, funkčního a orga-nického. V podstatě je každá porucha psy-chicky organická“ (Vinař, 2001). Velký prak-

tický význam při pomoci nemocným vyplývá i z následujícího konstatování našeho přední-ho psychologa: „Psychofarmaka mohou spus-tit syntézu nebo uvolňování různých faktorů, a tak je teoreticky každá organická porucha potencionálně reverzibilní. Nově vzniklý neu-ron však musí být aktivní, aby nezahynul. Mo-zek se musí učit využívat ho a nejjednodušší cestou k tomu je učení. Učení můžeme poklá-dat za součást psychoterapie, která získává touto novou cestou krucální důležitost, má-li mít farmakoterapie smysl“ (Vinš, 2001).

Zdůrazněme, že „psychofarmakoterapie není protipólem psychoterapie, ale obě lé-čebné metody se komplementárně doplňu-jí“ (Švestka, 2001). Předchozí věta je jasná, ovšem hledat konkrétní odpověď na to „kdy a jak“ není snadné. Seriozních výzkumů není mnoho a vedou k závěru zdůrazňujícím nut-nost **diferencovaného** užití těchto metod, a to nejen dle typu a stádia onemocnění, cha-rakteristik osobnosti a sociálního prostředí ne-mocného, nýbrž i pokud jde o osobnost lékaře a vztah mezi ním a nemocným. Dejme stranou relativizující stanovisko i tezi o jedinečnosti všeho a pokusme se shrnout, co je v této ob-lasti známo především z praxe.

1. Léčba psychofarmaky není většinou pří-činná, ale regulativní a symptomatická, čili pří-znivě upravující psychické funkce a chování nemocného po dobu jejich užívání a za před-pokladu správné indikace a spolehlivé spolu-práce pacienta.(...)

2. Také psychoterapie je účinná jen tehdy, je-li správně indikována, přičemž nestačí jen indikace obecná, nýbrž nezbytná je indikace specifická - prognostická a adaptivní (probí-há průběžně během léčby). Ještě je třeba upo-zornit na nezbytnost opravdu kvalifikovaného provádění psychoterapie, neboť její osvojení je rozhodně náročnější, než je tomu v případě farmakoterapie.(...)

3. U většiny duševních a behaviorálních po-ruch zdraví je kombinace psychofarmakote-rapie a psychoterapie doporučená. Samozřejmě i zde platí zásada psycholo-gického přístupu k nemocnému jako základ,

z něhož se odvíjí vše další. U psychoticky nemocných a pacientů s rozvinutou závislostí na návykových látkách se neobejdeme ani bez socioterapie. Kombinaci psychofarmak a psychoterapie (v různých proporcích) nakonec zpravidla volíme dle reálných léčebných možností a jejich dostupnosti. (...)

Léčba léky nemůže nahradit léčbu psychologickými prostředky – a naopak. Zdůvodnění nalézáme v účinku obou metod, jež mají společné to, že se promítají do všech hlavních rovin člověka a jeho života (biologická úroveň, psychosociální úroveň, rovina individuální i interpersonální), ale především v jejich specifickém vlivu.

Psychoterapií se snažíme slovem a vztahem měnit především osobnost člověka (dynamiku, strukturu, postoje apod.) a jeho chování (např. vůči ostatním lidem, či chování symptomatické) a díky tomu příznivě ovlivňujeme zdravotní stav. Při popisu mechanismů a účinku léčby psychologickými prostředky se pohybujeme v psychologickém a psychopatologickém rámci (a terminologii).

Psychofarmakoterapií působíme na biologickou stránku lidské bytosti a následně dochází ke změnám i v duševním životě a chování člověka, eventuálně i v jeho sociálním okolí. Tento typ léčby (bez psychologického či psychotherapeutického spolupůsobení) nevede k porozumění sobě a okolnostem vyvolávajících a udržujících poruchu zdraví (např. interpersonální vztahy, očekávání od druhých, extrémní životní styl). Ani obvykle nedochází k vytváření strategií, jimiž se nemocní vědomě a vlastními silami vyrovnávají a čelí skutečnostem, které při jejich nezvládnutí opět dříve či později ústí v psychickou poruchu.

Za zmínku stojí i postoj veřejnosti k léčbě psychologickými prostředky a k psychofarmakoterapii. U nás se setkáváme s lidmi, kteří z různých důvodů u sebe psychoterapii odmítají (i když by ji naopak svým dětem doporučili), ale i s těmi, kteří nepřipouští léčbu psychofarmaky ani jako krajní možnost. A jiní opět po psychoterapii (třeba i neindikované) touží, další zase vykazují silné farmakofilní rysy a práci lékaře hodnotí podle množství naordinovaných léků.

I mezi klinickými psychology a psychiatry, tedy mezi osobami informovanými, se vyskytují vyhraněné skupiny, jež jedno, nebo druhé nekriticky doporučují či naopak zpochybňují. U vlastních dětí se však spíše přiklánějí k užívání psychologických postupů jako léčby první volby. Kritici léčby léky zdůrazňují, že důležitou motivací pro spolupráci pacienta v rámci psychotherapeutického vedení je „tlak symptomů“, jež léky mírní až odstraňují. Dále uvádějí, že se nemocní až příliš rychle a snadno spoléhají na pasivní užívání léků, jejichž vliv na organizmus (ale i na strukturu a dynamiku osobnosti) zejména při dlouhodobém užívání není dostatečně znám. Příznivci psychofarmakoterapie opět zpochybňují kvalifikovanou psychoterapii tím, že „přece každý lékař musí být psychotherapeut“, dále pak argumentují účinností a bezpečností léků, jež byly vyvinuty a povoleny po víceletém procesu. Většina klinických psychologů a psychiatrů však zastává „zlatou střední cestu“ a diferencované hledisko, tedy připouští obě metody s tím, že zdůrazňují nezbytnost indikace a konkrétních voleb terapeutických cílů, od nichž se odvíjí použití léčebných prostředků.

Text vychází z jedné kapitoly z připravované publikace Vymětal, J. et al. Základy psychoterapie (2., přepracované vydání), která vyjde v nakladatelství Grada Publishing v roce 2003. Především z prostorových důvodů byl redakčně zkrácen a drobně upraven. (Hlavní místa krácení jsou označena.)

Systemická teorie a C. R. Rogers

(Srovnání hledisek a základů)

Jiří Šupa

Úvod

Zabývám se zde srovnáním rogersovské humanistické psychoterapie a systemické terapie. Při studiu těchto směrů jsem narazil na četné a až překvapivé podobnosti. Všechny jsem si hlavně podobnosti v oblastech Ro-

gersova konceptu aktualizací tendence se systemickými východisky autopoietické teorie a paralel v psychotherapeutickém procesu. Až každý směr hovoří jiným jazykem, zdá se mi, jako by oba mířily k tomu stejnému. Ovšem každý z jiné strany. Rogers čerpá ze svých poradenských zkušeností, výzkumu a je snad i pod vlivem svého spirituálního založení (tím nemám na mysli křesťanství jeho rodičů, ale jeho osobní náboženskou zkušenost). Systemika čerpá ze svých kořenů biologie, kybernetiky, fyziky a filosofie. Představím zde oba směry a jejich pojmy, které jsou pro výklad důležité. Poté chci ukázat na jejich možné podobnosti i rozdíly a na pojetí psychotherapeutického procesu.

Rogers

C. R. Rogers vytvořil svou psychoterapii během 50. a 60. let 20. století na základě svých zkušeností s praktickým poradenstvím. Postupně se z psychoanalyticky zaměřeného diagnostika stal člověk objevující velké terapeutické možnosti naslouchání, porozumění a zážitku. Z člověka řídicího se terapeutickým systémem se stal člověk důvěřující své vlastní zkušenosti, svým schopnostem. Avšak nejen jim. Rogers byl také vědcem a proto si své hypotézy ověřoval pomocí vědeckého výzkumu. Tím se dopracoval ke třem (podle něj nejdůležitějším) terapeutickým proměnným – akceptaci, empatii a autentičnosti. Akceptace znamená bezvýhradné a nehodnotící přijetí člověka hledajícího pomoc. Empatie znamená vcítění se do prožívání druhého člověka. Empatie umožňuje porozumění světu druhého. Autenticita znamená, že terapeut je v kontaktu sám se sebou a projevuje se opravdově. Je v souladu se svým prožíváním, které nepředstíraně projevuje navenek.

O Rogersovi se píše, že jeho hledisko je vitalistické a humanistické. Toto hledisko je založeno na názoru, že vše, nejen člověk a ostatní živá příroda, ale i příroda neživá, má tendenci k růstu a k naplňování svých možností. Přičemž tento rozvoj chápe pozitivně. „Rogers se na základě svých zkušeností domnívá, že lidská povaha je důvěryhodná a konstruktivní, tvořivá, sociální a zaměřená na růst.“ (Schmid, 1989). Směřování v člověku pojmenovává jako

aktualizační tendenci. Člověk je nahlížen jako osoba, která jako taková má smysl v sobě samé, člověk má svůj cíl rozvíjet se takový, jaký je. Vše, co k němu patří, má svoje opodstatnění a svou důležitost. Dalo by se říci, že člověk je do sebe uzavřeným systémem, který využívá svůj potenciál, jak jen to je možné.

Tato „možnost rozvoje“ se však neřídí jen podle něj, ale také podle prostředí, kterého je součástí. Člověk je v neustálé interakci se svým okolím. Pokud mu umožňuje růst, směřuje k vyšší komplexitě a sebetvorbě. Pokud podmínky pro tento růst nejsou příznivé, využívá jiných potencialit a vyvíjí se jinak. Vytvořený „problém“ (symptom, obrana, syndrom) pak slouží člověku – systému k sebezáchově. Pokud je mu umožněna korekce, člověk přetváří dosavadní vytvořené způsoby směrem k efektivnějším. Tím, že si více uvědomuje co je jeho součástí, se stává komplexnějším celkem. „Člověk směřuje k celistvosti, integraci a jednotnému životu...“ (Rogers 1998). Prostor člověka chápe především jako síť lidských vztahů. Proto se člověk vyvíjí pomocí komunikace a jako součást lidského společenství. K čemu člověk podle Rogerse směřuje? K vytvoření identity, ke kongruentnosti a autentičnosti a také k transcendentci.

Pojem úzce související s aktualizací tendencí je organismické hodnocení. Vyjadřuje schopnost organismu rozpoznat, co je pro něj dobré, co jej rozvíjí. Je to jakýsi vnitřní hlas, který vyzývá k činnostem a k chování pro člověka dobrým. Slovo „dobré“ chápou jako rozvíjející, naplňující, uspokojující. Rozpoznává to nejen na rozumové úrovni, ale reaguje jako celek, jako spojení mysli a těla. Zde se projevuje Rogersův holistický názor.

Další pojmy, které s aktualizací tendencí souvisejí, jsou sebeaktualizace a sebepojetí. Sebeaktualizace je konkrétním výrazem aktualizací tendence v člověku. Sebepojetí je způsob, jak se člověk chápe a jak se k sobě vztahuje. Na jeho základě se projevuje a koriguje další směřování. Sebepojetí se projevuje souhrnem všech aktů člověka zaměřených na sebe samého. Toto vztahování se k sobě probíhá neustále v čase a je přístupné ke změně. Změ-

nou pojmání sebe dosáhneme změny člověka. Toho využívá rogersovská terapie, která svou nondirektivností, nasloucháním a akceptací podporuje člověka v sebezkoumání a k možnosti „opravit“ své dosud chybné strategie. Sebeipojetí souvisí s pojmem Self. Self je chápáno jako organizovaný pojmový gestalt, který je složený z vjemů charakteristik „já“ nebo „mě“ a z vjemů vztahů „já“ nebo „mě“ vůči druhým lidem a vůči různým aspektům života, spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojené (Rogers 1998). Self je to, co si z aktuální tendence můžeme uvědomovat, čím jsme, co můžeme prožívat a co nám umožňuje řízení.

Systemika

Systemická terapie je velmi rozsáhlá oblast s bouřlivou historií, která se neustále vyvíjí a obohacuje. Systemika nemá jediného charismatického vůdce, který by určil pravidla a otiskl by do ní svou zkušenost. Spíše by se dala považovat za hnutí, k jehož „programu“ jak efektivně pracovat s rodinou“ přispěly různé směry, školy, myslitelské líně, zkušenosti i obory přesahující rámec psychologie. U jejího zrodu stál výzkum rodiny a jejího vlivu na schizofrenii prováděný v 50. a 60. letech na několika institutech – Yalský tým kolem T. Lidze, National Institute for Mental Health s L. Wynnem a Mental Research Institute se jmény jako V. Satirová, J. Haley, P. Watzlawick, J. Weakland a G. Bateson. Ovšem toto nejsou jediné přispěvatelé do širokého proudu systemiky. Dalšími byli J. Bowlby, M. Bowen, R. Laing, Milánská škola reprezentovaná M. S. Palozzoli, Luigi Boscolo atd., hamburská pracovní skupina kolem K. Ludewiga, švýcarský analytik J. Willi.

Žádné systemické paradigma neexistuje. Nelze představit žádný „čistý“ univerzální model systemické terapie. Není jednotící školy, která by předávala „svoje“ učení, ale každý si vytváří na základě bohaté nabídky názorů a způsobů svou vlastní praxi. K čemu tedy společný název „systemický“? Tento název slouží především k označení společného pohledu a východiska. Člověk je nahlížen vždy jako součást systému. Systém je „celostní souvislost částí,

jejichž vzájemné vztahy jsou kvantitativně intenzivnější a kvalitativně produktivnější než vztahy k jiným prvkům. Tato rozdílnost vztahů konstituují hranice systému, jež odděluje systém a prostředí“ (Willke 1993). Slovo „systém“ můžeme použít v případě, jestliže něco vydělujeme z něčeho na základě rozdílu. Věci a jevy vnímáme rozdílně, jestliže rozpoznáváme hranice. Dalšími společnými východisky jsou strategický přístup v terapii, zaměřování na interakci, na jazyk a především práce s rodinou.

Jistě to není vyčerpávající výklad, smyslem textu však není popsat dopodrobna systemiku ani rogersovskou terapii, ale spíše poukázat na zajímavou paralelu těchto přístupů. Ta se objevuje především v chápání člověka a světa kolem něj a v terapeutickém způsobu práce.

Aktualizační tendence a teorie autopoietických systémů

Povšimněme si podobnosti Rogersova konceptu „aktualizační tendence“ a teorie autopoietických systémů („autopoiesis“ z řečtiny „sebe-utvářející se“). Za autopoietické systémy označují H. Maturana a F. Varela živé systémy, které „neustále produkují a reprodukují jak své jednotlivé prvky, tak také organizaci vztahů mezi těmito prvky v rekurzivním (vůči sobě samému se vztahujícím) procesu“ (von Schlippe, Schweitzer 2001). Jsou operacionálně uzavřené, tzn. mohou přijímat informace z okolí, nejsou však jimi neomezeně ovlivnitelné. Autopoietické systémy se vyznačují stále novým a nepřetržitým vytvářením svých částí, které by mohlo ústít do chaosu. Že tomu tak není, umožňuje smysl. Smysl je „aktivní výběr, jímž lidské prožívání z „přebytku možného“ tvoří řád“ (von Schlippe, Schweitzer 2001). Tyto myšlenky vzniklé na základě zkoumání biologických systémů se velmi podobají Rogersovu porozumění lidské bytosti. Píše: „Život není pasivní, ale naopak aktivní proces. Ať už jde o podněty vnitřní či vnější, ať je prostředí příznivé či nepříznivé, v chování organismu lze po každé rozpoznat směřování k zachování, vývinu a reprodukci sama sebe... Tato tendence

je v každém okamžiku určující“ (Rogers 1996). Člověk se ocitá v různých životních situacích a má neskutečně mnoho možností, jak reagovat. Čím je způsobeno, že reaguje právě takto? Rozhodování člověka souvisí s jeho sebeipojetím. Na tom, jak sám sebe vnímá a jak se k sobě vztahuje. Vybírá pro sebe rozhodnutí smyslu-plné. Tím v sobě vytváří řád. Není to však pouze aktivní výběr. Člověk jako součást prostředí reaguje na uspořádanost systému. Prostředím jsou dány podmínky, které do jisté míry spoluvytvářejí, jak se člověk bude vyvíjet. Prostředí generuje možnosti reakcí, člověk si na základě svého organismického hodnocení vybírá, který způsob chování a jednání je pro něj „dobrý“. „Dobrý“ znamená v rámci jeho sebeipojetí a prožívání jako smyslu-plný.

Rogers znal biologické teorie systému. Možná zde čerpal i ze svých zkušeností zemědělského experimentátora. Ve své práci z roku 1963 se odkazuje na pokusy H. Driesche s mořskými ježky, které uvádí na podporu svého konceptu aktualizační tendence. Čerpá také z nepublikované práce Pentonyho (1978) a nabízí názory M. Murayamy, který věří, „že existují vzájemné interakce příčin a následků, které zvětšují odchylky a umožňují vznik nových informací a nových forem“ (Rogers 1996). Tyto názory by mohly patřit do „zlaté knihy systemiky“. Domnívám se, že v době utváření své teorie Rogers tyto názory neznal. Později však hledal hlediska, která by jeho závěry podporovaly.

Dalším zdrojem, ze kterého čerpá podporu své „aktualizační tendence“, je fyzika. Zaměřuje se na teorii entropie, chaosu a Szent-Gyorgyiovu „syntropii“ a Whyteho „morfickou tendenci“. Tím se opět přibližuje systemice, která vychází z podobných konceptů jako je Prigoginova „fluktace“, a Hakenova „synergetika“. Rogers (1998) stojí v úžasu před Vesmírem, ve kterém vidí „stále přítomnou tendenci k narůstajícímu řádu a vzájemné komplexitě, jež je evidentní na anorganické i organické úrovni. Vesmír buduje a vytváří... Tento proces je zcela zřejmý i u člověka.“

V tomto ohledu jsou Rogers i systemika zjedno. Rogers pak tuto myšlenku všudypřítomné aktualizační tendence rozvádí ještě dále. Uvažuje o vědomí a jeho transcendenci jako cíli, ke kterému aktualizační tendence směřuje. Uvádí své zkušenosti z terapeutické praxe, kdy ve chvílích, kdy se cítil v hlubokém kontaktu se svým self, zakoušel transpersonální zážitky. „Sám náš vztah transcenduje a stane se součástí čehosi většího, jehož součástí je intenzivní růst, léčba a energie“ (Rogers 1998, str. 116). Toto „cośi větší“ Rogers ve svých pracích nijak nepojmenovává, připojuje však další charakteristiky jako nepopsatelné, mystické, transcendentní. Dále cituje názory teoretického fyzika F. Capry, který nachází v moderním vědeckém pojetí Vesmíru paralely se starými orientálními spirituálními systémy.

Lze tedy uvažovat o aktualizační tendenci jako o něčem, co směřuje nejen k osobnímu naplnění a růstu, ale také k růstu duchovnímu a spirituálnímu? Pak se zdá, že Rogersův koncept dostává novou dimenzi a přesouvá se z homocentrického pojetí blíže k pojetí transpersonálnímu. Je o to cennější, že tak nečiní jen na základě teorie, ale především své praxe a výzkumu. Přesto dále tento směr nepropracovává a směřuje se s myšlenkou, „...že jsem stejně jako mnozí jiní, důležitost této mystické a spirituální dimenze podcenil.“ (Rogers 1998, str. 117).

Systemika se, ač vychází z podobných myšlenkových zdrojů, tímto směrem neodvažuje a teorii autopoietických systémů uvažuje pouze v rámci komunikačních systémů.

(...)

Netvrdím, že Rogersův koncept „aktualizační tendence“ a teorie autopoietických systémů jsou jedno a totéž. Spíš se mi zdá, jakoby se navzájem doplňovaly. Aktualizační tendence je podle Rogerse hnacím motorem v člověku, je silou, která ho vede k naplňování svých možností. Autopoietické systémy jsou ty, které tuto vlastnost mají. Rogers považuje člověka za takto vyvíjející se systém a ukazuje na sebevostorbu lidského nitra, duše. Člověk je komplexním systémem, který si uvědomuje sám sebe a je otevřen svému prožívání. A pokud je plně

otevřen svému prožívání a plně si uvědomuje sám sebe, může směřovat k větší komplexitě a zároveň integritě. Systemika slovo „auto-poiesis“ používá k pojmenování chování organických systémů a klade důraz na komunikaci jako prvku, díky kterému je možné sebeutváření systému. Systemika dává ruce pryč od hledání nitra člověka a tvrdí, že je nedohledatelné. Zaměřuje se na to, co lze vidět a popsat, tím pádem o tom lze komunikovat.

Podobnosti a rozdíly v terapii

Ač vycházejí z podobných myšlenkových základů a používají v jádru podobných principů, obě školy se zaměřují na rozdílné způsoby práce.

Rogers při tvorbě svého způsobu terapeutické práce vyšel ze svých osobních zkušeností. Až později k nim dodával teoretická hlediska. Rogersovo pojetí se označuje jako non-direktivní, osobou (klientem) centrované. Podívejme se, jaký význam mají jeho tři podmínky zdárného terapeutického procesu – empatie, akceptace a autenticita – na osobu hledající pomoc. Všechny tyto podmínky kladou požadavky na osobu terapeuta a definují terapeutický prostor, ve kterém se práce odvíjí. Neditektivnost znamená neřízení. Prostor je volný a obsahuje možnost naplnění. Akceptace znamená bezvýhradné přijetí. Prostor se stává otevřeným. Člověk dostává možnost se jakkoliv vyjadřovat. O sobě, svém životě o svých vztazích atd. Empatie znamená vcítění. Vcítění je kvalitou vztahu. Prostor získává pro člověka přitažlivost, neboť se cítí pochopen. Má možnost nahlížet na své konání jako smysluplné. Autenticita znamená opravdovost. Člověk zažívá druhého jako „opravdového“. Do prostoru se dostává vzor, nebo jinak řečeno vzorec jednání a chování. Prostředkem rogersiánské terapie je komunikace. Terapeut „zrcadlí“ druhého člověka, vrací mu jeho obsahy a pomáhá mu v prohlubování sebechápání a sebeprožívání. Rogers se domnívá, že pokud budou tyto tři proměnné splněny, člověk hledající pomoc nahlédne na sebe, otevře se více svému prožívání a stane se kongruentnějším, tzn. jednajícím v souladu se sebou.

Systemika pracuje jinak. Vychází z primární „nedohledatelnosti“ lidského nitra a snaží se všimnout toho, co se děje navenek. Rezignuje na snahu pochopit, a svým způsobem intervence se snaží „narušit“ dosavadní průběh procesů v systému a zvyšovat počet možností, jak se systém bude dále vyvíjet. I toto pojetí můžeme označit jako neditektivní. Terapeut neví, co je pro druhého člověka nebo lidi nejlepší a spoléhá se, že si tento „člověčí“, „lidský“ systém najde svůj vlastní způsob, jak se přetvořit a k čemu dospět. Prostředkem terapie je komunikace. Nepátrá po „skutečném“ prožívání, ale pracuje s tím, jak se vyjadřuje, jakým způsobem je vysíláno k dalším součástem systému a jak s touto informací tyto součásti nakládají. Systemika se snaží zviditelnit tyto komunikace a snaží se o to, aby význam pochopily všechny části systému. Snaží se o větší kongruentnost komunikace systému mezi svými částmi.

Dalo by se říci, že zde fungují analogické terapeutické procesy. Oba směry jsou neexpertní. Vycházejí z toho, že člověk si během terapeutického procesu porozumí sám a na základě tohoto porozumění nalezne svou vlastní cestu. Oba směry se snaží zviditelnovat procesy probíhající v člověku/systému. Přičemž měřítkem jejich smysluplnosti je člověk/systém sám. Oba systémy nabízejí zpětnou vazbu. Co zpětnou vazbu umožňuje? U Rogerse k tomu dopomáhá empatie, která „zrcadlí“ prožívání. U systemiky je to komunikace o komunikaci. Rogers reflektuje prožívání, systemika zase komunikaci. Oba jsou to procesy, které neustále probíhají. Můžeme říci, že prožívání i komunikace jsou analogické procesy? Slovo „communicare“ znamená také „spojování“. Prožívání i komunikace člověka spojují. Prožívání člověka vede ke kontaktu sama se sebou. Týká se složky emocionální, kognitivní i konativní. Prožívání uvádí člověka do kontaktu se svým tělem. Je to vztahování významů událostí k sobě samému. Člověk tak „komunikuje“ sám se sebou. Spojuje se se svým Self.

Oba směry podobně chápou úlohu terapeuta. Systemika jej bere jako „zvyšovatele počtu nových možností“, do kterých se systém může vyvíjet. Nečiní Rogersův terapeut to samé, když

nabízí pro rozvoj otevřený prostor v podobě akceptace? (...)

Kybernetik a antropolog G. Bateson tvrdil, že možnost změny je v systému zakotvena už od počátku. Je třeba jen „něco“ dodat, aby systém našel pro sebe novou vyhovující organizaci. Terapeut je tedy v roli „podněcovače“, „nabourává“ dosavadní způsob fungování systému a doprovází jej k jinému. Neklade si za úkol vědět, jak se to stalo, důvěřuje systému, že je schopen sám sebe nejlépe zorganizovat. Podobně jako Rogers, který svým vytvořením příslušné terapeutické atmosféry podněcuje člověka k otevření se svému prožívání, které jej vede k novému sebepojímání a k nové sebeorganizaci. Přitom ho doprovází a důvěřuje v aktualizací tendenci. Nechává člověka, aby sám v sobě našel změnu.

Napadá mě ještě jedna souvislost. Jestliže se prvky organizují kolem tzv. „pořadatele“, nemohlo by být tímto „pořadatelem“ Self? Rogers hovoří o „toku prožívání“, člověk si v tomto toku dělá pořádek, dává jevům smysl, nějak se jich chápá. Hodnotí je z hlediska svého organismu (organismické hodnocení), které se projevuje v Self. Můžeme tedy Self považovat za organizační činitel proudu prožívání.

Dále uvažují nad terapeutem jako „pořadatelem“ ve vnějším světě. Terapeut vytváří pro druhého člověka prostředí, které mu má umožnit řešit své potřeby a umožnit další růst. Toto prostředí má jako každé své uspořádání, které je dáno Rogersovými třemi proměnnými – akceptací, empatií a autenticitou. Člověk se s tímto prostředím často neseťká a je „nucen“ v tomto odlišném prostředí nějakým novým způsobem reagovat. Tedy se začít uspořádávat. Přičemž nabídkou je terapeutovo chování a jednání. Jak na ni reaguje a k čemu dospěje, záleží z větší části na něm, na organismu jako celku.

Ukázali jsme si společná hlediska obou směrů. Oba jsou si podobné v neexpertním přístupu k člověku/systému, kladou důraz na jeho autosanační možnosti a s důvěrou podporují lidské růst a vývoj.

Pojetí „reality“

Ještě na jedno společné hledisko je možné poukázat. Dvě kapitoly v různých knihách se zabývají pojetím reality. Von Schlippe a Schweitzer (2001) v kapitole „Realita: co je skutečné?“, Rogers (1998) v kapitole „Potřebujeme jedinou realitu?“ Oba názvy poukazují na subjektivitu světa. Systemika si představuje svět jako vykonstruovaný člověkem. Člověk si vytváří o světě koncepty, pomocí kterých se světa chápá. Nejde tedy o věci samé, ale o pochopení těchto věcí. Při našem vnímání světa zapomínáme na všechno, co jsme udělali proto, abychom jej vnímali tímto způsobem (Varela 1981). Svět uchopujeme pomocí redukci, stěží jej lze nazírat, jaký „ve skutečnosti“ je. Uchopování světa se děje na základě vnímání rozdílu, to je takové a takové, toto je jiné. Relativní však není jen naše lidská zkušenost, ale i celý svět. Poslední zkušenosti fyziků dokazují, že částice lze pozorovat jako částice i jako vlny. Svět je tedy chápán jako proces. A systemici dodávají, že pro člověka je to hlavně proces společenský. Žijeme v sociální síti vztahů a naše zkušenost vzniká pomocí jazyka. „Systémy konstruují společné skutečnosti jako konsenzus o tom, jak je třeba se na věci dívat“ (von Schlippe, Schweitzer 2001). Hovoří o vnitřním dialogu, který člověk sám k sobě vede a na jehož základě vnímá, prožívá a chová se.

Rogersův pohled na „realitu“ spočívá na jedinečnosti prožívání každého člověka. „Jedinou realitou, kterou znáš ty, je svět, jenž vnímáš a prožíváš v daném okamžiku...Existuje tolik „reálných světů“, kolik je na světě lidí“ (Rogers 1988.) Uvědomuje si nemožnost jediného náhledu na svět a vyzývá k toleranci a k uznání autonomie lidské bytosti. Jeho hledisko se opět obrací k transcendenci. Jmenuje některé případy paranormálních jevů a upozorňuje na změněné stavy vědomí. Mezi řádky lze tušit jeho obracení k „něčemu“, co svět přesahuje a uspořádává. Souzní s výrokem fyzika J. Jeans: „Vesmír se začíná podobat spíše jedné velké myšlence, než velikému stroji.“ (Rogers 1998.)

V obou kapitolách je citován C. Castaneda a jeho poukaz na „oddělené skutečnosti“. Sys-

temika: „Americký antropolog Castaneda... píše: „[sme samolibě zapleteni do určitého svého pohledu na svět, který nás nutí cítit a jednat, jako bychom o světě všechno věděli. Učitel se už od prvopočátku zaměřuje na to, aby tento způsob pohledu ukončil. Mistři čarodějové to nazývají ukončení vnitřního dialogu...“ (Zkrácená citace, von Schlippe, Schweitzer 2001, str. 64.)

Rogers: „A co don Juan..., který očím zarytý skeptického antropologa Carlose Castanedy otevřel celé nové světy? Světy magických dějů, letů povětří, fantastické skutečnosti, v níž... nemožné se stává skutkem... Jeho zážitky byly natolik silné, že Castaneda dovedly k poznání existence oddělených skutečností, které jsou modernímu vědeckému myšlení zcela cizí.“ (Zkrácená citace, Rogers 1998, str. 96.)

Z uchopení stejného tématu jinými prostředky lze vysvětlit z jakých rozdílných stanovisek přistupují oba směry k tomuto tématu. Rogers se nechává okouzlit rozšířením jeho práce na území transpersonálních zkušeností. Projevuje se jeho humanistické hledisko, velmi přitahované spiritualitou. Veden svou zkušeností z terapeutické praxe, kdy zažil tyto transcendentní zkušenosti (nebo si je takto „pojmenoval“?), nazírá na svět jako na přesahující entitu.

Systemika se chápe tohoto tématu víceméně „metaforicky“. Spatřuje jej jako užitečné pro výklad svého pojetí „vnitřního dialogu“. Nehledá nic za „realitou“, ale její „subjektivitu“ vychází z užívání rozdílných způsobů „pojmenování“ světa. To je nejjasnější a základní rozdíl, který jsem v těchto směrech objevil.

Shrnutí podobnosti

Člověka lze chápat jako systém, který komunikuje sám se sebou. Zároveň jej lze chápat jako součást systému mezilidských vztahů. Člověk se rozvíjí jak na základě komunikace sama se sebou, tak i komunikace s prostředím. V člověku je zakotvena základní tendence rozvíjet tzv. aktualizací tendence. Aktualizační tendence je vlastní všemu, to deklaruje i teorie autopoietických systémů.

Terapeutický proces obou směrů se vyznačuje neexpertním přístupem a důvěrou v au-

tosanaci člověka/systému. Terapeut funguje jako „podněcovatel“. Terapeutickou intervencí je vytvoření prostředí vhodného ke změně, „zrcadlení“ komunikace/prožívání, a tím umožnění sebecpání - a tím umožnění nové sebeorganizace. Cílem obou směrů je nová, kvalitnější komplexita člověka/systému.

Svět, komunikace, prožívání, člověk, vše je chápáno jako neustálý proces, který se vyvíjí a nelze přesně předpovědět, co zapříčiňuje co a k čemu to směřuje. Oba směry se však domnívají, že se směřuje k naplňování svých možností, které jsou v rámci každého systému zakotveny.

Shrnutí rozdílů

Systemika rezignuje na poznávání nitra člověka, jeho prožívání, zaměřuje se pouze na to, jak o tom komunikuje a jak se to odráží v systému.

Rogers tvrdí, že prožívání druhého člověka lze uchopit prostřednictvím empatie. Lze se na druhého naladit a zviditelnit jeho prožívání. Toho využívá v terapeutickém procesu. Dále se domnívá, že člověku je umožněn prožitek transcendence, člověk i svět je prochnut spiritualitou. Systemika by se tázala, co člověku „dělá“, když v rámci svého systému komunikuje o svém zážitku jako o spirituálním. Rogers hledá v „podtextu“ světa a člověka něco přesahujícího. Systemika se zaměřuje na to, jak si o tomto přesahujícím lidé povídají.

LITERATURA:

- Nykl, L. (2002). Přístup zaměřený na člověka, skriptum pro FSS.
Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person, Houghton Mifflin company, Boston.
Rogers, C. R. (1998). Způsob bytí, Portál, Praha.
Schlippe, von A., Schweitzer, J. (2001). Systemická terapie a poradenství, Cesta, Brno.
Vymětal, J. (1996). Rogersovská psychoterapie, Český spisovatel, Praha.

Autor je v současnosti studentem jednooborové magisterské psychologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy university v Brně. Je v dlouhodobém psychologickém výcviku.

Historie rodiny, do které patříme, má silný vliv na náš život. Všechny známé, ale i neznámé události z této historie nás ovlivňují.

Děje se tak vědomě, ale i nevědomě. Sestavením své rodinné konstelace můžeme odhalit i tuto skrytou dynamiku a tím nalézt zdravější fungování pro sebe i celý rodinný systém.

Zveme Vás na seminář - metody německého psychoterapeuta Berta Hellingera

Rodinné konstelace

Kdy: v neděli 26. ledna 2003, 9.00-16.00 hod

Kde: Nad Štolou 18, Praha 7, 170 00
(tram. zast. Letenské nám.) V prostorách Institutu gestalt terapie

Kdo: Mgr. Jarin Simon (klin. psycholog, psychoterapeut)

Cena: 1000,-Kč

Přihlášky a informace o dalších termínech na tel.: 604 504 971,
e-mail: ruzickova_jitka@atlas.cz

V této metodě není třeba mluvit o sobě, avšak jsou důležité informace o významných událostech v historii rodiny. Je to přístup, který není orientován na problémy, ale vždy hledá možné řešení.

Seminář je vhodný pro každého, kdo chce harmonizovat sebe a své vztahy a nemyslí si, že je na tom tak dobře, že už nemůže být lépe.

Garantováno Asociací klinických psychologů.

REPORTÁŽ PSANÁ
PRO KONFRONTACERogersovské
sympóziu 2002

Renate Motschnig

Motto:

„Perhaps we are touching the cutting edge of our ability to transcend ourselves, to create new and more spiritual directions to human evolution.“

CARL R. ROGERS: A WAY OF BEING

Sympóziu, jehož se zúčastnilo zhruba 360 účastníků z 25 zemí, se konalo ve dnech 24. až 28. července 2002 ve velkoryse vybaveném kampusu Kalifornské univerzity v La Jolla na předměstí San Diega, kde Carl Rogers trávil zbytek svého života. Sympóziu mi - svou enormní tématikou šířící a mimořádně otevřenými účastníky - připravilo jeden z mých nejrozmantějších a nejbohatších zážitků. O některé z nich se chci podělit se čtenáři:

První den měli ti, kdo si našetřili 150 \$, možnost vybrat si ze dvou předkonferenčních workshopů: „Otvírání srdcí prostřednictvím expresivního umění“, vedeného Natalii Rogers und Shellee Davis a „Odhalování našich kulturních dějin: na cestě k transformaci komunity“, vedeného Mukti Khanna.

Vlastní sympóziu zahájila Maureen O'Hara, dlouholetá Rogersova spolupracovnice. Všechny nás vyzvala především k tomu, abychom šířili Rogersovy myšlenky a postoje, a také abychom v tomto směru šli dál, a tím dále humanizovali společnost. Mladou generaci účastníků pozdravila Rogersova vnučka a pak už si vzala slovo hlavní organizátorka, Rogersova dcera Natálie. Přesněji řečeno: pokusila se „vzít si slovo“. Tvář v tvář tolika lidem z celého světa byla tak dojatá, že jí trvalo drahnou chvíli,

než se sebrala, osušila slzy a než mohla účastníkům představit svůj dar: CD (volně kopírovatelné) s pečlivě vybranými články, fotografiemi a videoukázkami C. Rogerse.

Každé dopoledne se konala plenární zasedání in memoriam Carla Rogerse: Četly se úryvky z jeho životopisu, promítaly videonahrávky jeho poradenských rozhovorů či videozáznamy z encounterových skupin, jež vedl. Pořádá se také starý mexický rituál: všichni jsme si při něm vyměňovali pocity, vážící nás k našim blízkým zemřelým a Carlovi jsme mohli napsat vzkaz na kousek papíru a položit na oltář. Po plenárních zasedáních zbyl čas na veřejné prezentace a diskuse.

Odpolední čas byl věnován (paralelně) oblastem, které C. Rogers ovlivnil:

1. Poradenství a psychoterapie: Moderovali Elke Lambers a Dave Mearns; do diskuse přihlásili příspěvky S. Murayama, G. Lietaer, B. Brodley, B. Thorne, A. Bohart, P. Schmid, M. Warner, M. van Kalmthout a Ch. O'Leary.

2. Politika, veřejná angažovanost a „varia“: Moderovali John Vasconcellos und Joshua Holcomb.

3. Vzdělávání ve školách a škole: Moderoval Jerome Freiberg.

Této sekce jsem se zúčastnila. Dozvěděla jsem se (díky videu, přednáškám i konkrétním statistikám), co všechno užitečného nabízí přístup zaměřený na člověka ve školách. Lze jím například zlepšit čtení žáků, kteří pak méně chybují. Žáci se chovají méně agresivně. Je velice důležité, že do těchto projektů zaměřených na člověka byli zapojeni na školách všichni: učitelé, výzkumníci, rodiče, žáci, ale také veškerý personál školy.

4. Vyšší vzdělávání: Moderoval Colin Lago.

V této sekci jsem nabídla workshop na téma „na studenta zaměřené vyučování“, a to v kombinaci s novými médii, na který navázala velice živá diskuse o prospěšnosti a o překážkách tohoto stylu výuky (zaměřenost na studenta) na univerzitách. Bylo jasné, že řada lidí z různých kontinentů má rozdílné zkušenosti s tímto novým způsobem celostního učení a že v různých státech a institucích panují velice rozdílné podmínky. Protože po 2 hodinách zůstalo

hodně otázek otevřených, odhodlala jsem se na druhý den navázat veřejným (otevřeným) seminářem, na kterém jsme si v menším kroužku vyměnili osobní zkušenosti. Mám v úmyslu zřídit virtuální komunitu na internetu a být se zájemci o toto téma ve spojení. Koho by účast v takové komunitě zajímala, může mi napsat na adresu: rena.motschnig@univie.ac.at.

5. Mír a urovnávání konfliktů: Moderoval Teve Olween.

6. Zdraví, léčení a spirituální život: Moderovali Valerie Henderson und Don Goewey.

7. Transformace organizací: Moderovala Maureen O'Hara.

Vyslechla jsem zde zajímavý příspěvek o poradenství v organizacích, založeném na mentálních modelech. Přednášejícím byl John Adams. Mentální modely dávají odpověď na otázky, jež jsou v organizacích zvlášť důležité (např. jak se utvářejí názory), a proto je třeba se jimi primárně zabývat tak, aby-chom signalizovali porozumění a napomáhali kooperaci. Může to znít až divně, ale již krátké semináře (2 až 3denní) mohou způsobit to, že ze zaměstnanců v organizaci udělají zaměstnance orientované na člověka.

8. Výzkum: Moderoval Art Bohart.

Odeznely tu výsledky dlouholetého výzkumu v poradenství a psychoterapii, podložené živými příklady z praxe. Vyzdvíženy byly zejména důležitost klientových či klientčinych vlastních potencialit pro úspěch terapie, stejně jako rozhodující úloha interpersonálního vztahu a terapeutické aliance. Zdá se, že nahlédli se na speciální představy a přání klienta je důležitější, než užití té či oné techniky. Odkážu zde na výsledky výzkumu, které obsahuje v roce 2001 vydaná (vydala APA), čtivá a srozumitelně napsaná kniha *„Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice“* editorů Davida Caina (byl jedním z vystupujících) a Julíuse Seemana.

9. Expresivní umění. Moderovala Natalie Rogers.

Druhý večer se konečně konala mnoha účastníky doslova toužebně očekávaná velká skupina v Rogersově tradici. V duchu Rogersova úsilí o mír byla třetí večer vytvořena petice za zřízení ministerstva míru. Následoval tradiční mexický taneční večer, při kterém jste nemohli uplatnit žádný ze svých původních „tanečních konstruktů“ - člověk musel vynalézat nové, aby se vůbec sladil s neobvyklými rytmy.

Četné akce pod širým nebem (bylo jich asi 50) a na veřejných prostranstvích kampusu vtiskly sympóziu nádech flexibility. Kdokoliv chtěl, mohl 45 minut diskutovat na (polo) připravené téma nebo cokoliv prezentovat. Bylo pouze potřeba, abyste oznámili téma, své jméno a místo - a pak už jste jen mohli vyhlížet účastníky. Na jedné z těchto akcí přednesl Ladislav Nykl německy a rusky hovořícím zájemcům svou teorii spočívající v propojení myšlenkového odkazu Rogerse s odkazem L. Vygotského. Přednáška vzbudila zájem Thomase Greeninga, editora renomovaného časopisu *„Journal of Humanistic Psychology“*. Navázala jsem řadu dalších kontaktů. Otevřená a velmi intenzivní konference (program začínal v 8.30 a končil nejdříve ve 23 hod.) k tomu poskytla optimální příležitost. Bylo to setkání s tolika lidmi, naladěnými na stejnou strunu! Co na nich bylo zvlášť evidentní a jedinečné - byla jejich profesionalita v komunikaci.

Kudy jste chodili, všude jste naráželi na klasiky a četná nová vydání knih z humanistické psychologie, poradenství a psychoterapie. Dojem na mě udělalo zejména množství nových vydání. Ale největší dojem ve mně sympóziu zanechalo tím, jakou rozmanitost nabízelo - v rámci humanistické jednoty.

Prof. Dr. Renate Motschnig působí na Universität Wien. Zprávu z letošních odborných oslav sto let výročí narození Carla Rogerse v La Jolle napsala speciálně pro časopis Konfrontace. Za zprostředkování děkuje redakce Ladislavu Nyklvi.
E-mail: rena.motschnig@univie.ac.at
Z němčiny přeložil Z.V.

Zrnění (Zdeňka Riegra)

Zrnění číslo 7 • Zrnění číslo 7 • Zrnění číslo 7

„Cože? 50. číslo Konfrontací?“

diví se Arnošt Lulan a vzpomíná na jejich 1. číslo. Vyšlo v září 1990 s podnázvem „Časopis matrimoniologů“. Hned od počátku zaujalo svým grafickým exteriérem. A také tím, že do něho byly koláže M. Hupytycha vlepovány („Uf, to muselo být práce“, pokyvuje s obdivem Arnošt Lulan). Také interiér 1. čísla zaujal – objevují se v něm zajímaví autoři: Heveroch, který si uměl všimnout i „zápachů“. Moreno, je muž je letos 110 roků („Vzpomínáte na večery ke 100. výročí narození Morena? Proběhly od Sedmihorek až po plně obsazené Divadlo hudby v Ostravě, však i Konfrontace o tom psaly...“). V 1. čísle nás osloví i krátká úvaha Henri Bergsona o „emocích druhého druhu“ a „ženské psychologii“. (Arnošt Lulan při četbě zmlknul, ale o tom až přespříště.) A článek Karla Kopřivy – 1. presidenta Asociace manželských a rodinných poradců. Publikuje tu také Jiří Oujezdský s posilujícími sugescemi („Zbavenými přítomnosti...“). A Bohumila (tehdy) Tichá, stárnoucí (tehdy) s Fritzem Perlssem. Bernard Říský, pravděpodobně první farář, který pracoval externě v manželském a rodinném poradenství („V Mělníku, kde jinde, chachacha, taky už tu poradnu zrušili!“). Recenze Milana Jůzy („Se vhlédem do Vhledu...“). Úryvky z Junga, Šaldy, Prousta, lidové písně a „Malé konfrontace“, citující další autory...

Časopis vycházel v době zrodů. Rodily se v té době i jiné nové časopisy. Některé z nich již zanikly... „O to je práce Konfrontací obdivuhodnější“ usmívá se Arnošt Lulan. „Kéž konfrontují dalších 50 let – anebo alespoň 50 čísel...“ A jde si spočítat, kdy to tak asi bude...

Zrnění číslo 8 • Zrnění číslo 8 • Zrnění číslo 8

Zrní mě na zádech,

když si představím chlapa, který v hořkém pláči vyplivuje slzy smíchu. Za ním je poloroz-

bořený dům, vzduch nasáklý hnilobně živoucí vůní. A za všude přítomným hlukem vysoušeček, krumpáčů a lidských hlasů je jakési ticho. Ticho, zdrsněné bezmocí. Ticho na čekané mezi mokrým harampádím kolem silnic...

Za tímhle chlapem přichází psycholog. Zavolal jej starosta vesnice, v níž chlap bydlí. Chlapova žena si totiž přišla postěžovat, že její manžel je na ni neobvykle zlý. A že ještě nikdy neviděla svého muže uplakaného a ještě nikdy neviděla, že by mu smíchy tekly slzy. A navíc – křičel na ni, když s ním chtěla o situaci mluvit. Dokonce se před ní schovával. Jakoby se něčeho bál. Anebo styděl. Vztekle přitom osekával stěny. A pak tupě seděl na vodnaté matraci a vejral do podlahy... „On se asi zbláznil!“ nařkala jeho žena. A starosta zavolal o pomoc...

Co se stalo? Stalo se, že ten chlap před týdnem dokončil renovaci svého domku – hodně mu na tom záleželo a musel na to několik let šetřit. A byl hrdý, jak se mu podařilo práci dokončit. Zvláště si zakládal na plovoucí podlaze: byla dementem, čímž svoje dílo ozdobil – i proto, že si takovou podlahu moc a moc přála jeho žena a děti... A týden poté, co svoji práci ukončil, přišly záplavy. A orvaly opravené zdi. A nejen to – odplavala v nich i všechna plovoucí podlaha...

„Plovoucí podlaha,“ chechtá se proto před psychologem a zakrývá si tvář do dlaní, „plovoucí podlaha si odplavala – jo!!!“. Psycholog se orientuje na proces a tudíž po tuto chvíli mlčí. Uvidí, co proces přinese. Ví, že neví, protože jen klient ví, jak mu je a že jen klient ví, co mu může pomoci. Jak si poradit. On mu radit nemůže. Ani jinak jej ovlivňovat či konstruovat jeho realitu. „Hm,“ sdílí s ním tuto chvíli a přikyvuje s tváří nastavenou k úsměvu a porozumění. Chlap chvíli čeká, co bude následovat a co mu porozumění pana psychologa přinese. Nic: psycholog mlčí. Pokorně. Chlap tedy také mlčí. A mlčení chvíli trvá. Chlap zdvihl hlavu a tázavě se na psychologa podíval. A psycholog se k němu naklonil: „Tak jaké to teď je?“ řekl melodickým hlasem a... A pokračování přístě.

A nyní táž situace. Týž chlap a psycholog, povoláný starostou vesnice. Chlap pláče a škytá smíchy: „Plovoucí podlaha odplavala...“ Psycholog se orientuje na hledání algoritmů řeše-

ní. Hledá konstruktivní nápad, z něhož by si chlap mohl vybrat. Ví, že plovoucí podlaha sama nepřiplave – v tom že jsou on i chlap bezmocní. „No,“ reaguje tak, jak to právě cítí, „to je hrůza!“ Chlap přikyvuje: „Jo...Jo, jo!!!“ „Co s tím chcete dělat?“ ukazuje psycholog na změf prkýnek, nabobtnalých hnědoběžovými puchýři. „Zapálit to,“ usklíbnul se chlap a vycenil zuby. Psycholog kroutí hlavou: „Říkal mi sice jeden váš soused, že vyhořet by bylo asi méně hrozné, než být vytopen – ale... ale já nevím...“ Chlap se na něho udiveně podíval. „Mě už to nebaví, víte,“ řekl tiše. Psycholog přikyvuje a vstává. „Tak nashledanou,“ bručí chlap. „Ne, ještě nejdu – jen jestli bych vám nemohl nějak pomoci.“ „Cože?“ „Co s tím chcete dělat?“ ukazuje na vzpříčená prkýnka podlahy. „Hm,“ udělá chlap, „co asi s takovým humusem, co?...“ Psycholog obhlíží změf kolem sebe a sugestivně prohlásí: „Já bych teď na vašem místě začal s očištěním.“ Chvilí se na sebe dívají. A pak chlap vstane. A pak společně vynášejí ten nemožný sajrajt a... A pokračování přístě.

A ještě jedna poznámka: Náš chlap má štěstí. Má rodinu. A pohroma, která jej postihla, byla pro jeho rodinu výzvou: potvrdila mu jeho i svůj význam... Taková je rodina.

Zrnění číslo 8 • Zrnění číslo 8 • Zrnění číslo 8

Že není pravda, že je pravda,

že kdesi na psychiatrické léčebně existuje dětské oddělení, kde není využívána při běžné terapeutické praxi rodinná terapie? Že tam dokonce nechávají rodinu dítěte – pacienta – úplně mimo? Že to není pravda?! Představte si: Jste rodič a máte svoje dítě tam... tam v psychiatrické léčebně. Co asi očekáváte od terapeutů – když se vám například stalo, že před hospitalizací s vámi vaše dítě odmítalo mluvit...?

Anebo že by stále platila kousavá výzva, kterou v roce 1981 vyslal světu Jay Haley, významný člen slavného týmu z Palo Alto. Nazval ji: „Proč by se psychiatrické pracoviště mělo vyhýbat rodinné terapii“. Tuto paradoxní výzvu hned v roce 1983 nacyklostyloval a (v překladu Petra Adamovského) rozdával

ve svých Studijních textech tým Petra Boše. Tehdy si asi zakladatel české rodinné terapie nemysleli, že podobné „Proč“ zazní v Česku po 21 letech... Tak co? Že to není pravda, že je to pravda?!

Zdeněk Rieger

Děkuji přátelům, kolegům, známým i lidem v mé péči, kteří neuvěřili vyděračskému, lživému a nactiutlačným informacím, které se objevily v tisku o mé osobě, i těm, kteří mi vyjádřili podporu.

PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

PSYCHOSOMATIKA

Úvahy o propojenosti těla a duše - o psychosomatických nemocích nejen na kůži

Milada Býmová

Po napsání svého prvního článku do psychoterapeutického časopisu jsem se rozhodla své téma o psychosomatických tématech rozvinout. Mám představu dávat a nabízet svoje zkušenosti druhým terapeutům a dostávat na ně zpětnou vazbu, korekci a jejich zkušenosti. V terapii mi chybí výměna názorů, setkávání a jakési sdílení vzájemných poznatků.

K článku o atopickém ekzému (vyšel v Konfrontacích 2002/1, s. 39-40 - pozn. red.) chci podtrhnout, že poprvé jsem aktivně spolupracovala s kožním specialistou. Vybrali jsme skupinu pacientů se stejnou diagnózou, a tak jsem mohla pracovat se souborem a hledat společné charakteristiky těchto pacientů. Následovně pak sledovat efekt psychoterapie u výzkumné i kontrolní skupiny. Aktuálně začínáme pracovat s další diagnózou kožní nemoci a to Rosacea faciei-Růžovkou.

Pokud jsem se odhodlala psát o terapii klientů s tzv. somatoformní poruchou, je potřeba si uvědomit, že nejsou psychosomatictí pacienti, ale že každá nemoc, alespoň v počátečním funkčním průběhu je spojením psychického prožívání s fungováním somatického těla. Neléčíme jenom kůži, svědění, bolesti břicha, hlavy, enurézu, třesy, nespavost..., ale celého člověka. Proto před psychoterapií začínám od širokého individuálního, rodinného a sociálního rámce, v němž pacient vyrůstal a který se vedle vrozených dispozic podílel na vzniku onemocnění.

Pracovala jsem s mnoha pacienty s psychosomatickým onemocněním a v této době se ve mně rojí myšlenky na to, co mají ti pacienti společného, odkud vyvěrají jejich potřeby, co je pramenem nesouladu mezi somatickým tělem a psychickým prožitkem. Jednoznačně se mi vybavuje, že u zrodu psychosomatických potřeb stojí vývojové pozastavení, pozdržení rozvoje osobnosti ve vývojovém růstu na časové ose. Jde o uvíznutí formou určité závislosti na jednom místě, o stereotypní „přešlapování“, o strach vykročit dopředu a vyhledání vlastní cesty.

Psychosomatika vždy ukazuje, že s člověkem není něco v pořádku. Neklade to mezi energetickou výbavou těla a využíváním energie těla pro obohacování, poznávání vlastních zkušeností. Jako by se životní síla „dusila“ uvnitř v těle a nebyla využita k růstu osobnosti.

Když použiji jeden z prvních psychoanalytických termínů psychosomatického onemocnění „řeč těla, orgánů“, znamená to, že **tělo není propojeno s využíváním vnitřních vlastních zdrojů a volá po změně**. Např. dítě uvízne v prodloužené závislosti na rodině. Ani rodič, ani dítě si to však neuvědomí a za dítě promluví tělo-bolest břicha, hlavy atd. U dospělých vidím omezení vývojového růstu v úzkosti, která je svazuje, např. ztráta zaměstnání, závažné či dlouhodobé onemocnění spojené s pamětí těla, omezení vlastního rozvoje v důsledku nevyrovnaných matematických vztahů.

Vnímám, jak mezi sebou koresponduje úzkostné emoční prožívání a produktivně nevyužívaná energie těla. Postupně dochází k zabíjení cest a orgánů v těle a nastává funkční porucha.

Proto je mým cílem a smyslem terapie osvobodit klienta od pochybností o sobě a úzkostí v sobě a postupně je vyměňovat za důvěru, psychickou i somatickou. Vedu pacienta k tomu, aby se našel sám v sobě, potvrdil si svoje já, věřil sobě a svému tělu. Aby si uvědomil, že dostal příležitost života, že životem bude procházet on sám, po své vlastní cestě a dojde tak daleko, jak on sám dokáže.

V terapii využívám propojení několika psychoterapeutických škol, mám v sobě hluboce

prožitou vlastní zkušenost. Nejde o eklektickou psychoterapii, ale o využívaný integrativní psychoterapeutický přístup k pacientovi. Mezi mé poslední odborné vzdělávací kurzy patří nedirektivní rogersovská psychoterapie, satiterapie a práce s tělem spojená s integrativním dýcháním.

Psychoterapeutická práce s pacientem vyžaduje:

- jasné vymezení nemoci: jejího místa v těle, v čase, kdy se objevuje, způsobu, jak pacient zachází se symptomem,
- poskytnutí informace pacientovi o charakteru jeho poruchy a psychoterapeutický kontrakt,
- naučit pacienta relaxačním technikám, které jsou předpokladem k léčbě,
- spolupráci terapeuta s klientem, vyslechnutí volání těla, převedení na vědomou úroveň, nastolení změny, a poté vykročení novou cestou.

Výsledkem psychoterapie u pacienta je vědomé přijetí toho, že on sám je odpovědný za funkční somatickou poruchu. Jsou mu předány pomůcky a instrukce, které dostal v průběhu terapie a on sám ví, jak s nimi má zacházet, když není právě v procesu terapie. Na pacientovi a na jeho rodině velmi záleží, jak v rámci psychoterapeutického procesu využije nabídku pro svůj osobnostní růst, zdraví a další život.

Ve své praxi se setkávám s lidmi, kteří mají psychosomatické potřeby. Od odborných lékařů nedostávají jasnou odpověď na otázku, zda jsou zdraví, a to je vede k pochybnostem, nejistotě, úzkostem. Pacientům říkám, že tělo může být na cestě životem všelijak zraněné, poškozené a může si naříkat nebo se radovat z toho, jak se právě cítí. Důležité však je to, jak se jejich tělo dokáže vyrovnat s tím vším, co si na sebe během života nabalilo. Zda dokáže každý tělesný orgán zastávat své funkce-úkol k tomu, aby celý organismus začal zdravě a celistvě fungovat. Posléze přichází na řadu psychoterapie, jejímž cílem je posílení a přijetí důvěry v sebe a ve své tělo.

O autorce - viz číslo 1/2002, str. 40.

Vejece nebo slepice?

Václav Šnorek

Co bylo první, vejce nebo slepice? To je otázka na kterou zřejmě neexistuje odpověď. Přesto se jí lidé v určité fázi svého psychického vývoje zabývají. Záhy se však pod tíhou starostí „dospělého“ života ocitá na okraji zájmu, ne-li daleko za ním. Mně se vybavila opět po letech v souvislosti s články Jana Poněšického o psychosomaticce (např. Konfrontace 2002/2).

Nahlédneme-li do databází diplomových prací studentů psychologie na českých univerzitách z posledních let, zjistíme, že zájem o problematiku vztahu duševního života a somatických funkcí je relativně stabilním rysem pregraduálního vzdělávání. Naproti tomu v odborných periodikách jsme se až donedávna zřídka setkávali s texty věnujících se problémům tohoto okruhu. Jaké jsou příčiny uvedeného stavu?

Dualismus „psyche - soma“ je nadále neudržitelný. Je zcela evidentní, že zdrcující většina somatických onemocnění má psychickou komponentu. Lékaři hovoří o tzv. psychologické nadstavbě, která zahrnuje změny psychických stavů a procesů, které se rozvíjejí sekundárně po nástupu určité, primárně somatické choroby. Psychologické faktory se však uplatňují i při vzniku nemocí. S tím je spojen další problém. Multifaktoriálně podmíněné jsou nejen poruchy vnitřních orgánů. Složitost a vzájemná provázanost proměnných vztahujících se k etio-patogenezi velmi ztěžuje konstrukci výzkumných projektů. Odlišit příčinu a následek není jednoduché. Velký pokrok farmakoterapie současně vede k tomu, že potřeba psychologického výzkumu u pacientů s tzv. psychosomatickými onemocněními značně poklesla. Je k dispozici řada medikamentů s vynikajícími léčebnými účinky, takže zkoumat mechanismus vzniku a rozvoje zmínovaných chorob je z pohledu každodenní klinické praxe vlastně zbytečné. Frekventovaným té-

matem vědeckých prací se naopak stala kvalitou života...

Velmi dramatický posun v lékařství znamenalo opuštění biomedicínského modelu člověka a jeho nahrazení modelem bio-psycho-sociálním. Biopsychosociální přístup k chápání a léčbě somatických i psychických nemocí prosazoval ve svém článku pro časopis *Science* v roce 1977 Engel. Bylo to poprvé, kdy měla odborná veřejnost seznámit se blíže s možnostmi uvedeného přístupu. Jeho validita byla empiricky verifikována a v současné medicíně a psychologii je plně přijímán (Plante, 2001). Jak uvádí Baštecký, Šavlík & Šimek (1993), bývá termín „psychosomatika“ užíván ve třech různých pojetích: 1. Jako ekvivalentní označení systémového, resp. bio-psycho-sociálního přístupu k problematice člověka ve zdraví a nemoci. 2. Užší pojetí psychosomatiky zahrnuje oblast somatických onemocnění, v jejichž etiopatogenezi se uplatňují psychosociální faktory (nejčastěji nevhodný životní styl). 3. Ještě užší chápání psychosomatika předpokládá, že příčiny vzniku a rozvoje určité choroby spadají téměř výlučně do oblasti psychosociální.

V širší historické perspektivě můžeme spatřovat linii vývoje psychosomatiky v názorech a výsledcích badatelské činnosti Hippokrata (*Corpus Hippocraticum*), Galéna, Avicenna (Kánon lékařství), Tomáše Akvinského, Vesalia (*Sedm knih o stavbě lidského těla*), Harveye, Paracelsa, Descartese, Heinrotha (poprvé termín „psychosomatika“), Jakobiho (koncepte somatopsychických onemocnění), Deutsche. Moderní dějiny psychosomatiky jsou nicméně jednoznačně spojeny s rozvojem psychoanalýzy. Zásadní význam má zejména rozpracování problematiky konverze (Freud, Groddeck a Deutsch). Další klíčovou etapu psychosomatického hnutí představují aktivity „Chicago Institute of Psychoanalysis“ Franze Alexandra, který později následován Flanders Dunbarovou, vytvořil první systematizovanou koncepci psychosomatických onemocnění. Opomenout nelze psychofyzilogické teorie Pavlova, Cannona, Selyeho a významné práce, které publikovali Weiss & English (*Psychosomatic*

Medicine, 1943), Grinker (*Psychosomatic Research*, 1953) nebo Halliday (*Psychosocial Medicine*, 1943). V druhé polovině XX. století dominují výzkumy ověřující zjištění Friedmana a Rosenmana (chování typu A) nebo Holmese a Raheho (life events). Velkou pozornost odborné veřejnosti vzbudily v sedmdesátých letech studie o alexythymii (Sifneos & Nemiah). Náš krátký exkurz do historie by nebyl úplný, kdybychom se nezmínili o dvou velkých osobnostech psychosomatické medicíny, kterými jsou Lazarus a Lipowski.

Pro zdrcující většinu uvedených koncepcí je (velmi zjednodušeně řečeno) charakteristická kauzální povaha vztahu, který spatřují mezi určitými osobnostními charakteristikami, resp. aspekty chování a etiopatogenezi specifických druhů onemocnění. Přestože zohledňují celou řadu intervenujících proměnných (recentní odborné texty již s naprostou samozřejmostí začínají konstatováním multikondicionality etiopatogeneze poruch tradičně označovaných jako psychosomatické), dospějeme při hlubší analýze závěrů autorů téměř vždy k relativně jednoduchému mechanismu jejich vzniku a rozvoje.

To platí i pro, podle mého soudu zajímavé a velmi přínosné, knihy „Neurózy, psychosomatické onemocnění a psychoterapie“ (Poněšický, 1999), „Psychosomatika“ (Danzer, 2001) či „Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky“ (Poněšický, 2002). Nejnovější česká učebnice psychiatrie, kterou editovali Höschl, Libiger a Švestka (2002), uvádí v kapitole věnované psychosomatické medicíně většinu z výše zmiňovaných koncepcí - podrobněji popisuje např. koncepci Alexandra, resp. většinu nespecifických teorií. V přehledu psychosomatických poruch pak nalezneme kromě ischemické choroby srdeční, také asthma bronchiale, peptický gastroduodenální vřed, diabetes mellitus, revmatoidní artritida a řadu dalších. Obdobný pohled nabízí jedna z mnoha učebnic zahraniční proveniencí „Psychosomatische Medizin“ (Uexküll, 1996).

Recentní studie zaměřené na psychické aspekty bronchiálního astmatu a peptického gastroduodenálního vředu, zveřejněné v re-

nomovaných odborných publikacích, nicméně přesvědčivě ilustrují problematičnost konceptu psychosomatických onemocnění ve stávající podobě.

Na počátku XX. století nepokládali většinou lékaři astma bronchiale za nemoc s psychickou komponentou, postupně s rozvojem psychoanalýzy a nárůstem jejího vlivu převážil v odborné veřejnosti názor, že se jedná o psychicky determinované onemocnění. V padesátých letech přichází krize psychosomatiky. Původní psychoanalytické modely jsou zavrhovány. Šedesátá a sedmdesátá léta pak znamenají opětovný návrat psychosomatické medicíny. Tentokrát však už s jiným paradigmatem - zcela jednoznačně dominuje multikauzální přístup. V případě astmatického onemocnění se, pomineme-li závěry prací psychoanalyticky orientovaných autorů, které jsou běžnými výzkumnými metodami obtížně verifikovatelné, nepodařilo dospět k určitému specifickému souboru osobnostních rysů, respektive psychologických faktorů uplatňujících se v etiologii a patogenезi. Současně jsou k dispozici výsledky výzkumu fyziologických procesů. Předmětem zájmů badatelů se stává psychologická nadstavba. Za tímto, pro psychology zřejmě právem obtížně akceptovatelným, termínem, se skrývají (sekundární) psychické jevy (změny struktury osobnosti, proměny emočního života, psychické poruchy) navazující na (primární) somatické onemocnění. Součástí psychologické nadstavby jsou pochopitelně i vedlejší účinky léčiv. Přes usilovnou snahu se mi nepodařilo nalézt ani jedinou práci, publikovanou v uplynulém desetiletí, která by se zabývala psychickými faktory coby významnějšími příčinami vzniku a rozvoje bronchiálního astmatu.

O výzkumu depresivních stavů dětských astmatiků referuje Galil (2000). Nástup a závažnost astmatického onemocnění ovlivňuje genetická vulnerabilita, alergická citlivost, imunologické faktory a psychické stresory. Depresivními symptomy ve vztahu ke kvalitě života astmatiků se zabývají Mancuso, Peterson & Charlson (2000), vliv emocionálních faktorů na funkci respiračního systému studují Ritz, Step-toe, DeWilde & Costa (2000). Jedním z pro-

tektivních faktorů v průběhu astmatu jsou rodinné rituály, což dokládají Markson & Fiese (2000). Centani, Di Marco, Castagna, Boveri, Casanova & Piazzini (2000) upozorňují ve své studii na skutečnost, že určité psychologické profily mohou být rizikovým faktorem ve vztahu k úmrťi na astmatické onemocnění. Úroveň anxiety i deprese byla u skupiny astmatiků zřetelně vyšší než u ostatních skupin. Výsledky skupiny astmatiků a zdravých osob dokládají vyšší výskyt anxiety a deprese u žen než u mužů. Ve stejné skupině současně klesá výskyt anxiety a deprese s vyšším dosaženým vzděláním. Podobný výzkum realizovali o několik let dříve Janson, Bjornsson, Hetta & Boman (1994). Byla zjištěna signifikantní korelace mezi anxiety a depresí a symptomy spojenými s astmatem, např. dušností. Nicméně mezi anxiety a depresí a diagnózou astmatu (vycházející z výpovědi pacientů i objektivních proměnných) nebyla zjištěna signifikantní korelace. Anxiety je i tématem výzkumu ten Thorena & Tetermanna (2000). Jak astmatické záchvaty, tak očekávání dalších záchvatů v budoucnosti vyvolává u astmatických pacientů anxiety. Lze rozlišit několik rozdílných forem anxiety, které se liší v intenzitě i situacích, v nichž se objevují. Úzkostné poruchy ovlivňují průběh léčby, jelikož modifikují vnímání symptomů. Excesivní anxiety vztahující se k symptomům astmatu má vliv na pacientovu reakci na astmatický záchvat, anxiety vztahující se k vyvolávajícím okolnostem může snížit kvalitu života pacienta a anxiety vztahující se k léčbě může negativně působit na „compliance“ pacienta. Rozsah vlivu úzkosti je individuálně variabilní. Behaviorální terapeutické programy mohou vést k redukci anxiety a zvýšení schopnosti „self-managementu“. Na anxiety a další psychopatologické projevy u dětských pacientů se zaměřili Vila, Nollet-Clemencon, de Blic, Falissard, Mouren-Simeoni & Scheinmann (1999, 1998). Psychologické faktory spojené s pobyty na astmatiků na ARO jsou předmětem práce Nouwena, Freestona, Labbea & Bouleta (1999). Vamos & Kolbe (1999) zjišťovali mimo jiné úroveň a vzájemný vztah některých psychických proměnných (an-

xieťa, deprese, faktory sociální podpory, emoční přizpůsobení) u pacientů s těžkým astmatem. 25 % pacientů bylo zvýšeně úzkostných, 10,3 % depresivních, 25 % pacientům se nedostávalo dostatečné sociální podpory. U pacientů s těžkým astmatem výsledky svědčí o vyšší úrovni stresu, částečně anxiety, a to dokonce mezi záchvaty. Jejich přístup k nemoci je ovlivněn mnoha faktory a signifikantně koreluje s emočním distresem, ohrožením života a některými demografickými faktory. Autoři Chetta, Gerra, Foresi, Zaimovic, del Donno, Chittolini, Malorgio, Gastagnaro & Olivieri (1998) se zabývali vztahem mezi osobnostními profily, vnímáním dušnosti a klinickými a funkčními proměnnými. Nebyl zjištěn žádný specifický osobnostní profil. Výzkum ukázal, že závažnost astmatu je spojena s psychologickými poruchami a sníženou schopností percepce dušnosti, u všech pacientů pak souvisela velikost skóre hypochondrie se závažností onemocnění. Vztah mezi osobnostními profily a percepcí dušnosti nebyl zjištěn. Rocco, Barboni & Balestrieri (1998) zjišťovali přítomnost psychiatrických symptomů a osobnostních charakteristik u pacientů s astmatem a život ohrožujícím astmatem (NFA). Nebyly zjištěny žádné signifikantní rozdíly ve výsledcích psychodiagnostických testů (Hamiltonovy škály pro zjišťování anxiety a deprese, Zungovy škály pro zjišťování anxiety a deprese, MMPI) mezi pacienty s NFA a kontrolní skupinou. Psychiatrická historie (zjišťovaná pomocí anamnestických rozhovorů) byla v obou skupinách obdobná. V dalších studiích byla zkoumána např. kvalita života hospitalizovaných astmatiků (Dyer & Sinclair, 1997), kvalita života dětí s astmatem (Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith & Townsend, 1996), panická porucha a panické ataky (Van Peski-Oosterbaan, Spinhoven, Van der Does, Willems & Sterk, 1996; Carr, Lehrer, Rausch & Hochron, 1994), stres (Hyland, Ley, Fisher & Woodward, 1995), psychologické faktory spojené s nízkou „compliance“ (Bosley, Fosbury & Cochrane, 1995). Efekty kognitivně-behaviorální terapie popisují Sommaruga, Spanevello, Migliori, Neri, Callegari & Majani (1995), podle kterých

edukační programy mohou zlepšit pacientovu „compliance“ v oblasti léčby astmatu a kontroly symptomů. Předmětem studie bylo srovnání rozdílů v percepci nemoci a způsobu reagování (response style) mezi pacienty ve skupině s edukačním programem a kognitivně-behaviorální intervencí (Asthma Rehabilitation Group - AGR) a v kontrolní skupině. Obě skupiny podstoupily psychologické vyšetření, které bylo opakovaně provedeno po roce. Při vyšetření byla použita baterie dotazníků vztahujících se k základním charakteristikám (anxieta, deprese, psychofyziologické poruchy), emočním reakcím na astmatické záchvaty (mj. panic-fear) a kognitivním proměnným (mj. externí kontrola, psychologické stigma, hodnotový systém, vnější možnosti). V obou skupinách došlo k poklesu anxiety a deprese i zlepšení biologických parametrů. Pouze v ARG došlo po roce k poklesu skóre psychofyziologického dotazníku a ve škále externí kontroly. U kontrolní skupiny bylo zaznamenáno zvýšení ve skóre vnějších možností. Výsledky potvrzují účinnost psychologické intervence v oblasti kognitivních aspektů vnímání a léčby astmatu. Belloch, Perpina, Paredes, Gimenez, Compte & Banos (1994) provedli výzkum, v rámci něhož 51 astmatických pacientů vyplnilo pět dotazníků zjišťujících úroveň anxiety, deprese, sebeuvědomění a subjektivní symptomy. Odpovědi v dotaznících a klinická a demografická data byla podrobena faktorové analýze. Faktorová analýza ukázala, že (subjektivní) závažnost tělesných symptomů závisí na stáří, velikosti skóre deprese a délce trvání astmatu. Rumbak, Kelso, Arherat & Self (1993) uvádějí, že intenzivní emoce mohou zhoršit průběh astmatického onemocnění. Yellowlees & Kalucy (1990) poukazují na skutečnost, že řada biologických, psychologických a sociálních faktorů způsobuje, že astmatické onemocnění samo o sobě může vést k rozvoji anxiety a že pouhá skutečnost, že pacient má astma, může zvýšit jeho vulnerabilitu k rozvoji úzkostných poruch.

Hledání psychických příčin etio-patogeneze peptického vředu žaludku či duodena („vředové choroby“) přináší neméně neuspokojivé

výsledky. V obecné rovině je možné říci, že k jeho vzniku dochází při narušení rovnováhy mezi agresivními a protektivními mechanismy trávicího systému. Agresivní mechanismy působí na sliznici trávicí trubice destruktivně, ulcerogenně. Protektivní mechanismy jejich vliv vyrovnávají. Zásadní význam je přitom připisován zejména působení bakterie helicobacter pylori, což je společným znakem závěrů většiny studií, které jsem měl k dispozici. Psychické faktory jsou považovány za okrajové spolupůsobící činitele zhruba ve smyslu modelu Walkera a jeho spolupracovníků (1988, cit. podle Uexküll, 1996), podle něhož vedou životní události prostřednictvím psychosociálních mediátorů k emočnímu distresu, který ve spojení s určitými genetickými predispozicemi (hyperpepsinogénií) způsobí vznik vředu, přičemž průběh tohoto procesu je ovlivňován také gastrickou hypersekrecí a rizikovými faktory vztahujícími se k chování (káva, kyselina acetylsalicylová).

Není pochyb o tom, že v rámci bio-psycho-sociálního paradigmatu můžeme u každé somatické nemoci uvažovat o aspektech psychických a sociálních. Pacienti s infekčními chorobami většinou prožívají různé stavy, nikoliv však příjemné. Pocit subjektivní nepohody pak zpravidla negativně modifikuje jejich sociální interakce.

Lidé s bronchiálním astmatem jistě zažívají úzkost a deprese, podobně jako u pacientů s peptickým gastroduodenálním vředem bezpečně identifikujeme závislé behaviorální vzorce. Jsou však tyto psychické jevy příčinou, modulujícím činitelem nebo důsledkem daného onemocnění? Jestliže většina případů bronchiálního astmatu nemá podle všeho původ v rozmanitostech psychického života, je relevantní jeho řazení mezi psychosomatické poruchy? A jak je to s nádorovými onemocněními?

Domnívám se, že diferenciací zdravotních problémů na psychosomatické a nepsychosomatické nejenže není ve světle současného stavu poznání vždy možná, ale je dokonce v jistém smyslu přímo v rozporu s bio-psycho-sociálním přístupem, neboť implicitně marginalizuje roli psychosociálních faktorů při vzniku a rozvoji „nepsychosomatických“ chorob. Na druhou stranu občas se osvědčuje ponechávat z úcty k tradici obsahově vyprázdněné termíny...

Mgr. Václav Šnorek pracuje jako psycholog na Psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a učí na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Druhým rokem je v psychoterapeutickém výcviku INTEGRA IV.

HLAVNÍ LITERÁRNÍ PRAMENY:

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: It's Principles and Applications*. New York: W.W. Norton & Co.
Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada - Avicenum.
Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
Dunbar, F. (1968). *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Paul B. Hoeber.
Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.) (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tis.
Lazarus, R. S. (1974). *Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness*. The International Journal of Psychiatry in Medicine. Vol. 5, No. 4, 1974.
Lipowski, Z. J., Lipsitt, D. R. & Whybrow, P. C. (1978). *Psychosomatic Medicine. Current Trends and Clinical Applications*. New York: Oxford University Press.
Plante, T. G. (2001). *Současná klinická psychologie*. Praha: Grada.
Poněšický, J. (1999). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
Uexküll, von Th. (Ed.) (1996). *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
Wittkower, E. D. (1974). *Historical Perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine*. The International Journal of Psychiatry in Medicine. Vol. 5, No. 4, 1974.

Z OBSAHU PŘÍŠTÍHO ČÍSLA:

Antonín Šimek: **Supervize ve výcvikových komunitách** • Alena Plháková: **Potřeba intimity** • Bedřich Lokobauer: **Věc: Odtabuizování schizofrenie - pokračování ukávek z deníku** • Jiří Růžička: **Další přesahy psychoterapie - pokračování z čísla 4/2002** • Druhé psaní Jeronýma Janíčka do Konfrontací • Hraníční porucha osobnosti

FEJETONY A POVÍDKY MUDr. IVO KUNSTA

Nedokonale, ale přesto břemena druhých nesme

Nikdo se paní Hany neptal, jak a zdali vůbec být. Tak jako Shakespearův Richard III. mohla hořekovat, že nehotově a podivně začala její cesta. Nedělala to. Nestěžovala si, nevinila svět za to, že se nikdy nepostaví na nohy, že ruce bude těžko učit dělat alespoň něco z jejich práce. Měla také štěstí na lidi kolem sebe. Snažila se, seč mohla, ne být pro ostatní břemenem.

Jejími spojenci se staly telefon a internet. Virtuálnosti informačních autostrád se nedala pohltit. Uměla ji používat. Tak se jí také otevřela šance utéci stísněné statickosti bezbariérového bytu. Všechnu energii upnula k možnosti získat elektrický invalidní vozík. S překvapivou lehkostí se vrhala do martýria spousty odborných vyšetření, která k tomu potřebovala. Nakonec zbývalo to poslední zjevně téměř formální vyšetření. Doporučenému psychologovi nejprve zavolala. Musela ho upozornit na to, že je méně pohyblivá a že se s invalidním vozíkem do některých prostor při nejlepší vůli nedostane. Uklidnilo ji ujištění, že i po této stránce nebudou problémy. Ne nepodstatné pro ni bylo zjištění, že psychologka je i psychoterapeutkou.

O paní Haně mi řekli rodiče jednoho chlapce z mé ordinace. Pomáhali jí. Pobouření mi popisovali, jak paní Hanu doma našli zoufalou a rezignovanou. Tak ji neznali. Co se vlastně stalo? Zpočátku tomu nechtěli ani věřit, ale znali jak paní Hanu, tak i řidiče sanitky, který jí vezl na domluvené psychologické vyšetření. Vše se seběhlo přibližně takto: Sanitka s paní Hanou s mírným předstihem zaparkovala na parkovišti budovy, kde pracovala paní psychologka. Řidič šel zjistit možnosti, jak by se s vozíkem bylo možné do budovy dostat. Rutinní postup. Protože nemohl najít bezbariérový vstup, šel se zeptat do ordinace. Zaklepal na dveře nepřehlédnutelně avizující, že skrý-

vají odborníka na klinickou psychologii, ale především psychoterapii. Počkal na výzvu a vstoupil. Pak události přestaly mít rutinní průběh. Zpočátku nemohl uvěřit tomu, jak chladně psychoterapeutka zareagovala na jeho prosbu, zda-li neví, jak pomoci paní Haně dostat se s vozíkem ordinace. Raději prosbu ještě dvakrát zopakoval. Nebyl připraven na striktní odpověď: „To je její problém, ne můj!“ I když to neměl ve zvyku, nakonec zvýšil i hlas. Požadoval, aby psychologka šla alespoň vše vysvětlit paní Haně na parkoviště. Neuspěl. Narazil nikoli na problém bezbariérového vstupu do budovy, ale na hrozivou hradbu chladného a povýšeného nezájmu. Bez rozloučení odešel a bouchl dveřmi. Nevěděl sice přesně, co dělá takový psychoterapeut, ale cítil, že by ho to právě teď ani nezajímalo. Pracně se uklidnil, aby paní Hanu v pořádku dovezl domů.

Paní Hanu jsem našel v jejím bytě v nedobrému stavu. Nemohla se zbavit pocitu ponížení a bezmoci. Přiznala se, že přestala zvedat telefony. Přestala ve zdravotnicích, na jejichž pomoc byla od dětství odkázaná, vidět spojení. Trvalo poměrně dlouho, než jsme ušli dostatečný kus cesty, aby parkoviště, kde začala takové ponížení, zůstalo jako nepřijemná vzpomínka za horizontem.

Celý příběh nemá happyend.

Paní Hana se vozíku přes veškerou snahu nedočkala. Psychologické vyšetření od paní doktorky jí chybělo. Na další cestu co nejdále od bariérové psychologické ordinace jsme se již nevydali. Předběhl mě zápal plic. Paní Hana byla převezena do léčebny dlouhodobě nemocných a domů už se nevrátil. Přestala bojovat.

A paní psychologka? Dále si buduje pověst energického a velmi seriózního, dokonale profesionálního, společensky i ekonomicky úspěšného odborníka - klinického psychologa, ale především psychoterapeuta.

A já? Reviznímu lékaři pojišťovny jsem musel zdůvodňovat (neúspěšně) oprávněnost jím zjištěné „neoprávněné péče“, kterou jsem poskytl.

Dosud mi leží více v žaludku než v hlavě bariérovost profesní dokonalosti, nebo lépe: doko-

nalá profesní bariérovost paní psychologky. Nemohu se ubránit dojmu, že taková „dokonalost“ může být i nelidská. Nelidská dokonalost psychoterapeuta? To je protimluv, nemyslíte?

23. 09. 2002

A v pondělí se odstěhoval i Bůh

Strašně se porodnice bála, ale nakonec tam jela bez matky. Byla rozechvěle statečná neznalostí překotné premiéry sedmnácti lety.

Máminu ruku přestala hledat už před lety a táty se štítila. Čas od času se ještě vyděšená probouzela dotykem vzpomínek. Táta přicházel domů opilý a matka ji nejednou použila jako živý štít před jeho ranami a nadávkami. Táta si nebral servítky. Sotva začala chodit do školy, bývala svědkem toho, co kdysi mělo být láskou. Matčiny vzlyky, vynucené vzdychy a tátův zpoceně zrychlený dech ji děsily. Poprvé se moc o matku bála. Později ji ty tajemně udýchané, a přece jenom rodiči tajeně scénny přitahovaly.

Bylo jí třináct, když matka před opilým tátou utekla oknem a on místo ní povalil ji. Moc se ho bála a bolelo to. Teprve později se v ní s reprízami probudilo něco matoucího. Přemáhala ji to a ona se za to nenáviděla.

Doma ji nic nedrželo. Byla víc na ulici a s partou. Ani jí nepřipadalo divné, že si její kluci nejdřív udělali to své a pak ji někdy pohladili. Nepřipouštěla si, že by to mělo být obřáceně.

Když svému klukovi řekla, že je těhotná, dostala od něho, než se vypařil, pořádnou nakládačku. Chlapi prostě takoví jsou. Domů se bála. Táta ji seřezal a matka vynadala do kurv. Bydlet ji ale u sebe nechali.

Slušelo jí to a v poradně na ni byli hodní. Přesto, že se její svět soustřeďoval čím dál více na zvětšující se břicho a slábnoucí ranní zvracení, všimla si změny kolem sebe. V autobusu ji občas pustili sednout, někdy i v obchodě dali přednost. Cítila se být důležitá. Táta začal omezovat pití, máma nadávala. Oba v jejích očích najednou zestárlí - matka se babičkovsky zjemnila a táta zdědkovatěl a zneškodněl. Teď už se jen zřídka otrásla hnusem při pohledu na jeho ruce.

V porodnici volala mámu, ale ta tam nebyla. Zapomněla, že ji tam nechtěla mít. Těšila se domů. Byla plná úzkosti, něhy i pýchy na maličkou. Domů! Jako děcko to těšení neznala.

Máma všechno nažehlila, táta připravil pokoj pro ni a pro malou. Když je vezl z porodnice, dokonce se i oholil. O tom, že neuvedla otce, nepadlo ani slovo.

Bála se těm změnám uvěřit. Bylo o ni pečováno a ona si s tím nevěděla rady. Nijak se nezpěchovala. Byla tolik vším zaskočená, zmatená, unavená a nevyspalá. Přesto cítila, že se stal zázrak nebo spíše, že si ten zázrak v povijanu přivezla s sebou.

Sny se ale vracet nepřestaly. Jednou, bylo to právě v pondělí, se z takového ještě úplně neprobudila a ne zcela probraná šla k poštylce. Její holčička nedýchala! Svět nedospalé a nesměle dotýkané důstojnosti nažehlených dětských košíků, bolavých prsou, tátova opatrného našlapování na chodbě se sesypal jako domek z karet.

Jestli na chvilku uvěřila, že slova Doma nebo Bůh mají nějaký obsah, dnes už nevěří ničemu. Není si jista, je-li vůbec nějaký Bůh. Jestliže skutečně je, tak se od ní v to pondělí navždy odstěhoval.

24. 10. 2002

Patery boty do nebe

Byl uplýskaný sychravý den a s nerudně sevřenými rty jílu byla těžká domluva. První sněhová poleva z pomníků mizela stejně rychle, jako se objevila.

Pohřeb měl být zítra. Kopání nám šlo pomaleji než si Jozka představoval. Byl nespůj. Pli-val kolem sebe, zapaloval jednu cigaretu od druhé, zaléval to hruškovici. V pauzách mezi tím nadával na život, na sníh, na déšť i na nás. Nebyl čas si to s ním vyjasňovat. Mlčky jsme kopali a těžkou hlínu lepící se k lopatě vyhazovali vedle hrobu.

„Jo, a chlapi, v nohách to musíte udělat užší!“ Jozka seděl na vedlejším pomníku a povykoval. Nedostatek zubů dodával jeho projevům směšnou důležitost.

„To aby starej pán neutekl za holkama, že jo!“

Byl to Jozkův velký den. Dnes si z něho děti nedělali blázný, chlapi obhrouble nevtipkovali na jeho soužití s kozami. Dnes byl pan Hrobník a ves jiného neměla. Byl potřebný a vychutnával si to.

„Já je musím řídit. Chlapi dneska uměj prd... Jo, dobře pochovat, to není žádná sranda!“ hulákal na návštěvníky okolních hrobů.

„Když se to neudělá dobře, pak se blbě leží a je to na dlouho!“ dušný smích přecházel v kuřácký kašel.

Bylo mi z toho na nic. Vztekle jsem zarýval lopatu do mazlavého jílu. Bez Jozky to ale nešlo.

Mlýnář byl zvláštní člověk. Vážil jsem si ho, i když jsme k sobě neměli příliš blízko. Miloval mouku a vše, co s ní souviselo - dlouhé řemenice, všudypřítomný prach, lezavou vlhkost od náhonu i krasopisně vedené knihy v mlýnici. Nedokázal si moukou jenom vydělávat. Za války díky jeho mouce přežila řada rodin. Nikdy nemluvil o tom, jak moc riskoval. Po válce mu sebrali mlýn a nechali dluhy, ale mouku do smrti neopustil.

Jozka se dlouze napil. Láhev zasadil na vrcholek hromady vyházené hlíny. Někam odběhl a za chvíli přinášel pytel od hnojiva.

„Taký sem uvažoval, proč se do rakve vlastně dávají boty,“ Jozka prostě pusou nezavřel.

„Napadlo mě, že každéj má mít několikery a poslední pár si šetřit do nebe.“ Snad ani nepostřehl, že ho neposloucháme.

Byl jsem nejmladší, bez přímé příbuzenské vazby k mrtvému i k dřívě pochovaným a samozřejmě se předpokládalo, že jako doktor mám ke smrti jakéhokoli data víceméně profesní vztah. Slezl jsem po žebříku na dno hrobu, posbíral kostěná torza předchozích pohřbů a uložil vše do pytle od hnojiva. Jozka byl pedant a trvalo dost dlouho než uznal, že dno hrobu je dost rovné a čisté. Teprve pak pytel nepietně odnesl do zvonice.

Chystal jsem se vylézt, když se někdo nad hrob naklonil.

„Doktore, malej nám topí. Nepodíval byste se na něj?“

Mladší mužský ve starém vafáku držel v náručí kojence a nakláněl se ke mně. Znal jsem ho z ordinace. Bydlel se ženou na samo-

tě kousek od vesnice. Jenom na okamžik jsem si hrál s myšlenkou, jaké by to bylo, kdybych mu řekl, ať mi děcko podá dolu. Bylo by to tak přirozené, že by se nikdo nepohoršil, dokonce ani nepozastavil. A proč by vlastně měl? Tak prostě a opravdově byly ty věci života i smrti. Nakonec jsem přece jen vylezl a šel kojence prohlédnout do ordinace. Bylo to ostatně jenom pár kroků.

Když jsem se vrátil, Jozka donadával, dopil, dokouřil a doplival. Zvedl se a odcházel ke zvonici. Ostatní šli za ním a já se přidal. Chromá noha Jozkovi ztěžovala cestu po žebříku do horního patra. Nepřestával přitom mlet o rakvích, botách a o cestě do nebe. Nahoře zmlkl, pokřičoval se a krátce zazvonil. Pak beze slova podal provaz od zvonu dalšímu. Vystřídali jsme se všichni. Mlčky jsme slezli a rozešli se.

Už je to pár let, ale vrací se to. Co vlastně? Zvláštní pocit, že jsem měl štěstí(?) dotknout se, i když jen letmo a bezděčně, Něčeho životně podstatného. Nejdůležitější poselství k nám přichází vají neočekávaně přinášená nejméně pravděpodobnými posly. Jako semena prastarých stromů, chráněna arktickým ledem před předčasným poznáním, čekají, až se k nim protáhne čas klíčení. Co záležel na tom, že jednou na sebe vezmou podobu mouky, podruhé klíčů od zvonice, potřetí doktorské kabely?

Dnes mi už nepřipadá tak směšné uvažovat o tom, jak je to vlastně s těmi botami. Kolikaterý vlastně na naší cestě stačí? Jozkovi možná troje, jestliže počítal dobře a já se nepřeslechl. Stejně už nebudu mít příležitost se ho na to přeptat. A on možná ani nemá tušení o tom, k čemu se v něm hruškovice a cigarety občas protavují.

Asi nezbude, než trpělivě čekat. Jednou mi určitě bude jasné kolikaterý boty jsou v životě potřeba. Nevím to jistě, ale něco mi říká, že by měly stačit patery, patery i s těmi do Nebe.

02. 11. 2002

Autor je dětský psychiatr a psychoterapeut. Je dlouholetým přispěvatelem Konfrontací, autorem odborných stať i řady fejetonů.

VIDĚNO OČIMA...

MUDr. MARTINA KONEČNÉHO

Minulost a přítomnost vojna Ryana

Struktura času a perspektiva
halucinace

Jitce V. k narozeninám

V úvodu Spielbergova filmu¹ přichází James Ryan ke hrobu kapitána Millera, který mu před padesáti lety během invaze v Normandii zachránil život. Starý muž padá na kolena. Kamera zabírá nejprve klečící postavu, následuje dlouhý detail Ryanovy tváře. Ten přechází v detail obličeje kapitána Millera - začíná se před námi odehrávat půl století vzdálený příběh, který se však zároveň odvíjí v myšlenkách klečícího starce...

Na první pohled se zdá, že Spielbergův velkofilm je jen naturalistickým vyličením hrůz, které prožívali američtí vojáci během invaze ve Francii. Úvod a závěr filmu bychom mohli chápat jako pouhé zarámování válečného děje, které samo o sobě nemá hlubší význam. Nabízí se však otázka, zda scénárista a režisér nechťeli právě úvodními a závěrečnými sekvencemi, jež se odehrávají v současnosti, cosi podstatného sdělit o minulosti a jejím vztahu k přítomnosti.

Když kapitán Miller umírá, šeptá mladému Ryanovi do ucha své poselství: „Zaslouží si to...“ Stříhem se vracíme do pět desetiletí vzdálené současnosti, kde stařec klečící před křížem z bílého mramoru nahlas hovoří k mrtvému: „Celý život jsem přemýšlel o tom, co jste mi řekl!“ Ryan povstává, staví se do pozoru a mrtvému salutuje. Divák nespátřuje na počínání starého muže nic podivného, protože spolu s ním právě prožíval tříhodinové drama, jehož byl kapitán Miller hlavním hrdinou. Spolu s Ryanem může vnímat osobnost kapitána jako přítomnou. Opodál však stojí hlouček postav, v nichž tušíme Ryanovy příbuzné. Nic bližšího o nich nevíme, kamera nám je ukazuje pouze

zdálky, takže je vnímáme jako „pozorovatele“ zvláštního starcova aktu. Jak asi rozumí jeho počínání oni? Nikoho z těch, které jsme důvěrně poznali, nikdy neviděli. Neví nic o nasazení, odvaze, napětí, vyčerpání, hrůze, které prožili Ryanovi spolubojovníci i on sám. Neznají Millerův odkaz, netuší, že jeho slova nese stařec ve svém vědomí po celý život jako nesmrtelnou vzpomínku na mrtvého. Viděno jejich očima, tedy zdálky, je starcovo počínání podivné, nepochopitelné, podivné. Hovořit nahlas s někým, kdo zemřel před padesáti lety, by mohlo být v krajním případě chápáno také jako projev narušeného vnímání, kterému - tak jako halucinaci - chybí reálný vjem.

Vidíme, jak se od vzdálené skupiny odděluje postava. K Ryanovi přichází stará žena, zřejmě jeho manželka. Stařec se na ni obrací a naléhavě se ptá: „Jsem dobrý člověk? Řekni, prosím, že jsem žil dobře.“ Žena hledí svému muži zblízka do tváře. Rozumí nějakým způsobem naléhavosti této otázky, chápe její souvislost s dávnými událostmi přesto, že je nikdy na rozdíl od nás nemohla spolu s vojínem Ryanem prožívat. Tuší však, že ji ve skutečnosti klade někomu, kdo není v reálu přítomen, kdo nemůže odpovědět, kdo ožívá jen ve vzpomínkách či „halucinacích“ vojna Ryana.

Jistě, prožívání starce není skutečnou halucinací - příběh je „uložen“ v jeho mysli a oslovení Millera i závěrečné pathetické gesto se odehrává zcela v kontextu tohoto příběhu. Vypravěči jde však o vztah časových dimenzí, které jsou prožívány subjektivně a tvoří podstatu struktury každé lidské perspektivy: zdaleka ne vždy prožíváme časovost jednoduchým způsobem plynoucího času. Jak ukázal Minkowski², fenomén oživené minulosti, která je náhle přítomnější než všechno reálně přítomné, „hromadí se“ a jakoby drtí budoucnost, je právě tou časovou strukturou, která určuje perspektivu otevřenou také pro halucinaci a paranoidní blud.

Odlisný vztah mezi minulostí a přítomností určující perspektivu toho, kdo příběh sám zažil, kdo mu naslouchá, i toho, kdo jej prožít ani slyšet nemohl, mají zřejmě na mysli režisér a scénárista, když válečný příběh zasazují do

rámce jednoduchých událostí v současnosti. Takový postup předvádí dvojí možný přístup k lidskému prožívání. Díky Minkowskému pak můžeme použitou symboliku „vzdálených a blízkých pozorovatelů“ vztáhnout i na dvojí možný přístup k halucinaci a k duševně nemocnému vůbec.

První postoj je vyjádřen skupinou příbuzných. Ti nic netuší o celé souvislosti starcova chování a mohli by je docela dobře označit za podivné nebo dokonce bláznivé. Druhý postoj je vyjádřen v osobě manželky, která se přibližuje k Ryanovi. I když nemůže vstoupit do světa jeho vzpomínek, vycítuje naléhavost vysloveného a časový přesah slov, v nichž náhle ožila minulost s naléhavou intenzitou.

Právě v tomto smyslu může být i náš postoj k duševně nemocnému dvojí. Můžeme jej „porozovat“ zdálky, bez možnosti mu porozumět. Ale také k němu můžeme přistoupit a zaslechnout v projevech jeho nemoci otázku, která zůstala nezodpovězena. Jak přesvědčivě ukazuje Foucault³, různé kultury a různá historická období hledají svůj vlastní vztah k šílenství. Každý takový postoj je ale vymezen dvěma krajními možnostmi, které naznačuje Spielbergem vylíčený příběh starce Ryana – nachází se kdesi mezi odstupem a maximálním přiblí-

žením, jaké je intersubjektivně možné. Foucault hovoří o „intuitivním skoku“ do prožívání nemocného a odvolává se na Jasperse, když říká: „...přírodovědecká analýza zkoumá nemocného s odstupem, jaký zaujímáme k nějakému přírodnímu objektu, a historická úvaha se drží jeho odlišnosti, umožňující jej vysvětlit, málokdy však porozumět mu. Intuice, která se do nitra chorobného vědomí přenáší skokem, se snaží pozorovat patologický svět očima nemocného: pravda, kterou hledá, není řádu objektivního, ale intersubjektivního.“⁴

Martin Konečný
VFN Praha, Středisko RT
Fokus Praha, KC Břevnov
8. 11. 2002

¹ „Zachraňte vojína Ryana“ – režie: S. Spielberg; scénář: R. Rodat; produkce: S. Spielberg, I. Bryce, M. Gordon, G. Levinsohn; kamera: J. Kaminski; hudba: J. Williams; obsazení: T. Hanks (kapitán Miller), E. Burns (vojín Reiben), T. Sizemore (seržant Horvath), M. Damon (vojín James Ryan) ad.

² E. Minkowski, Le temps vécu 1933, in: M. Foucault, Psychologie a duševní nemoc, Dauphin 1997

³ M. Foucault, Dějiny šílenství, Lidové noviny 1994

⁴ M. Foucault, Psychologie a duševní nemoc, Dauphin 1997

ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI (ČIS)

otevírá další běh výcvikového programu v integrované supervizi,
garantovaný Evropskou asociací pro supervizi (EAS).

**Přibližný termín zahájení:
2. čtvrtletí 2003.**

Podrobné informace o délce, struktuře a obsahu výcviku
najdete na www.cmhcd.cz.

Příhlášky posílejte písemně na adresu:

ČIS, Kamenická 25, 170 00 Praha 7 nebo e-mailem na adresu
bubela@cmhcd.cz.

Z DRUHÉHO BŘEHU

Věc: Odtabuizování schizofrenie (I)

Bedřich Lokobauer

V tomto čísle začíná série ukávek z deníku mladého muže – více bude čtenáři zřejmě právě z nich. Jde o ukázky z velmi rozsáhlého, systematicky vedeného rukopisu, který je B. Lokobauerem připraven pro event. knižní vydání včetně vlastních obrázků.

Jsem rád, že těmito ukávkami naplňuje časopis znovu jedno ze svých poslání – konfrontovat svět tzv. zdravých se světem těch, kdo se na psychoterapeuty obracejí o pomoc.

Uvítáme jakoukoli odezvu k tomuto příspěvku. (red.)

9. 3. 99

V domnění, že mi nebyl doručen důchod za leden 99 jsem ho šel urgovat na ČSSZ. Až doma jsem zjistil, že mi byl doručen v předstihu a to v prosinci 98. Na dvou denní návštěvu přijela sestra Věrka. Pomohla mi s počítačem a neúspěšně se pokusila o zapojení joistiku. Jsem unavený a jdu spát.

10. 3. 99

Maminka mě vzbudila s tím, aby mě oznámila, že bych měl jít nakoupit a Věrka mi s nedočkavostí sobě vlastní ukázala, jak vypadá lilek a pohrozila mi, že když nepřinesu zelenou a červenou papriku tak bude zle. Papriky jsem přinesl a ještě navíc 4 piva Braníky, 2 pigi čaje, 10 dkg debrecínky, 2 sádla, 1 plnotučnou hořčici,

1 kg cibule, 1 večerní prahu a 1/2 kg rajčat. Od pokladní jsem dostal slevový šek na 25 Kč a teď se jdu učit na počítači podle příručky Windows 95. Učení mě nebaví, budu dále pokračovat v deníku. Nevím sice co psát, ale to nevadí.

14. 3. 99

Jsem kopyto, nejsi, každý nějak někdy začínal. Toto ospravedlnění napsala moje sestra, která mi dnes vydatně pomohla s počítačem, protože jsem si hrál se spořičem obrazovky a odklepl jsem něco, nevím co, ale po tomto odklepnutí zhasla obrazovka, která po opětovném uvedení počítače do chodu po nějakém čase sama vypnula. Až do této doby byl počítač mimo provoz. Dnes ráno, no ráno, bylo asi 14 hod. jsem šel nakoupit do bývalého Rozvoje nyní do Delvity asi 7 věcí. V pátek jsem si z keramiky přinesl maxi hrnek, který mám pro dr. Vaňurovou. Na keramice mě p. Mikeš pověděl, že viděl jak na pavilon 30 vedou Davida Štěpánka. Šel jsem ho navštívit a cestou mě zkrřížila můj směr dr. Beáta Matulová, ta obdivovala můj maxi hrnek a slovo dalo slovo, slíbil jsem jí, že jí také dám nějaký hrnek. Hrnek dám také terapeutce Renatě, aby jí to nebylo líto. K večeři jsem měl kuře, šfouchané brambory a okurku, je mi po tom jídle trochu těžko. Mám sebevražedné myšlenky

15. 3. 99

Ty suicidální myšlenky už nemám. Vstával jsem okolo 11 hodiny. Včera jsem šel spát okolo 21 hodiny, takže jsem spal necelých 14 hodin. Za chvíli půjdu nakoupit a plánuji, že se dneska budu podle brožury učit na počítači.

Je to asi hodinu, co jsem přišel z nákupu. Nakoupil jsem 1/2 chleba, malá vajíčka, 4 jogurty, 4 brambory, pistáciovou zmrzlinu. A teď jdu na tu brožuru. Jsem líný a nechce se mi učit. Za chvíli budu mít můj oblíbený smažený sýr s brambory a s tatarskou omáčkou. Znovu mám suicidální myšlenky.

25. 3. 99

Jsem doma na propustce z blázince. Jsem tam zavřený od 16. 3. Musím už jít zpátky do nemocnice.

26. 3. 99

Od 16. 3. jsem hospitalizován v psychiatrické léčebně v Bohnicích na pavilonu 3. A to pro sebevražedné myšlenky spojené s tísni. Ještě před tím jsem byl na skupině dr. Beáty Matulové a tam jsem jí dal hrneček. No hrneček, ona to pojmenovala jakousi zvláštní mlsou. Celkem jsem byl hospitalizován v Bohnicích 3x. Takže teď je to po 4. Nejdříve jsem byl na výzkumném pavilonu tedy na 23. Asi rok a půl jsem pobyl doma. Potom jsem krátce pobyl na 2 asi 14 dní a poté jsem byl přeložen na již zmíněnou 3, tam jsem pobyl asi 1/5 měsíce, následoval 2,5měsíční pobyt a znovu 3, zde jsem pobyl něco okolo měsíce. Doma jsem pobyl 3/4 roku a nyní jsem na již zmíněné 3. Plánuju to max. na 2 měsíce. Jako ošetřující doktorku mám dr. Pelikánovou. Po první hospitalizaci na 3 jsem měl doktorku Bakešovou. Na PCP- psychiatrické centrum Praha, na 23, docházím ambulantně již asi 1,5 roku k dr. Hendrichové. Jednou za 2 měsíce docházím ještě k dr. Vaňurovým, ta si vede výzkum a mě do něj zařadila, je také na 23.

27. 3. 99

Probudil jsem se asi v 8,00 hodin, ale lebedil jsem si v posteli, takže jsem vstal až v 10,30 hodin. Šel jsem nakoupit pár maličkostí a nyní píšu deník. Za chvíli jedeme do Nové Paky pro zem a maminka tam zůstane asi týden. Z Nové Paky jsme se vrátili asi v 17,30 hodin. Mám velmi silné nutkání.

28. 3. 99

Právě jsem po obědě. Věrka uklohnla hovězí na houbách. Chutnalo to jako roštěná. Myšlenky stále trvají ve stejné intenzitě. Za chvíli půjdu nakoupit. Pokladní se při placení zeptala jestli mám drobný odpověděl jsem, že ne, no a ta stará čarodějnice odpověděla jistě my si to tady musíme odsedět. Tím mě namíchla, takže jsem si doma vzal drobný co mám na karty, Věrka mi ještě dala své a šel jsem. No, a u pokladny jsem jí vysypal na pás pěknou hromádku drobných v 10, 20, 50 haléřích a ta stará megera mi řekla, no to ne, vy si ze mě děláte srandu, no to by nešlo. A já, promiňte, já jsem to myslel dobře, no a ona, já vím a po tomto incidentu se mi udělalo dobře na dušičce. Ale příště když bude chtít drobný budu drzý, na její otázku odpovím ještě řeknete že si to musíte odsedět a budu spokojenej, nebo když bude plkat že nemám drobný, dodám: vy nevíte, co chcete, nedávno jsem vám drobný nabízel, nebo to nechám být a vykašlu se na ní. Nebo řeknu: já jsem byl zvědavěj co z vás zase vypadne. Ale s největší pravděpodobností nechám tu zlost vyprchat a u té inkriminované pokladní se zachovám v závislosti na situaci, ale asi řeknu něco hovorového. Jsou to asi 2,5 hodiny a pořád mě to žere. Přes víkend se u mě stala báječná změna, už si

nepovídám s kytkou, když na ní v myšlenkách promluví neodpovídá. Této změny jsem si všiml v neděli ráno.

30. 3. 99

V pondělí jsem naglazoval 7 mříží. Dnes v úterý jsem na dílně užitého umění složil želvy i letadýlka skládačka, která podporuje logické myšlení. Mám velmi silné nutkání vzít prášky (předávkovat se). Po dokončení této věty jdu nastříkat květináčky na kafe.

(...)

25. 6. 99

Po obědě jsem si šel lehnout asi na 2 hodiny. Po probuzení jsem poslouchal rádio. Po té jsem si vzal propustku a jel jsem 177 na Opatov, odkud jsem došel domů. Ve sklepě jsem tátovi pomáhal řezat koberec, při čemž se mi povedlo znehodnotit řezák, po této akci jsem cítil tíseň, která po 1 hodině ustoupila. Po té jsem sledoval televizi, jmenovitě hospodu, kde zazářili naši přední herci. Plánuji, že se v sobotu hodně brzo ráno, jmenovitě ve 2,15 hod. budu dívat na sci-fi film. Uvidím jestli vydržím do té doby nespát. Pocity nutkání přetrvávají a jsou docela silné. Pro dnešek končím. Ještě mě napadlo, že, když jsem šel vynést koš, všiml jsem si, že na kontejneru je napsáno směsný odpad, stačil by háček a ta popelnice by měla příjmení Veselá, z toho jsem měl asi 30 minut radost.

26. 6. 99

Výše zmíněný film jsem nesledoval, protože jsem zaklapl budík a spal jsem dál. Šel jsem nakoupit, kde mi pokladní odpustila 0,10 haléřů a z toho jsem měl 30 min. tíseň. Po obědě jsem šel shánět jako dá-

rek pro tatku zmenšené reklamní lahvičky s alkoholem, v metru jsem se bál na ně podívat, protože jsem měl strach, že když se na ně podívám, tak mě přijde kontrolovat revizor. Po večeři jsem hrál s maminkou karty, v kterých jsem spíše prohrával, na myšlenkách se to neodrazilo, již od rána jsou silné a trvají dále. Tíseň nemám.

27. 6. 99

Probudil jsem se asi v 11 hodin a po té jsem sledoval dokument o vodě. Bylo to zajímavé. Šel jsem nakoupit do Delvity, kde jsem zase pro změnu já nechal pokladní 10 h. (byla to jiná, ale o to nejde). Po příchodu jsem u sebe pozoroval asi 30 min. tíseň, která našťást zase odezněla. Přijel švagr a že si chce nařezat nějaké dříví, tak jsem mu šel pomoci a po téli když jsem uřízl několik prken špatně jsem cítil pocit zadostiučinění, že jsem mu pomohl. Pak jsem hrál s maminkou karty v kterých jsem převážně vyhrával (asi 70 % úspěšnost). Kdybych měl vyjádřit ve stupnici moje sebevražedné myšlenky, volil bych číslo 6, přičemž stupnice končí číslem 7 (kdy se s nimi již začínám ztotožňovat). Náladu mám stále dobrou. Ty sebevražedné myšlenky jsem měl po probuzení, přičemž chvílemi jsem si je neuvědomoval (např. při nákupu, hraní karet, práci s dřevem), ale když jsem si na ně vzpomněl, tak byly a docela silné.

29. 6. 99

Po probuzení jsem si uvědomil, že pocit tísně vymizel. Po komunitě bylo kreslení s dr. Peřinou (bylo mi to lhostejné). Po obědě jsme šli do botanické zahrady. Do sklepů jsem nešel, protože jsem se bál, že by kytky a kaktusy na mě začali mluvit. Po té se šlo do hospody na limonádu, v které

jsem si nic nedal, protože mě připadalo hloupé půjčit si od někoho peníze. Z hospody jsem odvedl Jardu- Smolíka- Vedra- la (má 2 příjmení) na Ondřejov na skupi- nu, která na mě udělala dobrý dojem. Myš- lenky se drží na stupni 6.

(...)

9. 8. 99

Na skupině se převážně představovali nově příchozí. Na aktivitě jsem byl na te- rapii hrou, kde jsme cvičili paměť-(př). Na propustce jsem zastihl na lékařské po- sudkové komisi p. Hoznourkovou, kde jsem odevzdal mnou vyplněné potvrzení, že ni- kde nepracuji-(př). Klub vedla sestra Kar- la a povedl se jí. Nálada je bezvýrazná- (ne), myšlenky stále 6-(ne). Z klubu mám mindrák, že jsem nezvládl 100% jednu hru- (ne).

10. 8. 99

Esoterickou hudbu jsme strávili na 4. Ses- tříčka nám pouštěla japonskou, klavírní, moderní hudbu-(př). Aktivitu jsem vybral dílnu užitého umění-(př). Propustku jsem strávil na Ondřejově na sk. dr. Matulové- (př). Nálada se už napravila, je zase dob- rá-(př), ale myšlenky jsou stále na 6-(ne).

11. 8. 99

Místo skupiny jsme měli sezení s dr. Iva- novičovou-(př). Odpolední aktivita kvůli za- tmění slunce nebyla, strávil jsem ji spaním- (př). Na propustce jsem tátovi koupil lah- vičky-(př) a pak jsem se stavil doma za mamkou-(př), už se těším, až budu natr- valo doma). Myšlenky = 6-(ne).

12. 8. 99

Skupinu jsme měli s dr. Viktorovou (p. dr. se snažila). Představovali jsme se nově pří- chozí paní a svůj příběh povídala již starší členka. Odpoledne na krizi natáčela šot televize Nova, nahlédl jsem do haly a po zjištění, že tam natáčejí-(ne), jsem do- stal strach-(ne) a utekl jsem na pokoj-(př). Na aktivitu jsem šel až v 14,00 hod., pro- tože venku ještě do té doby natáčela Nova-(ne). Cestou na dílnu užitého umění jsem potkal 2 pacienty z 3, Veroniku a Pepu-(př), ty mě řekli, že dílna užitého umění je zavřená-(ne), tak jsem šel na pa- vilon. 40 min. jsem spal-(př). Na propust- ce jsem byl doma, povídal jsem si s rodiči- (př). Klub byl dobrý, na stole ležely před- měty, na ty jsme měli napsat příběh, zvlá- dl jsem to-(př). Nálada je dobrá-(př). Myš- lenky 6-(ne).

13. 8. 99

Esoterická hudba mně byla lhostejná. Ak- tivitu jsem si nevybral žádnou, protože dí- lnou užitého umění odpadla. Doma jsem sle- doval star trek-(př). Zbytek dne jsem od- počíval-(př). Nálada je dobrá-(př). Myšlen- ky = 6-(ne).

14. 8. 99

S tátou jsme vylezli na střechnu a tmelem jsme vyplňovali netěsnosti v plechové stře- še. Natřel jsem 2 topení (radiátory). Po do- končení práce jsem měl radost z té změ- ny-(př). Zbytek dne jsem strávil u televize- (př). Nálada je dobrá-(př). Myšlenky = 6-(ne).

15. 8. 99

Dopoledne jsem balil lahvičky-(př). Díval jsem se na televizi-(př). Odpoled- ne jsem šel nakoupit-(ne). Díval jsem se

na televizi-(ne). S maminkou jsem hrál kar- ty-(př). Nálada je dobrá-(př). Myšlenky = 6-(ne).

16. 8. 99

Na skupině jsme se představovali nově příchozí pacientce. Jako aktivitu jsem zvolil terapii hrou- hádali jsme zvířata podle pro- jevu jejich hlasů-(př). Propustku jsem strávil v centru denních aktivit v Pujmance- pouš- těli nám film od Jana Svěráka : Jízda-(př). Nálada je dobrá-(př). Myšlenky = 6-(ne).

(...)

24. 8. 99

Dnes jsem byl propuštěn z pavilonu č. 3. strávil jsem tam něco přes 2,5 měsí- ce. Letos jsem tam již po druhé, pokaždý jsem byl na 3 a celkem jsem byl hospitali- zován 5 měsíců plus mínus týden. Na 3 mě dr. Pelikánová / donutila / (nebo respekti- ve chtěla), abych (nebo spíše navrhla), abych si psal deník. Deník jsem začal psát asi 2 týdny po přijetí na 3. Zavedl jsem v něm tyto novoty- škálu sebevraždných myšlenek jsem označil stupnicí 1-7 s tím, že 7 je plánování sebevraždy - ztotožně- ní se s myšlenkami (když jsem byl na krizi (centrum krizové intervence), tak se myš- lenky blížily k 7). Dále jsem rovnou čarou podtrhoval místa kde jsem se cítil příjem- ně, vlnovkou nepříjemně, nepodtržená místa berte tak, že jsou mi lhostejná (v počítačovém psaní deníku budu použí- vat zkratky př-příjemné, ne-nepříjemné). Moje propuštění zdůvodňovala p. dr. tím, že se uzavírá pavilon kvůli rekonstrukci (čís- lo si již nepamatuji) a že potřebuje co nej- rychleji volná lůžka, dále tím, že se můj po- byt stejně již blíží ke konci, ještě dodala, že jestli by ty moje myšlenky (při propuště-

ní byly na stupni 6) byly už neúnosné, tak se můžu vrátit a řešili by jsme to. Na to jsem odpověděl, že se s nimi pokusím poprat a kdyžtak přijedu. Potom jsem šel za mojí ošetřující lékařkou dr. Hendrychovou, ale ta tam nebyla, zastupovala jí dr. Vaňuro- vá, půjčil jsem jí svůj 2. měsíční deník. Do- ma jsem začal natírat u sebe topení ole- jovou barvou (ložnice u rodičů jsou také olejovou, zbytek radiátorů (kuchyň a obý- vák jsou vodovou) obě barvy jsou samo- zřejmě speciální, určené právě na natírá- ní radiátorů). Nálada je dobrá. Myšlenky jsou na 6.

25. 8. 99

U sebe jsem dodělal topení-(př). Zajel jsem k strejdovi Karlovi Heroutovi, aby mi vysvětlil základy matematiky (bláhově jsem se domníval, že bych si eventuálně udělal nástavbu - slaboproud), ale nešlo by to, hroz- ně špatně se soustředím (množiny jsem po- chopil, až asi po 15 min. usilovného vysvět- lování (před schizofrenií jsem chápal mno- hem rychleji-(ne) po uvědomění si situace jak na tom jsem se soustředěním, jsem u sebe pozoroval nutkání 6,75. Nálada je dobrá.

26. 8. 99

V 11,30 hod byla na pavilonu 3 poví- dací skupina. Byl jsem tam (budu tam do- cházet do konce měsíce, do doby než bude fungovat centrum denních aktivit, kam plá- nuji, že budu chodit). Když jsem vešel do pavilonu padla na mě tíseň (po čase jsem si jí neuvědomoval, ale přesto jsem byl rád, když jsem z něho zase vyšel)-(př). Z papíru jsem udělal kuličku, rozžvýkal jsem jí a spolkl jsem jí (je bez chuti)-(př). S tátou chceme opravit nad naším vchodem (byd- líme v paneláku) spáry mezi panely (chce-

me je vyplnit kytel, pro kyt jsem si šel k švagrovi (nedávno s ním pracoval), ale měl jsem smůlu, nebyl doma. Zastihl jsem tam pouze sestru Věrku a ta slíbila, že, až přijde Dan domů, že mu vyřídí, že ho potřebujeme. (ne). Večer jsem sledoval český seriál cirkus Humberto-(př). S maminkou jsem hrál karty-(př). Nálada je dobrá. Myšlenky 6.

(...)

22. 9. 99

Dnes v 10,00 hod. jsem byl objednaný na lékařskou posudkovou komisi k dr. Topinkový, ale pozvali si mě dál až v 10,20 hod., protože tam někdo zdržoval. Změnili mě důchod na B to je, že si na ten svůj důchod můžu přivydělávat neomezeně velkou sumou peněz (přiznali mě ZPS). Poštou mě prý přijde rozhodnutí. Zařídil jsem si zlevněné jízdné pro důchodce takže si můžu kupovat jízdenky za 6Kč (stejně budu jezdit na černo). Zbytek dne jsem strávil koukáním na televizi a sněním o gorile horský nebo nížinný to je jedno (snil jsem i po probuzení) a také posloucháním wolkmena (Pet-ry Černocký). K obědu jsem měl zeleninovou a dršťkovou polévku-(př), ale stejně mě to moc nezasytilo. K večeři jsem měl guláš s kolínky a to vše posypané tvrdým sýrem-(př). Nálada je dobrá. Myšlenky 6,90 (asi z té změny důchodu).

23. 9. 99

Včera 22. 9. k 22 hod. jsem měl nutkání blížící se stupni 7. Řekl jsem to mamince a ta mě utvrdila v tom, abych jel na krizi.

Na krizi jsem měl být podle dr. Antončíkovy 5 dní na pozorování a pak by se vidělo jestli domov nebo hospitalizace. Po dojezdu na krizi byly myšlenky na stupni 6,90. Už nevím, co bylo k obědu a k večeři, ale za to vím, že jsem po probuzení snil o gorile-(př). Na pokoj přibyli 2 spolupacienti: Ondra je bezdomovec a přijali ho na doléčení zápalu plic, je docela slušný a David se pokusil o sebevraždu (přeřizl si tepnu na zápěstí) a blbec chce jít na vojnu (stejně na ní nepůjde, dostane modrou knížku). David je mi nesympatický. Večer jsem se díval na televizi a když zrovna krokodýla zapichoval nožem Dundee tak se mi myšlenky zvýšily na 7. Řekl jsem to sestře z krize, co zrovna měla službu a ta mi zavolala sanitku a ta mě odvezla na příjmový pavilon, umístili mě na uzavřený pavilon 26. Aby se mi dobře spalo, tak mi píchli do zadku rohypnol (2 dny mě bolelo místo vpichu). Nálada je dobrá.

24. 9. 99

Na návštěvu za mnou přijeli rodiče-(př). Zbytek dne jsem proležel v posteli-(př). Nálada je dobrá. Myšlenky 7.

25. 9. 99

Dr. Dušek mě mírně změnil medikaci a to tak: Fevarin 100 mg-1-0-1, Risperdal 2 mg-1-0-1. Na odpolední komunitě se mě ptala sestřička jak se cítím, řekl jsem, že líp a pak jsem přemýšlel k jakému číslu můj stupnice bych ho přiřadil a došel jsem k číslu 4-(př) (myšlenky si uvědomuji, ale mám je pod kontrolou). Zbytek dne jsem proležel-(př). Nálada je dobrá.

AD

Ad) Olga Holubová

Právě dnes jsem se z Konfrontací (číslo 3/2002) dozvěděla, že zemřela PhDr. Olga Holubová. Tato zpráva mě velmi zarmoutila. Chtěla bych říci, že na setkání s ní nepřestanu vzpomínat. Jsem přesvědčená, že kontakt s Olgou byl zážitkem pro mnohé.

Poprvé jsem Olgu Holubovou viděla v roce 2000 na Burze preventivních programů, která probíhala na Magistrátu hl. města Prahy. Krátce tam prezentovala vzdělávací program Sebeúčta. Zaujala mne svým sdělením, které bylo na rozdíl od jiných smysluplné a podávané se zaujetím a přesvědčivostí. To krátké vystoupení mne postrčilo ke Knize o rodině Virginie Satirové. Rozhodla jsem se, že bych chtěla zažít nějaký program dr. Holubové na vlastní kůži.

V různých nabídkách jsem vloni našla Rodinné mapy, které nabízel Institut pedagogicko-psychologického poradenství v Praze. Třídenní setkání s Olgou a satiterapií v jejím podání mi mnohé dalo a shodli jsme se na tom mnozí. Mnoho zážitků patřilo mezi ty těžké, ale díky Olze byly objevené a scelující. Zápisky a materiály ze semináře opatruji jako oko v hlavě a často se k nim vracím. Ve své práci a ve vztazích často hledám Olgou prezentovaný vzorec komunikace Já -Ty- Kontext. Díky rodinné mapě častěji vzpomínám na své předky a mám pro ně více pochopení.

Olga Holubová byla vzácným profesionálem, skvělým člověkem a půvabnou ženou.

Mgr. Naděžda Macounová, Pedagogicko-psychologická poradna, Náchod
1. 10. 2002

Ad) S. Kratochvíl (Konfrontace 2/2002)

Už tomu tak je, že se v ročníku 2002 ve zvýšené míře dostalo pozornosti profesorovi Stanislavu Kratochvílovi - mimo jiné také v ohlasech čtenářů Konfrontací. Po připomenutí data narození (S. K. je ročník 1932) v čísle

2 jsme v minulém čísle přinesli ohlas k jeho narozeninám od Lenky Gazdové a Jana Poněšického. Dnes je doplňujeme o vyznání dalších čtyř lidí: prof. Mojžíra Svobody z Brna, dalšího Standa dávného přítele Petra Hájka z Londýna a manželů Kostraňových. Věřím, že se čtenář nad touto „mírou neobvyklou“ dosud nenudil, ani nezavídal - a že se tedy ani v tomto čísle nudit nebude. Připomínání sedmdesátin S. K. v tomto čísle končí, ale časopis už nyní vyhlíží další autorovy články. (red.)

Poznámka

ke Standovým narozeninám

Článků oslavujících jubilanta bylo publikováno více než dost. Ostatně, kdo zná profesora Kratochvíla (a kdo jej vlastně osobně z naší branže nezná?), nepotřebuje číst glorifikační texty, protože jej Standa jistě mnohokrát zahltil a stále zahuje svým optimismem, energií, vědomostmi, entuziasmem atd. Konfrontace (resp. jejich vydavatel Zbyněk Vybíral) nabídly zajímavé téma, a sice, aby se vyjádřili jubilantovi žáci. Ač jsem jistě již dospělý a dosti starý, přesto se k tomuto postavení hlásím: patřím asi k prvním Standovým žákům i spolupracovníkům.

Pracoval jsem s ním v Psychiatrické léčebně v Kroměříži již od počátku roku 1966 a Standa mně současně přednášel na brněnské filozofické fakultě klinicko-psychologické disciplíny. Měl jsem to potěšení s ním nejen pracovat na rutinním psychologickém pracovišti, nýbrž i na akademické půdě. Nejprve na Katedře psychologie v Brně, v posledních letech jsme oba „parciálními, co se úvazku týče“ profesory klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Za nejpodstatnější však považuji naše privátní osobní kontakty a vztahy, které trvají nepřerušeně celou tu dlouhou dobu. Z mnoha společných zážitků lze vybrat jen několik málo střípků, neboť podrobnější vzpomínání by vyžadovalo slušně objemnou knihu. Z dávnověku naší spolupráce si vybavuji, jak mě, jako psychologického novice, zasvěcoval do tajů terapeutických zákroků (hypnózy, nácvikové tera-

pie, aplikace a exploatace tehdy legálně používané LSD a dalších), přes techniky vedení komunity pacientů až k hodnocení a interpretaci Rorschachova testu. Přál bych všem začínajícím kolegům takového guru. Pracovali jsme s nadšením sami dva v celé kroměřížské psychiatrické léčebně s mnoha stovkami pacientů. Kontakt s pacienty byl prostrídán diskusemi o jejich problémech a úvahami o dalším postupu. Že jsme končili v 9 či v 10 hodin večer nebylo výjimkou, ale spíše pravidlem (k velké „radosti“ jeho rodiny).

Standu také charakterizuje neohraničená ochota předávat vše, co ví a umí, neskrývá radost z toho, že někomu se něco podařilo, že mu vyšla kniha. Systematičnost jeho přístupu jsem měl možnost sledovat např. při vzniku jeho stěžejního díla - „Psychoterapie“. Rodila se jako přednášky pro lékaře léčebny, které byly spojeny s přednáškami pro studenty psychologie, kteří tehdy jezdili každý týden na dva dny z Brna do Kroměříže. Ověřoval si tak obsah a formu své koncepce. Ta zrodila nejprve skript a posléze první vydání Psychoterapie. Standa se nikdy nespokojil s hotovým - každoročně si naordinuje dobrovolnou klauzuru a výsledkem je kniha nová nebo aktualizované vydání některé z jeho knih dřívějších a úspěšných.

O půvabech našich společných cest by bylo možno dlouze vyprávět kouzelné historky - o ty není nouze: Bylo by to něco mezi vědeckým cestopisem a Klapkovými Třemi muži ve člunu. Např. náš dobře míněný výlet autobusem z Zürichu do Francie, kdy jsme jeli spolu se 30 nejméně devadesátiletými starouškami, pro něž to byl jediný kontakt se skutečným světem mimo oblast virtuální reality televize. Ukažovali jim z okna autobusu trávu, hory, krávy a řeku. Nutno říci, že se celou dobu skoro nevystupovalo a všechno bylo ve švýcarské němčině. Největší naší starostí bylo, co odpovíme Standově sestřenici, která nám výlet nadšeně doporučila a zaplatila. Dohodli jsme se nakonec na tom, že na otázku „Jaké to bylo“ odpovíme „Zajímavé“. Nebo vzpomínám, jak při cestě do Německa sedl Standa na hraničním palouku a svým hektickým tempem píše na stroji něco velmi nutného. Či jak málem neodcesto-

val do kapitalistické ciziny (v dobách, kdy to téměř nešlo), neboť musel ještě něco dodělat na oddělení v léčebně a doháněl autobus na kole v dvacetimetrovém sněhu (to kolo jsem pak odvedl zpět do léčebny a netroufl jsem si na ně sednout.).

Pokud je pochopitelné, že hyperaktivní Standa zničil ve čtyřiceti desítky kolegů svými mentálními i fyzickými výkony, na hranici uvěřitelnosti je, že v současné době jezdí každoročně na týdenní exkurzi s celým ročníkem olomouckých studentů na pražskou psychologickou pracoviště. Účastníci exkurze se po návratu potají svěřují s tím, jak už nemohli a snažili se aspoň jeden den „ulejt, protože to člověk prostě nevydrží“. Standa však ano.

Představuji si živě, jak nás naši potomci (pokud zde budeme) budou vozit na kolečkových židlích a živit intravenózně, a Standa bude publikovat další práce, pohánět své okolí k většímu tempu a sdělovat, že se má fajn a užívá si to.

Tedy si to užijte, máme Tě rádi a chytáme kapky Tvé energie pro sebe sama.

Prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc. (žák, kolega, přítel a fanda). Autor v současné době působí jako vedoucí Psychologického ústavu FFMU v Brně.

Čas běží, ale Standa letí

Profesorovi Kratochvílovi je neuvěřitelných 70, ale čas ho zatím nedohnal. Příšu krátce, abych přiznal svůj obdiv k němu a velký dluh. V letech 1970-1982 jsem byl postupně jeho studentem, diplomantem, podřízeným, a přítelem. Učil jsem se od něj a s ním, a dodnes vlastním řadu dovedností a zájmů, za které vděčím výhradně jemu. V roce 1982 jsme spolu jeli na konferenci do Glasgow, a v Anglii jsme se usazeně na delší dobu rozloučili. Jeho doporučující dopis byl jedinou referencí, kterou jsem mohl předložit svým prvním zaměstnavatelům. V 90. letech jsem ho přilákal několikrát do Londýna přednášet našim klinickým psychologům a medikům. Během těch let, jak jsem měnil svůj životaběh, tak se měnily moje profesionální zájmy, pohled na svět a asi taky chování. Letí-

cí Standa byl v tomto ohledu paradoxně velkou stálíci. Fascinován stejnými věcmi (kterých je samozřejmě slavná a heroicky dlouhá řada), stejně otevřený, přející, manický a nakažlivě šťastný a optimistický. Standa je bezvadný. Jeho produkty ale taky nejsou k zahazení. Po 20 letech klinického psychologování „venku“ jsem neztratil ani trochu respektu k jeho knihám. I jiní se snaží sumarizovat a integrovat velká sousta psychologie, někteří moc dobře, ale jenom výjimečně tak dobře jako Standa. Někomu chybí klinická zkušenost nebo tvořivý nadhled, někdo příliš investuje do nějaké teorie, jednoduché věci jsou důležité prezentovány jako věci složité. Standa píše objektivně, střídavě, jasně. Všichni, kdo ho známe, jsme recipienti šťastné náhody. Sluníme se ve společnosti jedinečného člověka a výjimečného autora. Ať nám ještě dlouho vydrží.

P. Hájek, Ph.D., v současné době Professor of Clinical Psychology a Head of Psychology na St. Bartholomew's and the Royal London School of Medicine, University of London, Turner Street, London E1 2AD, UK
Kontakt: p.hajek@mds.qmw.ac.uk

Milý Zbyňku Vybírale!

Je 16. listopadu a já se se studem přiznávám, že teprve teď, v lázních, čtu minulé a předminulé Konfrontace, které v běžném kalupu doma stihnu jenom přeletět. A tak jsem včera četla tvůj článek k jubileu Standy Kratochvíla, (na které jsem samozřejmě nezapomněla) a můj první pocit byl - bože, jak je ten Zbyněk mladý! Ten uvážlivý, šikovný a mírotvorný kolega z výboru České psychotherapeutické společnosti měl v době mého bližšího setkání se Standou v roce 1968 tak 7 let - počítám-li dobře. A v době průběhu jedné z prvních psychotherapeutických konferencí konané v Luhačovicích - někdy okolo roku 76 - mu mohlo být 15!

Já nyní v Luhačovicích jsem a po kolonádě se mnou chodí tehdejší vzpomínky a atmosféra. Myšlenky přicházejí a odcházejí (jak maršálové) a odešly - ovšem jen do momentu, kdy

se mi po včerejším čtení Konfrontací Standa přizdál! A byl to sen dost živý, organizačně náročný a celkově vyčerpávající - Standa něco slavil, někde tancoval, něco zařizoval a my - jeho suita - povlávali a nestačili, jako obvykle. (Jen pro informaci: v noci z 15. na 16. 11. řádil v Luhačovicích víchř až 99 km v hodině, padaly haluze a ráno v parku byly oloupané kusy kůry ze stromů.) Napadlo mne, že to může být něco jako znamení, ale těch bylo dokonce víc.

Dovol malou osobní odbočku. Lidské, ale zejména ženské pocity, kdy, abych parafrázovala - mládí je pryč a do důchodu blízko - není nutno nějak rozvádět. Přesto, když mi po prozpívání noci při oslavě výročí vzniku oddělení klinické psychologie v PL Kroměříž napíše kamarád *Tvůj hlas a elán zůstávají stále stejné*, pochopitelně si to přeložím jako: *Jsi to celá ty, ale jen když zavřu oči!* A to je tedy fuji! Pod vlivem podobných zkušeností jsem si vymyslela pro další konferenci workshop „Stárnutí a my“, který by inicioval vznik svépomocné skupiny (selbsthilfegruppe), aby nás v tom bylo víc. Účastníci by museli být starší než 55 let, a Kratochvíl a Skála by měli vstup zakázán, protože by tématu nerozuměli. No a už jsem zase v Luhačovicích, kde jsem - ta náhoda! - zachytila včera ráno kousek pořadu s Jaroslavem. A tu odpověď, jak dál, jsem tam nějak slyšela: tělu je nutno poskytnout nutnou údržbu (bohužel nyní již většinou pouze odbornou) a duši je potřeba zaměstnat, aby neměla čas příliš se zabývat sama sebou. Tak mi ten den orámovali zase ti dva, kteří mi mnohokrát nasvítili cestu, a to by myslím jako znamení mohlo stačit.

Na počátku té cesty stál odb. as. dr. Kratochvíl. Byl začátek roku 1968 a na katedře psychologie FF UJEP Brno došlo k našemu seznámení s psychotherapií. (Kterou jsem mimochodem v té době vůbec nechtěla dělat.) V letním semestru jsme si - můj tehdejší kolega (a partner) a já - zapsali na doporučení starších kolegů výběrovku u Kratochvíla. Cvičení se odbývalo v PL Kroměříž, kde už v tu dobu bylo celé oddělení klinické psychologie s vybavenými místnostmi, hypnótiem, testy, sest-

řičkou, panem inženýrem a několika již zaměstnanými kolegy, na tehdejší dobu opravdová rarita. Bylo krásné počasí, takže některá cvičení se dokonce odbyvala na střeše a atmosféra byla velmi přátelská, dělná a neformální. Bylo to něco zcela jiného, než jsme do té doby zažili, ale brzo jsme vše přijímali poměrně samozřejmě, nakonec už jsme byli třetíci. V rámci semináře bylo možno zažít plno psychologických atrakcí např. pokusy s hypnózou, možnost vyzkoušet řízené sezení s LSD nebo skupinovou psychoterapii. Opravdu, byla nás celá skupina, která přišla drobatečko později, protože se nám nevařily špagety - a on tam už seděl! Omluvili jsme se - a on nic neřekl. Pokusili jsme se vysvětlit - a on mlčel. Kolegyně, které přišly ještě po nás do všeobecného mlčení, to nevydržely a odešly. My to nějak zvládli, možná jsme tušili, že je nutno vydržet všechno, ale dodneška nevím, jak to vlastně tenkrát vydržel Standa. Ale potom se to zadrhlo. Nepustil nás domů na státní svátek 9. 5. Ráno, před dívčí ložnicí: „Je tam Kráfa. Prý máme jít na ROZCVÍČKU! A chce nějaké POCITY, asi DENÍKY nebo co. To je jako na pionýráku.“ Začali jsme poněkud vzdorovat, bolelo nás v krku a tak. Za některými kolegyněmi přijeli ve volnu partneři - vlastně vesměs budoucí manželé, kteří nás litovali a snažili se vše zpříjemnit po svém. Chronické pacientky ještě dlouho vykládaly o orgiích, když se dvojice koupaly ve staré koupelně s jednou vanou. Čas ale kvapil. Kráfa vyhlásil, že každý psycholog musí umět alespoň jeden cizí jazyk a PSAT NA STROJI, a rukou psané vyšetření že od nás nevezme. A tak nezbylo než ve svátek trdně datlovat a vztekat se a později se tomu smát. Nikdo z nás si tenkrát neuvědomil tu Standovu jasnozřivost, ale mnozí si na jeho slova později v praxi mnohokrát vzpomněli.

Jaro 1968 bylo opravdu úžasné. Všude byla cítit naděje a optimismus, všem jako by bylo těch třidvacet let. A pro čtvrtý ročník zorganizoval Kratochvíl výměnný zájezd na univerzitu v Tbilisi. Pro „účastníky zájezdu“ je to obvykle spouštěcí heslo vzpomínek na fantastických 14 dní, pro někoho ovšem také na fakt,

že Kratochvíl zkoušel i po cestě ve vlaku a myslím, že to někomu i nedal. Přesto vše dopadlo nakonec dobře - vrátili jsme se v pořádku. Gruzínské studenty jsme vzali také do Prahy a pochopitelně do Kroměříže, kde se jim obzvlášť líbilo. Nejvíc Standova hypnóza. Gruzínkám stačilo, aby jim řekl „dobrý den“ a už byly v tranzu. „Stáánda, sdělej gipnózu!“ Stačila první sugesce, a už přímo padaly do hypnózy. Po pobytu u nás se gruzínští studenti také vrátili v pořádku domů - nějak na začátku srpna 68. A myslím, že nikdo z nás už nikdy neabsolvoval tak opojný zájezd (i doslova), plný otevírajících se možností a příslibů, kdy vše bylo před námi a nic nebylo nemožné. Nikdy potom nám všem už nebylo třidvacet!

Kratochvíl v Americe. V té době jsme se s kolegyní Věrou Capponi už dělily o jedno sanitářské místo, pokoj a oplatky v PL Kroměříž. Chtěly jsme něco dělat, chtěly jsme pracovat a učit se u Standy a ten, když viděl náš elán, tak způsob „jak“ vymyslel. Vždycky něco vymyslel, když cítil opravdový zájem. Standovy dopisy z USA jsou proslavené. Adresáti je vždycky rozmnožili, poslali dál, a tak jsme si je předčítali i my, kroměřížští psychologové, na pátečních seminářích. A po roce? To uvítal Standu nacvičený sbor „Zdráv buď, ó pane náš, lid tvůj tě vítá.“ Zazpívali jsme si, a potom jsme pochopitelně začali kmitat - se Standovým příjezdem se život v léčebně opět roztáčil do vysokých obrátek.

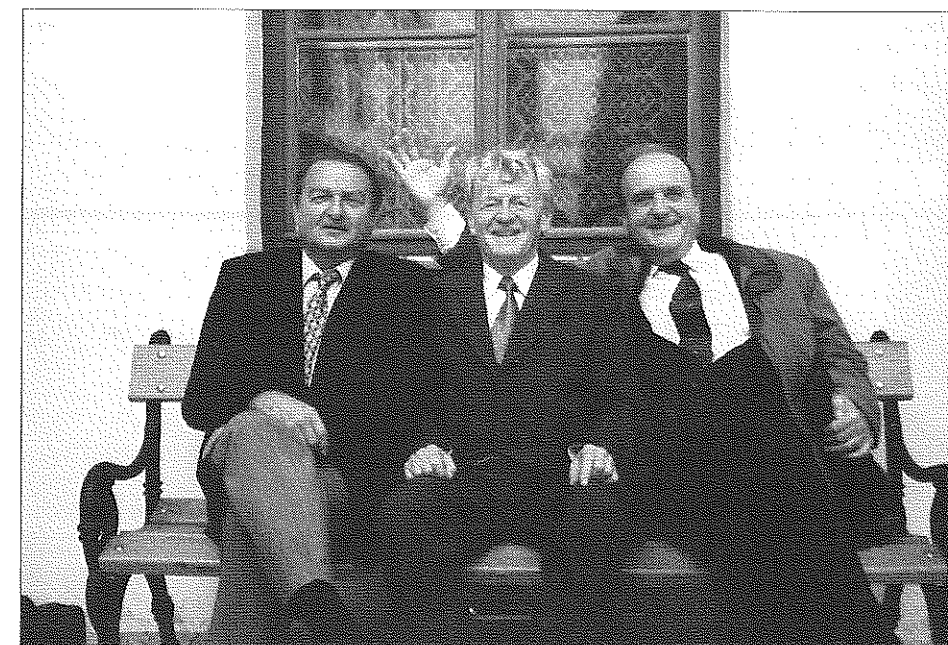
Přišel rok 1970 a já jsem nastoupila v Kroměříži po absolutoriu naplno. Myslím, že v té době jsem nejvíc oceňovala systém, který na psychologii byl. Život byl sice v běhu, ale ten běh měl svá pravidla, dobré vybavení a svůj řád. Vyšetření se archivovala, testy byly pro každého namnožené, u Standy v knihovně bylo skoro všechno. Jezdili jsme po konferencích, seminářích, všude byl někdo z Kroměříže. Tuším, že na jaře 71 zařídil Standa mikrobuse a vyjeli jsme po léčebnách, pamatuji si např. na Sadskou, Lobeč... a jeli jsme i za hranice (Polsko). Bylo potřeba, abychom se důkladně seznámili se zařízeními léčícími neúrozy komunitním systémem, protože v tu dobu

se už chystalo otevření 18B. Možnost podílet se na vytváření koncepcí a systémů, zůstala pro mne do dneška velmi uspokojující, ovšem podmínkou je, aby byla tak podnětná atmosféra a takový způsob vedení, jakou uměl vytvořit Standa. Tenkrát jsem poprvé zažila úžasný pocit práce ve fungujícím týmu. Skutečnost, že v týmové práci „duch“ týmu opravdu záleží na osobnosti šéfa, jsem si uvědomila až mnohem později.

Nestačilo to - začaly kurzy pro hypnózu. (Pořád se něco dělo.) My, kteří jsme bydleli v léčebně, jsme měli výhodu, ovšem zase nás všudypřítomný Kratochvíl spolehlivě vyhmátl, kdykoli potřeboval. Tehdy bydlela ještě i Standova rodina v léčebně a já si dodneška netroufla zeptat se Standovy ženy Vlastičky, jestli to bylo spíš dobře, nebo špatně. Pracovat v Kroměříži v tu dobu nebyl pracovní poměr, ale služba. Ale nedali jsme se jen tak lehce. Spojenými silami jsme občas Standu brzdili

anebo mu něco provedli. Při prvním kurzu hypnózy jsme povinně asistovali jako pomocníci. Já jsem vypadla dost brzo - jistý gynekolog na mou sugesci „táhne vás to ke mně“ řekl „Ano“ a odešli jsme. Takové úlety Standu nevíděl moc rád. Ale když kolega Vlastík zhypnotizoval vzadu naši kamarádku a převedl ji na Standovy sugescie, kterými pracoval na pódiu s pokusnou osobou, takže na jeho pokyny najednou reagovaly osoby dvě, zvládl Standa situaci bravurně.

Co bylo dál? Většina z nás z Kroměříže odešla. Rodiny, nová místa, chalupy a tak jednou za rok rodinná setkávání. Ale něco přece zůstalo - kontakty s normálními lidmi. Výcviky, komunity, psychoterapeutické konference. „Deviantní“ ostrůvky, kde se dalo dýchat a mluvit - a podle Standova také zpívat a tančit, nebo aspoň chodit a běhat. Chorovod „let kiss“, hymna „maršálové“. Všechno jsme tak prožívali - ti po nás už to budou jen normálně tančit a zpí-



Sedmdesátiletý prof. Stanislav Kratochvíl (uprostřed), krátce po narozeninách, obklopen dalšími dvěma profesory klinické psychologie. Vlevo prof. Svoboda, vpravo prof. Vymětal. Jak k snímku připsal Standa, jsou vyfoceni „ve vzácné shodě těsně před navrhováním jmenování čtvrtého (Petera Weisse) na vědecké radě University Palackého“. Snímek byl pořízen v září 2002 ve dvoraně rektorátu olomoucké university.

Jak to tedy je?

Napsal jsem v bulletinu rodinných terapeutů lehkovážně takový povzdech nad seniorstvím v oboru, jako reakci nad další ztrátou a snad i v atmosféře blížících se padesátin. Bylo těch ztrát v poslední době trochu mnoho. Za Petrem Bošem odešel nečekaně i Jan Špitz a nyní i Olga Holubová. I Zdeněk Rieger si povzdechl v e-mailu, že mu chybí Petr Boš. A zrovna na Zdeňka jsem si vzpomněl v té své chandře, a řekl jsem si, že zrovna on by se měl postavit na místo odcházejících otců. Ale copak on na něm nestojí? A to je to, co mě nyní mrzí. V ten moment jsem viděl jen jeden úhel pohledu. Chyběla mi ráznost a rozhodnost, která by se projevila při jednání v organizačních kruzích, např. ve výboru sekce rodinné terapie, angažováním se při jednáních, kde se vždycky vyjednává prostor pro ty mladší, pro to nové, co vzniká, kde se vždy musí někdo

postavit proti krátkozrakosti a sobectví jedinců ve prospěch společenství. Jako by zrovna tohle bylo měřítkem seniorství. Jako by nestačilo, že má Zdeněk volné ruce k vyjadřování svých názorů, a že to taky vždycky dělal a dělá. Jeho Zrnění (Podívejme: Word se rozhodl, že mi nedovolí dvě velká písmena na začátku slova, tady máte tu pc-svobodu!) mě pohládilo po duši i přesto, že jsem já si dovolil hodit po něm otázkou Proč je upostraněný! Houby upostraněný! Starej Rýgr je tam, kde má být. Je básníkem rodinných terapeutů v Čechách, pro mnoho z nich také fotrem, na kterého dají. Pro mě taky. A ještě něco: nebýt pozorného Zbyňka Vybrala, který si mé problematiku poznámky v Softfóru všiml, nebyl bych si to v tom foťru události snad ani všiml. Ejhle kolik nás pečuje o společnou psycho-terapeutickou domácnost!

V. Chvála v Liberci 20. 9. 02

Hledáme vedoucího kontaktního pracovníka / pracovníci

Jsme nezisková nevládní organizace Sdružení českých řemeslníků a sdružujeme 30 řemeslníků různých profesí z Hradce Králové. Ti odvádějí 15% ze svých zisků na konto sdružení. Odtud finance čerpají sociální pracovníci, pořádající veřejné akce pro problémové děti a mládež v HK. Hlavním cílem je vybudování volnočasového nízkoprahového centra Klídek.

Podmínky:

- vysokoškolské vzdělání v oborech: soc. práce, soc. pedagog, soc. psycholog, speciální pedagog, příp. příbuzné obory,
- nadšení a chuť pomáhat,
- zodpovědnost a schopnost samostatně pracovat,
- znalost práce na PC.

Vítáme:

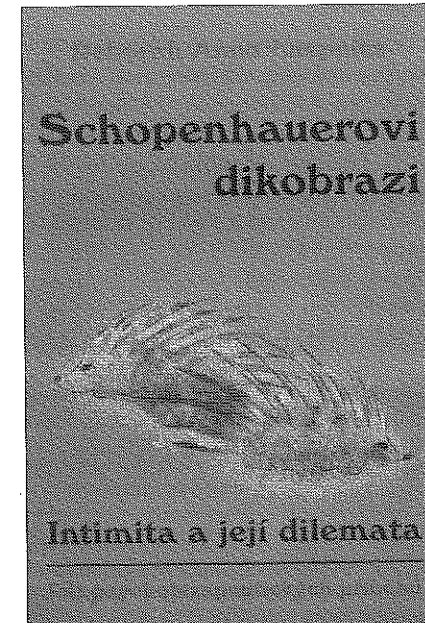
- odborný sebezkušenostní výcvik, specializované kurzy (krizová intervence...apod),
- praxi v oboru a znalost grantové politiky.

Nabízíme:

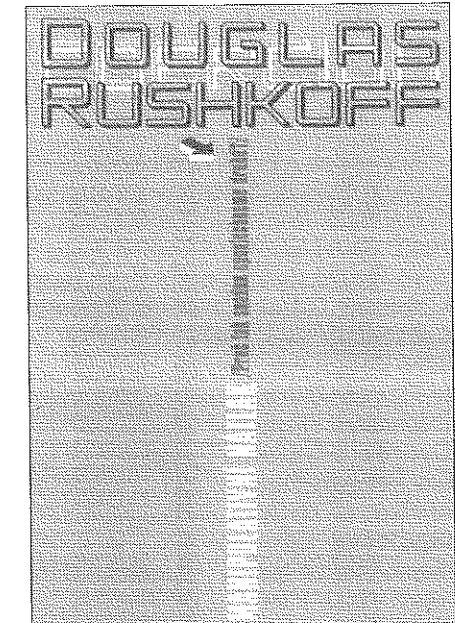
- velkou možnost seberealizace v novém projektu,
- kolektiv mladých a nadšených lidí,
- dobrý pocit ze smysluplné práce,
- měsíční platové ohodnocení.

Kontakty: Simona Zatloukalová, 737 / 835 681, zatloukalova@remeslnicikh.cz
Tomáš Langr, 603 / 258 555, langr@remeslnicikh.cz

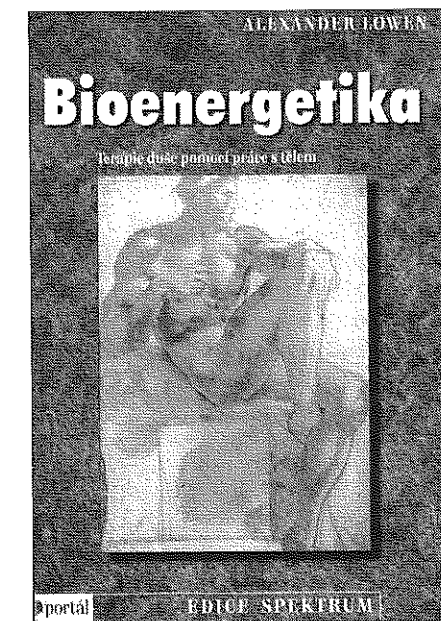
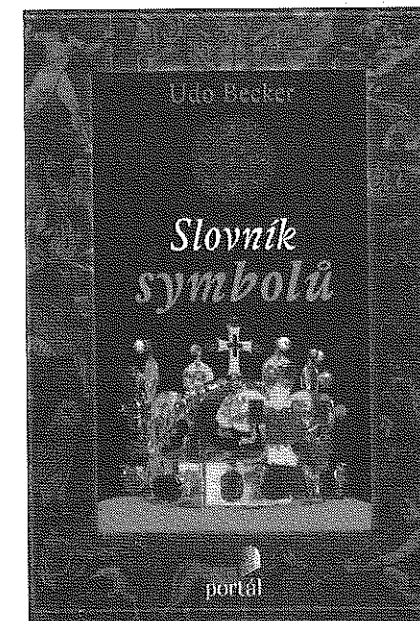
Sdružení českých řemeslníků, Hlavní 194, Hradec Králové, 500 08. www.remeslnicikh.cz



Deborah Luepnitzová je excelentní yalomovskou vypravěčkou psychoterapeutických příběhů. Objev sezóny!



Rushkoffův Manipulativní nátlak vyšel v říjnu 2002 a velmi dobře se prodává.



Novinky z Portálu

246 AUTORŮ, KTERÍ PUBLIKOVALI V KONFRONTACÍCH

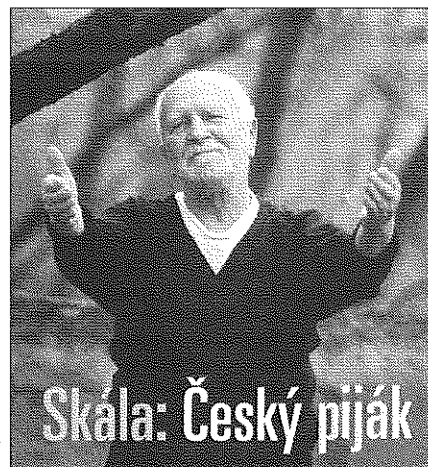
Adameček Albrich Andrášiová Bakalář
Balcar Barbarič Bartošová Baštecká
Bayer Beier Beranová Bernát Blížkovská
Boš Brandl-Nebahay Bromová Broža Bro-
žová Brožek Brožková Buriánek Býmová
Capponi Čálek Čaplová Černoušek
Červenka Čížek Decká Derková Dieš-

ková Dobášová Do-
ležalová Dorman
Doubková Drahota
Dvořák Erbertová
Ettl Felixová Fiedler
Frýba Gazdová
Gjuričová Grygar
Hájek Hajný Hala-
mová Halíř Hamza
Hašto Heretik Here-
tik, jr. Hermánek Hic-
klin Hillman Hlavatý
Hlavenka Hoskovec
Hrdina Hroník Hroní-
ková Hružová Hu-
ptych Chalupa Chla-
dová Chvála Jakubů
Janíček Janíková
Jára Jílek Jílková Ju-
nová Jůza Kalina K.
Kalina P. Kalousek Ka-

rašzová Kellerman Klimeš Klímová Klou-
ček Knobloch Knop Koblic Kobližková
Kocábová Kocourková J. Kocourková T.
Kolínová Komzáková Konečný Kopřiva
Koštecká Kovář Kožnar Krabec Krato-
chvíl Krížiková Kroutvor Kršek Kryl Kry-
slová Křivák Křivková Kubánek Kuda
Kudrle Kunst Kvítková Lajkep Límová
Lovichová Lustig Macek Macháček Ma-

chander Machová Machů Marková Mar-
tínek Menkynová Mikota Miovský Mo-
haupt Moreno Možný Mrázek Mrázo-
vá Mrkvička Müllerová V. Müllerová Z.
Myslikovjan Nekulová Němcová L. Něm-
cová M. Nešpor Novák Novotný Nykl
Obuch O. Leary Ondrisová Otterová
Ouda Oudová Oujezdský Pál Papežová
Partyšová Pavelčák Pavlát Pečená Pe-
cháčková Pellarová Perníčka Pětivoká
Pilařová Plaňava Plháková Počarovský
Podrapská Pohl Polišínská Poněšic-

ký Popov Porubská
Preiss Prevendárová
Procházka Procház-
ková Prudký Příhoda
Raban Radimecká
Radimecký Rachačo-
vá Rašticová Reich
Remeš Rieger Rohde
Rozmarová Rubeš
Rushkoff Růžička Ry-
bová Říský Satirová
Sedlák Senf Skála
Skála F. jr. Skorunka
Smitková Sobotková
Sopko Staemmler
Strachoňová Strnad
Svoboda Šedivá Še-
fránek Šikl Šimek
Šimková Šmolka
Šnorek Špitz Šrom
Štampach Šturma



28. října 2002 převzal od prezidenta republiky doc.
MUDr. Jaroslav Skála Medaili za zásluhy. Gratulu-
jeme. Foto: převzato z Magazínu Dnes. Kouzlo ne-
chtěného výřezu snad čtenáři přijmou s pochopením.

Štúrová Šupa Těmínová Tichá A. Timu-
lák Títl Tošner Trapková Tumpachová
Uhrová Úlehla Vacek Vajdičková Valko-
vič Válová vanBeekum Vančura Verný
Vodrážka Vogt-Frýbová Vojtová Votavo-
vá Vybíral Vymětal Wagnerová Watz-
lawick Weinholdová Wold Yalom Zý-
ka Zvoníček Žáková Žilinčák Žucha Žu-
chová

Vyšlo: Programová nabídka IPIPAPPu na rok 2003. Přes 40 workshopů, kurzů, výcviků.
Více na www.ipipapp.cz.

20.-21. března 2003 se koná v Olomouci konference pořádaná k 10 letům činnosti IPIPAPPu.

SPOLEČNOST PRO LOGOTERAPII A EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZU

pořádá

4. den logoterapie a existenciální analýzy s názvem

DEPRESIVNÍ PORUCHY V EXISTENCIÁLNĚ ANALYTICKÉ PSYCHOTERAPII

Kdy? 12.4. 2003 od 9:00

Kde? Evangelická teologická fakulta, Černá 9, Praha 1

Podrobný program bude upřesněn

Informace budou k dispozici na www.volny.cz/slea

KONTAKT NA SPOLEČNOST PRO LOGOTERAPII A EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZU

PhDr. Jana Božuková (předsedkyně)

SLEA

Volutová 2523

158 00 Praha 13

tel. 723 932 830

slea@volny.cz

www.volny.cz/slea

ISZ group
vzdělávání pomáhajících profesionálů

Výcvik "Umění pomáhat"

Další běh 400hodinového výcviku v systemickém přístupu
ke klientům a vlastní profesionální roli.

Určeno pro pomáhající profesionály, kteří při své práci
potřebují efektivně komunikovat s klienty či pacienty.

Výcvik je zaměřen na osvojování si praktických postupů
pro každodenní využití, důraz je kladen na reflexi vlastní
role a na rozvoj komunikačních dovedností.

Zahájení 30. ledna 2003 v Praze

Další informace a přihlášky

ISZ, Novodvorská 994, 142 21 Praha 4

tel./fax: 239 043 110

e-mail: info@isz.cz

internet: www.isz.cz

Česká asociace transakční analýzy (ČATA)

pořádá

ÚVODNÍ KURZ TRANSAKČNÍ ANALÝZY (tzv. „TA 101“).

Lektorkou je PhDr. Blanka ČEPICKÁ (CTA = certifikovaný transakční analytik evropské a mezinárodní společnosti transakční analýzy - EATA/ITAA).

Kurzy v rozsahu předepsaných hodin proběhnou ve dnech
21.-23. února 2003 (pá - ne)

Absolventi dostanou absolventský certifikát, který je podmínkou pro jakékoli další vzdělávání v transakční analýze v budoucnosti a je akceptovaný všemi oficiálně registrovanými TA společnostmi.
Kurzy proběhnou v češtině.

Určeno pro psychology, lékaře, sociální pracovníky, pedagogy, managery (= všechny, co dělají s lidmi) a studenty těchto profesí.

Cena kurzu 2100,- Kč, studenti 1600,- Kč. Informace o místě, časovém rozvrhu a způsobu úhrady půjde adresně na přihlášené zájemce.

Přihlášky (možné stáhnout na internetu: www.ta-cata.cz).

Závazně je se možné přihlásit do 20. 1. 2003 na adresu:

PhDr. Blanka Čepická, S.E.N.A. s.r.o., Tolstého 4, 101 00 Praha 10
tel + fax: 271733456, e-mail: blanka.cepicka@ta-cata.cz

Všechny bližší informace o ČATA a jejích aktivitách naleznete na výše zmíněných internetových stránkách. Počet míst je limitován na 15 v každém kurzu.

Kurz je zařazen do systému kontinuálního vzdělávání klinických psychologů garantovaného AKP ČR.

PROJEKT „TŘÍLETKA TA“

Všem absolventům TA „101“ a současně zájemcům o 3letý výcvik, jehož zahájení bylo v r. 2002 odloženo, oznamujeme, že jeho zahájení bude v květnu 2003. Více o termínech a lektorech naleznete na webových stránkách ČATA www.ta-cata.cz.

Prosím, aktualizujte svůj přetrvávající zájem na adresu PhDr. Blanka Čepická, S.E.N.A. s.r.o., Tolstého 4, 101 00 Praha 10, mail: blanka.cepicka@ta-cata.cz.

PROJEKT SUPERVIZE PRO ABSOLVENTY PRVNÍ „TŘÍLETKY TA“

Všem absolventům prvního takového výcviku, který vedl Servaas van Beekum, kteří mají zájem o supervizi a přípravu ke zkoušce (CTA) sdělují, že lektori, kteří povedou výše uvedenou „Tříletku“, jsou připraveni v případě zájmu časově připojit supervizní setkání zájemců v termínech „Tříletky“. Ty naleznete též na webových stránkách ČATA. Prosím též o vyjádření zájmu na stejnou adresu.

KURZY Dr. JITKY VODŇANSKÉ

Práce s tělem v psychoterapii

8 setkání v průběhu 1 roku nad tématy: biosyntéza, Pesso terapie, Kum-Nye, relaxace, kontaktní a relaxační masáže, stabilizační postupy pro práci v krizových situacích, antistresový program pro odborníky pracující s lidmi apod.

Lektory jsou: Dr. Jitka Vodňanská a PhDr. Yvonna Lucká.

Začátek kurzu je v březnu 2003. Cena jednoho setkání je 2.000,- Kč (se slevou 1.800,- Kč).

Kurz neverbálních technik

10-12 setkání v průběhu 1 roku nad tématy: muzikoterapie, arteterapie, neverbální techniky, práce s tělem, relaxační techniky, psychogymnastika, vztah terapeut-klient, techniky encounteru.

Lektory kurzu jsou: Dr. Jitka Vodňanská, PhDr. Yvonna Lucká, Mgr. Beate Albrich, Mgr. Petr Žďárek, PhDr. Gabriela Langošová, PhDr. Veronika Čermáková.

Začátek kurzu je v březnu 2003.

Cena jednoho setkání je 1.800,-Kč (se slevou 1.600,-Kč), platba na splátky.

Kurzy nabízejí seznámení s prvky uvedených psychoterapeutických přístupů, nové zkušenosti v poznávání sebe sama.

Jsou určeny všem, kteří pracují s lidmi (v oblasti zdravotnictví, poradenství, školství, rehabilitace atd.).

Speciální sebezkušenostní výcvik v rodinné terapii

Výcvik vychází ze strukturální rodinné terapie, sculptingu Virginie Satirové, práce s tělem v psychoterapii. Je určen profesionálům, kteří chtějí prohloubit své dosavadní dovednosti a sebezpoznání.

Témata: práce s tělem v rodinné terapii, sochání rodinných systémů, neverbální komunikace, práce s osobním příběhem, teorie.

Délka trvání cca 2 roky (200-250 výcvikových hodin), vede Dr. Jitka Vodňanská s lektory. Začátek v 1. polovině roku 2003.

Informace a přihlášky získáte u Mgr. Evy Libánské na adrese: Středisko pro mládež a RT (pro Evu), Apolinářská 4a, 128 00 Praha 2, tel.: 604 756 225, e-mail: jv.kurzy@seznam.cz.

**Centrum psychosociálního rozvoje
a kultury a vztahů**

NOTABENE

pořádá

VÝCVIK V DRAMATERAPII

- *experienciální průprava v základních metodách a přístupech dramaterapie*
 - *9 víkendových setkání během jednoho roku, zač. 7. 2. 03*
 - *cena: 13.900,- / stud. sleva 12.500,-*
- přihlášky a další informace: www.volny.cz/notabene,
notabene@volny.cz*

Mgr. B. Kolínová, Žitná 32, 120 00 Praha 2
tel. (zázn): 224 937 855, mobil: 737 369 792

Privátní psychologická ambulance
přijme klinického psychologa (ženu či muže) v okrese Svitavy.
I na zkrácený úvazek. Podmínky dohodou, možnost bytu.

Tel.: 461 612 682,
mobil: 603 83 85 84.

Ordinace klinické psychologie - nestátní zdravotnické zařízení v Ostravě

přijme klinického psychologa

s minimálně dvouletou (lépe i klinickou atestací) praxí
ve zdravotnictví pro psychodiagnostickou
a psychotherapeutickou práci s dospělými, adolescenty a dětmi
od 10 let, do zaměstnaneckého poměru s výhledovou možností
pronájmu provozu ordinace.

Žádosti s profesním životopisem zasílejte, prosím, na e-mail
m.bartakova@seznam.cz



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

tel.: 283 028 203, fax: 283 028 208, e-mail: obchod@portal.cz

Objednávky na internetu: www.studovna.cz, www.portal.cz

Prodejny: Jindřišská 30, Praha 1, tel. 224 213 415

Dominikánské n. 8, Brno, tel. 542 213 140

G. Kenneth West

Dobrodružství psychického vývoje

Autor se zabývá nejdůležitějšími etapami vývoje člověka, přičemž na dobrodružnou cestu životem nabízí čtenáři jako mapy cesty teorie R. Sternberga, E. Ericksona, J. Piageta, L. Kohlberga, D. Levinsona a dalších.

brož., 240 s., 299 Kč

J. Křivohlavý

Konflikty mezi lidmi

Druhy konfliktů a jejich řešení. Autor ukazuje rozdílný přístup k řešení konfliktů podle věku, pohlaví a typu osobnosti. Rozebírá vliv konfliktové situace a postojů účastníků na vznik důvěry a rozvoj spolupráce.

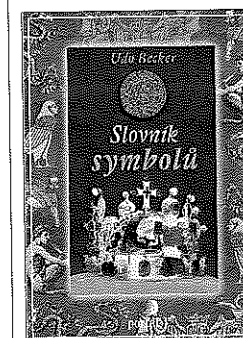
brož., 184 s., 249 Kč

R. Kennedy, K. Singh, N. Abel-Hirsch, C. Pajaczkowska, B. Kahr

Témata psychoanalýzy II

Člověk, společnost a kultura z pohledu psychoanalýzy.

brož., 208 s., 279 Kč



U. Becker

Slovník symbolů

Slovník symbolů představuje fundovaného průvodce kulturními dějinami, jež se odrážejí v základních symbolech různých kultur. Dílo zahrnuje 1800 hesel, která jsou doprovázena 900 (zčásti barevnými) ilustracemi. Touto formou kniha zprostředkovává informace o symbolice barev, čísel, forem či postav, jež spadají do období od antiky až po novověk, a pocházejí ze západní kultury i z tradic cizích civilizací.

váz., 352 s., 497 Kč

J. Doubravová

Sémiotika v teorii a praxi

Publikace zachycuje proměny a stav oboru do konce 20. století. Je užitečná pro každého, kdo se zabývá komunikací, ať je to jazykovědec, psychoterapeut, umělecký kritik nebo reklamní specialista.

brož., 160 s., 239 Kč

I. Riedel

Obrazy v terapii, umění a náboženství

Plochu obrazu je možné vnímat jako prostor plný symbolických významů. Tento přístup, jenž vychází z řady klinických zkušeností a shrnuje množství dílčích teorií, lze s užítkem použít jak v klinické práci s obrazy pacientů, tak i při pozorování profánních i sakrálních obrazů. Text knihy je provázen výkladem obrazů, na kterých jsou jednotlivé teorie objasněny.

brož., 216 s., 259 Kč

J. Šicková-Fabrice

Základy arteterapie

Přehled teoretických východisek arteterapie a cílových skupin klientů, pro něž je vhodná. Práce je doplněna 15 kazuistikami, které ilustrují účinky arteterapie.

brož., 176 s., 229 Kč

A. Lowen

Bioenergetika

Autor chápe lidskou osobnost na pozadí kauzálního řetězce – energie, pohyb, emoce, myšlení – a ukazuje na možnosti ovlivňování osobnosti pomocí změny energetických procesů probíhajících v těle člověka.

brož., 280 s., 299 Kč

