

J. Křivohlavý
Pozitivní psychologie

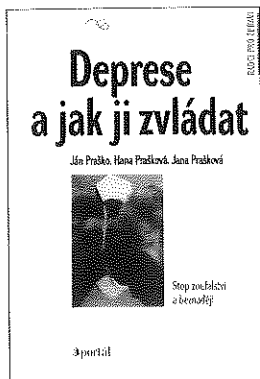
Přehled tematiky studované v rámci tohoto směru se zaměřením na procesy od-
 pouštění a smířování. **brož., 200 s., 249 Kč**

B. Baštecká a kol.
Klinická psychologie v praxi

Publikace je doplněna řadou případových studií, profilů klinických pracovišť i por-
 trétů našich předních odborníků. **váz., 400 s., 579 Kč**

J. Praško a kol.
Poruchy osobnosti

První monografie o poruchách osobnosti u nás se zabývá vývojem poruch osobnosti
 od dětství a v průběhu dospělosti a možnostmi **váz., 360 s., 549 Kč**
 léčby.



J. Praško, H. Prašková
Deprese a jak ji zvládat

Příručka pro postižené, jejich blízké a pomáhající profese. **brož., 184 s., 225 Kč**

E. T. Gendlin
Focusing

Focusing je technika terapie či sebeterapie, spočívající v rozpoznání a změně osob-
 ních problémů zakotvených v lidském těle. **brož., 184 s., 249 Kč**

Z. Vybíral
Lži, polopравdy a pravda v lidské komunikaci

Proč nás druzí v komunikaci často klamou a jaké prostředky k tomu používají?
 Poprvé v češtině vychází knížka, která se těmto otázkám systematicky věnuje. **brož., 176 s., 229 Kč**

N. Hayes
Aplikovaná psychologie

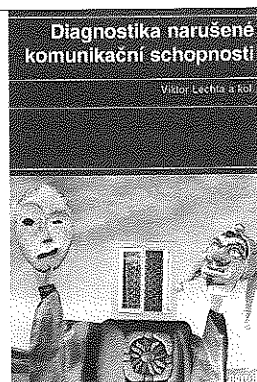
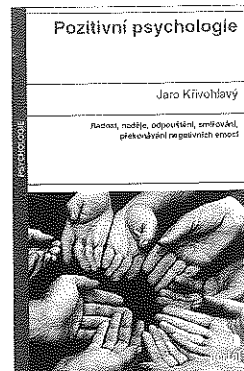
Tradiční směry aplikované psychologie i méně známá témata užitého psycholo-
 gického výzkumu (kosmická psychologie, psychologie životního prostředí, poli-
 tická psychologie aj.) **brož., 224 s., 287 Kč**

J. Praško, B. Pašková, H. Prašková, M. Šiepecký, R. Záleský
Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit

Jak poruchu rozpoznat, jak ji léčí odborník, jak si může pacient pomoci sám
 a jak mu může pomoci jeho rodina. **brož., 128 s., 189 Kč**

V. Lechta a kolektiv
Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Obecná a speciální část knihy jsou zaměřené na diagnostiku jednotlivých druhů
 narušené komunikační schopnosti (narušený vývoj řeči, porucha hlasu, dyslálie,
 afázie, mutismus, autismus, kóktavost, poruchy čtené a psané řeči aj.) **váz., 320 s., 485 Kč**



časopis pro psychoterapii Konfrontace

15. ročník /2004/, číslo 1 /55/

Odpověď Zlatce

Ad) Z. Šramová: Rodinné konstelace, Konfrontace 2003, strany 187-188.

Milá Zlatko,

Tvá reakce na můj článek v Konfrontacích ve mne vyvolala směr pocitů. Trochu mne to zaskočilo, ranilo a bylo i líto. Je mi to však i poučením. Tému jsem rád. Případá mi ale, že se mne snažíš chytat za slovo, vytrhuješ slova z kontextu a i překrucuješ. Tomu rád nejsem. Nebudu přecházet do protikroku. Budu se jen bránit.

Můj článek byl schématický a jednoduchý. To však bylo mým záměrem. Nic víc. Souhlasím s Tebou, že objasnit filozofii Hellingerova přístupu má svůj význam. Filozofie je důležitá. Avšak neméně důležité je i jednoduše vědět, jak to vypadá. Ty jsi zkušená terapeutka a stavění rodinných konstelací znáš už několik let. Avšak každý není jako Ty. Mnoho lidí (a mezi nimi i řada terapeutů) tuto metodu vůbec nezná. A pro nezasvěceného, který zvažuje případnou účast na semináři, může být důležitější vědět, co se tam děje, jak to vypadá, jak dlouho to asi trvá, jestli bude muset mluvit atd. To může být důležitější než filozofická debata o fenomenologii a teorii pole. Můj článek byl tedy takovým zjednodušeným vnějším popisem. To však nutně neznamená zlacnění a devalvací obsahu, ze které mne, zdá se, podezíráš.

A nyní ke sporným výrokům:

Rozhořčily Tě má slova: „normální rodina je zdrojem patologie“. V originále jsem však napsal: „Často navenek „normální rodinka“ bývá zdrojem patologie.“ Vynechala jsi tedy: „časťo“, „navenek“, „uvozovky a slova“, bývá jsi změnila za „je“. Nechci ulpívat na slovíčkách. Mám ale potřebu se bránit. Reaguješ totiž veřejně a Tvé „opomenutí“ zcela mění smysl mých slov.

Dle Tebe je tento „výrok pejorativní ale i terapeuticky nebezpečný (nehovoříc o tom, že se týká všech, autora nevyjímajíc).“ Souhlasím s Tebou! Zmínka o jakékoliv patologii je pejorativní. Pokud bychom to vzali do slova, nemohli bychom vůbec diagnostikovat. Proto je mi také sympatická tato metoda svým pozitivním zaměřením. O tom však v článku píš. Na druhou stranu souhlasím, že se patologie týká mnohých z nás (mne nevyjímajíc). Kdyby tomu tak nebylo, co bychom si řešili ve svých terapiích a na výcvicích? Chtěl jsem tím tedy říci, že tato metoda je vhodná pro každého, kdo chce něco zlepšit.

„Rozestavením protagonistů v prostoru má role klienta končí.“ Mám tím na mysli aktivní roli klienta. To znamená, že si po postavení svého systému jdu sednout a sleduji, co se bude dít v mém systému.

„Optimální uspořádání se najde asi tak do hodiny.“ Samozřejmě, že někdy je to rychlejší (do 20 min.), někdy delší (třeba 90 min.). Někdy to nelze ukončit a je třeba stavění přerušit. Avšak nikoho neutnu předčasně a vždy se snažím najít řešení. Bez ohledu na čas. Hodina je však tak přibližně průměrná doba trvání této práce. Pro ty, kdož nevědí, o co jde, je tato informace důležitá. Setkávám se totiž s dotazy, jestli to trvá 10 minut nebo celý den, případně zda je to na pokračování.

„V poli se pracuje jako s figurkami na šachovnici.“ Zvenku to tak skutečně vypadá. Nehrají se tedy žádné scénky, netvoří se žádná gesta.

„Na rozdiel od kolegy považujem vytvorenie dôvery a bezpečia za jednu z priorit a bez ochoty klienta ist s kožou na trh by stratil tento prístup zmysel.“ V originále jsem napsal jako jednu z výhod této metody: „není nutné jít tzv. se svou kůží na trh, mnoho můžeme získat i coby představitel v cizí roli.“ Tím mám na mysli, že když stojím jako představitel například v pozici otce, může mi tato role mnoho dát a nemusím si stavět svůj systém. Nemusím tedy tolik riskovat a přesto si mohu velmi hmatatelně něco prožít. Nevím však, na základě čeho jsi, Zlatka, pochopila, že tím zpochybňuji smysl důvěry a bezpečí při této práci?

Píšeš, že účastníci Tvoji seminářů nejsou vůbec pasivní. To je dobře. Doufám, že je tomu tak i na mých seminářích. Důležité však je, že u této metody je pasivita možná. Nikdo nikoho nenutí (mluvím o mých seminářích) mluvit a otvírat se. Stačí opravdu jen na začátku se představit a pak už jen „pasivně“ pozorovat a nezapojovat se. Podle sebe vím, jak je toto důležité. Že se mohu „jen“ účastnit a nic víc nemusím. Je samozřejmě rozdíl mezi pasivitou vnější a vnitřní. A důležité je také vědět, že často si ti navenek pasivní mohou odnést nejvíce.

Zlatko, věřím, že nám oběma leží na srdci totéž - prosazení Hellingerova přístupu. Každý to děláme tak, jak umíme a jak je nám vlastní. To je na tom komplikované, ale i obohacující.

Jaroslav Simon

Jde mi o zkušenosti

Ad) Z. Vybíral: Má pravdu Jan Poněšický? Konfrontace 2003, strany 192-194

Pakliže autor reaguje na kritickou recenzi své knihy, tak se to může zdát neobvyklé. Jistě, mohl bych se cítit být nad to povznesen, tak jak se Z. Vybíral cítí být „mírně povznesený nad psychoanalysou“ (str. 193). V minulém čísle Konfrontací však recenzent zpochybňuje hlavní ideu celé knihy a i s ní spojenou argumentaci - a to nemohu nechat být bez povšimnutí. Bez ohledu na reakce okolí na tuto repliku mi jde o věc samu, jakož i o naši „psychotherapeutic community“, na kterou jsem se především mou knihou obracel a jejímž členem se přes svou emigraci i nadále cítím být (a kterou Z. Vybíral coby vydavatel Konfrontací nemalým způsobem ovlivňuje). Z. Vybíral hned v úvodu kritizuje, jak lehkověrně používám adjektivum „typický“ pro zdůraznění rozdílů mezi ženami a muži. Nevím, zda si všiml, že jsem problematice typisování věnoval celou jednu kapitolu. Uvedl jsem mimo jiné, jak akceptová-

ní rozdílnosti mezi pohlavími vyvolává nejistotu z nemožnosti zcela např. svému partnerovi porozumět (jde zde o frustraci idealisace vzájemného vztahu), či aktivuje - např. u části mužů - úzkost ze silné (všeobjímající, jindy na vztah náročné) ženskosti. Proto bývá „typická“ rozdílnost mužů často negována nebo řešena zlehčováním všeho ženského.

S výtkami, že se jedná o nepodložené mýty či jednostranné psychoanalytické interpretace jsem se občas setkával již při příležitosti přednášek na toto téma. Proto jsem se snažil o bio-psycho-sociální pojetí rozdílnosti mezi ženami a muži na základě pouze zřejmých faktů (tedy spíše Aristotelovsky): genetických a hormonálních vlivů; prožívání odlišnosti tělesného vzhledu (tělesnosti vůbec) včetně primárních a sekundárních pohlavních znaků; reakcí okolí na svou vlastní tělesnost; rozdílnosti vztahů dcer a synů ke svým matkám a otcům a naopak a s tím spojené odlišné výchovy; odlišného průběhu puberty a vědomí budoucího mateřství; identifikaci s genderovými rolami a působení kulturních tradic (memů). To vše např. formuje i ženské nevědomí, jak jeho přístupnost (např. i vlivem užšího a trvalejšího propojení dcer s matkami), tak i jeho obraznost, což dokládají i nové mozkové zobrazovací metody tím, že existuje u žen mnohočetnější spojení mezi pravou (obrazovou) a levou (symbolicko-logickou) hemisférou. Zde i jinde se oproti tvrzení Z. Vybírala (str. 193) opírám ve svých vývodech o rozsáhlé výzkumy a poznatky z vývojové psychologie i z dlouhodobých analýz takových autorů jak Rohde - Dachseové, Chodorovové, Benjaminové, Kernberga, Rossa atd. Chápu, že ten, kdo se touto problematikou dostatečně nezabývá, může nabyt dojmu, že se jedná o více méně spekulace, a to tím spíše, že jsem se snažil integrovat do těchto vědeckých poznatků lidovou moudrost, příklady z pohádek, mýtů a krásné literatury (a nikoli naopak, jak uvádí Z. Vybíral). Šlo mi především o to seznámit čtenáře se současnými názorovými proudy na dané téma a nastínit možnosti jejich integrace.

Co se týče kritizovaných generalisací, tak ty chápu jako koncentrát dosavadních zkušeností

ností a nikoli jako poslední pravdy či neměnná dogmata. Skoro více mě negativně překvapilo znevažující paušalování, např. že můj přístup „je směs freudovského vytažování penisu obloženého archetypy“ (str. 183), aniž by to bylo něčím doloženo. Nemám nic proti vášnivým disputacím, ba naopak je vítám. To však předpokládá fundovanou protiargumentaci, jež zde naprosto chybí. Nestačí přece různá tvrzení zpochybňovat bez snahy je něčím jiným kvalifikovaně vyvracet. Z. Vybíral se zde chová jako inkvizitor se svým „komu padne tomu padne“, aniž by vždy jasně zdůraznil, že se jedná o jeho subjektivní názor. Když např. již na obecnější rovině, kriticky komentuje hlubinnou psychologii za to, že stvořila „svět sám pro sebe“ (str. 193), pak lze přece namítnout, že každý člověk si opravdu vytváří svůj vlastní vnitřní svět... a ten je opravdu charakterizován nebeskými touhami a ideály jakož i destruktivním peklem - a nudný život vzniká důsledkem vytěšňování do nevědomí, jak na to neustále poukazuje psychoanalýza.

Sám již po léta propaguji její velmi otevřené pojetí. Pokusím se to demonstrovat na centrálním psychoanalytickém pojmu (vědomého i nevědomého) přenosu, a tím i trochu otupit jeho kritiku např. *daseinsanalysou*. Samozřejmě nejde o přenesení něčeho na něco jiného v konkrétním slova smyslu.

Stejně tak jednoznačně nezastávám názor, že jde o fixaci na určitém vývojovém stupni libida spojenou s konservativní tendencí k opakování alias s pudem smrti. Jde spíše o postoj, často již preverbálně podmíněnou vztahovou zkušenost, skrze kterou člověk vnímá selektivně nové situace. To potvrzují opět i nové neurofyziologické nálezy, to převzala gestaltpsychologie ve smyslu vnímání určité figury na pozadí, stejně jako např. i Kelly v jeho pojetí „osobních konstruktů coby šablon jimiž osoba pojmá a zpracovává životní realitu“ (citováno dle Mikšíka: *Psychologické teorie osobnosti*, UK, Praha 1999). Psychoanalytická interpretace přenosu má za úkol poukázat na neadekvátnost až jednostrannost starého vnímání a tím otevřít prostor pro nový pohled, který je i onou interpretací nabízen. Když jsem

např. upozornil jednu pacientku na její sotva uvědomovaný, spíše tělesně prožívaný úlek poté, co jsem se podíval během terapeutického sezení na nástěnné hodiny, tak se ukázalo, že v tom okamžiku zažila strach z přerušování vztahu. Ihned se jí vybavilo chování její matky k ní. Zároveň jsem jí nabídl se přesvědčit, zda tomu odpovídá její vnímání naší vzájemné situace. Ruku v ruce s poukazem na habituální vnímání a reakce jde tudíž o tzv. zkoumání reality, a tím i možnost se dobrat nových pohledů a zkušeností. Terapeut se samozřejmě zabývá i tím, jak pacient reaguje na něj a naopak - a zde lze porozumět recenzentem zdůrazňované individualitě často lépe tehdy, uvědomíme-li si, zda se jedná o ženu či o muže. U obou lze např. odlišně chápat snahu dostat se na stejnou rovinu (pozici) jako terapeut: u muže to bývá rivalita, a ve vztahu k terapeutice obava, že u ní coby muž „propadne“. Ženská pacientka si nezdá přeje se ve vztahu k terapeutice konečně zbavit typické ambivalence (kterou jsem popsal mezi dcerou a matkou) a u muže bude hledat potvrzení své ženskosti či bližší seznámení se s jeho schopností individuality a sebeohrazení. Moje intence záleží právě v tom, přijmout a neanalyzovat to, co je mužské a ženské povaze přirozené, a nepoměřovat pacienty (a lidi vůbec) na pozadí uniformního konstruktů »ženomuzek« (Tuto možnost prognostikuje např. francouzská feministka Banditerová). Co se týče recesentových nepřesností uvedu jeden příklad za všech: Nepoměřoval jsem „muže s Kristem“ (str. 192) nýbrž (spíše naopak) jsem poukázal na paradox, že Kristus, uctíváný dodnes coby vzor a příklad, nestavěl svou mužnost (sílu, status atd.) do popředí, byl laskavý, dovedl ustoupit, v čemž se nezdá být většinou mužů následován.

Poněkud podivné je označení Poněšického za Homéra české psychoanalytické literatury, básníka, který krásně píše, a na druhé straně poněkud degradujícím způsobem označit jeho jazyk za neohrabaný, jež dal vzniknout takovým obrátům jako „pomoci kanalisovat její vlastní agresivitu“. V maličkostech se zdá být Z. Vybíral poněkud konkrétnější.

Ovšem „kanalisace“ coby vyústění nebo průnik se běžně nejen v psychoanalytické, nýbrž i (zvl. německé) psychoanalytické literatuře používá. Navíc recenzent ví, že žiju, přednáším a publikuji převážně v Německu, takže považuji jeho výše zmíněný příklad za poněkud nemístný. Závěrem znovu zdůrazňuji, že mi nejde v žádném případě o pravdu, jak uvádí Z. Vybíral v titulu své recenze, nýbrž o současné pohledy na dané téma, o klinické (a jistě i osobní) zkušenosti.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický,
Bad Gottleuba, 28. 12. 2003

(Odpověď J. Poněšickému najde čtenář na s. 10)

Milý Zbyňku

Ad) Z. Vybíral: Má pravdu Jan Poněšický? (Konfrontace 2003, strany 192-194); Nevyužitá šance (194-197); Chvála i kritika výjimečné knihy (199-201).

Milý Zbyňku, přečetl jsem si Tvoje pojednání o knize „Péče o duši“, také jsem zvládl dva Tvé další texty o knize „Fenomén mužství a ženství“ J. Poněšického a „Rodinná terapie“ Š. Gjuríčové a J. Kubičky a moje nálada šla ke dnu. Nemohl jsem se z toho vyhrabat, a když jsem přemýšlel nad svojí bezmocí, tak mi došlo pár věcí, které bych Ti asi jinak sdělil osobně, příležitostně, ale protože jeden z titulů jsem napsal já, „Péči o duši“, tak jsem nucen sednout a sepsovat.

Nemám nic proti kritice, polemice, odborné diskusi a recenzi. Ale první z věcí, která mě praštila do očí, je *žánrová směska* Tvých textů, v nichž o oněch třech knihách pojednáváš. Nelze jen tak bez závazku a bez důsledků přeskakovat z jednoho žánru do druhého. Každý z nich má svá pravidla, vyžaduje určité postupy a také vnitřní řád. Tak například odborná diskuze musí jasně definovat svá východiska, odborné postoje a z nich vyplývající tvrzení se musí opírat o výzkum nebo musí mít jinou metodologickou fundaci než např. recenze. To je první potíž.

Další potíže přináší odborná stránka Tvých textů. Na knize „Fenomén ženství a mužství“ kritizuješ J. Poněšického za to, že „nepokrytě generalizuje“ tím, že typologizuje. Ale přece dobře víme, že typologizace je pro psychoanalýzu příznačná. Na její půdě se poprvé objevily kognitivní styly vztáhnuté k vývojovým fázím, lidské charaktery a jejich utváření v relaci s podobami rané sexuality, psychosomatické typové souvislosti atp. Za to však není zpravidla kritizována. Její Achillova pata tkví v něčem zcela jiném. Typologizace, jak se člověk dozví např. u VI. Tardeho v jeho „Psychologii osobnosti“ (FFUK, 1964), sice nebývá statisticky průkazná, ale za to psychologicky výstižná. Typologizační generalizace je třeba „hlídat“ jinými formami psychologické metodologie, ale bylo by nesmyslné je zavrhnout. Typy slouží jako vodítka, není možné podle nich otrocky postupovat v konkrétních případech vždy a za všech okolností, což Poněšický ve své psychoanalytické práci dělat nemůže a také nedělá. Psychologie tak, jak jí rozumím, se vždy pohybovala mezi póly metaforicky uměleckého, intuitivního a emocionálního vyjadřování a přísně logických, dokonce i opakovaním ověřitelných, schématicky přírodovědeckých forem popisu a explanace. Není možné popřít a odstranit ani jeden z metodologických pólů. Je možné ji s vědomím obou pólů rozvíjet. Jinak by se jako vědní obor zhroutila. Je přece naukou o všem, čím a jak člověk je.

O psychoterapii říkáme, že je to (dokonce snad jediná psychologická) nauka o individuálním. To ale, Zbyňku, podle mého soudu neznamená, že obecnosti v ní nemají své místo. Nejde o to *zda*, ale *jak* jim rozumět a s nimi zacházet. Individuální není *vlastnost*, ale člověk se svým osudem. Individuální není ani téma, ale konkrétní *příběh, událost*. V tom podle mne tkví podstata individuálního přístupu. Problémem také není typická vlastnost muže či ženy, ale *způsob* a místo jejího uplatnění (psychologie přece není žádná novinařina). Žádný soudný člověk už dnes nepochybuje o tom, že ženy a muži mají stejnou schopnost myslet. Ale způsob, jakým to dělají, se v určitých typických situacích liší. Třeba jen jedinkrát za život. A prá-

vě o tyto třeba i kvantitativně bezvýznamné, leč situačně rozhodující a pohlavně určující jevy běží, a to i v Poněšického knize především. V psychologii i v psychoterapii tuto skutečnost nesmíme přehlédnout. Abychom rozuměli trápení lidí, je třeba se zabývat jeho určitými kontexty, a nikoliv abstraktní individuálností. Ony totiž tu neredukovanou individuálnost zakládají. Možná Tě zmátl, že Poněšický čerpá z psychoterapie, ale jeho vývody psychoterapeutické nejsou. To, jak svoji typologii v psychoterapii uplatňuje, je velmi důležitá věc a jistě by takovou otázku bylo případné autorovi položit. Myslím si, že blahosklonnou povznesenost si v tomto místě psychoanalýza nezaslужuje, zde je spíše prostor pro tázání.

A poslední poznámka, mezi zobecněním a abstrakcí je významový rozdíl. Pojem *typus* je abstrakcí, a nikoli zobecněním. Na několika místech v textu toto nerozlišuješ a to je chyba.

K odbornému aspektu pojednání o knize „Rodinná terapie“ od autorů Š. Gjuríčové, J. Kubičky pár slov. Knihu nemohu dobře posoudit, protože jednotlivé systémické teorie natolik neznám. O obecných problémech teorií však něco vím. Například to, že obecná systemika má řadu velkých teoretických potíží, o kterých však, Zbyňku, neříkáš, na rozdíl od psychoanalýzy, nic. Přece pojmut rodinu jako systém představuje obrovský filozofický, metodologický a především praktický problém stejně tak, jakým je výhradní soustředění se na tzv. příběhy bez kontextů disciplíny, ve kterých se o příběhu hovoří. Je s podivem, že ačkoliv systemika zdůrazňuje sociální kontexty, je prakticky slepá ke kontextům časovým. A co říkáš jejím manipulativním a autoritářským praktikám? Rovněž by odborně stálo za to se např. dotázat na to, co to znamená „vidět věci jinak“, jak a podle jakých principů či důvodů se to dá dělat? Vždyť nakonec psychoterapie se výhradně zabývá hledáním a objevováním jiných způsobů jednání, chování, citění, prostě bytí. A co zjevný solipsismus konstruktivismu? Když, Zbyňku, hledáš a snažíš se objevit metodologické potíže u jednoho díla, proč totéž nečiníš v případě následujícím? Zatímco u obou dalších děl kritizuješ autory z pozic filozofizuj-

cích, v tomto případě tak z nějakého neuvedeného důvodu nečiníš. Nebo snad se domníváš, že systemika a systemické psychoterapie nemají svá zamlčená filozofická pozadí? Musím se přiznat, že Tvoje roztrpčení Derridou docela chápu, jeho pojetí hermeneutiky, pojmy „différance“ či „strategie dvojí hry“ jsou velmi diskutabilní, ale jeho diskuse o významu řeči a písma patří k epochálním. Nazvat jej však bez argumentace bláznem je poněkud neobvyklé.

Knihu Šárky Gjuríčové a Jiřího Kubičky jsem si přečetl, a také ji srovnal se dvěma americkými publikacemi, z nichž jedna je kompendiem a druhá monografií (M. Nichols, Ch. Ramsey). Obě dvě jsou dobře použitelné a rovněž tuto funkci plní, jako učebnice. Musím říci, že jsem neshledal žádné kvalitativně podstatné rozdíly. „Rodinná terapie“ se čte velmi dobře a je srozumitelná, aniž by byla plochá či zjednodušující. Inteligentně spojuje a kombinuje názornost, klinickou zkušenost s teoretickým výkladem a argumentací. Nepředstírá nic, ani člověka nechce přivést na víru svatou. Můj osobní dojem z četby je ten, že autoři na velmi slušné úrovni čtenáře zasvěcují do oblasti i odborného počínání v ní. Gjuríčová je známá svojí „rodovou orientací“, Kubička je dlouholetý klinik a oba své silné stránky k mé čtenářské spokojenosti uplatnili bez ztráty mého vysokého mínění. Měl jsem dojem, že to, co jsi četl Ty, je zcela jiná kniha, nežli ta, kterou jsem si koupil a přečetl já.

Tvé formální výtky nechci posuzovat, ale mně se zdálo být druhotné nebo sporné. Vytýkáš jim, že nedocenili české autory. Z textu ale je jasné že se autoři opírají o literární zdroje historicky původní a mezi ně, žel bohu, žádný z našich autorů, co se týká systemické psychoterapie, nepatří. I když jsou Zd. Rieger a H. Vyhnálková významnými českými autory, je zřejmé, pro „Rodinnou terapii“ nejsou relevantními autoritami stejně tak, jako já např. nejsem relevantní pro zmiňovanou knihu J. Poněšického. Navíc pak „Ostrov rodiny“ není učebnicí.

Nakonec se chci pozastavit u Tvého třetího pojednání, které se týká „Péče o duši“. Chci mluvit především o několika odborných výtkách,

kteří vůči mé knize máš. První a důležitá se týká použití označení „asi padesátiletá psychoneurotička“ nebo „mladá mentální anorektička“, která nazýváš nálepkami a považuješ je za redukční označení. Antipsychiatrická výtika, totiž tzv. nálepkování, má své opodstatnění v kontextu doby šedesátých a sedmdesátých let, kdy R. Laing, D. Cooper, T. Szasz, M. Foucault a další (u nás především J. Němec, K. Kalina, L. Horák, K. Zeman) vystoupili s ostrou kritikou odcizené, odcizující a negativně značující psychiatrické tradice, která má podle antipsychiatrů kořeny v minulosti, kdy diagnostické označování vyvrhovalo člověka ze společnosti, a on ponižen a zbaven práv byl použit jako zástupná oběť (viz např. R. Laing, D. Cooper, T. Szasz). Antipsychiatrie vytýkala povrchnost značkování jen okrajově, šlo především o segregaci a deformované předsudečně apriorní vnímání psychiatrických pacientů od středověku až po dnešní dobu, a to v souvislosti s uchvácením moci (např. Szasz, 1970). Kritika tedy nebyla namířena proti opatření nějakého člověka názvem. Ten byl jen příznakem celého procesu devalvace, ideologizace (nejen náboženské, ale i politické) a anihilace lidské existence. A to přece, Zbyňku, nedělám. Moje označení „mentální anorektička“ je označení klinické a obvyklé i u autorů, jako jsou M. Boss či G. Condrau. Sám ve své knize „Psychologie lidské komunikace“ používáš označení psychotik, schizofrenik, autista a nikoho by snad probůh nenapadlo Tě za tohle nazvat redukcionista. Problém redukce spočívá podle mého soudu naprosto jinde, totiž v pojetí člověka. Psychoanalýze, podobně jako jiným naturalistickým a subjekt-objektově orientovaným školám, je vytýkáno, že bytí proměnili ve věc, existenci v hotové jsoucno. A takto s ní, chtě nechtě, už také zacházejí a v daném „paradigmatu“ ani nemožou jinak. To je ta redukce, o kterou běží. Což je také vskutku podstatná výhrada s dalekosáhlými nároky na reformu ontologie, která, jak je známo, byla v základních rozvrzích provedena ve XX. století především fenomenologií.

Nicméně si dám příště pozor na to, abych označoval pacienty *uctivěji*. „Mentální anorek-

tička“ může skutečně znít pro někoho nedůstojně, lepší je „žena trpící mentální anorexií“.

Kapitola první a úvodní v mé knize pojednává o oblastech, ve kterých psychoterapie překračuje své původní hranice a stává se tu formou výchovy, jinde péčí o společenství, kulturu či o rozhovor. Kazuistické zlomky v této kapitole (na rozdíl od většiny dalších) slouží nikoliv jako důkazní materiál, ani jako forma argumentu či argumentační východisko, ale pouze k *ilustracím*. Povšechnost zde má právě tuto a ne jinou funkci, a proto nemohu než Tvoji výtku odmítnout jako nepřislušnou.

Málem bych se měl cítit jako podvodník hned po Tvém úvodním odstavci, kdy mi podsovuáš záměr utajit skutečnost, že některé kapitoly již někdy někde v nějaké podobě vyšly. To je pravda a k tomu, abych jednotlivé studie vydal jako celek, jsem byl opakovaně vyzván několika psychoterapeuty a filozofy (např. kolegy z Pražského psychotherapeutického institutu, dr. Čálkem, prof. Peškovou, doc. Hogenovou aj.), se kterými již dlouhá léta spolupracuji a kteří mají za to, že moje písemné práce tvoří poměrně ucelený myšlenkový systém. Všechny již dříve uvedené texty byly v knize částečně, či zcela přepracovány. Nicméně souhlasím s tím, že malá ediční poznámka by věci neškodila. Jak jsem se však dozvěděl u vydavatelů, není obligatorní.

Další moje poznámka se týká Tvé výtky vůči mým „historickým charakteristikám“ a „paralelám“. Ale mně v daném případě nejde o paralely historické, ale *filozofické*, které jsem pečlivě konzultoval s filozofy, kteří také práci zevrubně posuzovali. Ty uvádíš Baconovy idoly. Původně byla tato část delší, ale vzhledem k tomu, že se zde naskytila věcná podobnost, ale text by byl rozsáhlým filozofickým vstupem zbytečně zabíhavý, zmínka o idolech se v textu stala *poukazující poznámkou, návštěvím*. A to je pro zasvěcené užitečné, ostatní ji mohou přejít. Je to stejné, jako bys kritizoval hudebního skladatele, že hboj v té či oné větě nenechal rozvinout v celé šíři jeho výrazových možností, ale on jej použil „jen“ k podtržení dominanty. Nevím také, jestli jsi postřehl, že všechny kapitoly knihy jsou uvedeny filozoficky. Proč Ti to

vadí zrovna zde, je mi jasné jen dohadem a částečně. Mnohá místa i témata pak psychologii a psychoterapii oborově přesahují, což je také jedním ze záměrů knihy. Možná, že by stálo za to opatřit všechny kapitoly mnohem rozsáhlejšími filozofickými plochami, nejlépe spolu s jiným autorem filozofem, ale to by asi byla jiná práce a jiná kniha.

A poslední moje věta se týká Tvé připomínky k užívání vazby „je třeba“. Pro mě „je třeba“ neznamena nic jiného, než „je potřebné“. „Potřebovat“ zároveň *implikuje* nedostatek a v daných kontextech má také určité funkci *opelu*. Ale že bych se tímto stával kazatelem, což může vzbuzovat (a u řady lidí také vzbudilo) jakousi *hanlivou* konotaci, to vypadá spíš jako Tvůj záměr ze mě kazatele udělat, nežli moje vlastnost či intence. Ale že bych svoje přesvědčení nemínil vážně a nestál si za ním pevně, tak to Tě musím *ujistit*, že se mylím.

Nesnádně se mi píše o *střetu* Tvých zájmů proto, že se toto téma týká mě samotného. Myslím si, že je velmi obtížné být zároveň recenzentem, nemilosrdným kritikem, vydavatelem, zasvěceným diskutérem, oborovým polemikem a kamarádem.

Moje práce je jistě plná nedostatků. I těch, o kterých ani nevím. Ale s formulacemi a podtexty Tvých výtek nesouhlasím v tom smyslu a takové míře, že se domnívám, že *poškodí celou dílo*. A tentýž dojem mám u obou dalších knih a to i přesto, že jsi ostatní autory i mě na několika místech pochválil. To je důvod mé apologie, o jejíž plné uveřejnění Tě tímto také prosím.

S pozdravem PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

LITERATURA:

- 1) Gjuríčová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie*. Praha: Grada, 2003
- 2) Laing, R. D., Cooper, D. *Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy, 1950-60*. London: Tavistock, 1964
- 3) Laing, D., Esterson, A.: *Sanity, Madness and the Family*. London: Tavistock, 1964
- 4) Nichols MP., *Family therapy: concepts and methods*. N.Y. Gardner Press, 1984
- 5) Poněšický, J.: *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton, 2003

- 6) Ramsey, CH. N., edit., *Family Systems in Medicine*. N.Y. London, The Guilford Press, 1998
- 7) Růžička, J. *Péče o duši*. Praha: Triton, 2003
- 8) Szasz, T.: *The Manufacture of Madness*. N.Y.: Delta Book, 1970
- 9) Tardy, V.: *Psychologie osobnosti*. Praha: skripta FFUK, 1964
- 10) Vybíral, Z.: *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000
- 11) Vybíral, Z.: *Má pravdu Jan Poněšický. Nevyužitá šance, Chvála i kritika výjimečné knihy*. In: *Konfrontace*, 14. ročník, 2003, č. 4

[Odpověď J. Růžičkovi najde čtenář na s. 13]

Typičtí mužové, typické ženy

Milý Honzo,

četl jsem Tvou odpověď (i průvodní osobní dopis) s rozochvěním, s radostí z návaznosti i s vděčností. Hned se mi chtělo odpovědět Ti, anebo přesněji: hned se mi chtělo navázat a pokračovat v diskusi. Chvilí jsem váhal, jestli se zabývat některými jednotlivostmi z Tvé odpovědi; s některými nesouhlasím (např. s paralelou, kterou vedeš mezi „světem pro sebe“, který stvoří nějaká konceptuální škola, a „světem pro sebe“, který si vytváříme každý z nás: pro mě je v těch světech rozdíl...), jiným nerozumím asi pro jejich zkratovitost (argumentace: přenos + nové neurofyziologické nálezy + gestaltpsychologie + Kelly)... Rozhodl jsem se držet jen toho, co mne zajímá už mnoho let.

Mnoho let kladu otázku (sobě, studentům, kolegům i v některých svých textech): *K čemu jsou dobré a k čemu nejsou dobré generalizace a typologie v psychologii a psychoterapii?* A také: *Zda právě (a zejména a především) v těchto disciplínách (tj. v seriózní, vážně míněné, chceme-li vědět podobě těchto oborů) by jejich užívání nemělo být obezřetnější, více zasazované do kontextu... Typizace a „akontextová“ zobecnění (tj. zobecnění bez zmiňovaného kontextu) zdají se mi někdy dokonce činěním nepsychologickým, vůči lidskosti, kterou by psychologické a psychotherapeutické texty měly šířit, kontraproduktivním. Chápu-li psycho-*

logii stále jako cestu k porozumění lidskému chování, prožívání, lidských vztahů, a to v individuální minulosti i přítomnosti, pak se mi více přiměřeným zdá spíše se typům vyhýbat. K čemu my je vlastně potřebujeme, všechny ty typy „siláka“, „erotomana“, „hospodyňky“, „mužatky“...? Podle mě sama taková slova na cestě porozumění působí jako, i Tebou zmíněné, předem dané šablony, jako „slovní magnety“ magnetizující a přitahující k sobě vnímané (slyšené, viděné, porozuměné), jako reťorické šablony přeměňující a predikující, šablony, které vstupují již do našeho vnímání - a my pak už nevnímáme člověka bez před-sudku, ale s před-soudem o něm. Samozřejmě vím, že filtrů v našem vnímání je více (nemůžeme a ani nejde obejít již ustálené významy slov, významy neslovní v percepčním poli, významy kulturní, významy naše a námi neuvědomované atd.) Ale přestože to vím - a právě proto - jsem často proti tomu, abychom produkovali ještě další filtry, skrze něž v konkrétním člověku již předem vidíme také *typického muže* nebo *typického cholerika* nebo *typického manažera* nebo *typického zmatkaře* nebo *typickou anorektičku*. Nevím, zda se i na mne dá vztáhnout Tvoje psychoanalytické objasnění, že kvůli nejistotě z nemožnosti rozdílnému partnerovi porozumět nebo kvůli úzkosti, jak ve svém textu píšeš, bývá „typická rozdílnost muži často negována nebo řešena zlehčováním“. Nechci rozdíly mezi lidmi negovat, ani zlehčovat.

Typičtí mužové, typické ženy

Abych pravdu řekl, na úrovni generalizace a abstrakce „muži versus/a ženy“ se pohybuji vědomě málokdy. Snad nikdy jsem nepoužil spojení slov „typický muž“, „typická žena“ a toto spojení mi bylo vždy podezřelé: právě absolutizací generalizace. Pohyboval jsem se vždy o úroveň anebo spíše o několik úrovní zobecnování níže, pokud jsem už tedy zobecnoval... Myslím, že se vždycky zarazím, mám-li říct něco obecného o ženách, mužích, ale i vysokoškolských, starých lidech, dětech určitého věku. Bez dalších charakteristik si nevím rady; a tedy neřeknu raději nic. Na Tvé knize mne dráždí to, že vývoj k ženství a vývoj k mužství jsi scho-

pen popisovat jaksi obecně a typizovaně - rozdílný u chlapců a děvčat a jakoby nebrat (alespoň na mnoha stránkách své knihy) v úvahu, že

- některý muž nezažil oba své vlastní rodiče,

- některý byl vychován oběma v klidné atmosféře,

- jiný oběma v bouřlivé, dramatické atmosféře,

- v jedné rodině bylo dominantním a určujícím chováním matky,

- v jiné otce,

- některý muž byl jedináčkem a jiný vyrůstal obklopen sourozenci,

- některý muž vyrůstal v agresivním jazykovém prostředí, v domácnosti, kde se klelo, mluvílo vulgárně o příslušnících druhého pohlaví apod.

- některý muž je právě teď spokojený v partnerském vztahu, na čemž má také svůj podíl jeho partnerka,

- jiný muž se právě teď trápí se vztahem, nebo tím, že žádný nemá atd.

Nemyslím si, že musím uvádět další charakteristiky, které mi vždycky zrelativizují absolutizaci „muž“ jako snad psychologickou kategorii. Pro mě to totiž, Honzo, žádná kategorie v psychologii není. Muž je jednotka antropologická, statistická, biologická, medicínská, ale **ne psychologická**...

Ty se bráníš tím, že generalizace chápeš jako „koncentrát dosavadních zkušeností a nikoli jako poslední pravdy či neměnná dogmata“. Rád Ti věřím a skoro se mi chce napsat, že jsi mne o tom ani nemusel ubezpečovat. Nenašlo mne nikdy, že bys byl snad ve své práci nějak dogmatický, vnucoval ženám či mužům své pravdy nebo jakákoliv dogmata. To opravdu ne. Ale jinak pracujeme a jinak píšeme knihy. Uvedu jako dva příklady za všechny ty pasáže, které mne provokují ve Tvé knize:

- Píšeš: „Muži berou vše doslova, např. tedy - podle Tebe - berou doslova vyjádření ženy v hádce o okamžitém rozvodu, o tom, co by muži nejraději žena ušetřila, apod. Tam, kde žena popustí uzdu svým emocím, nasadí muž o to více logiku“ (s. 130-131). Je to v pasáži, kde se nejenže nedistančuješ od populárních

popisů typu *muži jsou z Marsu, ženy z Venuše*, ale naopak se k nim přihlašuješ i Ty. Nikdy bych si netroufal něco takového napsat a myslit to vážně. (Jinou věc je opravdu popularizace, která se většinou nevyhýbá nadsázce, humoru, sarkasmu, zjednodušení, modelovému příkladu apod. - k tomu, aby také něco vystihla.) Ty ihned více logiky u mužů vysvětlíš tím, že to souvisí „s jejich kompenzací citového života rozumem a věcností, s jejich emočním analfabetismem a tím i bezbranností při vystavení se emocím partnerky“ (tamtéž). Takže Tvůj typizovaný muž (muž, který má „více logiky“ než žena) je i typicky *interpretovatelný* a jeho chování objasnitelné? Typický muž neexistuje, namítám já (viz výše), tak jako zdůrazňujeme, že neexistuje čistý temperamentový typ nebo ideální partner. O čem to psaní o mužích a ženách potom je? O nějakých *úběžnicích* pro projekce a projektivní identifikace? O *modelových abstraktech*, jež snad přece jen tedy mají (chtějí?) být nějakou taxonomickou jednotkou v psychologii?

- Druhý příklad je ze strany 141, kde píšeš o dívkách: „Zároveň by měl budoucí manžel odpovídat i ideálnímu obrazu otce, který je přirozenou autoritou, oporou i prvním kavalírem, jenž potvrzuje jejich ženství.“ Namítl jsem již výše: řada dívek vyrostla bez otce, řada s otčím, jiné vychovával starší bratr nebo děda, některé byly kamarádkou matce, pro řadu nebyl otec *vůbec žádnou* autoritou, pro řadu byl směšným a odsuzovaným parazitem na rodině atd. atd. Život je jevišťe ohromující a rozlehlé rozmanitosti. A ty na ně vstoupíš a tvrdíš: „by měl“. To znamená, že tvrdíš, jak by to mělo být. Pomíjeje onu varietu toho, jak to bylo. A znovu: věřím, že ve své práci, v psychoterapii, to nepomůžeš, naopak! Ale ve své knize o fenoménu mužství a ženství se mi to všechno čte nějak... nějak zjednodušeně.

Vyčetl jsi mi, že jsem v recenzi fundovaně neprotiargumentoval. Tak snad je nyní argumentace oponující Tvé knize zřejmá.

Zajímavá je Tvá věta „Co se týče recenzentových nepřesností, uvedu jeden příklad za všechny: Nepoměřoval jsem muže s Kris-

tem, nýbrž...“ Naznačuješ čtenáři, že jsem se dopustil nejspíše mnoha nepřesností... Víš, četl jsem tu pasáž snad pětkrát, šestkrát - a budu si stát za svým: Ty *poměňuješ* muže Kristem (v Tvé knize na stranách 128 -129). Krista jako „vzdálenou obdivuhodnou představu“, která „přitahuje jak muže tak ženy“ (to jsou Tvoje slova) jsi prostě použil jako *měřítka*: Muž je takový - Kristus byl (je) takový.

Uvědomuji si, že když recenzent převypráví nějakou pasáž svými slovy, že tu pasáž vykládá i interpretuje. Jeho (můj) výklad se nemusí shodovat s tím, jaký výklad měl na mysli autor (Ty). To ale považuji za normální.

Vlastně zde na tuto jednu drobnost upozorňuji proto, že vytýkat si navzájem „nepřesnosti“ by asi nikam nevedlo... Podobně opomím Tvou charakteristiku, že jsem se v recenzi choval jako „inkvizitor“ a „ne vždy jasně zdůrazňoval, že jde o můj subjektivní názor“. Inkvizice pronásledovala, odsuzovala a segregovala, dokonce mučila a likvidovala. Já jenom přemýšlím - možná nešikovně - o lepší podobě psychologických textů, které by nabídly *lepší porozumění*, a přitom hledám (možná podobně jako Ty) různé odpovědi na věčné otázky *Jak to je?* Jako inkvizitor se necítím, nikdy mne to nenapadlo. A zdůrazňovat, že se v recenzi (i v této diskusi) jedná vždy o mé subjektivní názory? Mně to přijde jako samo sebou - doufám, že čtenář „toto“ sdělení čte „mezi řádky“ jako naprosto samozřejmé...

Co je pro mě nesporné, je, že oba jinak *čteme celý terén* mužství a ženství, včetně historických vertikál v tomto terénu. Tj. jinak mu rozumíme. Ale já Ti mám nad touto naší jínakostí opravdu radost (říkám to v závěru ještě jednou), je pro mne cenné diskutovat s někým, kdo typizací věří, kdo je formuluje a fundovaně podkládá argumenty a příklady z psychoanalytické a klinické empirie. Proto, jestli se mnou neztratíš trpělivost, budu se těšit na pokračování našeho dialogu.

Zbyněk Vybíral - v Hradci Králové, od začátku ledna do 13. 2. 2004

Milý Jirko,

děkuji za Tvůj text! Převažuje ve mně radost nad tím, že po recenzi následuje diskuse. (Mrzí mne, že jsem Ti způsobil cosi jako *titanikový sešup nálady*, ale... co už s tím teď? Teď mám radost z toho, že mne dál inspiruješ a že Tvé myšlenky pomohly snad i zpřesnit několik myšlenek mých.) Nechám stranou některé Tvé odpovědi a hlavně náměty k polemice, někde už nemám co nezbytného dodat... Jako třeba, když mé postrádání ediční poznámky, kterou Tvá kniha mohla mít, připustíš, ale hájíš se, že ediční poznámka v knize není povinná. To vím i já. Jinde Tvé zvaní do diskuse má formu otázky („Co říkáš manipulativním a autoritářským praktikám?“ - míníš systemiku...), ale já na některé otázky neznám odpověď, ani bych se sám právě *takto* neptal. Takže... některých Tvých výzev se pro tentokrát nechopím. Četl jsem Tvé psaní pozorně a několikrát. Vstoupím protentokrát do naší diskuse pouze následujícími:

Co se týče typizování mužů a žen (aneb Ještě jeden příspěvek do diskuse)

Mnohé, co si myslím a co jsi mi i Ty pomohl znovu zformulovat, jsem odepsal Honzovi Poněšickému v textu „Typičtí mužové, typické ženy“. Takže už jen k několika Tvým konkrétním námitkám. Napsal jsi, že „typologizační generalizace je třeba „hlídat“ jinými formami psychologické metodologie“. Tomu nerozumím, resp. nevím, zda rozumím tak, jak jsi to myslel. Psycholog, který používá typových zobecnění o lidech, má tyto generalizace sám hlídat nějakou další metodologií? Nebo jiní mají hlídat jeho, *typologizujícího* kolegu? Jak „hlídat“? Dovedu si představit jiné psychologické metodologie z repertoáru kvalitativních přístupů, jakými jsou analýza dokumentů, kasuistické či jiné narativní analyzování, textová analýza, fenomenologická analýza, tzv. zakotvená (grounded) teorie, rozbor a utřídění asociací, diskurzivní analýza a jiné. Všechny tyto postupy by měly v zásadě směřovat k něčemu jinému, než k výslednému abstrahování poznání do typů.

Bylo by fajn, kdyby v každém dobrém psychologickém pojednání o lidech, člověku, pacientech, nemocích, obtížích, vlastnostech a rysech lidí, o komunikaci či o chování v „typických situacích“ (sousloví, které jsi použil a nad jehož použitím já většinou váhám a vyhýbám se mu) - kdyby v každém dobrém psychologickém textu bylo používání typových a typizovaných charakteristik vyváženo a *hlídáno* kontextovým, proměnlivým, subjektivním, individuálním. Souhlasím s Tebou, že typ je prvořadě abstrakce, a ne zobecnění. Ale je to abstrakce většinou *implicitně generalizovaná*, abstrakce vzniklá zobecněním. (Vyjimkou je typ, hovorovou češtinou *týpek*, exemplář, ojedinělá rarita, ukázka čehosi často bizarního. Snad jen pak je *typus* abstrakcí bez zobecnění většího počtu lidí.)

Zastáváš se Honzy Poněšického. Zastáváš tedy také *děbu* - typizovanou - na různé způsoby například myšlení u žen a mužů? Přesně přeseš - nad myšlením žen a mužů, že „způsob, jakým to dělají, se v určitých typických situacích liší. Třeba jen jedinkrát za život.“ Podle tebe jsou to „*situačně rozhodující* a pohlavně určující *jev*“. Líbí se mi Tvá myšlenka, že pohlavnost a zmíněný *jiný způsob* (třeba „jen jedinkrát za život“) je *kontextem individualnosti*; ta myšlenka se mi opravdu hodně líbí! Přesto se ve mně stále cosi zdráhá o ženách a mužích *takto* obecně uvažovat. Vždy si představím tu ženu krásnou více, tu méně, tu starší, tu mladší, tu šťastně vdanou, tu nešťastnou, ženu obklopenou dětmi, ženu bezdětnou, ba představím si ženu *dnes* dobře nenaloženou a protivnou, ale *zítra* příjemnou a laskavou... Podle mě, když se *všechny ty další podstatné atributy* vynechají (nebo někdy, což je horší, ignorují), už potom ta *holá, ořezaná abstrakce „žena“* (nebo „muž“) *nic nevyovídá* - o *žádné (!!!)* konkrétní ženě. Jestli vypovídá stále ještě o ženství, to nejspíš nemohu posoudit, ale asi ano. Na úroveň abstrakce „*rysové*“, na úroveň *vlastností a atributů* jsem samozřejmě ochoten jít a v této rovině myslet, přemýšlet, dokonce i predikovat či něco vysvětlovat... Opatrně... - Opravdu pozvedám svůj hlas proti *jednoslovným* typům zbaveným všech atributů, všech

kontextů. Takové činění rád přenechám antropologům nebo sociologům, etnologům a etologům - i lékařům. Myslím, že je jedním z nejpodstatnějších úkolů psychologů a psychoterapeutů *abstrahovat co nejméně*.

Co se týče diagnostikování

Zmiňuješ se o tom, že „v minulosti diagnostické označování vyvrhovalo člověka ze společnosti, a on ponížěn a zbaven práv byl použit jako zástupná oběť“. Připomínáš, že antipsychoiatrie „šlo především o segregaci a deformované předsudečné apriorní vnímání psychiatrických pacientů od středověku až po dnešní dobu“. To je samozřejmě pravda a o Szaszovi a Laingovi a Foucaultovi bychom zde mohli hovořit déle. Szasz znovu a opakovaně (např. v roce 1997 v rozhovoru s Alanem Kerrem pro *Psychiatric Bulletin*) líčil psychiatrii jako kvazi-vědeckou fabriku na vymýšlení diagnóz k tomu, aby klinici lépe a lépe ovládali lidi, s jejichž chováním (ne s nemocí v pravém smyslu) měla a má společnost problémy. Psychiatrie jako nástroj k ovládnutí těch, kdo nepatří do přípustného, předvídatelného a svým způsobem i definovaného kulturního pásma (viz charakteristika některých duševních poruch v MKN-10). O tom jsem však diskutovat nechťel.

Diskuse, kterou si umím představit, by mohla navázat na to, co ty nazýváš „vskutku podstatná výhrada s dalekosáhlými nároky na reformu ontologie“. Ano, jak nazývat ty, jimž se snažíme pomoci. A jak je *nejenom nazývat* (neboť toto nazývání a nálepkování můžeme přece jenom vidět jako sekundární), ale jak jejich být přijímat, jak o těchto lidech *myslet* (!) a jak jim rozumět... V tomto smyslu jsem měl a mám na mysli zejména Kennetha Gergena a jeho zpochybnění ontologického oprávnění diagnóz, mám na mysli kritiku Yaloma, Luepřitzové... Do diskuse jistě patří i to, zda je ono používání slov (pacienti, klienti, schizofrenici, bulimická, enurektik) opravdu něčím *sekundárním*, zda slova, jejich význam, jejich moc (a mocenskost) neformují naše rozpoznávání druhých a naše vztahování se k druhým lidem. Je slovo před vztahem a určuje ho? Nebo slovo plyne

ze vztahu a zrcadlí ho? - Přece obojí! Proto nabádám (někdy) studenty, aby těm, komu budou *sociálně, psychologicky, terapeuticky, vztahově, empaticky* pomáhat, neřikali „klienti“. Tím naprosto nevhodným slovem!

Ano, jsem přesvědčen o tom, že slova jako „anorektička“, „bulimická“, „klient“ formují náš vztah k těmto lidem, že tento vztah kontaminují! Že náš vztah k nim kontaminují například naší povýšeností, povzneseností, domnělou převahou odbornictví a expertní kompetence (já jsem/já rozumím, zatímco on/ona sobě nerozumí). Sémanticky výrazně výstižná a svébytná slova v naší mysli říká se jim *prekoncepce*, někdy před-sudky *filtrují* naše vnímání a *přijímání* druhých lidí, *filtrují náslechl i pohled*, *filtrují* dokonce naši vnitřní řeč, poznání přicházející z *naší vlastní mysli!* A pak - je tu hodně zpráv o tom, jak hluboce se některých lidí s duševní poruchou či onemocněním dotýká to, že jim někdo druhý navlékne „svěrací kazajku ponížujícího slova“. Ona slova jako *neurotik, neurastenik, psychopat, deprivant, anorektička* fungují zřejmě opravdu *svíravě, stísňují* mysl dotčeného člověka, ponížíjí ho. (Ne každého, jsou lidé, kteří taxonomické zařazení uvítají.)

Co se týče recenzování (drobnější polemika, která možná není až tak podstatná):

Napsal jsi, že má tři recenze v minulém čísle jsou „žánrová směska“. Souhlasím s Tebou. Tvá slova o směsce mi přijdou trefná. Lepší žánrová směska, ale o něčem, říkám si, než čistým stylem (tak zvané recenzním) psát o ničem. Mísit žánry mi vyhovuje. Recenzi si dokonce právě takto představuju: směs informování, představení knihy, ale hned také náznak diskuse (vzývání k ní), náznak polemiky, návrh, co mohlo být jinak či co může být jinak přístě. A k tomu klidně úvahová či esejistická pasáž, zamýšlení tu nad širším kontextem, tu nad filozofickým zázemím textu nebo autora. Mě takové recenze vždycky zajímaly a bavily, tak je takto píšu. Za tu žánrovou nesourodost pak „může“ - kromě mých slabín, mezi něž jistě patří i nedostatek času a rozbihavost myšlenek a zájmů - také to, že mě jedna kniha *jaksi sama* silněji vyprovokuje k úvaze nad oborem, ale

jiná prvořadě „vzve“ třeba ke glosám nad věcnými chybami („chybami“ samozřejmě z mého pohledu). Ty ovšem píšeš, že každý žánr - a zmiňuješ kritiku, polemiku, diskusi a recenzi - „má svá pravidla, vyžaduje určité postupy a také vnitřní řád“. A ještě k tomu říkáš, že „nelze jen tak bez závazku a bez důsledků přeskakovat z jednoho žánru do druhého“. V tom se s tebou neshodnu. Dokonce mi přijde, že vyžadovat od žánru „pravidla“, je zastaralé. (Pomineme-li pravidla slušnosti v *diskusi*, na těch se, nepochybuji, spolu shodneme.) Mám rád právě ty filmy či seriály či knihy či výtvarné nebo architektonické objekty, ve kterých autor (režisér, umělec, architekt) pravidla porušil (ve filmu třeba David Lynch nebo Lars von Trier, v hudbě mnohý jazzový hudebník, nebo třeba Goran Bregović). Ale možná jsi pravidly a vnitřním řádem myslel něco jiného.

V závěru o mých recenzích či - podle Tebe - o „podtextech mých výtek“ říkáš, že „poškozuji celé dílo“. Bůh suď, respektive čtenář posuď. Kritická recenze asi opravdu může poškodit dílo: poznamenat jeho přijetí, ovlivnit čtení tohoto díla. Ale nepřečeňoval bych ji. Konfron-

tace čtou v drtivé většině čtenáři, kteří jsou s to utvářet si vlastní názor. Ten můj je (a bude) pro ně *konfrontací* s tím jejich.

Poznámka na okraj: Slovo „podtexty“... Já se snažím své event. podtexty neskrývat, být transparentní. Možným podtextem mých kritických textů je ovšem *vždy vybědnout ke konfrontování* (a někteří tento podtext mohou číst jako vyhocování či provokace). Ale vždyť bychom kolem sebe jinak museli chodit po špičkách, prsty zabalené v rukavičkách, na tváři *lehký úsměv, hlubokou v srdci neupřímnost*. V každém případě nevím o tom, že bych chtěl autorům díla či jejich knihám ublížit, a proto *recenzoval*. Častým podtextem je i to - napsat recenzi tak, aby si čtenář recenzi i knihu opravdu přečetl, takže *chci upoutat pozornost a obrátit ji k recenzované knize, a tím jí pomoci*.

Ještě jednou: Jsem rád, že se *recenzí* (a přesněji *Tvou knihou*) otevře! prostor pro diskusi.

Zbyněk Vybíral
V Hradci Králové 6. ledna 2004 - 7. února 2004

VÝCVIK V JUNGOVSKÉ PSYCHOTERAPII

Česká společnost pro analytickou psychologii
(jungovskou psychoterapii) - ČSAP

poskytující výcvikové programy v psychoterapii akreditované pro práci ve zdravotnictví oznamuje zájemcům o výcvikový program orientovaný na analytickou psychoterapii, že přijímací pohovory pro příští kurz proběhnou v dubnu 2004 v soukromé praxi PhDr. Ludvíka Běťáka.

Kurz je čtyřletý, probíhá paralelně v Brně a Praze.

Informace o ČSAP můžete vyhledat na www.sweb.cz/cgjung.

Přihlášky s rukou psaným neformálním životopisem pošlejte na adresu Ervin Široký, Ph.D., SZZ II Brno p.o. - Denní sanatorium, Zahradníková 2/8, 611 41 Brno a pro doplňující informace se můžete obracet nejlépe e-mailem na adresu csap1@tiscali.cz.

Kratochvílovy Dysfunkce

Stanislav Kratochvíl: SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE. Příčiny a léčba. Grada Publishing, Praha 2003, 292 stran, 2. aktualizované a rozšířené vydání (původní název z roku 1999: Léčení sexuálních dysfunkcí)

Představovat v Konfrontacích renomovaného autora a jeho nové vydání knihy o sexuálních dysfunkcích, která získala po zásluze cenu Grady 1999 (a toto nové vydání již stačilo získat čestné uznání od rektorky Palackého univerzity), by se mohlo někomu zdát zbytečné. Kratochvíla a jeho knih však není nikdy dost. Přestože vycházejí s neúnavnou pravidelností, bývají brzy rozebrány a objevují se v aktualizovaných vydáních prestižních nakladatelství znovu. Mívají pěknou grafickou úpravu, jsou čtivé, přehledné, srozumitelné, pečlivě zpracované, cenově dostupné, podložené řadou výzkumných projektů a mnohaletých klinických i pedagogických zkušeností autora. Bývají plné důležitých informací, zajímavých kauzistik, názorných ilustrací, praktických návodů, příloh a aktuálních odkazů na zahraniční i naše literární prameny. Úspěšně obstojí v mezinárodním měřítku a jsou překládány do jiných jazyků.

Všechny tyto charakteristiky platí i pro novou knihu o sexuálních dysfunkcích, v níž autor zúročil své bohaté klinické zkušenosti ze systematické párové sexuální terapie u 200 mužských dvojic s různými poruchami i své hluboké medicínské znalosti z oblasti anatomie a fyziologie lidské sexuality. Je to zdařilá reprezentativní monografie klasika moderní české sexuologie. Pojednává zasvěceně o všech současných léčebných možnostech poruch erekce, ejakulace, frigidity, anorgasmie a vaginismu i o nových poznátcích v oblasti ženské

sexuální vzrušivosti a orgasmu. Vedle praktických návodů k sexuálním nácvikům partnerské dvojice s důrazem na kognitivní, komunikační a behaviorální formy psychoterapie přináší Kratochvílova kniha i řadu překvapivých zjištění. Dozvídáme se např. že už v r. 1950 upozornil Grafenberg na citlivý G bod, který byl později označen jako ženská prostata, že existuje předpoklad organické cévní příčiny i u ženských dysfunkcí, že někteří autoři zahrnují mužské i ženské sexuální dysfunkce mezi problematiku řešenou andrologií, že za sexuální poruchu bychom měli považovat jen tu, která vede k osobní nepohodě, že se v rozvinutých zemích objevuje v ordinacích nárůst sexuální problematiky u ženské klientely v nejmladších a nejstarších věkových kategoriích aj. Zjišťujeme také, že lidské sexuální funkce jsou složitě podmíněny faktory konstitučními, vývojovými, sociálními, situačními, emočními, postojovými, vztahovými, některými léky i psychickými a somatickými poruchami a mohou velmi ovlivnit kvalitu života. Proto je toto Kratochvílovo erudované dílo užitečné a vysoce aktuální především pro lékaře, klinické psychology a studenty těchto oborů.

I když vím, že časopis Konfrontace si žádá recenze kritické a nikoliv „jen“ informační nebo pochvalné, nenašla jsem na „vypilovaném“ a aktualizovaném novém vydání monografie nic, co bych mohla zodpovědně kritizovat.

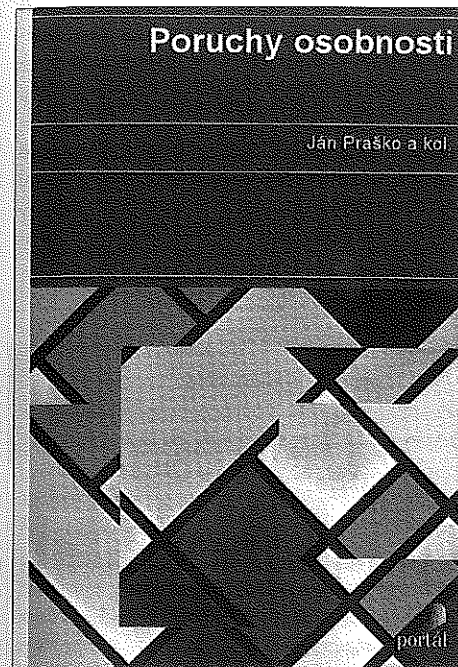
*Yěra Machů
(Autorka je klinická psychologka a psychoterapeutka, t.č. v privátní praxi)*

Nálet praškovacím letadlem na českou psychoterapii

Předem se omlouvám za skryté/nepokryté použití Praškova příjmení v názvu. Sám to nemám rád a pokládám to většinou za lacině efektivní a hloupé (mé příjmení tu a tam také svádělo k takovým použitím, když mi chtěl někdo „předhodit“, že si „vybírám“ apod.)... Prostě jsem

podlehl slabosti. Napadl mne název pro recenzi a už jsem se ho neuměl vzdát. Taková malá porucha osobnosti...

Uvažoval jsem i o jiných názvech - např. „Praškiádě“, neboť rok 2003 byl do jisté míry festivalem publikační aktivity tohoto psychiatra a psychoterapeuta střední generace. Jánu Praškovi (a spoluautorům) vyšly - jen co vím - 4 nové knihy v nakladatelství Portál (Stop traumatickým vzpomínkám, Deprese a jak ji zvládat, Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit, Poruchy osobnosti), dále stručná



Příručka pro klinickou praxi „Smíšená úzkostně depresivní porucha“ vydaná neprodejné nakladatelstvím Galén pro firmu Lundbeck; k tomu byl MUDr. Ján Praško prezidentem pražského 33. kongresu Evropské asociace kognitivně behaviorální terapie (konal se v září loňského roku) a editorem loňského psychoterapeutického supplementa časopisu Česká a Slovenská psychiatrie.

MUDr. Ján Praško je náš přední představitel kognitivně behaviorální terapie (dále KBT).

Jeho specializaci lze využít ze záběru knih i dalších publikací. Ke klíčovým oblastem určitě patří depresivní a úzkostné poruchy, sociální fobie, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, poruchy osobnosti.

V roce 1995 vydali Praško se Šlepeckým velmi cennou příručku *Kognitivně behaviorální terapie depresivních poruch* s podtitulem *Manuál pro terapeuty*, v níž na téměř 200 stranách představili do té doby nejuceleněji KBT. Je zde popsán jak behaviorální, tak kognitivní model deprese, její charakteristický „bludný kruh“, který člověka sevře, a především zde najdeme rozsáhlý přehled terapeutických strategií. Tuto publikaci svým způsobem doplnila (a zčásti replikovala) příručka *Panická porucha a její léčba* z roku 1997 (Praško, Ondráčková, Šípek) s podtitulem *Přehled problematiky a manuál kognitivně-behaviorálního přístupu k léčbě*. Oba tituly vydalo Psychiatrické centrum. Pro psychiatry, klinické psychology a psychoterapeuty zde najednou byly - spolu s příslušnými pasážemi např. v knihách Stanislava Kratochvíla - dostupné a vysoce srozumitelné návody jak zacházet s KBT.

KBT je historickou odpovědí na dynamickou psychoterapii a jmenovitě na freudovskou či kleinianskou psychoanalýzu. Zpovzdálí by se mohlo zdát, že jak z hlubinně dynamických, tak z KBT (myšlenkových) zdrojů vyvstaly nakonec dva světy, které stojí separovány od sebe, často i zřetelně v opozici k sobě (psychoanalýza versus KBT). U Praška tomu tak nutně není, resp. nemusí vždy nutně být, aniž jeho pojetí je eklektické nebo integrativní. Není. Je výrazně orientován na jeden, zcela zřetelně akcentovaný přístup. Avšak jeho myšlení se nebrání poznání a přiznání dynamických sil, neohraničuje se a nevyhraňuje opozitně, spíše je nakloněno tomu, že do KBT začleňuje i zřetel ke vztahovým komponentám i k osobní historii pacienta. KBT v Praškově podání je výrazný terapeutický systém, strukturovaný, přehledný, srozumitelný, a přesto svým způsobem otevřený. - Oproti KBT z před pár desítek let je to systém otevřený, nikoliv uzavřený, bránící se...

(Dnes je to už zřejmě minimálně tomu, kdo se seznámil s oběma vydanými knihami Alber-

Stop traumatickým vzpomínkám

RÁDÍ PRO ZDRAVÍ

Ján Praško, Tomáš Hájek, Beata Pašková,
Marek Preiss, Miloš Šlepecký, Richard Záleský



Jak zvládnout
posttraumatickou
stresovou poruchu

portál

ta Ellise v češtině; česky vyšlo *Člověče, neboj se!* a *Trénink emocí!*)

Stručně o rozdílech (i podobnostech)

Dynamické a hlubinně psychologické přístupy používají tzv. dynamizujících (vyplavujících, abreakčních, asociativních, interpretativních, konfrontačních, imaginativních, přenosových, projektivních, biograficky rekonstruujících, a často regresivních..., *ale i učících*) metod, např. řízené práce s projekcemi, volnými asociacemi, s výkladem snů, využívají přenosu a jeho analýzy; řídceji protipřenosu a jeho analýzy; vykládají odpor (a někdy tak zvaný odpor)... Vším tím míří ke změně některých dynamických (za napětí v psychice odpovědných) komponent. Například prací se skupinovou dynamikou (nebo i dynamikou ve dvojici) lze znovu prožít a následně re-konstruovat některé nejbližší lidské vztahy. Psychodramatickou práci či výklady a interpretace lze mířit k tzv. vzhledu. Psychoterapeuti přesvědčení o hlubinách lidských duší věří v účinky samotných prožitků,

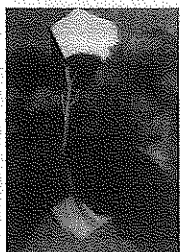
samotného vztahu s terapeutem (k terapeutovi). Užívají dynamických nástrojů a chtějí přestavět hlubiny lidské duše.

Mimochodem: Co je dynamické? Vše, co je silné, v pohybu, proměnlivé, vztahové, projektivní, katatymní - emocemi zbarvené, rozumem málo nahlédnuté nebo nenahlédnuté, resp. neuvědomované, nepřiznané si či popírané, dynamické je vše, co je v nás zdrojem psychické energie. Jsou to tedy i katatymní přesvědčení, naše víra, očekávání, slibování si a těšení se, jsou to všechny emoční procesy v nás. A dále - dynamické je veškeré „tekuté“ podloží v naší duši: více či méně ustálené, zpevněné a ustrnulé - všechny vzorce, dynamizující schémata jako například předsudky, prožívání dynamizující automaticky se vynořující („naskakující“) asociace či vzpomínky... Je zřejmé, že dynamické není ohraničeno od kognitivního, a tedy že ani tzv. dynamické psychotherapeutické přístupy nejsou a nemohou být ohraničeny a separovány od přístupů kognitivních!

Deprese a jak ji zvládat

RÁDÍ PRO ZDRAVÍ

Ján Praško, Hana Prašková, Jana Prašková



Stop zoufalství
a beznaději

portál

Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit

RÁDÍ PRO ZDRAVÍ

Ján Praško, Beata Pašková, Hana Prašková,
Miloš Šlepecký, Richard Záleský



Příručka pro klienta
a jeho rodinu

portál

KBT zachází s chováním a myšlením druhého člověka. Sama využívá transparentního chování terapeuta - terapeut například vyučuje (podává edukaci), vysvětluje, předvádí, nebo s pacientem nacvičuje, někdy jde „do terénu“. Provází druhého člověka nikoliv toliko v jeho představách (např. při imaginacích), ale někdy ho skutečně do-provází: jede s ním např. metrem nebo výtahem. Další velkou oblastí je náhledové zacházení s myšlenkovými schématy, předpoklady, s myšlenkovými automatismy, s podryvajícími komplexy myšlenek. Terapeut trpělivě vysvětluje pacientovi (např. mu to nakeslí) - jak se cyklí do bludných kruhů ustrašenost (úzkost) a různá opatření, která proti ní člověk dělá, aby si ji ve skutečnosti paradoxně posiloval... A sem také míří terapeutická snaha: změnit jak chování, tak myšlení. Zacyklené přerušit a dát šanci tomu, aby „zaběhané“ smyčky zpětných vazeb začaly fungovat nově, zdravěji. Ovlivňovány sebe-povzbuzováním, sebe-zklidňováním, naučeným náhledem a osvojeným nadhledem.

Myslím, že toto vše učí čtenáře (pacienta počítaje v to) Praškovy knihy velmi dobře, didakticky názorně - navíc s pochopením k těžkosti trápení. I s respektem k výše zmíněné dynamice, která může být u každého jiná, akcentovaná a akcelerovaná například manželským konfliktem, krizí...

Myšlenkové (kognitivní) omyly

...autor je nazývá rovněž „depressivní omyly“, negativní schémata, kaskády automatických myšlenek. Jejich propracování patří k nejcennějším pasážím knih Praška a kol. Autoři sem zařazují nadměrné zevšeobecňování, přehánění a katastrofizování, diskvalifikování pozitivního a černé brýle, selektivní abstrakci, pesimistické prognózy, vztahovačnost, čtení myšlenek druhých, „bychů“ a „musů“, nálepkování - sebe i druhých. Jedinec v depresivní epizodě či s dlouhodobou depresivní náladou (s „černým“ postojem ke světu a hlavně k sobě) má sklon také dichotomizovat (buď všechno, nebo nic), bagatelizovat případný úspěch, dělat závěry pod vlivem nepřijemných emocí či si zkrlesleně vybírat fakta (pro své myšlenkové postupy). Praškův tým zde v české literatuře traduje Beckovy maladaptivní mechanismy depresivních jedinců, shrnuté v práci A. Becka a spoluautorů *Cognitive Therapy of Depression* z roku 1979. Praško dobře zná i teorii Alberta Ellise a vychází tedy i z tzv. RET, resp. modelové schematizace bludného depresivního myšlení A-B-C. Třebaže se explicitně nezmiňuje o učení sociálního psychiatra Erica Berneho a jeho transakčně analytických vysvětlení, z knih na řadě míst vystupuje podobnost i s transakčními analýzou. Je tomu tak zejména v pasážích zmiňujících od dětství ukládaný a často slychanými větami posilovaný perfekcionismus nebo naopak pocitu viny, že jsem nemožný (á), nic neumím apod. Jak Ellis, tak Berne byli ostatně ve stejné době (ve druhé půli 50. let minulého století) odpadlíky od psychoanalýzy.

Praškovo vyjadřování je jeho čtenářům postupně známé; je shodné v různých knihách. Autor používá např. termínů „vnitřní kritik“, kognitivní rekonstrukce, spouštěče, pozitivní či

negativní aserce. Na terminologii si lze zvyknout, je jasná. V knížce *Stop traumatickým vzpomínkám* logicky přibývá termín „flashback“. Bludné kruhy v myšlení a názorné modelování a ukazování, jak takový bludný kruh uzavírá prožitky i myšlenky, jak plodí fyzickou nepohodu, až vše mění do svěrací kazajky zdánlivé bezvýchodnosti, jak se tyto procesy cyklí a vzájemně posilují (myšlenky a jim odpovídající aktivity, emoce a tělesné prožitky) - patří k přínosům těchto knih. Dovedu si představit, že příručka pro zvládnání záchvatů panické úzkosti (Galén 2000) desítkám, ba stovkám lidí pomohla. Totéž lze přepokládat u všech tří popularizačních titulů z loňského Portálu.

Hlavní předností knih Jána Praška (a kol.) je jejich didaktičnost, která ovšem není hloupá, vůbec není „mateřsko-školková“; na druhou stranu to není didaktičnost vysokoškolského pana profesora. Platí to i o knize *Poruchy osobnosti*, kterou jako jedinou nevydal Portál v edici „Rádcí pro zdraví“, ale která vyšla v edici vázaných - a primárně pro studenty určených - titulů (ediční řada „Studium“). Praško si našel svou střední cestu jak v popularizacích, tak v patientských self-help sešitech, a našel ji i v knihách pro studenty a kolegy - profesionály. Jeho styl vychází vsříč kapacitě tisíců potenciálních čtenářů ze všech vrstev. Psát tímto stylem srozumitelně, a přece záživně, jednoduše, a vůbec ne v primitivních zjednodušeních - to je, myslím si, samo o sobě nepřehlédnutelné mistrovství J. P. Předností je také zřetelně lidská tónina odborníka, který ví mnohé, a nezneužívá to k expertní povýšenosti, naopak. Jako nepochybný odborník sestupuje již svojí řečí k člověku, vysvětluje mu trpělivě a stále znovu, čím a jak si - s velkou pravděpodobností - může pomoci sám. Strany 74 - 86 v popularizační příručce o depresi, obsahující Beckovu škálu, denní záznam i pověry, které mají léčbu deprese, jsou výborným vodítkem pro každého laika.

Dvě kritické glosy

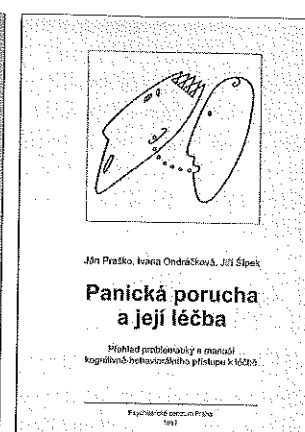
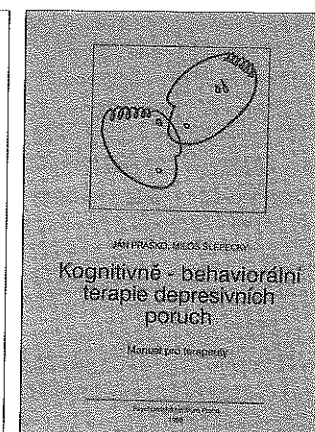
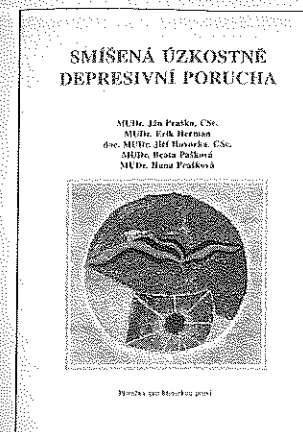
První komentář: Při detailnějším rozboru Praškových názorů, návodů a hlavně východisek na-

jdeme v knihách některá, přinejmenším sporná tvrzení. V knížce *Deprese a jak ji zvládat* (s. 61) např. čteme: „Jsme totiž zvyklí žít rutinně, protože nám to dovoluje předvídat, co nás může potkat...“ Příliš mnoho změn, které překračují rutinu a odehrají se v krátkém časovém období, snižuje tělesnou i psychickou odolnost člověka.“ Možná mne napadla souvislost ne-patříčnā, ale přesto: dovolená narušující rutinu, cesta do exotičtější ciziny rozloženā třeba na měsíc, na dva měsíce - to vše by snižovalo všestrannou odolnost člověka. Ale co kompenzace této snížené odolnosti (?) novými zážitky, kognitivními zisky, euforií, užíváním si odpočinku, regenerací sil na plážích či v horách? Je rutinní život zdravější a nerutinní naopak rizikovější? - Podobně sporný se mi zdá názor na to, že působení stresujících a zátěžových událostí se „v průběhu roku sčítā“ (s. 61-2): působí to mírně fatálně a neodvratně. Přitom je jasné, že niterné prožívání, vnitřní psycho-hygiena apod. jsou u různých lidí různé a hypotéza o sčítání a následném zhroucení (opravdu to tak vypadā, jako by k němu muselo dojít) neobstojí, protože neplatí u každého.

Jiné sporné tvrzení (*Deprese*, s. 69): „...rigidní pohledy z dětství na svět, které se neprojeví, dokud se neobjeví závažná stresující událost nebo nadměrné množství drobných stresorů“. Vůbec se nebudu přít o platnosti druhé části tohoto tvrzení, ale... Že by se rigidita neprojevovala i jinak? - Možná jsou to detaily, ale jak jsem říkal: snažím se zde naznačit ta místa, kde by se s Praškem dalo diskutovat - a možná by takové diskuse mohly autora (resp. jeho spoluautory) vést k větší preciznosti některých formulací.

Druhý komentář: Proč jsem vlastně recenzi nazval tak, že vzbuzuji asociaci s náletem, prškováním, hnojením? Inu: je to taková drobně sarkastická výtka k tomu, že v autorových popularizačních knihách jsou celé (!) pasáže stejné. Že se na nás sypou písmenka, která jsme už četli, že číst Praška, znamená číst svým způsobem stále totéž.

Někdy to dokonce nevypadā, řekl bych... „vkusně“. Budete-li číst Praška (a kol.), nicméně



se připravte na to, že budete číst povědomé pasáže. Autor od sebe opisuje, resp. přenáší celé bloky textu z rukopisu do rukopisu a často je jen kosmeticky upraví. Má pro to samozřejmě své (dobré) důvody. Jak lidem trápícím se panikou, tak těm, kdo jsou lapeni do obsesí a kompulzí, stejně tak lidem souženým depresi, úzkostí, smíšenou poruchou, a nakonec i lidem jen málo asertivním, nesmělým - chce přece vzkázat totéž. Máte přátele, máte psychoterapii, berte k tomu léky (při depresi nebo při depresi nejlíp už celý život), čtěte mé knihy, čtěte i jiné knihy, dobře jezte a pijte, buďte asertivní, mějte hobby (sport, zahrádka), k tomu si imaginujte... Kdo by to měl stále znovu nově vymýšlet - a proč taky - a ještě k tomu jinými slovy? Pak to vypadā následovně (a na nás je, abychom toto omni-autorství holt přijali).

Závěr knihy *Stop traumatickým vzpomínkám* (s. 175):

„Knížka, kterou jste právě dočetli, vám chtěla pomoci zbavit vás traumatických vzpomínek a úzkosti a ukázat cestu, jak přemýšlet ve stresu konstruktivnějším způsobem. Pravděpodobně jste se nezbavili svých problémů pouhým přečtením této knihy. Tak jednoduché to zase není. Pokud jste se však dokázali vyhnout vzpomínkám na traumatickou událost, začali o ní mluvit s lidmi, kterým důvěřujete, přestali jste se obviňovat a začali se zase stýkat s lidmi, jste na tom už podstatně lépe.“

Závěr knihy *Deprese a jak ji zvládat* (s. 178): „Právě jste došli na konec knížky, která vám chce podat pomocnou ruku při zvládnání deprese. Pouhé čtení vás však nemůže zbavit potíží. Pokud jste ale zároveň užívali antidepressiva, a dokonce procházeli psychoterapií, můžete už nyní na tom být lépe...“

Závěr knihy *Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit* (s. 111):

„Právě jste dočetli publikaci, která se vám snažila podat pomocnou ruku při zvládnání OCD. Pravděpodobně jste se nezbavili svých potíží pouhým přečtením této knihy, to opravdu možné není. Pokud jste se však vrhli do víru expozic, můžete už na tom být nyní lépe. Pokud jste zároveň absolvovali psychoterapii nebo užívali účinné léky, pak jste udělali to nejlepší, co jste udělat mohli...“

Závěr

Právě jste dočetli recenzi, která vám chtěla podat pomocnou ruku. Pouhé přečtení recenze vám nepomůže. Pokud ale budete nadále užívat jak Praškových knih, tak zdravého lidského rozumu, k tomu budete číst i něco z jiných, např. hlubinně psychologické literatury, uděláte to nejlepší, co můžete udělat...

P.S. Kdyby někdo chtěl zkoumat, proč jsem na Jána Praška tak nekriticky mírný laž na tu nefér hru s jeho příjmením, ale já chtěl Jána pobavit, vážně!), tak musím říct, že je to z jed-

noho prostého důvodu. Ján Praško doporučuje ve svých publikacích k další četbě - pro případ partnerských problémů - mimo jiné i mou někdejší knihu, mnohými dávno zapomenutou, *Útěky před láskou*. A protože to vypadá, že z letadla se snese ještě pěkná řádka (podobných) knih, mám svůj zájem na tom, abych v nich byl opět uváděn!

P.P.S. Ne, vážně: ty knížky jsou dobré a myslím si, že psychoterapeut, student i pacient v Čechách neprohloupí, když si některou z nich koupí. (Poruchy osobnosti jsem ostat-

ně zahrnul v anketě časopisu *Psychologie* dnes mezi nejlepší vydané tituly roku 2003.)

Spoluautory Praškových knih z roku 2003 jsou: Pašková Beata, Prašková Hana, Prašková Jana (dcera), Šlepecký Miloš, Záleský Richard, Hájek Tomáš, Preiss Marek, Herman Erik, Horáček Jiří, Houbová Petra, Kosová Jiřina a Možný Petr. Takže k tomu všemu - zmíněnému v úvodu - koordinoval J. P. práci dalších dvanácti lidí.

Zbyněk Vybíral

2. PLES PSYCHOTERAPEUTŮ

SE KONÁ POD ZÁŠTITOU PRIMÁTORA HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY

20. BŘEZNA 2004

PLES PRO PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY A DALŠÍ POMÁHAJÍCÍ PROFESE

ZAHÁJENÍ V 19.00 V NÁRODNÍM DOMĚ NA VINOHRADECH

PRODEJ VSTUPENEK: POKLADNA NÁRODNÍHO DOMU OD 2. LEDNA 2004

PRODEJ A OBJEDNÁVKY TAKÉ: info@triton-books.cz

CENA VSTUPENKY: 350,-KČ

ČESTNÝ PLESOVÝ VÝBOR:

PhDr. Hana Junová, Doc.MUDr. Jaroslav Skála, Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR PLESU:

MUDr. Hynek Forman, PhDr. Martin Hajný, PhDr. Dana Hajná, PhDr. Jiří Jakubů,
MUDr. Stanislav Juhaňák, PhDr. Markéta Rokytová, MUDr. Markéta Skálová, Mgr. Milan
Stibůrek, PhDr. Bára Wenigová, MUDr. Richard Zajíc

ZRnění (Zdeňka Riegra)

Zrnění číslo 22 • Zrnění číslo 22 • Zrnění číslo 22

Prevence může být i terapií,

tvrdím navzdory obálce 1. letošního čísla časopisu „Psychologie dnes“, která velkým písmem hlásá, že „PREVENCE NENÍ TERAPIE“. Ohlašuje tak článek uvnitř čísla, který jeho autorka Helena Vrbková nazvala trošičku jinak: „Prevence není psychoterapie“ (v tom případě bych její tvrzení více sdílel, ač i nadále s výhradou). Článek je věnován práci „preventistů“ ve školních třídách (škoda, že chybí definice pojmu „preventista“). A zdůrazňuje odlišnost práce „preventistů“ od práce psychoterapeutů. To s autorkou sdílím. Souhlasím i s jejími připomínkami k přípravě „preventistů“, v níž je výcvik mnohdy založen na výcviku psychotherapeutickými metodami a technikami bez ohledu na odlišnost školní třídy od terapeutické skupiny (ozvalo se mi echo tzv. „lipnické prázdninové školy“).

Proč se neshodují s tvrzením, že „prevence není terapie“? Protože si myslím, že cíleně prováděná prevence i ve větších skupinách, jakou je třeba školní třída, může mít také terapeutický efekt (ve třídě mnohdy méně rozzeznatelný, než v terapeutické skupině). A že bychom si to měli uvědomovat - nejen pro přínosnost prevence samé, ale i pro rizika, které může preventivní působení vyvolat, zvláště nejsme-li připraveni na možnost terapeutického vyznění prevence. A nejsme-li naučení rozzeznat, kdy preventivní akce způsobila, že se v některém z aktérů „něco děje“ (nějaké „ohrožení nebo obrození“) a kdy je třeba onomu ohroženému člověku nabídnout služby pracoviště, určeného k řešení takové ohrožující (a tudíž někdy i obrozující) situace.

Měl jsem tu čest mnoho let pracovat v základních a středních školách, pro které svého času výjimečná mělnická „Manželská a předmanželská poradna“ (už ji zrušili) pořádala několikadílné (navazující) „preventivní progra-

my“ (jejichž cenným vyústěním je kupříkladu program „KROS“ - „překážkový běh“ za cílem žít v dobrém vztahu k sobě a ke druhým lidem...). Nedělali jsme (psycho)terapii, ale prevenci, přípravu dětí a dospívajících na situace, které mohou v oblasti partnerských a jiných mezilidských vztahů vyvolat otázky, napětí či problém. Již prostým pojmenováním oněch situací jsme občas působili i terapeuticky - jak se pak projevilo tím, že se někteří z účastníků preventivních programů obraceli na poradnu se žádostí o službu...

Proto vítám „Komplexní výcvik prevence“ a věřím, že „preventisté“ procházejí specifickým výcvikem, který jim umožňuje ujasnit si motivaci svého zájmu o práci „preventisty“. A který ukazuje, co to je terapie - a co má terapie společného s prevencí a v čem se od prevence liší. Kde je hranice, kterou v roli „preventisty“ nesmí překročit. A jak umět včas rozpoznat, že se v některém ze členů školní třídy děje „něco“, co vyžaduje odbornou službu. A jak v takovém případě reagovat ve skupině třídy. Na tento úvod (který bezesporu nabízí i možnost rozhodnutí, zda ve výcviku pokračovat) jistě navazuje výcvik v metodách a technikách prevence. S tím, že si účastníci výcviku mohou vyučované metody a techniky ověřit i jako aktéři: třeba tím, že si zahrají na „školní třídu“ při práci „preventisty“ - například na „dobové téma“ - jako je „šikana“ anebo „fet“ či „domácí násilí“ - anebo na „téma historické“ - „mládě, přicházející do smečky“ („smečka“ je pojem, který rád přebírám od Heleny Vrbkové)... A to vše s vyústěním poznání smyslu „poloplné sklenice“... A poté i supervize...

Článek Heleny Vrbkové nabízí ještě další otázky - kupříkladu její pojetí „horizontální“ a „vertikální“ roviny práce se skupinami, či odlišování „třídy“ od „skupiny“: „Třída, na rozdíl od skupiny, není sestavena za úkolem cokoliv řešit. Je to skupina, která se schází za účelem vzdělávání a z povinnosti.“ Jedná se o myšlenky, nabízející také interdisciplinární úvahy...

Ještě poznámka z praxe. Vzpomínám na příběh jednoho malého opuštěného kluka. Opuštěného celým světem. Pomohl mu vedoucí ha-

sičského oddílu z vesnice, kde žije - a to víc, než by mu v tu chvíli pomohla celá „preventivní“ prevence a hlubokomyslná psychoterapie. Toho kluka jsme do tohoto oddílu poslali z preventivně-terapeutických důvodů, aby nebyl tak sám. Onen hasič a celý oddíl jej přijal jako člověka, rovnocenného se všemi ostatními členy oddílu (na rozdíl od paní učitelky a jednoho psychologa, pro které byl okatě chráněným „problémem“).... A známá dětská oddělení jedné knihovny, pořádající pro děti akce, které mají nejen preventivní, ale i terapeutický význam...

A pozor: neznám práci „preventisty“ s učitelkami a učiteli... Ti nemají ani supervizi...

Takže co dodat? Snad jen to, že doporučuji, aby tvrzení „Prevence není terapie“ bylo rámcováno alespoň otázníkem. Nebo ne?!

Zrnění číslo 23 • Zrnění číslo 23 • Zrnění číslo 23

Ostatně i časopis může být prevencí i terapií!

Ano! Jeden takový znám. I když... vlastně... abych byl upřímný, znám takových časopisů více: *Vlastou* počínaje a *Respektem* konče... Ano, ano - i tyto populární časopisy mohou nabídnout chvíle, působící preventivně anebo až terapeuticky... O ně však teď tady nejde.

Jde o jeden jediný časopis. O časopis „DOMOVÁČEK“. Má podtitul: „Časopis Dětského domova Klánovice“. Podtitul říká, kdo jej vydává a kde vychází. A pro koho. K vydávání takového časopisu musí být alespoň jeden nadšený člověk, inspirátor, ochotný věnovat energii, čas a prostor k práci sice „nelukrativní“ - „zadara“, ale možná o to více smysluplné. Do „Domováčka“, jsem už zatím 3 čísla, přešle nejen jeho inspirátorka „teta Jana“, ale také obyvatelé Dětského domova. Má barevnou obálku a krásné barevné fotografie a kresby! Jsou v něm i hádanky, hlávolamy a vtipy. A „trocha psychologie“. Pohádky. Povídky. Rozhovory. Informace - třeba od pana ředitele. Anebo o loučení jednoho z dětí...

Je to mnoho let, co jsem coby vychovatel poznal „ducha pastáku“. O to více mě příjemně mrazí, když držím „Domováčka“ v rukách.

Umím si představit kluky a holky, pro které příležitost, kterou jim „Domováček“ nabízí, má aktuální terapeutický efekt. A nejen proto, že jsou jeho spoluvůrci. „Domováček“ je pro ně současně svědectvím o společenství, které je s to tvořit společné dílo. A je také prevencí pro budoucnost. Obyvatelé domova se nebudou muset za sebe stydět - časopis o tom podává zprávu. A jednou... jednou možná ukáží svůj časopis i svým vlastním dětem... Proto to mrazení... Mám souhlas redakce, abych Vám sdělil, kde si „Domováčka“ můžete přečíst. Na Internetu. Na adrese: www.jirat.cz/domovacek.

Ještě jednu šanci „Domováček“ nabízí: Je příkladem pro ostatní domovy... A pro nás.

Zrnění číslo 24 • Zrnění číslo 24 • Zrnění číslo 24

A na závěr: O údajně „preventivní cestě za tvrdým i“...

Kdosi se ptal, kam zmizel Arnošt Lulan, o němž nebyla v ZRNění předcházejících Konfrontací (č. 4/2003) jediná zmínka. Zda neustrnul „zauzlen“ v hluboké pokoře před reakcí mladistvé autority, která - údajně - působila více politicky než odborně. Anebo zda-li se neskryl ze strachu před negativním ohlasem na vítání jedné knížky? Údajně něco takového očekával...

Hledali jsme odpověď a postupně se dozvěděli, že jeho zmizení má jiné příčiny. Vydal se prý (alespoň podle jeho slov): „...na cestu za tvrdým i“. Četl teď některá poslední díla z našeho oboru a - polekán tím, že coby muž lehce individualizuje do dualitního vzorce blát se stopami poměřovaného Krista - vzpomněl si na jeden seminář „o mužském a ženském principu“. Jedna psychologička si tam postěžovala, jak to má ona, žena, vlastně prožívat - to tvrdé i = y ve slovesech, týkajících se ženského dění, když muži je - ta i - mají měkká!!! Arnošťa Lulana to moc potěšilo, protože on si klade úplně stejnou otázku. Dokonce někdy křičí (ně hystericky, to by nebylo rodově správné, ale s agresivními slzami v očích): „Já ho chci taky tvrdýýý!!! A nejenom proto, že taky mám rád děti! Kdo mi vzal moje tvrdý i!!!“ Nu - a proto, aby včas objevil odpověď a uchránil se tak

preventivně „před blátem genderu na rašelištnější svalů“ se vydal na svoji cestu. Když přišel k první křižovatce, poslal úvodní esemesku: „Štal se zazrak. Nejsem jediný hledající clovek. Potkal jsem tu bytost, která hleda stejne jako ja to same, co ja. Jmenuje se Ester Pindova. Arnost Lulan“. Nu - a víc zatím nic.

P.S. Gender znamená podle „Akademického slovníku cizích slov“ (Academia, Praha 1995): indonéský bicí nástroj v podobě dvacíti zavěšených a šňůrou spojených kovových desek“.

Uf, kéž se tohle Ester s Arnoštem dozvědí co nejdříve...

Satiterapeutická kazuistika

Jana Mynářová

Často se setkávám s mnoha různými dohady a dezinterpretacemi okolo satiterapie jako jednoho z psychoterapeutických směrů. Proto jsem se na jedné krátké kazuistice rozhodla přiblížit tento styl práce s klientem.

Satiterapie je integrativní psychoterapie, vedoucí k všímavému, uvědomělému prožívání, které je zakotveno v tělesné skutečnosti. Na této bázi potom pacient sám přichází k poznání, které léčí, získává vhléd do jader své patologie a odkrývá své uzdravovací možnosti. A díky tomu nachází svůj vlastní způsob překonávání problémů a zvládnání života (Fryba, 1993).

Satiterapie má základy v etické psychologii abhidhammy (ta je součástí původního Buddhova učení). Konkrétní kontakt s klientem je však zcela prost jakýchkoli ideologických či filozofických nánosů, satiterapie se ztotožňuje s rogersovským přístupem – empatií, autentičností a akceptací. Klade důraz na zakotvení v tělesném prožívání, tzn. využívá Gendlinovy metody focusingu a v terapeutické práci často staví na Morenově psychodramatu.

Kazuistika

Jednalo se o 22letou svobodnou dívku, říkáme jí R., se SŠ vzděláním, která mou soukromou praxí vyhledala z vlastního rozhodnutí, na základě doporučení své kamarádky.

Při přivítání byla lehce rozpačitá, přišla mi jakoby zabrzděná ve svém projevu, ve způsobu podání ruky a v tom, jak řekla: „Dobrý den“. Když jsme si v pracovně sedaly, vybrala si místo nejbližší u dveří. Proti mně tedy seděla dívka sportovní postavy ve vytahaném bílém svetru

a riflích, přestože bylo celkem teplo. Měla krátké vlasy ostříhané téměř na ježka, světlou pleť, pihy, mdlý dojem ještě podtrhovalo to, že nebyla namalovaná, oči působily unaveným pohledem. Celkově nepůsobila atraktivním dojmem, jakoby se za brýle a do velkého svetru schovávala.

Mým záměrem pro toto sezení, ostatně jako pro všechna ostatní první setkání, bylo navázat kontakt, zjistit, s čím klientka přichází, a v případě, že se nejedná o krizovou intervenci, s ní uzavřít terapeutický kontrakt. Na začátku setkání jsme se domluvily na rámci našeho prvního setkání, tzn. že bude trvat hodinu, já ji nechám ještě povídat, s čím přichází, také o její svobodě říci jen to, co uzná sama za vhodné, a na konci setkání se domluvíme, co dále. Odpověděla: „*Já nevím, jestli jsem tu dobře, jestli tu patřím, ale mám dojem, jakoby se na mě v poslední době všechno valilo.*“ Do očí se jí přitom nahrnuly slzy, které však stačila rychle potlačit.

Nejprve sdělila, že trpí *úzkostnými stavy*. Chtěla jsem po ní, aby mi tento lékařský termín přiblížila, co pro ni osobně úzkostné stavy znamenají. Pak začala povídat o tom, že svůj život prožívá jako šedý stereotyp, má dojem „*jakoby byla pod hladinou*“. Vadí jí, když je kolem ní příliš mnoho lidí, dovádí jí to k až agresivním myšlenkám, cítí se utlačovaná. Má sklon stále přemýšlet sama nad sebou, snaží se přijít na bod, kdy to všechno začalo. Má dojem, že jí v životě už nic pěkného nečeká, má strach z budoucnosti. Někdy není schopná vstát z postele, zvlášť tehdy, když nemá na ten den žádný plán. I když musí vstát a jít do práce, dělá to pouze mechanicky, stojí jí to hodně energie.

Nejprve jsem jí tedy nechala chvíli povídat o svých problémech, aby mi mohla sdělit, s čím přichází, snažila jsem se jí empaticky naslouchat a slyšené sdílet. Dále jsem vedla rozhovor se zřetelem ke schématu čtyř zakotvení: v tělesně prožívané skutečnosti, ve vztazích, v institucích a v cíli, abych zjistila, o co se může klientka ve svém životě opřít, a co je naopak pro ni zdrojem nepříjemného prožívání.

Z tělesného prožívání klientka spontánně zmiňovala návaly únavy takové intenzity, že

již začala zvažovat návštěvu lékaře. Dočetla se o diagnóze únavového syndromu. V oblasti vztahů je pro ni přínosný partnerský vztah, který trvá asi 2 roky. Jedna z motivací k práci na sobě je obava, že by její problémy mohly začít vztahu škodit. Všimla jsem si, že má tendenci stále srovnávat přítele se svým otcem a ve svém vyprávění stále přebíhala od jednoho k druhému. Otec z tohoto srovnání nevycházel nejlépe. Popisovala ho jako člověka, který ji odmalička shazoval, nikdy pro něj nebyla dost dobrá. Matky, která teď prodělala vážnou operaci, si R. váží, uvědomuje si, že jí má čím dál více ráda.

Ke svému zaměstnání asistentky má ambivalentní vztah, racionálně sice ví, že je to jedno z nejllepších zaměstnání, které zatím měla, ve skutečnosti je v práci nespokojená, nevidí žádnou perspektivu a postup. Práce je propojená s oblastí osobních cílů. Žije ze dne na den a je to pro ni čím dál těžší. Není schopná se zamýšlet nad tím, co bude dál, o co by mohla usilovat, to se týká jak práce, tak partnerského vztahu. Přítel by s ní chtěl plánovat společnou budoucnost, ona na to nemá myšlenky.

Ke konci prvního sezení jsme domluvily společný kontrakt. Cílem, který si klientka svými slovy definovala, bylo najít „*startovací plochu, od které bych se mohla odrazit. Cítím, jako bych se propadala stále hlouběji a chyběla mi pevná půda pod nohama.*“ Navrhla jsem pět následných setkání s frekvencí cca jedenkrát za 14 dnů, každé o délce 50 minut. Na posledním z těchto setkání bude následovat vyhodnocení dosavadní spolupráce a dohoda, zda a jak pokračovat případně dále. Tento model volím u většiny klientů z důvodu efektivního využití času, dále proto, aby klient vždy věděl, ve které fázi terapie se nachází, a aby byla možná její reflexe.

Po této domluvě jsme krátce zreflektovaly sezení a rozloučily se. Reflektování jako jeden ze satiterapeutických postupů zajišťuje, aby se uvolnily emočně obsazené prožitky, t.j. katexované obsahy, z nichž by mohly dále vznikat jádra patologie. Když učím klienty reflektování, vycházím při vysvětlení této techniky z doslovného páli překladu tohoto slova „znovu vést

před očima“ (paččavekhaná). Aby R. lépe pochopila, o co jde, nechala jsem jí vést si před očima „film“ od probuzení do počátku našeho setkání, pak teprve samotné terapeutické sezení. Při tomto znovuprožívání klient pouze slovně označuje dané prožitky, nijak je nehodnotí ani dále nerozvádí. Tím, že jsou slovně zachyceny obsahy prožitků, dojde k jejich „vyčištění“ a mohou odplynout, aniž by zanechávaly patologická jádra.

Za zmínku z tohoto prvního reflektování pouze stojí to, že R. zpočátku vnímala mou malou pracovnu jako stísněný prostor, ke konci sezení svůj pocit označila, že se jí „volně dýchá“. Reflektování klientka prováděla vždy na konci sezení, v dalším textu to již nebudu dále zdůrazňovat.

Při zvažování svého strategemu pro druhé sezení jsem si promítla v hlavě naše úvodní setkání. Očekávala jsem, že bychom se v dalším sezení mohly pustit více do hloubky, více si konkretizovat to, co zpočátku nazývala jako úzkostné stavy. Z líčení událostí posledních dnů jsme vybraly jednu situaci, která odpovídala tomu, co R. takto nazývala. Na této události chci přiblížit satiterapeutickou metodu konkretizace, při které jde o zpřesnění jakéhokoliv vágně vnímaného tématu ve vztahu k prožívané skutečnosti (Němcová 1995).

R. tedy vypravovala o jednom ranním probuzení v neděli, kdy „*to na ni zase všechno spadlo*“. Hned po tom, co se vzbudila, už věděla, že je jí špatně. Venku pršelo, nevěděla, co bude celý den dělat, ani se jí nechtělo vylézat z postele. Přítel si hned po ránu sedl k počítači a nevěnoval se jí, ona zase cítila, jak se potápí a jak je jí čím dál hůř. Náladu „tam a tehdy“ si pojmenovala „*jako pod dekou*“, na tělesné úrovni „*tady a ted*“ cítila tlak na hrudníku, pojmenovaný jako „*rozpínání*“. Nabídla jsem jí, že bychom ho mohly nějak ztvárnit. Papír s pastelkami odmítla s tím, že neumí malovat, proto jsem vytáhla obrázkové karty, které mi slouží jako materiál, do kterého klienti mohou volně projíkovat své vlastní obsahy. Sami tak mohou použít kartu jako etiketu, tzn. nálepku či pojmenování, svého prožívání.

R. jsem tedy nechala, aby si nabízené karty

prohlédla a aby z nich vytáhla jednu, která odpovídá pocitu „jako pod dekou“. Když jsem ji vztáhla znovu k tomu, jaké je to pro ni „tady a teď“ v těle, všimla si, že se tlak na hrudníku změnil v pocit, který pojmenovala jako „obruč“, a tento pocit dále vyvolal představu, že je v okovech, ze kterých se snaží uniknout, což ji rozplakalo.

Napadlo ji, že by se to, jak se zrovna cítí, dalo také popsat meteorologickými termíny. „Jasno“ neprožívá skoro nikdy, „polojasno“ vždy jen krátce, „zataženo“ mnohdy celé dny, které bývají prokládány „deštěm“ nebo „bouřkami“. Má dojem, že když je jí lépe, je to jen krátká předehra k tomu, aby jí bylo zase hůř. Navrhla jsem, aby si své prožitky pomocí těchto slov zapisovala během příštích 14ti dnů, než se opět sejdem. Chtěla jsem ji přimět k větší všímavosti vůči svým prožitkům v běžném životě.

Mým záměrem pro třetí sezení bylo ověřit si, zda své prožívání sledovala a zapisovala. Dále jsem chtěla vyjít z toho, s čím klientka přijde sama, podpořit ji v autochtonních (jejích vlastních) cílech a případně vést více ke konkrétním přesahům výsledků terapie do jejího života mimo zdi poradny.

Na toto sezení R. přišla jakoby politá živou vodou. Její oživení způsobilo to, že si den před naším setkáním prošla své záznamy, a s úžasem si uvědomila, že prožitky, které označuje jako zataženo, prší, bouřka, zdaleka netrvají několik dnů nebo týdnů, jak si do této doby myslela, ale vždy jen nějakou krátkou část dne.

Také si uvědomila, že se její nepříjemné stavy, dle jejích slov „nekloubou odněkud z hlubin psychiky“, ale že jim předchází vždy nějaká událost, která to způsobí. Nechala jsem ji, ať mi popíše tři takové situace, a pak měla za úkol hledat společného jmenovatele těchto událostí. Společným jmenovatelem bylo „zklamávám“, což se vážalo k tomu, že v těchto situacích měla dojem selhání, nejdříve před druhými, ve skutečnosti sama před sebou.

Napadlo ji, že když ví, které situace její nálady spouštějí, bude alespoň vědět, co může od nich očekávat, když nastanou. Nabídla jsem

jí myšlenku, že dalším krokem by mohlo být všimání si toho, co naopak její náladu zlepšuje, aby mohla najít ten odrazový můstek, který hledá.

Měla jsem radost nejen z průběhu našich setkání, ale především z toho, co se dělo mimo poradnu, ze snahy R. něco pro sebe udělat. Očekávala jsem, že s dalším setkáním půjde nejspíš sinusoida nálady zase dolů, proto jsem chtěla podpořit klientku v tom, zvládat i období, kdy se daří méně.

Ve čtvrtém a pátém sezení opět došlo na téma práce. Našich pět domluvených setkání se začalo pomalu chýlit ke konci, proto jsem v rámci harmonizační fáze nabídla R. zcela praktickou věc, dotazník s otázkami na profesní orientaci, který si měla do příště vyplnit. Mým cílem bylo, aby si byla schopná ujasnit, co od své práce očekává. R. si definovala svou představu o zaměstnání, ve kterém by byla spokojená, takto: chce za sebou vidět výsledky; aby práce byla pro někoho užitečná; chce mít odpovídající plat; mít práci, která je pro okolí prestižní (tzn. nestydět se zato, co dělá); mít možnost dalšího postupu, v něčem se zlepšovat.

Každý z těchto bodů jsme i dále podrobněji konkretizovaly. Já jsem spíše jen kladla otázky a sdílela prožitkově podložené obsahy. R. z tohoto sezení odešla s rozhodnutím, že se začne pomalu poohlížet po různých inzerátech, sledovat nabídky práce a z těchto nabídek vybírat ty, kterým vyhovuje, co se týče požadovaného vzdělání a zároveň takové, které by mohly odpovídat naopak jejím požadavkům.

Pomocí konkretizace jsem R. nechala uvědomovat si její pracovní cíle a v následném rozhovoru pak i prostředky, kterými by jich mohla dosáhnout. To odpovídá abhidhammické matici jasného vědění (*sati-sampadžaňña*), zejména bodům týkajícím se plánování a provádění strategického jednání: jasné vědění zaměřenosti na cíl (*sa-atthaka-sampadžaňña*) a jasné vědění o vhodnosti či instrumentalitě (*sappája-sampadžaňña*) (Fryba, 1995). Klientovi tato, ani jakákoliv jiná, matice není samozřejmě explicitně vysvětlována, zůstává v po-

zadí jako teoretické východisko satiterapeuta.

Má představa o posledním setkání byla reflektováním uzavřít dosavadní spolupráci a domluvit se, co dále. V případě, že by klientka nejevila o další setkávání zájem, rozloučit se, v opačném případě se domluvit na cíli, zformulovat prodloužení kontraktu.

Při společném ohlédnutí zpět klientka zmínila, že si původně myslela, že by se měla snažit o to, aby se „vyhoupila nad hladinu a už nad ní zůstala“. Nenapadlo ji, že je to v podstatě nerealizovatelné, protože výkyvy nálad jak do příjemna, tak do nepříjemna jsou neodvratné. Přínosem pro ni bylo to, že si uvědomila, že její nepříjemné stavy mají nějaký spouštěč a že také mají svůj konec. Přestože nedocílila toho, aby se jich úplně zbavila, když to na ni přijde, ví, jak s tím naložit.

R. ke mně jako k terapeutce podotkla, že jí vyhovovalo, že jsem pro setkání našla nějakou náplň a nenechala ji volně mluvit, nesplnila jsem však její očekávání, že nějak vyhodnotím, co udělala špatně, a řeknu jí, jak to měla udělat jinak. Projevila přání v našich setkáních pokračovat. Původně domluvená dvouměsíční přestávka se o pár měsíců protáhla. Naše další setkání se odvíjely od její rodinné situace, ale to je příběh na další kazuistiku.

V tomto článku jsem se pokusila popsat konkrétní satiterapeutickou práci s klientem v provázanosti s některými teoretickými východisky, které mají základ v etické psychologii abhidhammy. Dle mého názoru se mi podařilo sdílet s ní její prožitky a pružně reagovat na to, co nabídl, aniž jsem se snažila za každou cenu držet strategému. Své rezervy vidím v tom, jak vést klientku k tělesně zakotvenému prožívání, díky němuž by odlišila pojmové myšlení od pocitů. V šesti úvodních setkáních, které tvořily jeden blok zarámovaný společným kontraktem, se podařilo nastartovat sanační potenciálnosti klientky spíše než vyřešit všechna témata, která se v průběhu spolupráce objevila.

ODKAZY:

Fryba, M.: Psychologie zvládnání života, MU Brno, 1995

Fryba, M.: Principy satiterapie, Atelier Satiterapie, 1993

Němcová, M.: Úvod do satiterapie, Atelier Satiterapie, 1995

Mgr. Jana Mynářová vystudovala psychologii na FF MU v Brně, v roce 2001 dokončila třetipátiletý výcvik v satiterapii. Pracuje jako psycholožka v Poradně pro rodinu a má soukromou praxi. Zabývá se individuální psychoterapií a internetovým poradenstvím. <http://psycholog.yo.cz>



ATELIER SATITERAPIE

*nabízí prožitkově zaměřený kurz pro pracovníky
z pomáhajících profesí a pro všechny, co chtějí lépe zvládat svůj život.*

ÚVOD DO SATITERAPIE

Satiterapie je léčba všímavosti, která vychází z tělesného prožívání.

Používá konkretizace prožitků technikami psychodramatu,
práce s výtvarnými médii, pohybovým vyjadřování apod.

Schopnost nezaujatě a přitom plně prožívat vlastní city, nálady
a hnutí mysli je základním předpokladem terapeutova empatického
porozumění a analýzy procesů probíhajících v osobnosti pacienta.

To umožňuje psychické procesy usměrňovat, jakož i kultivovat adaptivní
dovednosti ve zvládnání problémů pacientem samotným.

Kurz poskytuje teoretické základy satiterapie, základní meditační trénink
schopnosti empatie a analytického vhledu, postupy vytváření
terapeutického formátu, nácvik terapeutických dovedností.

V případě zájmu je možno navázat 3letým výcvikem v satiterapii.

Kurz obsahuje 45 hodin výcviku a 15 hodin výuky.

Lektoři: PhDr. Ing. K. Hájek, PhD., Mgr. T. Nagy,

PhDr. V. Nevolová, PhD., PaedDr. M. Prodaj

Termín: 8. 5.-14. 5. 2004. Kurzovné: 4 800,- Kč

Přihlášky zasílejte mailem na adresu: maceja@centrum.cz.

Informace na telefonu: 777 577 348 (Mgr. Jana Mynářová
<http://psycholog.yo.cz>)

Uzávěrka přihlášek se zaplacením: 20. 3. 2004

www.volny.cz/satiterapie

Gestalt přístup v terapii deprese

Jan Roubal

Úvod

Depresivní pacienti v psychiatrické léčebně jsou intenzivně psychofarmakologicky léčeni a léky užívají i po propuštění. Přesto se znovu a znovu vracejí s podobným opakujícím se průběhem. Nejen jejich narušení na biologické úrovni, ale také jejich strnulé vzťahování se k sobě a k druhým lidem je opakovaně dovádí do závažného depresivního stavu a někdy i k sebevražednému pokusu. Neuvědomují si, jak oni sami přispívají ke vzniku a udržování své deprese. Psychoterapie jim může pomoci vystoupit z jejich depresivního „gestaltování“ tím, že rozpoznají své pocity, potřeby a tělesné procesy. Gestalt terapie se zdá být v tomto smyslu efektivní. Chtěl bych zde prezentovat své zkušenosti s gestalt terapií depresivních pacientů v prostředí psychiatrické léčebny. Vycházím především z pozorování průběhů intenzivních šestitýdenních psychoterapeutických programů pro depresivní pacienty, které probíhají na otevřeném oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Gestalt terapeutický přístup k těmto pacientům se některými specifickými rysy odlišuje od běžně tradovaného gestalt přístupu. Oproti němu je daleko méně konfrontující a více podporující. Zachází s hlavním stylem kontaktu, který depresivní pacienti užívají - s retroflexí. Určité specifické modifikace gestalt přístupu mohou pomoci depresivním pacientům vystoupit z ustrnulého „retroflektování“, dovolí jim překonat typické přerušování kontaktního cyklu a pokračovat plynule v navazování kontaktu a stahování se z něj. Popíši teoretický pohled gestalt přístupu na depresi, zmíním se o diagnostice a vyplývajících terapeutických doporučeních.

Obecný přístup k neurotickým pacientům

Člověk se chová buď podle zvyku nebo podle vědomé volby (Yontef, 1993). Kdysi během naší osobní historie jsme se s nezvyklou situací vyrovnali tvořivým způsobem. Tento způsob nám poté slouží dál. Zvykneme si, že funguje a používáme ho pak automaticky i tam, kde bychom se při vědomém zvážení situace zachovali jinak. Nejsme v tu chvíli v kontaktu se sebou samými ani s okolím, chováme se podle zvyku. V gestalt terapii naproti tomu podporujeme chování podle vědomé volby. Pacientům umožníme rozpoznat jejich strnulé, stereotypní způsoby chování a vztahování se ke světu kolem nich. Přispíváme k rozšíření jejich uvědomění a tak jim umožňujeme svobodu vědomé volby i převzetí odpovědnosti za vlastní chování.

Dozvoľte mi to znázornit metaforou. Představte si, že každý den chodíte z práce stejnou cestou. Jdete známou ulicí, kolem stejných obchodů, zahnete za poslední roh, přejdete přes přechod a jste doma. Na cestu nemyslíte, automaticky volíte nejpohodlnější a nejbezpečnější trasu, šetříte síly a energii a během cesty zvládnete i myslet na něco jiného. Je to váš osvědčený a nejvýhodnější způsob cesty domů. Takto funguje zdravý člověk po většinu času a není třeba na tom terapeuticky pracovat a něco měnit.

Nyní si představte, že v ulici, kterou máte projít, praskl vodovod, ulice je rozkopaná. Vy se najednou zastavíte, zvednete hlavu a zjistíte, že nemůžete pokračovat v tom, co doposud fungovalo. Rozhodnete se změnit trasu a domů se dostanete jinudy. Již ale nejdete automaticky, řídíte se vědomou volbou.

Podstatné je to, co jste udělali ve chvíli, kdy starý a osvědčený způsob selhal. U výkopu jste se zastavili a zvedli hlavu. Tak se zachová duševně zdravý, sám sebe dobře organizující člověk v případě, že se ocitne v neočekávané situaci.

Kdo ale tohoto relativně jednoduchého úkolu není schopen, zůstává s hlavou sklopenou a tvrději se snaží projít doposud osvědčenou trasou. Vyčerpává se znovu a znovu tím,

že prochází ulicí až k výkopu a zpět. Tímto způsobem může pak strávit celý následující život. Pokud nahlédne, že si s tím sám neporadí, ocitá se v terapii. Zde pak pracuje v první řadě na dvou úkolech. Nejdříve si musí uvědomit, že situace je opravdu horší než obvykle. Není možné si dělat iluzi o tom, že se dostane domů starým známým způsobem. Znamená to, že se musí zastavit a uvědomit si momentální nesmyslnost svého chování. A druhý krok - musí zvednout hlavu a rozhlédnout se. Získá přehled o situaci a zjistí, že jsou možné i jiné způsoby, jak se dostat dál. Uvidí, že je možné zvolit delší cestu jinou ulicí, která není rozkopaná, nebo se třeba pokusí s rozběhem výkop přeskochit. Pokud klient dospěje k tomuto poznání, může tento úsek terapie skončit. Jak se svým uvědoměním tento člověk dále naloží, je již odpovědnost jeho samého a ne terapeuta. Terapeut je zde proto, aby ho doprovázel, a ne aby mu radil, jak se má v životě chovat. Tím by klientovi uzavíral cestu k jeho vlastním potenciálům.

Přístup k depresivnímu pacientovi

Popsal jsem zde obrazně situaci běžného, takzvaně neurotického pacienta. V čem je nyní odlišná situace v případě pacienta depresivního?

Když použiji předchozí přirovnání, můžeme si představit, že depresivní pacient také přešlapuje před výkopem, případně již zcela vyčerpán leží na ulici. Pokus o sebevraždu je pak pokusem udělat něco jinak, něco změnit. Avšak on se o to pokouší se sklopenou hlavou - chybí mu potřebný nadhled nad situací, běží hlavou proti zdi. Pokud má možnost na sobě psycho-terapeuticky pracovat, zastaví se, rozhlédne a - na rozdíl od neurotických pacientů - zjistí, že nemá sílu na delší cestu jinou ulicí nebo na přeskakování výkopu. Zůstává tedy na místě. Většina depresivních lidí časem síly sebere, avšak čekání půl roku nebo déle je velkým utrpením. Zde mohou v terapii pomoci anti-depresiva. A pomocí může i specifický psycho-terapeutický přístup, který chce představit v následujícím textu.

Na začátek je třeba zdůraznit, že gestalt

terapie je v první řadě orientována na proces. Nezkoumáme tedy příliš to, proč jsou depresivní lidé smutní. Namísto toho pracujeme s tím, jak to sami sobě dělají, že jsou stále smutní. Mohlo by se zdát, že tímto způsobem terapii mechanicky redukuje a uniká nám rozměr individuálního smyslu deprese. Deprese má samozřejmě také funkci životního zastavení, přehodnocení. Tím je důležité se zabývat následně při zpracovávání smyslu deprese v rámci dlouhodobější terapie. V tomto textu se však chci zaměřit na počáteční, krátkodobou terapii depresivních pacientů.

Prvním a klíčovým úkolem terapeuta je zajistit bezpečí tím, že vymezí jasnou strukturu a hranice. Pro depresivní pacienty platí to, co Yalom postuluje obecně pro hospitalizované pacienty - musí vnímat skupinovou terapii jako pozitivní, podpůrnou zkušenost, ve které budou chtít pokračovat. „Pacienti se musí ve skupině cítit bezpečně.“ Takováto skupina „není místem pro konfrontaci“ (Yalom, 1983). Depresivní pacienti při prvních sezeních skupiny sedí s hlavou svěšenou a plnou pochyb o smyslu svého dalšího setrvání ve světě. Pokud jsou frustrováni delším nestrukturovaným mlčením ve skupině, propadají se čím dál více do sebe a do svých pochybností. Proto také samotné psycho-terapeutické sezení terapeut zpočátku jasně strukturuje a je aktivní při vytváření skupinových norem tak, aby nedocházelo k vzájemnému zraňování mezi pacienty.

U závažněji depresivních pacientů pomohou bezpečné území vymezit psychofarmaka. Prostor, který se takto otevírá pro terapii, je bezpečnější nejen pro pacienty. Také terapeut může pracovat bez neustálé hrozby, že se některý z pacientů nedožije příštího skupinového sezení. Ze stejného důvodu se nám osvědčilo uzavírat specifický kontrakt. Na začátku programu každý pacient podepíše dohodu, ve které se explicitně zaváže, že se v průběhu psycho-terapeutického programu nepokusí o sebevraždu. Opakovaně jsme se ujistili, že v krizové situaci je pak vzpomínka na takovýto slib terapeutům i skupině tím posledním, co odvrátilo pacienta od sebevražedného pokusu.

Kontaktní cyklus

Gestalt terapie se zabývá dynamikou vztahu, tedy tím co se odehrává mezi pacientem a terapeutem, nebo mezi pacienty ve skupině. Self není v gestalt pojetí (které zde vychází z teorie pole) věc sama o sobě, nýbrž proces, který je neoddělitelnou součástí okolí. Obecně interakce self a okolí probíhá u zdravého člověka v neustálém rytmickém pohybu kontaktu a stažení. Tento pohyb je určován dominantní potřebou self v interakci s okolím v situaci teď a tady. Nenaplněná potřeba vede k navázání kontaktu a uspokojená potřeba vede ke stažení se z kontaktu. Uspokojení dominantní potřeby probíhá v několika fázích, které různí autoři (Zinker, E. Nevis, Melnick, S. Nevis, Mackewn, Wheeler) s mírnými obměnami popisují obdobně jako kontaktní cyklus či cyklus seberegulace organismu. Zde použiji upravený model Josepha Zinkera (Mackewn, 1999):

- | | | |
|-----------------------|---------|-------------------------|
| | 5. Akce | |
| 4. Mobilizace energie | | 6. Kontakt |
| 3. Uvědomění | | 7. Integrace, Asimilace |
| 2. Vjem | | 8. Stažení |
| 1. Stažení | | |

Joseph Zinker tento cyklus ilustruje na vlastním příkladu (Zinker, 1978). Sedí v křesle a přešle knihu, není v kontaktu s okolím (1. stažení). Poté začíná cítit křeče v žaludku a sucho v ústech (2. vjem). Uvědomuje si své pocity a prožívá je jako „hlad“ (3. uvědomění). Představuje si, co udělá a cítí, jak se jeho tělo (svaly, dech) začíná připravovat k činnosti (4. mobilizace energie). Vstává, jde do kuchyně (5. akce). Bere si sýr a žvýká ho (6. kontakt). Tráví jídlo, přestává ho prožívat jako oddělenou část okolí (7. integrace a asimilace). Pocit hladu ustupuje, potřeba je naplněna a on se opět stahuje, aby mohl navázat jiný kontakt.

Stejně tento cyklus probíhá při uspokojování psychologické potřeby v rámci mezilidského vztahu. Tento model je samozřejmě jistým zjednodušením a nevystihuje dostatečně celé sociální a vztahové pole při navazování kontaktu. Je možné jej používat s vědomím, že slou-

ží jako lupa, která některé rysy zvýrazní a jiné nevyhnutelně opomíjí (Wheeler, 2003).

Přerušení kontaktního cyklu

U depresivních lidí můžeme vidět opakující se vzorec přerušení kontaktního cyklu. Tito lidé zastavují sami sebe většinou krátce po fázi mobilizace energie a nejsou schopni přejít do akce. V tomto stavu je potkávám v psychiatrické léčebně. Přicházejí bez vůle, bez naděje, bez chuti k životu. Někteří z nich však zmobilizovali energii, dostali se k akci a - pokusili se o sebevraždu. Ti jsou pak uměle, hospitalizací a tlumivými léky, manipulováním zpět do fáze před akcí.

V gestalt terapii je obecně uvědomění hlavním cílem terapie. U depresivních pacientů to však nestačí. Depresivní pacienti si s pomocí terapeuta uvědomí sebe sama ve vztahovém poli teď a tady, jakmile ale začnou mobilizovat energii, zastaví sami sebe. Zůstávají depresivní, nemají dostatek síly jít dál. Situace je jim jasná, před sebou ale vidí jen dvě cesty. Buď rezignovat, nebo se zaktivizovat a zabít se.

Jak probíhá terapie s takto depresivními lidmi? Po vytvoření bezpečného prostoru terapeut v situaci teď a tady během skupinového sezení nalézá momenty, kdy jednotliví pacienti mobilizují svoji energii. Může se jednat i o nepatrný projev, důležité je zdůraznit kvalitativní výjimečnost takového chování. Jeden pacient se po několika sezeních náhle podívá přímo do očí druhého, jiný si schopen projevit nesouhlas a jiný si zase dovolí plakat. Terapeut pak vyzdvihne tyto momenty a zastaví se u nich. Pacient dospívá k uvědomění procesu, při kterém sám aktivně zmobilizoval energii v ten určitý moment. S pomocí terapeuta si také uvědomí, co k takovému postoji potřeboval. Zjišťuje, jak může podporovat sám sebe i jak si může zajistit podporu okolí. Pacient je potom schopen učinit objev: „To je něco, co jsem zvládl. Nejsem úplně neschopný!“ Pomalu si pak nachází vlastní způsob, jak potvrzovat sám sebe, mobilizovat energii a přejít k akci. Učí se moderovat projevování své energie. Vzpomínám si na jednu pacientku, která na

konci programu s uspokojením konstatovala: „Zjistila jsem, že věci se dají řešit i jinak než tím, že se zabiju.“

Retroflexe

Nejčastější způsob, jak depresivní lidé rigidně deformují plynutí kontaktního cyklu je retroflexe. „Depresivní osoba často retroflektuje, ...bojí se vyjádřit neuspokojení nebo hněv, ...trpí svou vlastní kritikou, neuspokojením a hněvem“ (Zinker, 1978). Retroflexe je styl kontaktu, při kterém člověk dělá sám sobě to, co by chtěl dělat okolí. Depresivní člověk tak obrací proti sobě pocity, které by chtěl projevit vůči okolí. Depresivní pacient typicky na skupině hovoří o tom, jak ho jeho blízcí milují a chtějí pro něj to nejlepší. A on je stále zklamává. Pacient přitom zachovává bezvýraznou tvář, zatíná si však nehty do dlaně, nebo si kouše rty. Působí si bolest, obrací proti sobě pocity, které si nedovolí cítit ke svým blízkým. Sebevražedě je pak možné rozumět i jako vystupňované retroflexi, proti sobě obrácené chuti zabít jiné (Zinker, 1978). Pomocí retroflexe depresivní lidé zastavují kontaktní cyklus a zneumožňují plynulé navazování kontaktu a stahování se z něj.

Gestalt přístup obecně podporuje introspekci, pracuje běžně s deflexí (uhýbání z přímého kontaktu) a projekcí (promítání vlastních nepřijatelných aspektů na okolí) tak, že pomáhá lidem, aby nezůstávali mělce na povrchu, ale obrátili svou pozornost do sebe a byli si více vědomi sebe sama. To je ale způsob, který depresivní lidé znají až příliš dobře. Tráví většinu svého času tím, že sami sebe trápí a obracejí proti sobě vše, co se kolem nich přihodí. Pokud tedy terapeut v nich použije způsob terapie zaměřený příliš introspektivně, pouze posiluje rigidní vzorec retroflexe. Depresivní lidé se potřebují naučit, jak chránit sami sebe a jak jít ven se svou zkušeností.

„Péče o akutně hospitalizované... vyžaduje zásadní modifikaci techniky skupinové terapie“ (Yalom, 1983). Platí to i pro gestalt přístup k depresivním pacientům. Terapeut neuvžívá přímý odkrývací přístup. Více podporuje než frustruje. Depresivní lidé totiž frustrují sami sebe

neustále. Terapeut nenutí depresivní pacienty do hlubokých procesů a emocí. Nejdříve vybuduje velkou důvěru a bezpečí ve skupině. Umožní nejdříve pacientům zažít možnost ochránit se, vytyčit jasné hranice. Používám pravidlo STOP. Každý má právo zastavit sdělování vlastního procesu a skupina, včetně terapeuta, to musí respektovat. Klíčový bývá pro pacienty zážitek z experimentu, který zařazují během prvního týdne programu. Dva pacienti stojí daleko proti sobě. Jeden se pomalu přibližuje a zastaví se na neverbální pokyn druhého. Pacienti se zde učí vymezit si vlastní hranici a užívají si respektu ze strany druhého. Není výjimkou, že zpočátku nejsou schopni druhého zastavit a nechávají se jím zraňovat.

Při práci s retroflexí je nutné přesměrovat energii vnitřního zápasu směrem do vztahu s vnějším světem (Polster a Polster, 2000). Pro retroflektující pacienty je proto také užitečné, když terapeut sám jde příkladem a přináší navenek své uvědomění, bezprostřední zážitky a emoce v průběhu skupiny. Tento popsany terapeutický přístup umožňuje postupně obrátit směr kontaktního stylu retroflexe do směru obráceného, který umožní depresivním pacientům vyjít více ven ze sebe. K odstranění rigidní retroflexe je potřebný nejprve návrat k vědomému sebepozorování (např. jak pacient sám sebe drží), a poté mobilizace energie v kontaktu s vnějším světem (koho by rád držel) (Polster a Polster, 2000). Tím dochází k odblokování kontaktního cyklu. Pacienti pak mohou pokračovat v dalších fázích tohoto cyklu a učit se flexibilitě procesu kontaktu a stažení. Jak řekl při rekapitulaci v polovině skupinového programu jeden pacient: „Nově se mi objevuje tušení, že něco příjemného v životě přece jen ještě přijde.“

Doplnění

Poznámka 1: Intervence, které v tomto textu zmiňuji, nejsou specifické pouze pro terapii depresivních pacientů. Používají se běžně i v jiných případech. Práce s depresivními pacienty však vyžaduje zvýšený důraz na popsané aspekty terapeutického přístupu.

Poznámka 2: Je možné diagnostikovat, dát nálepkou depresivního pacienta a zároveň užívat gestalt přístup založený na vztahu? Existuje skupina lidí, se kterou je možné terapeuticky zacházet podobným způsobem? Nepotřebuje každý pacient přísně individuální přístup?

Existují skupiny pacientů, kteří přispívají k organizaci vztahového pole podobným, stereotypním způsobem (Baalen, 1999) - psychotickým, hraničním, schizoidním apod. Je možné je zahrnout do diagnostické kategorie - s vědomím toho, že neexistují jasné hranice mezi diagnózami a také že definice normality a poruchy se vždy znovu určuje v terapeutickém setkání. Depresivní pacienti také tvoří takovou skupinu již dávno diagnosticky rozpoznávanou. V pojetí gestalt přístupu ovšem terapeut nestojí neovlivněn mimo diagnózu. Dalo by se říci, že s pacientem při terapii „deprese“ teď a tady spolu. O tom, jak stereotypně depresivní pacienti organizují vztahové pole, se terapeut může přesvědčit na vlastní kůži, tj. podle vlastního uvědomění. V kontaktu s depresivními pacienty má například okamžitou tendenci dodávat naději, povzbuzovat, zvyšovat sebevědomí pacientů. U jiných „poruch“ (disorders), jako jsou poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy apod., jsou uvědomění i tendence terapeuta odlišné.

Poznámka 3: Sullivan definuje psychoterapii jako setkání dvou lidí, z nichž terapeut je ten méně úzkostný (Yalom, 1983). Pro toho více úzkostného, pokud je hospitalizován, používám v textu pojem pacient. Pokud hospitalizován není, dávám přednost názvu klient.

Závěr

Na závěr mi dovoďte ještě jedno podobství: Člověk v depresi jakoby šlapal v bažině. Každým dalším šlápnutím hlouběji zapadá do hustého, lepivého bahna. Každý nový úkol, povinnost či setkání je jen další frustrací a důkazem, že není schopen fungovat. Každý další nezdár jen potvrzuje, že život nemá smysl, že bažina je bezdná. Přesto však člověk nepřestává šlapat a hledat oporu pro nohy, přesto se stále nadechuje nad hladinou. A když už

nezbývá jiná možnost, pokusí se o zoufalý výskok ze všech sil, pokusí se zabít.

Co dělají blízcí lidé? Stojí na břehu bažiny a házejí depresivnímu člověku větve, aby se měl o co opřít. Jsou to dobře míněné rady: „Vzchop se!“, „To přejeď!“, „Podívej, jak je venku hezky!“. Rady se ale propadají do hluboké bažiny, jakmile se o ně depresivní člověk opře. Každá rada a povzbuzení naopak jen prohlubuje pocit: „Já vím, že bych to měl zvládnout, já prostě ale nejsem schopen.“ Když blízcí vidí nesmyslnost svého jednání, konfrontování se svou bezmocí rezignují (či odešlou svého depresivního do psychiatrické léčebny). Terapeut ale nemůže opakovat jednání blízkých. V tom právě spočívá terapie, že v tomto zvláštním vztahu se věci mohou dít i jinak. Terapeut také stojí na břehu. Ví ale, že nemá smysl házet klacky či kameny. Sám se nebezpečně naklání nad bažinu a drží depresivního pacienta tak, aby mohl dýchat. Nemá moc ho vytáhnout, udrží ho však, zatímco ten druhý šlape dál a hledá oporu. Terapeut vytrvale poskytuje svou přítomnost a důvěru, že pacient sám najde pevný bod v bažině. Terapeut ho také povzbuzuje, aby ohmatával terén, zkoušel i nová místa a zjistil, co drží. I sebemenší, banální ocenění sebe sama je pro depresivního pacienta opěrným kamenem v bažině deprese. Bažina je dovnitř a depresivní člověk se propadá sám do sebe. Proto i opory musí vzejít zevnitř. Často se objeví na nečekaných místech. Právě tyto nové opěrné body může nalézt za podpory terapeuta.

Anti-depresiva také udržují pacienta nad hladinou. Pokud užívá jen léky, časem snad najde stejné opory, které mu sloužily dříve. Ty však se již jednou ukázaly jako nedostatečné, neudržely ho nad hladinou. Bez psychoterapie pacient propadne šanci nalézt nové zdroje sebepodpory. Deprese je zprávou: „Zkus to i jinak“. Psychoterapie pomáhá tuto zprávu slyšet.

LITERATURA:

Baalen, v. D.: Gestalt Diagnosis, Norsk Gestaltinstitutt, Oslo 1999
Mackewn, J.: Developing Gestalt Counselling, Sage, London 1999

Polster, E., Polster, M.: Integrovaná Gestalt terapie, Albert, Boskovice 2000
Wheeler, G., Contact and Creativity: The Gestalt Cycle in Context. In: Spagnuolo Lobb M., Amendt-Lyon N., Creative Licence - The Art of Gestalt Therapy, Springer-Verlag, Wien 2003
Yalom, I. D.: Inpatient group psychotherapy, Basic Books, New York 1983
Yontef, G. M.: Awareness, dialogue and process, The Gestalt Journal Press, New York 1993
Zinker, J.: Creative Process in Gestalt Therapy, Random House, New York 1978

Text byl přednesen ve zkrácené formě na Psycho-terapeutické konferenci v Luhačovicích 15. 10. 2003 a na Psychiatrické klinice v Hradci Králové 10. 12. 2003.

MUDr. Jan Roubal pracuje jako psychiatr a psychoterapeut v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě a jako výcvikový lektor Institutu pro Gestalt terapii v Praze.

Psychosociální a duchovní podpora pacientů a zaměstnanců v nemocnicích, ambulancích a hospicích v USA - zpráva ze studijního pobytu

Eva Kalvínská

Domnívám se, že v dnešní době jsou podmínky pro poskytování psychosociální péče v USA mnohem příznivější než u nás a to hned z několika důvodů. Zdravotnická zařízení jsou relativně malá. Největší kapacitu lůžek měla Universitní nemocnice v SLC, tj. kolem 400 lůžek (pro srovnání - FN Motol má 2400 lůžek), ostatní zařízení kolem 250 lůžek. Mají větší počet některých odborníků (zejména nelékařů) na počet pacientů a také velký počet dobrovolníků, kteří jsou zapojeni do nespočetných programů a jsou k dispozici všem oddělením, která o ně mají zájem.

Zaujalo mne, jaké užitečné informace dostává pacient při přijímání do nemocnice. Během prvních dvaceti čtyř hodin se setkává s týmem odborníků, kteří mu vysvětlí jeho situaci, tj. ošetřující lékař mu vysvětlí závažnost onemocnění a navrhne léčebný postup, ke kterému se pacient má možnost vyjádřit, vrchní sestra kontroluje typ pojištění a vysvětlí způsob provádění léčby na oddělení, sociální pracovník zjistí životní podmínky pacienta i jeho rodiny, event. navrhne postupy pro zlepšení situace a spojí jej s finančním poradcem, který poradí, na koho se obrátit v dalších otázkách. Sociální pracovník je ten, kdo v drtivé většině případů poskytuje psychotherapeutickou péči pacientovi i jeho rodině. O další komunikaci s příslušnou zdravotní pojišťovnou se stará tzv. koordinátor propuštění. Tento člověk není zdravotník, je vzdělán v oblasti pojištění. Zajišťuje propuštění pacienta do domácí péče, zařízení prodloužené péče nebo ošetřovatelského domu dle zdravotního stavu.

Tým se setkává na některých odděleních denně, jindy třikrát týdně. Z dobrovolnického centra přichází člověk, kterého zajímá pacientův dojem z přijetí do nemocnice a nabízí pomoc při jakémkoliv nedorozumění s personálem nemocnice. V tomto programu pracuje jeden zaměstnanec nemocnice, který koordinuje dobrovolníky - mediky a ti pak docházejí za konkrétními pacienty. Rodina je prakticky stále přítomna u lůžka pacienta, takže s ní příslušní pracovníci mohou být v kontaktu kdykoliv.

Jestliže pacient zemře, přichází speciální pracovník programu pro pozůstalé, který je vzdělán v psychoterapii a speciálních programech na podporu pozůstalých a nabízí rodině nejen psychickou pomoc, ale i praktické rady ohledně organizace pohřbu, komunikace s jinými potřebnými institucemi apod. Dále možnost docházet do podpůrných psychotherapeutických skupin. Otázky kolem umírání jsou velmi otevřeně diskutovány jak s pacienty samotnými, tak s jejich rodinnými příslušníky. Pokud umírá kdokoliv z rodiny v nemocnici, ponechává se zcela na rozhodnutí rodiny, kdo, jak často i dlouho je přítomen, včetně malých dětí. Po smrti pacienta je rodině dána mož-

nost setrvat s tělem, jak dlouho potřebuje. Dokud tato doba nepřekročí osm hodin, nečiní to problémem. Pokud však potřebují více času, např. proto, že někdo z rodiny žije daleko a čeká na vhodné letadlo, personál přemístí tělo do zvláštní samostatné místnosti k tomu vyhrazené.

Ke koordinaci duchovních potřeb pacientů je v každé nemocnici přítomen kaplan, což bývá duchovní některé církve, který je k dispozici všem lidem - věřícím i nevěřícím - a rozmlouvá s nimi na jejich zájmy o jejich vztazích, strachu, umírání, smrti apod., aniž by je vybíral dle jejich filozofického názoru. Pokud si to přejí, zajistí kněze z pacientovy farnosti, což je vzhledem k vysokému počtu věřících běžné. Již několik let je uzákoněn požadavek, že se lékař musí při příjmu do nemocnice zeptat na pacientovy duchovní potřeby, tzn. co pro něj může nemocnice během hospitalizace po této stránce udělat.

Ráda bych se blíže zmínila o dobrovolnicích, protože u nás je tato činnost teprve v počátcích. Běžně jsem se setkávala s počtem dobrovolníků, připadajícím na počet lůžek v zařízení v poměru 1:1. Někde je to méně, jinde - např. v nemocnici SUN Health v Sun City v Arizoně - mají na 250 lůžek 2500 dobrovolníků!

Dobrovolnictví jako takové je zde jakýmsi samozřejmým jevem. Dobrovolníci se rekrutují z řad studentů, ze skupiny veteránů, důchodců (kteří ale většinou musí ještě několik dní v týdnu pracovat, aby si zlepšili životní úroveň), z žen v domácnosti, ale i z lidí v produktivním věku. Např. vedoucí katedry psychologie chodí jednou týdně coby dobrovolník se svým psem do nemocnice za pacienty na rehabilitační oddělení vždy v pátek odpoledne.

Dobrovolníci pracují buď přímo s pacienty - např. u každého informačního pultu, jako průvodci pacientů po zařízení, společníci na pokojích a v čekárnách, muzikanti v prostorách nemocnic i ambulancí, překladatelé či na novorozeneckých odděleních chovají děti apod. - nebo v administrativních a technických službách. Běžně docházejí jednou týdně na čtyři hodiny, někdy více. Pracují i v podpůrných programech pro pacienty s určitým onemocněním. Např. lidé, kteří se zotavili z infarktu

myokardu nebo jsou po mrtvici a mají chuť a možnost pracovat jako dobrovolníci, docházejí jednou měsíčně za pacienty se stejným onemocněním. Každý den se střídají, aby se nepřetěžovali.

Zajímavé a často úsměvné je dobrovolnictví se zvířaty. Dobrovolníci nejvíce používají psy, ale i kočky, papoušky apod. Psi pracují nejčastěji jednou týdně dvě hodiny, protože je to prý pro ně dost energeticky náročné. Chodí za pacienty na pokoje, někdy pomáhají při rehabilitaci, např. při tréninku chůze nebo držení vodítka apod.

Nejdojemnější pro mne bylo vidět psy, kteří asistují u dětí při výuce čtení v rámci tzv. READ programu. Program se šíří po celých Spojených státech, Japonsku a Švýcarsku a jeho autorkou je vedoucí Oddělení dobrovolníků právě v Universitní nemocnici v SLC. Sama majitelka psa jej začala realizovat před několika lety ve školách a v knihovně v SLC pro silnou komunitu dětí přistěhovalců, kteří sami neumějí anglicky, a tudíž ani své děti nemohou učit, ale i pro děti se specifickými poruchami učení, anxiózní i koktavé děti apod. Tyto děti se v přítomnosti pejska velice zklidní a učí se mnohem rychleji než s učitelem ve třídě. Viděla jsem je na videu vyprávět o svých pocitech ze školy, kde se jim ostatní děti posmívají, učitel se někdy zlobí, rodiče hubují..., kdežto psi jim rozumějí, nevysmívají se jim, nenadávají a ony se nemusí bát. Často se při čtení po psech válejí, hladí je a tulí se k nim.

Při takovéto péči o pacienta mne zajímalo, jak je ošetřen personál, aby měl dostatek sil, aby nedocházelo k syndromu vyhoření apod. Každá nemocnice má tzv. Podpůrný program pro zaměstnance, který zahrnuje komplexně pojatou péči o jejich zdraví. Velký důraz klade na to, aby zaměstnanec dbal na rovnováhu mezi prací a rodinou, takže poskytuje např. příspěvky na společnou dovolenou, návštěvy kulturních, společenských i sportovních akcí apod. Pro nemajetné rodiny pomocného personálu nemocnice je možno kontaktovat tzv. Banku potravin, což je nevládní nezisková organizace a ta rodině dotyčného vypomůže.

Ze zdravotních programů zmíním např. preventivní kardiologický program, v jehož rámci

se zaměstnanec může nechat komplexně vyšetřit za 150 dolarů (jinak by cena byla podstatně vyšší) a pak může celý rok denně chodit plavat do bazénu, cvičit apod. celkem za 200 dolarů za rok.

Podpora vzdělání je zajištěna buď zcela bezplatně v rekvalifikačních programech profesím, které nemocnice momentálně potřebuje (nyní jsou to především sestry), ostatním zaměstnancům je hrazeno padesát procent ceny vzdělávacího programu. Semináře pro zaměstnance, týkající se dalšího vzdělávání ve své profesi, jsou však zdarma - např. jak zacházet s obtížnými pacienty, se stresem kolem svátků, jak relaxovat, komunikovat s různými typy lidí apod. Tyto semináře jsou pořádány pro hlavní, ale i pro ostatní sestry, duchovní, pomocný zdravotnický personál, i pro uklízeče. Lékaři se vzdělávají zvlášť.

V programu je dále kladen důraz na psychickou podporu pracovníků. Pokud má zaměstnanec nějaké problémy, může se obrátit sám nebo prostřednictvím někoho ze svého okolí na příslušné oddělení nemocnice, které má na starosti diagnostiku a akutní psychologickou péči o zaměstnance. Tři konzultace, týkající se jednoho problému, jsou zdarma. Pokud však potřebuje zaměstnanec dlouhodobou psychologickou péči, nemocniční psycholog ji zařídí dle jeho požadavků na pohlaví terapeuta, náboženské založení, místo, kde bydlí apod. Konzultace pak hradí pojišťovna a pacient připlácí deset až patnáct dolarů na návštěvu do dvaceti za rok. Tyto možnosti mají i jeho děti do věku dvaceti šesti let. Když se vyskytne další, tématicky jiný problém, má opět nárok na tři návštěvy zdarma, a to i kdyby bezprostředně následovaly.

Jakmile se u pracovníka vyskytne podezření na užití drog a on se přizná, je u občasných uživatelů doporučena léčba v délce od jednoho do tří měsíců, a poté se mohou vrátit na pracoviště. Posudek o jeho způsobilosti vypracuje oddělení, které s ním pracovalo.

Se studenty medicíny a postgraduálními studenty pracuje vedoucí psycholog-psychoterapeut z Oddělení rodinné terapie. Lékaři mají většinou své psychologické mimo nemocni-

ci, ale v akutních případech se vzniklá situace řeší také zde.

V případě úmrtí člena rodiny zaměstnance pracuje s pozůstalými pracovník z programu pro pozůstalé. Pokud zemře sám zaměstnanec, tento pracovník předá rodině děkovný dopis od ředitele zařízení a malou pozornost, občas jim telefonuje, zda něco nepotřebují, poskytne kontakty na skupiny apod.

Duchovní i psychickou podporu zajišťuje zaměstnancům opět kaplan. Úvedu příklad. Přišla za ním žena, která byla znásilněna ve svém bytě při náhodné návštěvě bývalého kamaráda svého muže, jenž byl na služební cestě. Nechtěla žít, připadala si znečištěná, rovněž tak celý byt... Kaplan jí vyjednal akutní návštěvu u psychiatra, psychologickou péči, domluvil s jejím vedoucím týden volna z práce a učinil potřebné věci z hlediska jejich náboženských potřeb k očistě domova.

Kaplan také spolu s lékařem vede kurzy mediků ve 2. ročníku na téma „duchovní aspekty péče o pacienty,“ účastní se etické komise nemocnice, která je k dispozici nepřetržitě i o víkendech, svolává jednou za tři měsíce všechny duchovní, docházející do nemocnice na schůzku s administrativou nemocnice, kde si vzájemně poskytují zpětnou vazbu a řeší společně otázky a má mnoho dalších funkcí.

Závěrem bych chtěla shrnout, že ve všech zařízeních, které jsem navštívila, byly běžně poskytovány tyto služby a dodržovány následující postupy:

1. Pravidelná spolupráce týmu odborníků, který tvořili lékaři, sestry, sociální pracovníci vzdělání i v psychoterapii, psychologové na určitých odděleních nebo na požádání, finanční poradci, koordinátoři propouštění, dobrovolníci aj. dle potřeby.

2. S pacientem se jednalo otevřeně a on participoval na své léčbě.

3. Prakticky vždy byla přítomna část rodiny a tým spolupracoval i s ní.

4. Vždy byla v případě potřeby zajištěna pacientovi, event. jeho rodině alespoň krátkodobá psychoterapie již na oddělení.

5. V případě úmrtí byla zajištěna péče na různých úrovních (akutní podpora psychic-

ká, event. medikamentózní, praktické opatření těla a pozůstalosti, nabídka skupinové psychoterapie po odchodu z nemocnice apod.).

6. Pokud pacient chtěl, mohl kdykoliv požádat o podporu kaplana, i když nebyl nábožensky založen.

7. V případě, kdy pacient potřeboval příslušnou péči a nebyl pojištěn, žádali k tomu určení zaměstnanci nemocnice spolu s pacientem o podporu z charitativních fondů.

8. V každé nemocnici bylo Dobrovolnické centrum, které bylo součástí nemocnice a bylo řízeno její administrativou. Dobrovolníky rozdělují do všech oblastí péče o pacienty.

9. Na vybraných odděleních každé nemocnice pracovali dobrovolníci se zvířaty.

10. Každá nemocnice měla podpůrný program pro své zaměstnance, který zajišťoval jejich materiální, fyzickou, sociální, psychickou i duchovní podporu.

MUDr. E. Kalvínská je dětská lékařka. Pracovala na Dětské klinice v Krči, která byla svého času velmi zaměřena na psychosociální podporu pacientů a jejich rodin. Při práci na oddělení chronicky nemocných dětí spolupracovala s psychology a psychoterapeuty. To jí přivedlo k zájmu o psychosomatickou medicínu a ke sledování vlivu psychosociálních podmínek na celou rodinu a její zdraví. Proto absolvovala i výcvik v rodinné terapii. Kromě práce v ordinaci spolupracuje s psychosociálním oddělením FN Motol.

Měla možnost navštívit stát Utah a ke stázi si vybrala Univerzitní nemocnici v Salt Lake City, navštívila i jiná neuniverzitní zařízení v SLC. V Arizoně navštívila několik zařízení ve Phoenixu, Scottsdale a Sun City.

Základní informace o canisterapii

Jana Vokálová

Jako je hippoterapie léčba „koněm“, tak je canisterapie léčení pomocí psa. A to nejen pohybového aparátu, ale hlavně psychické stránky pacientů. Zvláště v dnešní době, kdy se píše o psech v negativním smyslu, je dobré ukázat i to pozitivní.

Jedná se o podpůrnou léčbu psychiky i tělesných problémů za pomoci psa. Pomáhá zlepšovat stavy spasmů a křečí. Jemnou a hrubou motorikou se rozvíjí nebo navrácením hmatové vjemy po úrazech nebo onemocnění (mozkové příhody a další). Klienti se předem těší na návštěvu pejska, který přináší rozptýlení a tím pohodu. Pes je tvor, který částečně nahrazuje lidskou lásku a cit. To platí především u seniorů. U dětí pomáhá upevňovat soustředění, působí jako motivační prvek při učení nebo rehabilitaci. Je těžké dopodrobna popsat kam všude se canisterapie hodí. Je především nutné dát o ní veřejnosti vědět. A každý případ posoudit samostatně.

Předpokladem pro práci je neagresivní a vyrovnaný pes, milující lidi i zvířata. Velký, malý, s průkazem původu i kříženec. Podstatné jsou zkoušky. Kandidáti (pes + psovod = tým) prochází sérií testů a zkoušek. Mezi nimi je poslušnost, postoj psa k cizím psům a lidem, reakce na pachy, rychlý pohyb, nečekaný hluk atd. Při jakémkoliv náznaku agresivity je pes vyložen. To vše je popsáno na našich webových stránkách: www.sweb.cz/cantes. Pokud takového pejska někdo ze čtenářů má a chce se do této činnosti zapojit, budeme rádi když nám napíše. V současné době máme 40 členů, kteří působí ve školách, školkách, dětských domovech, nemocnicích, stacionářích, domovech důchodců a dalších ústavech sociální péče. Mezi pejsky najdete jak německého ovčáka, retrievera, samojeda, čivavu, mopse ale i křížence.

Je nutné podotknout, že canisterapie není sport, ale zodpovědná, náročná a neplacená práce, která není na veřejnosti vidět. Není to prostor pro reklamu, a proto není velký zájem těch, co by mohli tuto činnost podpořit. Jedinou odměnou je pro psovoda pocit, že udělal něco pro druhé. Pro lidi, kteří se cítí osamělí a zbyteční. Místo peněz vidí radost, spokojenost, touhu žít, zvyšování sebevědomí, ochotnější přístup k rehabilitaci a dříve odmítané vyšetření.

J. Vokálová, CANTES, Desná 110, 570 01 Lito-myšl. E-mail: cantes@seznam.cz, web: www.sweb.cz/cantes, telefony: 461 725 985, 461 593 463, 777 609 063

Tabu psychoterapeutických výcviků prolomeno

Jan Jakub Zlámaný

V roce 2001 zahájila nově zřízená Pražská vysoká škola psychosociálních studií významnou inovaci na poli vzdělávání v oblasti pomáhajících profesí. Studenti v rámci denního studia absolvují v sebezkušenostní komunitně skupinový psychoterapeutický výcvik, jehož rozsah je 500 hodin.

Spojením teoretického denního studia a psychoterapeutického výcviku narušila PVŠPS jedno z psychoterapeutických tabu, o jehož správnosti jsou do dnešní doby přesvědčeni nejen odborníci u nás, ale i ve světě. Toto tabu říká, že lidé, kteří spolu absolvují psychoterapeutický výcvik, by se neměli mimo tento výcvik setkávat - natož spolu každodenně pobývat ve škole.

Otázka souběhu denního studia a psychoterapeutického výcviku

Studenti PVŠPS tvoří v rámci ročníku občanskou komunitu, ve které je jedním z úkolů i sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik standardního typu. Frekventanti se setkávají několikrát ročně na výjezdových pobytových akcích a tráví spolu čas na výcvikových komunitách, skupinách a klubech, podobně jak je to obvyklé na ostatních výcvicích, např. typu SUR. Vedle toho spolu každodenně absolvují teoretickou výuku.

Před dvěma lety - při zahájení školy - jsme stáli před řadou nejistot a nezodpovězených otázek, jež tato koncepce přináší. Vybírám ty hlavní:

Mohou se v takto koncipovaném výcviku lidé cítit bezpečně?

Bude zde možné zachovat intimitu?

Je zde možná otevřenost a jakého stupně?

Nebude to příliš intenzivní proces?

Nejsou studenti na sebezkušenostní výcvik příliš mladí?

Není takový výcvik příliš náročný na zachování žádoucích hranic?

Dnes po dvou letech existence školy se již na řadu otázek podařilo nalézt odpověď. Ukazuje se, že takto koncipovaný výcvik se liší od standardně prováděných výcviků daleko méně, než jsme čekali, ale přesto má svá specifika, které ho odlišují od konvenčně pojatých výcviků.

Test každodenního života

Možným nebezpečím standardně koncipovaných, např. dynamicky orientovaných výcviků je, že frekventanti, kteří se znají z krátkých dvoudenních (maximálně pětidenních) setkání, si vytvoří jakýsi virtuální vztahový svět, kde se realita ve skupinové práci simuluje vyprávěním o životě tam venku - mimo skupinu. Frekventanti v konvenčně koncipovaných výcvicích se poznávají prostřednictvím informací pocházejících z jimi podaných biografických údajů a z interakční práce „ted a tadý“, pro kterou není vždy snadné najít zážitkový materiál. Hrozí tu, že spolu frekventanti sdílejí ta nejintimnější tajemství, analyzují své životní scénáře, proniknou do svých přenosových vazeb, ale nepoznají, jaký ten druhý v běžném životě skutečně je. Jaký je v tom množství různých situací, do kterých nás staví každodenní život. Dle mého názoru každodenní život je právě tím metrem, s nímž můžeme změřit kvalitu našich schopností vyrovnat se s úskalími životní reality. Metaforicky vyjádřeno - hrozí nebezpečí, že budeme znát rentgenové snímky kostí nebo plic svých spolufrekventantů, detailně poznáme jednotlivosti jejich orgánů, ale ve skutečnosti je při setkání nepoznáme. Kůže, maso a svaly každodenního života nebudou patřit. Z bohatosti a různorodosti jejich životů zbudou holé - a můžeme pouze doufat - že alespoň nosné stěny.

Bylo by nespravedlivé neříci, že jsou různé způsoby jak toto nebezpečí virtuality eliminovat a výcvikové terapeuti je hojně využívají. Vpouštějí realitu každodennosti i do takto koncipovaných výcviků (např. v podobě pobytů, různých společných akcí, her, společného vaření apod.), ale je to v maximálně pětidenním intervalu velmi obtížné. Podobně je tomu v manželství: až s dětmi a s každodenními problémy, které přinášejí, se manželé teprve poznají a projdou testem reality. Pokud by někdo chtěl namítnout, že výcvik není manželstvím, a že tudíž není třeba mít tak velké ambice co do hloubky vzájemného poznání frekventantů, bude mít jistě pravdu.

Nicméně jestli je něco zajímavého a nového, co výcvik organizovaný PVŠPS nabízí, pak je to právě tato možnost vysoké míry vzájemného poznání, prověřeného testem každodenního života.

Autentická psychoterapie

Každodenní soužití je fenomén, který obsahuje dle mého názoru ještě jeden zajímavý moment pozitivně působící na skupinovou a komunitní práci. Je to fenomén rozvíjející ve vztazích autentický projev. Opak autenticity - stylizace - je přece možná pouze v kontaktu s lidmi, s nimiž jsme pouze v povrchním styku, a pro něž zůstáváme do jisté míry anonymní. Povrchní kontakt mezi studenty PVŠPS je prakticky vyloučen. Nedokážu si představit, jak by si někdo v komunitě čítající dvacet členů po tři roky výuky a tři a půl roku výcviku dokázal udržet anonymitu. Něco jiného jsou státní vysoké školy, kde jsou i stovky studentů v ročníku, kteří se navzájem neznají ani jmény. Studenti na státních školách studují izolovaně a jejich vzájemné kontakty se ponechávají pouze na nich samých. Naproti tomu vzájemná znalost studentů PVŠPS se stále prohlubuje a samozřejmě probíhá i mimo výcvik, který tento proces intenzivňuje a urychluje. V době, kdy mají frekventanti standardní výcviků za sebou jeden rok, tj. asi 120 hodin komunitní a skupinové práce, tehdy studenti PVŠPS absolvovali 150 hodin komunitní a skupinové práce asi 850 hodin vzájemného setkávání v průběhu

výuky, což se rovná času strávenému na přednáškách a seminářích. Tato skutečnost velkou měrou přispívá ke zvyšování nároků na pravost projevu frekventantů, tedy na jeho autenticitu. Dalo by se říci, že čím bližší je vzájemný mezilidský vztah, tím těžší je udržet svoje mímky a různé obranné stylizace. Rovněž platí, že s kým člověk tráví více času, tím hůře je schopen sám sebe jakkoli přikrášlovat. Metaforicky řečeno - make up se dá udržet přes den, možná i večer, ale do příštího rána už ne.

Někdo by si mohl položit otázku, zda to snad není až příliš velký nárok? Spíše než velmi náročné je to dle mého názoru velmi nezvyklé. To začíná asi každý, kdo žil nějaký čas uprostřed úzkého okruhu lidí, popřípadě přímo uprostřed léčebné, náboženské nebo jiné komunity. Zpočátku je to náročné a nepohodlné, ale později to člověk přijme jako samozřejmou součást života. Žít uprostřed přediva vztahů, uprostřed komunity, je náročné hlavně pro nás, kteří jsme zvyklí na bezpečí anonymity moderní atomizované společnosti. Je nutné se však taky ptát, zda řada sociálních a psychických problémů současných lidí nevyplývá právě z rozpadu přirozených komunit (rodů, klanů, kmenů, národů). Neměl by být právě sociální pracovník tím, kdo umí v komunitě žít, pěstovat ji a využívat k ozdravným účelům?

Spolu s kolegy již delší dobu vysvětluje odborné veřejnosti, oč jde, že náš výcvik má poněkud jiný účel i smysl, který je odlišný od konvenčních představ o smyslu takovýchto výcviků. Snažíme se jim to trpělivě vysvětlovat za pomoci fenomenologické argumentace spočívající na neredukovaných představách o zákonitostech života uprostřed lidských společenství a způsobu spolubytí v komunitě.

Mezi odborníky zaznívá řada názorů, proč je psychoterapeutický výcvik neslučitelný s každodenním životem, v našem případě denním studiem. Mluvil jsem za dva roky existence školy s mnoha kolegy psychoterapeuty, kteří kriticky argumentovali proti našemu vzdělávacímu systému a dlužno podotknout, že ve většině případů to byla kritika velmi zajímavá a inteligentní, a bylo by škoda na ni nereagovat.

Léčba těžších duševních nemocí komunitou

Z celosvětové, globální perspektivy platí, že zmíněné obory psychoterapie a sociální práce (hlavní studijní obory PVŠPS), které zakládají profese psychoterapeuta a sociálního pracovníka, se objevují jen v určitých částech světa. Zejména v těch typech moderních společností, kde již vlivem industrializace a nových technologií zanikly původní komunity založené na topografickém umístění (vesnice, osady) a příbuzenských vazbách (rody, klany), a kde většina obyvatel žije izolovaně ve velkých městských aglomeracích. Demografové uvádějí dnešek, tj. první léta nového tisícletí, jako významný mezník v historii lidstva. Poprvé v dějinách se většina obyvatel planety přestěhovala do měst a menšina žije na vesnicích.

V méně technologicky rozvinutých společnostech profese sociálního pracovníka a psychoterapeuta dosud nevznikly, protože tam nedošlo k takovému stupni atomizace společnosti, jež vede k velké izolaci duševně i somaticky nemocných. To je fakt, který dokazuje, že psychoterapie i sociální práce jsou nové civilizační nástroje vynucené vývojem moderních individualistických společností, nástroje mající hlavní úkol vracet lidi zpátky do života, tedy do světa společenských vztahů. Jinak řečeno, úkolem těchto dvou nově pojatých profesí (sociálního pracovníka a psychoterapeuta) v moderní společnosti je pomáhat jednotlivcům navazovat přetřhané společenské vazby (formální i neformální), aniž by trpěla jejich nezávislost a individualita. Ideálem je, aby se klient mohl znovu naučit - v bezpečném prostoru komunity - svobodně rozvíjet vlastní existenci a osvobodit se od překážek, které mu v tom brání.

Z pohledu sociologa se psychoterapie jeví jako institucionalizovaná pomoc lidem, kteří mají díky své duševní nemoci potíže se začleněním do společnosti. Pokud chápeme psychoterapeutický výcvik jako určitý model léčby, kde frekventanti procházejí podobným psychoterapeutickým procesem, jakým jednou budou procházet jejich klienti, pak se musíme zamyslet, co to vlastně znamená psychoterapeuti-

ký výcvik v širším společenském kontextu, protože vytváříme model léčby možná pro celé generace sociálních pracovníků, potažmo psychoterapeutů.

Z hlediska sociologie a sociální psychologie, oborů, které nečiní předmětem svého zájmu vnitřní svět individuálního člověka, ale naopak se snaží o pochopení skupinových, společenských popř. globálních fenoménů, je jakýkoli nemocný člověk charakteristický tím, že má ztíženou možnost navazovat společenské vztahy a dle povahy své nemoci je z některých společenských dějů vyloučen. Např. psychotický klient může být vyloučen z možnosti zapojení do práce, závislý klient z možnosti pobytu v restauraci, popř. řízení auta, fobický pacient z možnosti návštěvy divadla, nebo využití dopravy metrem apod.

Duševní nemoci, které jsou stále větší hrozbou moderních společností založených na přepjatém individualismu, vrhají člověka do izolace, jež se s rozvojem jeho potíží postupně prohlubuje. Pomyslná společenská síť, kterou jsme každý - ať se nám to líbí, nebo ne - opředeni, je u duševně nemocného člověka vážně narušena a přetřhána. Musí nastoupit institucionalizovaná pomoc v podobě sociálního pracovníka (u duševní poruchy psychoterapeuta) nebo terapeutické komunity, která po nějaký čas supluje přirozené společenské vztahy a snaží se pomoci vrátit klienta do života. „Vrátit do života“ znamená v tomto smyslu do světa vztahů.

Z vnějšího sociologického pohledu můžeme říci, že duševně nemocný člověk se liší od ostatních tím, že jakoby „vypadává“ ze života. Stává se „outsiderem“ díky svým symptomům, které nejsou zjevné, narozdíl od tělesně handicapovaných, např. vozíčkářů. Jeho „vypadávání“ nebo - lze říci - propadání se směřem k pomyslnému společenskému dnu se děje skrytě, protože jeho symptomy nejsou fyzické povahy, a tudíž jsou pro většinu lidí nepozorovatelné. Zvláště významné je to u těžších duševních poruch jako jsou psychózy a poruchy osobnosti, kdy se nezdá lidé trpící těmito potížemi ocitají v hluboké sociální izolaci. Ale týká se to i lehčích duševních onemocnění, např. u neu-

rotických obřítí, kde sice není společenská síť kolem takto nemocného člověka tolik narušena, ale on se ve svých vztazích cítí nesvobodně (jako v pavučině). Díky svým symptomům se uzavírá možnosti navazovat větší počet bližších osobnějších vztahů a volí více vztahy formální povahy např. pracovní, což mu v konečném důsledku rovněž přináší pocity sociální izolace.

Otevřenost a vztah

Pokud souhlasíme s tezí, že hlavním úkolem sociálních pracovníků (psychoterapeutů) je usnadňovat lidem návrat k mezilidským vztahům a do víru každodenního života, pak si musíme položit otázku, jaký je důvod, aby se členové komunit neseťkávali i v životě? Pokud by psychoterapie znemožňovala vzájemné spoluzít těm, kdo jí procházejí, není s ní něco špatné? Jaký je důvod, aby se frekventanti výcviků spolu neseťkávali i v běžném životě?

Domnívám se, že tato otázka je úzce spojená s fenoménem otevřenosti a procesem odkrývání. V koncepci výcviku PVŠPS je daleko větší prostor pro práci „ted a tady“ a fenomén otevřenosti má jiný charakter, než jak jsme zvyklí např. ve výcvicích typu SUR.

Společnou normou (více či méně zdůrazňovanou) u většiny výcviků, kromě výcviku na PVŠPS, ať už se jedná o výcviky hlásící se k různým psychoterapeutickým směrům od psychoanalytický a dynamicky orientovaných přes gestalt, systemiky až k rogeriánům, je, že frekventanti k tomu účelu, aby se poznali, využívají čas pouze na výcviku, a nikoli mimo něj. Pokud docházelo ke kontaktům mimo tyto výcviky, záleželo na výcvikových vedoucích a frekventantech, jestli tuto skutečnost učinili tématem ve výcvikovém procesu a využili ji - nebo ji ignorovali. Nicméně nad kontakty frekventantů mimo výcvik se vždy vznášela mlha, která se více či méně považovala za negativní jev (kolektivní agování), jenž může zamlžit a znesnadnit výcvikovou práci. Vznik těchto norem inspirovaly jednak důvody teoretické, jednak zkušenosti z praxe. Teoretické důvody k jejich vzniku bychom zřejmě našli ve výkladu

problematiky přenosu. Zjednodušeně řečeno, pokud se frekventanti resp. klienti příliš znají, ruší to možnost zrcadlení přenosu, což dvojnásob platí pro vztah k terapeutům.

Tento názor zastávají hlavně ti psychoterapeuti, kteří za hlavní terapeutické agens považují analýzu a objasňování přenosových mechanismů. Není cílem tohoto článku s tímto názorem podrobněji polemizovat, nicméně jsem přesvědčen, že je to zúžený pohled na to, co v psychoterapii a sociální práci skutečně pomáhá. Poďme se na to například z pohledu sociálního pracovníka pracujícího v diagnostickém ústavu, nebo výchovném ústavu pro mládež. Drtivá většina klientů těchto zařízení svého otce nikdy nepoznala anebo jej poznala pouze v negativním slova smyslu. Vztahy s matkou mají problematické natolik, že je musely umístit do ústavní péče, kde jsou až na mizivé výjimky nedobrovolně z rozhodnutí soudu. Motivace k psychoterapii je u těchto lidí pochopitelně nulová, nechtějí si nic odkrývat ani objasňovat. Naproti tomu mají sklony agresivité, impulzivnímu jednání, k závislostem, hypersenzitivitě, asociálnímu chování a rizikovému způsobu života. Tito lidé zpravidla neznají nikoho, kdo žije jiným způsobem života, se kterým by po opuštění ústavní péče mohli navázat vztah. Většinou se vrací do prostředí, kde platí zákony fyzicky silnějších a koloběh začíná znovu. Podobnou problematiku znají i pracovníci v komunitách pro závislé, nebo v léčebně výchovných zařízeních. Otázka zní: Jak je získat pro práci na sobě? Jak je udržet mimo jejich původní komunitu (partu), kde vládou zákony ulice? Často to jediné, na čem se dá stavět a co je zároveň pozitivní diagnózou těchto mladých lidí, je, že mají silnou tendenci se sdružovat a zakládat party, gangy, nebo jiné neformální skupiny. Tato tendence se dá terapeuticky využít. Jedná se o syrové, nekultivované zárodky komunit, jejichž členové dodržují často poměrně propracovaná pravidla, normy i rituály. Díky tomu jsou při uspokojování svých potřeb schopni dosahovat nadprůměrné vynalézavosti a efektivity, např. při kriminální činnosti nebo výrobě drog. Průměrný narkoman je schopný denně sehnat až několi-

katisčivé částky, aby uspokojil své potřeby. Nemá dovolenou, nezná svátky ani víkendy a ve své činnosti je díky síti svých známých (kriminální komunitě) vysoce efektivní. Jak takového lidi terapeuticky ovlivnit, aby naplnili své úsilí jiným, ze společenského hlediska pozitivnějším směrem? Zatím nikdo nepřišel s lepším receptem než s terapeutickou komunitou, kde se lidé učí praktikovat jiný životní styl, navazovat nové blízké vztahy a na vlastní kůži dennodenně zažívat, že zákony síly a destruktivity nejsou těmi nejlepšími normami pro život.

Je nepochybné, že mimo terapeutický styk mezi klienty např. ambulantních a stacionárních zařízení může mít za určitých podmínek destruktivní vliv na skupinový proces. Může vést ke vzniku mocenských bojů mezi koalicemi klientů, kdy klienti bojují mezi sebou navzájem, nebo se svými terapeuty. Je jisté nežádoucí, když se vztahová dynamika ocitne mimo skupinový prostor a unikne tak z místa, kde má být objasňována a využívána k uzdravě klientů. Nebezpečí toho, čemu se říká kolektivní agování, rozumí všichni, kdo zažili realitu ambulantních nebo stacionárních zařízení. Nicméně i tato problematika může být tou prarodou na terapeutický mlýn.

V rámci komunity PVŠPS vznikl manželský pár, který je velkým přínosem pro komunitu hlavně z toho důvodu, že nutí už svojí existencí odpsychologizovat atmosféru v komunitě, což je obzvlášť prospěšné tehdy, když hrozí hyperreflexe členům komunity. V terapeutických komunitách pro závislé, kde pobyt klientů je dlouhodobý (kolem jednoho roku), je fenomén párování velmi častým jevem z pochopitelných důvodů, a pokud se lavinově nerozšíří komunitou, může mít jeho zpracování silný pozitivní přínos pro skupinovou práci. Mezi mými přáteli je manželský pár vzniklý v komunitě pro závislé, který navzdory všem negativním prooectvím svých terapeutů velmi dobře prosperuje.

Domnívám se, že v terapeutických komunitách, kde se pracuje s těžšími duševními obtí-

žemi, např. v terapeutických komunitách pro závislé, pro psychotické pacienty, pro lidi s poruchou příjmu potravy, je hlavním terapeutickým přínosem neredukovaná vztahová zkušenost, kterou získávají její členové reálným životem uvnitř komunity. Komunita sama a život v ní je tím hlavním léčebným prostředkem. To platí i pro sociální práci v komunitě mimo oblast péče o duševní problematiku: tedy pro komunitní práci s adolescenty, se seniory, s handicapovanými aj. A právě na takovou práci v komunitách jsou připravováni studenti PVŠPS. Pro klienty komunit je dynamicky orientovaná psychoterapie pouze jedním z mnoha nástrojů pomoci, a kdyby tento nástroj stál samostatně, nebyl by účinný a mohl by mít naopak destabilizující vliv. Komunita a práce s ní je v těchto typech klientely tím hlavním bezpečným prostorem, kde se tvoří identita, poznávají hranice a normy, rozvíjí pocit soudržnosti, objevuje fenomén spoluúčasti na bytí, probíhá zde proces učení o tom, jak se starat a pečovat o sebe a druhé uvnitř společenství a v neposlední řadě získávají nové vztahové zkušenosti.

Z tohoto pohledu je velmi přínosné, aby studenti PVŠPS zažili sami na své kůži, jaké to je žít každodenní život v komunitě, kde budou po ukončení studia pracovat, popř. je možná budou sami zakládat a vést.

28. 1. 2004

Mgr. Jan Jakub Zlámaný vystudoval sociologii a masovou komunikaci, posléze psychoterapii. Kromě práce odborného asistenta na PVŠPS (je zde vedoucím studijní a výcvikové komunity 3. ročníku), pracuje se závislými na nealkoholových drogách a s klienty s neurotickými potížemi.

Pozn. red.: V dalších číslech tohoto ročníku rádi dáme prostor dalším názorům na tematiku popsanou autorem. Už proto, že systém na PVŠPS je možno skutečně vidět jako průlom (v tomto článku dobře popsaný a zdůvodněný) do čtyřicetileté tradice psychoterapeutických výcviků v ČR. Sepišete-li svůj „pohled na věc“, pošlete nám ho do redakce. (Zvýraznění v textu je redakční.) ZV

DISKUSE NAD OBOREM

Prostor pro systematickou psychoterapii ve standardech psychiatrické péče

Petr Moos, Aleš Fürst

V současné době probíhá v oboru psychiatrie práce na tvorbě nové verze doporučených léčebných postupů, tzv. standardů nebo guidelines. Východiskem pro standardizaci se stává desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10), oddíl duševních poruch a poruch chování, resp. DSM-IV (manuál americké psychiatrické společnosti), kdy pro vybrané psychiatrické diagnózy nebo větší diagnostické okruhy má být jasně stanoven doporučený léčebný postup. V souladu se stávajícím vědeckým paradigmatem medicíny je potřeba, aby stanovené postupy odpovídaly nejnovějšímu poznání, založenému na průkazu účinnosti v řádných výzkumných studiích.

Do klinické péče o pacienty, trpící duševními poruchami a poruchami chování, patří i systematická psychoterapie, která se již - alespoň proklamativně - stává téměř obligátní součástí terapeutické rozvahy. Je z velké části jako výkon hrazený zdravotními pojišťovnami a odbornou společností jasně definovaná ve smyslu požadované kvalifikace. Tvorba psychiatrických standardů se tak stává jistou výzvou k zamýšlení i pro psychoterapeuty (psychiatry, klinické psychology a lékaře), kteří byli svými kolegy psychiatry vyzváni ke spolupráci na jejich přípravě.

Otevírá se tím složitě téma, zda a jakým způsobem lze psychoterapii (dále PT) jako samostatnou léčebnou metodu zahrnout do stan-

dardů psychiatrické péče. Budíž řečeno hned na začátku, že podle našeho názoru systematickou PT, na rozdíl od psychiatrické léčby, podle diagnostických skupin standardizovat nelze, protože základním východiskem pro psychoterapeutický proces je pacient jako takový (nikoli jeho diagnóza) a na druhé straně psychoterapeut, který se s ním osobně rozhoduje pro vstup do jedinečného, statisticky neuchopitelného léčebného vztahu. O indikaci a vlastním provádění systematické PT tedy rozhoduje vždy znovu konkrétní terapeut, konkrétní pacient a kvalita jejich terapeutické aliance, nikoli přiřazení pacienta do určité diagnostické skupiny.

Z tohoto pohledu nám připadá velmi nevhodné plynout energií na vytváření standardizovaných indikačních schémat pro systematickou PT podle diagnóz a místo toho navrhujeme skutečné a časné zahrnutí psychoterapeutických postupů jako samozřejmou součást každé terapeutické rozvahy. Zdánilivě paradoxně tedy navrhujeme, aby se nestandardizovatelná systematická PT sama stala standardem v péči o duševní zdraví.

V zájmu komplexní péče o pacienta nám připadá daleko výhodnější vidět systematickou PT jako samostatný a nezastupitelný útvar, založený na odlišném paradigmatu a stojící mimo prostor dvojitě slepých, randomizovaných, opakovaných, statisticky popsatelných a standardizovaných metod. Z objektivního pohledu zcela samozřejmě přiznáváme i nezastupitelnost útvaru psychofarmakoterapie, mocnému hegemonu současné psychiatrie. Tu dnes vnímáme jako špičkový biomedicínský obor, součástí dynamicky se rozvíjející oblasti neurověd. Jedná se však o obor natolik biomedicínský a pevně zakotvený v paradigmatu moderní vědy, že jej můžeme velmi seriózně zařadit k oborům somatickým. Z výše uvedených důvodů nám připadá téměř nemožné sdružit oba svébytné útvary péče do procedurálního rámce společné standardizace.

Definice psychoterapie

Snaha o formulaci vyčerpávající a obecné definice PT se opakovaně ukazuje jako nad-

míru obtížná záležitost pro svou příliš úzkou provázanost s vlastním pojetím a filozofickým pozadím tvůrce takové definice. Avšak do jisté míry PT definovat lze. Osobně se přikláníme k obecné formulaci Vymětala, který PT definuje jako „především léčbu, ale i prevenci poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychotherapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho mezosociální vztahy i tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje uzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychotherapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.“ (Vymětal, 1997).

S jistými rozpaky přijímáme Vymětalovo sdělení, že psychotherapeutická interakce mezi terapeutem a pacientem je vědecky podložena. Podle Vymětala je „vědecky podložené jednání takové, které staví na poznatcích získaných vědeckými postupy (objektivita, opakovatelnost, nezávislost, kritičnost).“ Vidíme zde vyjmenovány nezbytné faktory, které jsou na poli vědy potřebné k provedení či možné nejširšího teoretického zobecnění. Kromě poukazu na nutnost kritického přístupu, o který bychom měli usilovat neustále, však tyto faktory důsledně negují výše zmíněnou podstatu psychotherapeutického léčebného procesu, jenž je ve své většině subjektivní, neopakovatelný, závislý na mnoha proměnných a velmi obtížně zobecnitelný.

V případě PT nám právě tato snaha o „vědeckost“ připadá účelová, neboť se spíše jeví jako touha po vstupence do respektovaného světa akademické (lékařské nebo psychologické) vědy. Je to svět usilující o maximální objektivitu, kterou však dle našeho názoru není možné naplnit. Navíc se jedná o prostor z velké části založený na mechanickém přebírání odborných literárních informací bez jakéhokoli prověřování skrze osobní evidenci, který je paradoxně mnohem blíže „víře“, než si je ochoten připustit (Komárek, 2003). Na osobní evidenci založená zkušenost je naopak klí-

čovým faktorem v rozhodování a jednání každého psychoterapeuta. V PT jsme na subjektivní faktory odkázáni nejvíce a vlastně vyhradně. Tato odlišnost by měla být při tvorbě standardů respektována.

PT s sebou přináší jevy, se kterými si nedovede moderní věda svými pojmovými a přístrojovými prostředky poradit. Je proto ve velkém pokušení označit tyto jevy za nelegitimní (Kuhn, 1997). U PT ztěžuje proces „delegitimizace“ fakt, že jejími představiteli jsou v absolutní většině odborníci s nezpochybnitelnou erudicí, získanou v lůně akademické obce samotné. **Problém PT se proto stává výzvou akademické vědě k sebereflexi, zda jde skutečně o vědu,** která je schopna sloužit jako nástroj svého vlastního popření (Popper, 1997), nebo jde jen o usilovný a oddaný pokus vtěsnat přírodu do pojmových škatulek poskytnutých odbornou výchovou (Kuhn, 1997). **Můžeme si sice nastavit vstupní parametry našeho zkoumání simplifikací a zanedbáním všeho, co je příliš složité nebo se nám nehodí, ale málo se tak přiblížíme smysluplnému a pravdě odpovídajícímu výsledku.**

Tím nechceme v žádném případě říci, že PT jako metoda nemá s vědou vůbec nic společného či dokonce, že se vědeckým poznatkům vyhýbá. Právě naopak. Problém tkví spíše v tom, že bod setkání s jinými vědními obory je umístěn v odlišném paradigmatickém prostoru, než tomu je například u medicíny. PT se velmi prakticky setkává s nutností opouštět zjednodušené myšlení v rámci obecně ověřitelné lineární kauzality. Jednoduché řetězce příčin a následků ztrácejí smysl a nezřídka mohou pacienta dokonce poškodit. Paradoxně se potom ve svých pohledech setkává spíše s kvantovou fyzikou, termodynamikou, kybernetikou, teorií chaosu, neuronovými sítěmi apod., než se somatickou medicínou a v ní zakotvenou psychiatrií.

Problém nemoci a diagnózy

Klíčovým bodem pro naše pochybnosti o možnostech standardizace systematické PT podle diagnostických jednotek je tlak na velmi zúžené vnímání pacientovy nemoci jako

jakové. Vědecká medicína i klinická psychologie již dávno přestaly vnímat nemoc jako možnou a přirozenou součást pacientova životního příběhu a zjednodušily ji na soubor nepřijemných a životu překážejících symptomů, které je potřeba za každou cenu odstranit. Nemoc nepřichází do pacientova života jako partner, který je oprávněn člověku něco sdělit a upozornit jej na otevřenou možnost životní změny, nýbrž přichází jako vážný nepřítel, jenž současný běh žití narušuje (pro psychiatrickou diagnostiku je typickou kategorií porucha), celé společnosti ujídá při pracovní neschopnosti z koláče ekonomické prosperity a je potřeba jej účinnými prostředky co nejrychleji zničit.

Pokud k nám do klinické praxe přijde psychicky i fyzicky zcela zhroutilý muž, který nám v dostatečně vymezeném terapeutickém prostoru o sobě říká, že poslední rok tráví v zaměstnání měsíčně 250 hodin, včetně patnácti nočních služeb, odmítáme jeho potíže nazvat dle diagnostického manuálu poruchou, neboť jsme přesvědčeni, že se o žádnou poruchu nejedná, nýbrž je to naprosto přiměřený stav, normální reakce, odpovídající řádu věcí. A právě zpochybnění pacientova konceptu, že je nemocen či porušen, nejčastěji iniciuje žádoucí pohyb ke změně, jak to opakovaně ve společné praxi vidáme. Domnělá „porucha“ se náhle stane smysluplnou součástí celkového příběhu pacientova života.

Tím nikterak nevyklučujeme nutnost psychiatrické intervence ve smyslu zahájení farmakoterapie. U velké části pacientů je farmakoterapie vhodnou metodou léčby, u menší části možná nezbytnou. Rozhodně bychom považovali v řadě případů za neetické pacientovi medikaci nenabídnout nebo ho k ní dokonce přímo nemotivovat, avšak toto vše by se mělo dít s oboustranným porozuměním faktu, že **psychofarmakoterapie zatím stále zůstává pouze léčbou symptomatickou resp. regulační.** V tuto chvíli však lék přestává být iluzí konečného řešení lineárně kauzálního řetězce, stává se podporou pro započetí změny a zaujímá srozumitelné místo v celém příběhu pacientova stonání.

V jiných vědních oborech se s uvedeným

(a pro nás zásadním) tématem změny setkáváme zejména v teoriích deterministického chaosu a komplexity, kde je již po několik posledních desetiletí jasně vidět, že ke změně je připraven právě takový vysoce složitý systém, který se zjednodušeně řečeno „dostal do potíží“, tedy takový systém, u nějž se míra fluktuací a nestability přiblížila tzv. singulárnímu bodu. Za tímto bodem pak dochází k bifurkaci, kdy si systém „vybere“ jeden ze dvou možných nových stavů. Nelze nikdy předpovědět, jaký stav bude následovat. Teorie velkých čísel, statistika, pravděpodobnost a standardizace sem nedosahují. Standardizovanou intervencí naopak můžeme změnu oddálit či dokonce zcela eliminovat (Prigogine, Stengers, 2001, Covey, Highfield, 2003, Gleick, 1996, Poppink, 1997).

Člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost považujeme ve světle předchozího odstavce za systém extrémní složitosti, na který již není možno nahlížet z pozice lineární kauzality a jenž funguje daleko spíše na principech kauzality cirkulární (zpětno-vazební), či dokonce kauzality jako takovou popírá, aby existoval na principech synchronicity (smysluplného spoluvýskytu více jevů v daný okamžik pohromadě). O toto vnímání také opíráme vlastní přesvědčení o nemožnosti a zbytečnosti jakékoli standardizace psychotherapeutického procesu, jehož jediným opravdovým standardem může být pouze jasně vymezený standard pregraduálního a postgraduálního vzdělání psychotherapeuta.

Indikace k systematické psychotherapii

Podle Vymětala „indikací pro psychotherapii rozumíme rozhodovací proces terapeuta, jehož výsledkem je přiřazení pacienta do určité vymezené psychotherapeutické péče, uvážené pro tohoto člověka jako nejefektivnější, a také určitému psychotherapeutovi.“ (Vymětal, 1997). Mohlo by se zdát, že právě problém indikace té „nejlepší a nejefektivnější“ psychotherapeutické péče si žádá pečlivou rozvahu ve smyslu indikačních algoritmů, počínajících jednotlivými diagnózami a končících kauzálně

zvolenou psychotherapeutickou metodou, evi-
dentně ověřenou pro daný typ poruchy.

Míní-li Vymětal „určitou vymezenou psycho-
terapeutickou péči“ nějakou konkrétní tera-
peutickou školu nebo směr, jistě by pak bylo
možné pro takové směry indikační standardy
vytvořit a vzhledem k počtu různých škol by
mohly být značně rozsáhlé. Formálně a teore-
ticky by se daly takové standardy velice přes-
ně propracovat, avšak klinické praxe by záhy
poukázala na jejich zbytečnost. V současné
době víme, že rigidní setrvání na jednom
„čistém“ psychotherapeutickém přístupu je
nesmyslné. Podle našeho názoru je to dáno
nejen tím, že spektrum pacientů a jejich obtíží
je v ordinaci jednoho psychotherapeuta velmi
široké, ale také tím, že nikdo z nás není Freu-
dem, Jungem, Rogersem, Adlerem, Franklem
či jiným. Bystré pohledy těchto mimořádných
osobností nás v mnohém inspiřují, ale pokud
přímo zakládají náš celkový a jediný způsob
práce s lidmi, působí to na jedné straně prak-
ticky insuficientním a na druhé straně exclu-
zivním dojmem.

Jako přirozený nám proto připadá trend
současné doby, který vede k integraci poznatků
jednotlivých psychotherapeutických škol, akcen-
tuje terapeutický vztah, komunikaci, klinickou
zkušenost a individuální osobnost terapeuta,
pečlivě mapovanou jeho vlastním systematic-
kým výcvikem a supervizí v průběhu několika
let. Na základě tohoto trendu tedy již neuva-
žujeme ani tak o jednotlivých psychotherapeu-
tických směrech, jako spíše o integrativním
přístupu k pacientovi v několika formách péče
ve smyslu terapeutického uspořádání (indi-
viduální, skupinová, párová nebo rodinná tera-
pie).

Výzkum v psychotherapii

Problém standardizovaného vědeckého vý-
zkumu v PT tkví v tom, že většina psychothera-
peutických směrů používá jiný jazyk k dorozu-
mívání než biomedicína a psychiatrie. Není
a ani nemůže to být jazyk kontrolovaných stu-
dií, statistiky a výsledků zobrazovacích metod.
Pokud se začneme v PT o takový způsob řeči
pokoušet, opouštíme tím úroveň věrohodnosti

a naše tvrzení jsou vždy snadno zpochybnitel-
ná, byť na jejich podporu použijeme celé ba-
terie kontrolních osobnostních dotazníků, ane-
bo sám pacient prostě poukáže na fakt, že
mu PT pomohla. V současné době se proto stále
častěji v odborné literatuře objevují kasuistiky
(case studies), které přinášejí více či méně stan-
dardně strukturovaný popis toho, co při syste-
matické PT s pacientem společně vidíme, bez
nároků na další objektivizaci.

Při studiu značného množství odborné lite-
ratury k danému tématu jsme shledali, že příliš
velká snaha o vědecké uchopení problemati-
ky systematické PT resp. snaha o vědecký pod-
klad jejího léčebného efektu vede v mnoha
případech k nežádoucímu posunu vnímání PT
jako celku ve smyslu tlaku na povrchní likvida-
ci nežádoucích symptomů a rovněž k posunu
vnímání významu jednotlivých psychotherapeu-
tických přístupů. Pozoruhodným příkladem je
v tomto směru kognitivně behaviorální terapie
(KBT), která má na svém kontě jednoznačně
největší množství výzkumných prací a tento fakt
je KB terapeuty často v odborných člancích
zmiňován. V dalších interpretacích pak vede
k tvrzením, která jsou podle našeho názoru při-
nejmenším zavádějící.

Praško a kol. např. ve svém článku Kognitiv-
ně behaviorální terapie v České republice
na stránkách Supplementa 2, České a sloven-
ské psychiatrie zmiňují velmi rozsáhlou sro-
vnávací metaanalýzu, porovnávací účinnost
jednotlivých psychotherapeutických směrů, kte-
rou provedl v roce 1994 K. Grawe se švý-
carským výzkumným týmem. Jako výsledek této
studie je zmíněno pouze toto: „Kognitivně be-
haviorální terapie byla zkoumána nejlépe
a její účinnost byla přesvědčivě prokázána.
Ze srovnávacích studií vyplývá, že KBT je
v průměru vysoce významně účinnější než te-
rapie psychoanalytická a rogersovská.“ Podot-
ýkáme, že jedním z výsledků studie je oprav-
du uvedené zjištění. Avšak Praškova skupina
nám opomněla sdělit i jiná fakta.

Graweho tým shromáždil 3500 zpráv
o zkoumání efektu psychotherapie, publiková-
ných do roku 1983. Z nich vybral 897 studií,
které odpovídaly základním požadavkům

na vědeckou metodologii a měly kontrolní sku-
pinu. Následná rozsáhlá metaanalýza pak pře-
devším ukázala, že u některých směrů a metod
vědecké zkoumání účinnosti zcela chybělo
nebo bylo metodologicky nedostatečné. Patří
sem Jungova analytická terapie, daseinsana-
lýza, Adlerova analytická psychologie, trans-
akční analýza, gestalt terapie atd. (Grawe,
Donati, Bernauer, 1994). Graweho metaana-
lýza pochopitelně obsahuje ještě celou řadu
dalších výstupů, avšak pro naši diskusi nám již
nepřipadají důležité.

Na uvedeném příkladě „vědeckého“ ucho-
pení účinnosti PT chceme ukázat jeho do jisté
míry nesmyslnost. Je docela dobře možné, že
výše uvedené terapeutické směry, které „ne-
dodaly metodologicky průkazné“ podklady pro
obhajobu vlastní efektivity, si onu nesmyslnost
uvědomují, resp. si nehodlají nechat vnútit „cizí
jazyk“ k vyjadřování. V případě Praška a spol.
pak vidíme, že tímto jazykem lze podepřít co-
koli a stejně tak lze nová tvrzení rychle zpochy-
bnit. Nebo dokonce lze v rámci takového
jazyka vytvářet zcela nové další interpretace.
„V současném KBT hnutí ve světě lze sledovat
výrazně integrativní postoje. Přístupy jiných
psychotherapeutických směrů jako je hypnóza,
gestalt terapie, systemická terapie, psychody-
namická terapie, ale i transpersonální terapie
jsou testovány v experimentech a integrovány
do KBT modelu“ (Praško, Možný, Zbytovský,
Pašková, Prašková, 2003).

Nepokoušíme se blíže zkoumat, jak lze psy-
chodynamickou či transpersonální psychothera-
pii včlenit do rámce KBT, neboť nám stačí, že
to již dávno funguje obráceně. Osobně máme
komplexní výcviky v jiných směrech než je KBT,
avšak velmi často v klinické praxi KB technik
využíváme, protože zejména u úzkostných pot-
tíží a fobií nad ně není, pokud z určitých důvo-
dů potřebujeme s pacientem v jeho svobod-
ném fungování zmírnit nebo potlačit výrazně
blokující symptom. Ale jak jsme již zmínili výše,
nevidíme to jako konečné řešení problému.

Závěr

Nechceme v žádném případě stavět PT do
nesmiřitelného antagonismu k biomedicíně a

psychiatrii. Naopak. Považujeme však za vel-
mi důležité jasně poukázat na jejich odlišné
paradigma. Uvědomujeme si, že prezentuje-
me názory, které mohou vzbudit emotivní po-
lemiku. Nejde nám o odmítnutí či zpochybnění
toho, co biologická psychiatrie a vědecká psy-
chologie dnes dělají a čeho ve svém poznání
dosáhly. Chceme pouze vytvořit prostor pro
jiné vidění problematiky duševního zdraví
a nemoci. Vidění, které nemá samo ze své pod-
staty žádné ambice vědecky prokazovat své
opodstatnění resp. efektivitu a o jehož smyslu-
plnosti se přesvědčujeme každodenně ve své
klinické praxi.

Prosazujeme-li tedy v PT jiné paradigma
a neočekáváme ani, že nám bude rozuměno
zastánci paradigmatu současné vědy. Nejde
totiž o to, že by stejná věc byla interpretová-
na a chápána jinak, nýbrž jen něco jiného
v tuto chvíli vidíme. A právě tato viděná struk-
tura vztahů, souvislostí a poukazů se mění s pro-
měnou paradigmatu (Neubauer, 2002).

Pokusili jsme se zformulovat dané téma (ne-
smírně široké a složitě) do tvaru, který odpoví-
dá naší zkušenosti. Jsme si plně vědomi její sub-
jektivitu. Jistě je toto téma nahlíženo kologem
z mnoha různých dalších stran. Chtěli bychom
tedy vyvolat další diskusi, otázky, kritické myš-
lenky a úvahy v obci, která se vymezuje jako
pomáhající systém v oblasti duševního zdraví
našich bližních.

POUŽITÁ LITERATURA:

- Coveney, P., Highfield, R. (2003): Mezi chaosem
a řádem. Kolumbus, Praha.
Fürst, A. (2003): Psychofarmakoterapie, psychothera-
pie a jejich kombinace. Praktický lékař, 83, No. 5.
Gleick, J. (1996): Chaos. Ando Publishing, Brno.
Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psycho-
therapie im Wandel. Von der Konfession zur der Pro-
fession. 3. Aufl. Göttingen, Hogrefe.
Komárek, S. (2003): O spasení těl aneb Reformace
v medicíně. Revue Prostor, 59, Praha.
Kuhn, T. S. (1997): Struktura vědeckých revolucí.
OIKOYMENH, Praha.
Moos, P. (1999): Psychologie ve světle teorie chaosu.
Psychologie Dnes, 10, 5. ročník.
Moos, P. (2003): Naučme se lépe stonat. Revue Pro-
stor, 59, Praha.
Neubauer, Z. (2002): Biococ. Malvern, Praha.
Popper, K. R. (1997): Logika vědeckého bádání.
OIKOYMENH, Praha.

Poppink, J. (1997): Chaos and Complexity as Theoretical Grounding for Psychotherapeutic Listening. Society for Chaos Theory In Psychology, Wisconsin.
Praško, J., Možný, P., Zbytovský, J., Pašková, B., Prašková, H. (2003): Kognitivně behaviorální terapie v České republice. Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum 2, ročník 99.
Prigogine, I., Stengers, I. (2001): Řád z chaosu. Kolombus, Praha.

Vymětal, J. a kol. (1997): Obecná psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha.

Autoři článku: Mgr. Petr Moos, klinický psycholog a psychoterapeut, MUDr. Aleš Forst, psychiatr a psychoterapeut - oba pracují ve Středisku komplexní terapie v Liberci.

Všichni jsme součástí celé řady systémů. Systémy existují vně nás - naše rodina, kolegové, vztahy, příroda, národ, země.
Jsou i uvnitř nás - vlastností, cíle, sny. Mnoho věcí se v nich děje nevědomě. Proto jsou obtížně přístupné, a i řešitelné.
Naším cílem je objevit to nevědomé a poznat zákonitosti systému.
Nalezení řádu a respekt k němu nám přináší klid a mír.
Ve všech systémech.

Zveme Vás na prožitkový seminář

SYSTEMY

dle metody B. Hellingera
Rodinné konstelace

Kdo: Mgr. Jaroslav Simon
klin. psycholog, psychoterapeut

Kdy: sobota 9.00 – 19.00 hod.
27. 3., 24. 4., 29. 5., 19. 6. 2004

Kde: Centrum Lotus, Dlouhá 2, 4.p.
Praha 1 (u Staroměstského nám.)

Cena: 800,-Kč/ den, platba na místě

Přihlášky: email: simon16@tiscali.cz

Info: mobil: 603 83 85 84 (volat večer)

ESEJ

Identita a gender

Šárka Gjuričová, Jiří Kubička

Motto: Lidé rozumějí tomu, co se jim říká, z hlediska toho, co už vědí a z hlediska svých přesvědčení o světě. Schan 1979

„Je to kluk, je to holka“: první zvolání, které určuje naši identitu, se týká pohlaví. Platí však zároveň, že tím, že se rodíme se jako muži anebo ženy, vrodíme se do mužských a ženských identit? Názor, že naše tělo předurčuje vývoj naší mužské anebo ženské identity a zavrhuje se v průběhu časného vztahu ke každému z rodičů, je vesměs přijíman. Jsou však mužnost a ženskost víceméně pevné soubory vlastností, tělesných a psychických, jakési entity, které předcházejí historii a kultuře a víceméně se nemění?

Souhlas s touto otázkou nás zařazuje do názorového okruhu esencialismu, který má u nás zatím převahu zastánců. Mužnost a ženskost bývají představeny jako soubory polárních vlastností, například muži jsou racionální, ženy emocionální atd. Pravý (mužný) muž má vysokou maskulinitu, žena vysokou feminitu. Argumentace této odlišnosti využívá různých prostředků: muži vždy lovili/dobývali, ženy se vždy staraly o rodinný krb, mají odlišné geny/hormony, strategie rozmnožování... K čemu tedy komplikovat úvahu o mužské a ženské identitě pojmem gender, vždyť se bez něj psychologové zatím vždy obešli?

Gender je kategorie

Gender přináší pro psychology nový pohled na osobní a mužskou a ženskou identitu. Gender není soubor vlastností, „něco, co je v nás“. **Gender je kategorie, jejíž obsah není jednoznačně daný, liší se v různých kulturách. Má však vždy reálné důsledky pro životy mužů a žen ve všech sférách života, intimní**

a vztahové i veřejné, např. profesní. K přiblížení můžeme použít metafory, které nám vyhovují: například, že gender vytváří v dané kultuře únosné scénáře mužských a ženských životů, nebo že vytváří příběhy o tom, co znamená být mužem a ženou, nebo že formuje společenské diskurzy o ženách a mužích.

Jako kategorie gender vytváří tedy systém významů, který spoluvrčuje možnosti osob mužského a ženského pohlaví. Existují jako jistá ideál a jistá pravidla, která sice nebývají explicitní, ale mají i normativní důsledky. Tak ideál ženy obětavě pečující o druhé lidi obsahuje i normativní součást: pokud tomu tak není, není ta žena trochu divná? Lidé tato pravidla nepřijímají pasivně, vyjednávají svou ženskou a mužskou identitu, ovšem v rámci existujících vzorců a možností. Toto zčásti nevědomé „vyjednávání“ se týká i odpovědi na otázku Kdo jsem?

Identita, identifikace a totožnost

V základním významu slova je „identita“ totéž co totožnost:

„Já“, „ty“, „ona“, „současná ministryně školství“, „můj praktický lékař“, „ten cigos“, „manželka ředitele České národní banky“, „Petr Novák, r. č. 590418/2563, bytem Úzká 7, Nové Počernice“, „Miluška“ jsou odpovědi na otázku „Kdo jsem?, kdo jsi?, kdo jste?“

„kdo to je?“ Jsou vyjádřením osobní totožnosti, identity. Všimněme si: vyjádření osobní identity je proměnlivé podle situace, k jednoznačnému určení osoby používáme vyjádření, které v dané situaci může přináležet jen jedné osobě (např. „Já“ jako odpověď na otázku „Kdo to je?“ pronesenou přes zavřené dveře, „mě“ identifikuje jen tehdy, pokud mě tázající pozná po hlase). Zároveň identifikace v sobě vždy implikuje nějaký atribut identifikované osoby, který je v té které situaci významný (např. „ty“ vyjadřuje důvěrný nebo nadřazený vztah, „manželka ředitele České národní banky“ implikuje, že dotyčná žena je brána jako důležitá hlavně v roli něčí manželky atd.), nemusí však nutně být trvalou vlastností této osoby. „Petr Novák, r.č. 590418/2563, bytem Úzká 7, „ty“ a „ten gauner“ by mohly být identifika-

cemi stejné osoby, mít stejnou denotaci, ale poukazovat na jiné její atributy, mít odlišnou konotaci.

V psychologickém či psychologizujícím slova smyslu je „identita“ ještě něco jiného než běžná totožnost: Znamená jakousi základní sebeidentifikaci, o které se předpokládá, že je stabilní a na situaci nezávislá. Tento psychologický konstrukt zpouštělo zejména dílo Erika Eriksona, dnes se však užívá nejen mimo okruh psychoanalytické tradice, ale dokonce i tam, kde nejde o jednotlivce - např. „národní identita“. Totožnost osoby lze vyjádřit nesčetně způsoby poukazujícími na různé její atributy, ale „psychologická“ identita je v tomto pojetí jen jedna, je to základní vnitřní sebeidentifikace, podstata (essence). To je esencialistické pojetí lidské identity.

Gender v téměř žádné identifikaci a sebeidentifikaci nechybí: Jaké má kdo zaměstnání, kde bydlí či jak se jmenuje v řadě situací nevíme nebo to není důležité, skoro vždy však víme a reflektujeme, že dotyčná osoba je dívkou nebo chlapcem, mužem nebo ženou. Proto je také genderová identita předpokládanou součástí psychologické identity.

Je-li tomu tak, jaké má vlastnosti?

Co tyto vlastnosti implikují? Kdo určuje, které vlastnosti to jsou a jaký k tomu má mandát? Je otázka „co je ženské a co je mužské“ otázkou objektivní vědecké pravdy nebo tak úplně ne? Vědecké výzkumy do jisté míry potvrzují, že muži a ženy se po psychické stránce liší, ovšem je zde vždy značný překryv. Jaká je identita mužů a žen, kteří mají vlastnosti připsované tradicí nebo vědou opačnému genderu (mužů, kteří žehlí, žen, které dovedou číst v mapách)? Lze vůbec odlišit deskriptivní a normativní vyjádření ženské a mužské identity? Je součástí identity také sexuální orientace? Pokud ano, je homosexuální orientace jakýmsi selháním ve vztahu k vlastní identitě nebo je to další typ identity?

Podobné otázky problematizují řadu předpokladů pro mnoho psychologů a psychotherapeutů jakoby samozřejmých. Situace je komplikována tím, že v terapeutické praxi používáme slovo „identita“ v obou jeho významech,

jako psychologického konstruktu i jako součásti běžného hovoru: terapeut své klienty identifikuje (mluví o nich, oslovuje je), klienti se nejen (možná) snaží dobrat své pravé identity, ale také se proměnlivým ale nenahodilým způsobem identifikují, terapeut také identifikuje sám sebe.

Určité vysvobození z pastí pátrání po pravé identitě, pravém mužství a ženství nabízí sociální konstrukcionismus. Otázku po pravé genderové identitě můžeme jakoby uzavřít a zkoumat nikoliv to, co gender „je“, ale to, jak lidé a společnost s touto kategorií zacházejí a jakým obsahem ji naplňují. Gender není vlastnost, je to kategorie, která je univerzální, ale je naplňována různorodým obsahem. Tak jako není součástí identity muž či žena, že muži jsou v průměru vyšší, nejsou nezbytnou součástí individuální identity ani žádné psychické vlastnosti.

Otázka „kdo jsem“ tím nemizí, pouze se dostává do jiného kontextu, do kontextu sebeidentifikace ve vztahu k identifikacím, které používají druzí lidé nebo které jsou v té které společnosti normativní.

Odlíšné genderové scénáře, příběhy, diskurzy

Vezměme případ z velmi odlišné kultury: Fatima, dívka, která se narodí ve fundamentalisticky islámském státě, se záhy začne seznamovat s tím, že její život bude zcela odlišný od jejích bratrů. Například, že bude žít převážně v domě mezi ženami, a až vyroste, nebude se na veřejnosti pohybovat bez zahalení a bez průvodce. Dívka tyto podmínky považuje za přirozené, kdyby se jí někdo cizí zeptal, zřejmě by upřímně odpověděla, že si tento způsob života zvolila svobodně, že chce být takovou ženou. Bude touto praxí naplňovat genderový scénář své kultury a tím potvrzovat svou ženskou identitu. Z určitého pohledu ale není tento diskurz mocensky neutrální: poznala by to tehdy, pokud by ho odmítla následovat. Objevila by náhle, že její volba není svobodná. Musela by pak počítat se společenskými sankcemi všech stupňů závažnosti, včetně zabití.

Diskurzivní genderová identita

Genderovou identitu můžeme chápat jako osobní zkušenost s mužskou nebo ženskou existencí.¹¹ Připojme, že nejde jen o vědomý proces. Genderová identita je formována v rámci významných vztahů časného dětství, ale tím se proces nezavrhne; je vždy také tvořena v přítomnosti, jde o celoživotní proces. Genderová identita se tvoří nejen v mém rozvažování a přemítání, ale také mými rozhodnutími, tvoří se v interakci s ostatními lidmi (to, kým se cítím být jako žena či muž, naráží na to, co mi okolí dává najevo, jaké signály dostávám od ostatních lidí) v konkrétních společenských podmínkách. Mohli bychom odlišit rovinu osobní, interakční a rovinu společenských struktur.

Diskurzivní psychologové a sociální konstrukcionisté s feministickým hlediskem tedy odmítají pojetí mužství a ženství jako pevných nadčasových vlastností. Mužské a ženské identity se tvoří vždy v podmínkách společenského (genderového) diskurzu, který nabízí přijatelné modely genderových identit v dané společnosti. Je to tedy převážně sociálně vytvořený konstrukt genderu, a nikoli jen naše vrozené do pohlaví, co spouští naše reálné příležitosti a omezení. Genderový diskurz má vždy mocenské důsledky - v případě islámské dívky působí jednoznačně, jindy jen spouští naše volby.

Prožívání maskulinity a femininity

Jak to, že zakoušíme pocit maskulinity nebo femininity a jejich vzájemnou odlišnost jako cosi nepochybného a vnitřního? Vědomí sebe je tvořené zkušeností. Náš pocit maskulinity a femininity je však zprostředkován skrze zvyklosti kultury, které jsme vstřebali, a skrze sociální podmínky, ve kterých žijeme. Dívka Fatima, o které jsme psali, zažívá svou femininitu tak, že mimo ženský prostor se chce pohybovat zahalená. Pouze vlastní pocit, vlastní zkušenost nemůže být zdrojem evidence.²¹ Nesmíme zapomenout, že (odlišné) genderové ideály a vzorce ve společnosti působí jako proroctví, které se naplňuje: genderová odlišnost je tak stále tvořena, představa o odlišnosti naplňována. Výstižná je představa o performování

genderu: tím, že následuji vědomě i nevědomě genderové scénáře, potvrzují svůj pocit maskulinity nebo femininity i v individuální úrovni.

Česká genderová socializace

V naší poměrně liberální společnosti jsou mužské a ženské životy rovněž vnořeny do širších genderových diskurzů, které se učíme v průběhu socializace přijímat jako samozřejmé. Genderová socializace nevyužívá většinou zákazy: pracuje se vztahy, zesměšňováním, lákáním. Být kluk, znamená i u nás nebyť jako holka. To zařizují dost nekompromisně v prvních letech dítěte maminky: „Nebul mi tady jako holka, nebo ti dám ještě jednu“. Ovšemže kluci chtějí být také skvělí jako tatínkové, jenže ti nejsou leckdy pro děti k dispozici. Nancy Chodorow o americké společnosti říká, že nepřítomnost otců ve výchově tvoří pro chlapce socializační program: Jde o to nebyť jako maminka, nebyť ženská. Zdá se, že i u nás je větší tolerance vůči genderově nespecifické socializaci dívek. Dívka tedy smí být i jako kluk, samozřejmě se však také čeká, že bude přejímat leccos z péče své matky. Pak se pečující program dočasně odkládá a tlak na naplňování ženské identity je soustředěn do dospívání, zejména na tělesnou stránku identity.

Pobídky pro tvorbu tělesné genderové identity zprostředkují dnes především média: pokyny o žádoucí tělesnosti mívají podobu ideálních genderově stereotypních modelů. Mnoho dívek i žen, ale dnes také mužů vnímá své tělo a sebe sama jako odlišné identity. „Já musím s tím tělem, boky, stehny, břichem něco udělat“. K identitě úspěšného muže patří tělo vypracované z posilovny. Tučné tělo ukazuje na nedisciplinovanost. Mentální anorektičky vyjadřují někdy odmítání své tělesnosti, bojují se svým tělem za svou identitu. Zvládání masa je morální vítězství.

Od dospívajících chlapců se čeká, že budou sexuálně výbojní, od dívek, že budou krásné. Dívky lákají k dospělé sexualitě hlavně média: Buď sexy s novými stříny, Sto rad jak ho svést. Až se mladá žena stane matkou, sexuální odloží. Mateřství je kulturně vytvořená identi-

ta, která je pro ženu i v našich podmínkách konstruována jako prvořadá - a to za všech okolností. Matka nemá být sexuální a nemá mít také vlastní zájmy. Genderově socializovaná žena bude sice chtít pečovat o vztahy v rodině, ale bude dost možná zklamaná - a naštvaná v partnerství, bude vyčítat manželovi, že se s ním nedá důvěrně povídat. Jeho socializační program však ale důvěrně povídaní zařadil mezi nemůžné chování. Rozumí se, že tyto diskurzy nepřijímáme nekriticky. Vstupujeme s nimi do dialogu, do určité míry je pozměňujeme. Nezapomeňme v tomto telegrafickém a neúplném přehledu na jeden aspekt socializace. Děti obou pohlaví se záhy vyznaží v asymetrii genderových rolí. Dokládá to výrok předškolního dítěte: „To tě musí mít tatínek rád, když myje nádoby.“

Gendrově uspořádaný svět

I když je u nás škála možností jak být ženou nebo mužem poměrně široká, není rozhodně nahodilá. Rodíme se do světa, v němž se učíme přijímat genderovou optiku³¹ naší kultury jako nepochybnou. Tradiční genderové uspořádání se sice přece jen mění, a to jak v oblasti práce, tak také v oblasti rodiny. Za překročení genderových norem jsou však i u nás sankce, i když spíš psychologické. Mladý muž, který chce využít rodičovské dovolené, asi zažije kritické či ironické komentáře starší generace i svých vrstevníků. Žena, která zas nebude trávit očekávané roky na rodičovské dovolené, bude kritizována jako problematická matka. Genderové vzorce a stereotypní genderové identity jsou už vytvořené v každé kultuře dřív, nežli přicházíme na svět. Nemůžeme je pominout, ale můžeme je reflektovat a někdy je i zpochybňovat.

Implikace diskurzivního pojetí identity pro klinickou praxi

Jako v každém rozhovoru se v kontaktu terapeuta či terapeutky s klientem či klientkou dostává do hry identita mluvčích, a tím i identita genderová. Zčásti explicitně - terapeut a klient se představují, oslovují atd., především však implicitně: každé sdělení, otázka nebo

nonverbální chování má řadu nevyslovených předpokladů, ve kterých je zašifrováno to, kým pro nás je náš partner v dialogu a kým pro něj chceme být my sami. Otázky často vyjadřují normativní očekávání: Zeptá-li se např. terapeut 17letého klienta „A co kluci/holky?“, může to pro klienta znamenat signál, že 17letý člověk by měl s jistou suverenitou navazovat heterosexuální vztahy a klient, který tak nečiní (např. je plachý nebo je homosexuálně orientovaný) je konfrontován s tím, že jeho identita je v očích terapeuta deficitní. Pokud terapeut věří v ideu správného muže a správné ženy, stává se vědomě i nevědomě jedním z učitelů toho, jak být mužem či ženou. Terapeuti, kteří uvažují diskursivně, se cítí autory svého příběhu a své identity, nikoliv však znalci pravdy o identitě klienta. Zde je naopak autorem klient a úkolem terapeuta není konfrontovat klienta s normou mužství a ženství, nýbrž zkoumat možnosti, jaké klient v autorství své identity má, nikoliv odhalovat neměnnou a předem danou identitu. Rozhovor v úzkém kroužku terapeutického společenství terapeuta s klientem, rodinou nebo skupinou není jen pasivním odrazem toho, jak se s významy genderové identity ve společnosti zachází, stává se částí osobního příběhu klienta, kde se pro něj či pro ni mohou otevírat nové možnosti, jak se svou identitou zacházet.

K tomu, aby se tyto možnosti otvíraly, a nikoliv naopak zavíraly, přispívá cílevědomé využívání reflektujícího přístupu - terapeut pracuje s klienty takovým způsobem, aby jim umožnil otevřít se různým pohledům, aniž by jim vnucoval svůj vlastní. V kontextu rodinné terapie je účinným prostředkem tohoto přístupu např. využívání reflektujícího týmu, tj. terapeutický tým, který s hlavním terapeutem spolupracuje, otevírá své odlišné pohledy přímo klientům, klienti si mohou poradu týmu poslechnout.

Rodinná terapie: Terapeuti a terapeutky, klientky a klienti¹

Terapii provádí buď muž nebo žena, a to otvírá různé představy a různá očekávání jak na straně klientů, tak také na straně terapeutů. Jako terapeuti a terapeutky nejen něco

o genderu vyslovujeme, nýbrž jsme také přítomni tělesně, ztělesňujeme gender, a tak také komunikujeme o genderu. Nejde tedy jen o to, co terapeuti o genderu říkají, ale také, co dělají a nedělají jako přítomní ženy nebo muži v terapeutické pozici vůči mužům a ženám v rodině, jaký genderový model sami prezentují a jakým způsobem situaci reflektují v terapeutickém rozhovoru.

Například situace dvou žen v roli terapeutky a symptomatické klientky a jednoho muže - nesymptomatického partnera klientky může vyvolávat různorodá genderově specifická očekávání u všech zúčastněných o dalším vývoji terapie a o koalicích - například, že muž nebude brát „ženské“ vážně, že se ženy spojí proti muži a budou mu domlouvat nebo ho kárat, že se terapeutka spojí se zdravým/mocným mužem v napravování nemocné/bezmocné ženy. Sám fakt, že terapii provádí muž nebo žena, nebrání otvírat různá témata a používat různé styly. Pokud terapeuti pracují ve smíšené dvojici, nenabízejí nezbytně pro rodiny model tradičních rodinných rolí. Autor i autorka mají zkušenost, že genderově nestereotypní modely chování terapeutů mohou být pro rodiny významným podnětem ke zkoumání rigidních rolí, které mnohdy v rodině zastávají, i když jim vlastně nevyhovují.

Učení se genderově citlivé terapii

Považujeme za nezbytné, aby se terapeuti genderovými otázkami zabývali jak v rámci komplexního vzdělání tak i v dalším průběhu praxe, v rámci supervize. Nejde tedy jen o reflektování osobní zkušenosti terapeutů a terapeutek. Jde o praktické využívání kategorie genderu, o zviditelňování toho, jak, jakými názory a očekáváními, modely a dalšími prezentacemi byly a jsou naše zkušenosti utvářeny a jaké to má důsledky. Můžeme se ptát například po původu osobních přesvědčení, po jejich nevyhnutelnosti, po tom, co by se stalo, kdyby se pozměnily, jaké důsledky by to mělo v osobních vztazích, co mohou a také co nemohou klienti změnit jako muži nebo ženy.

S citlivostí ke stylu a konkrétní situaci rodiny, se kterou v terapii pracujeme, využíváme ta-

kové dekonstruktivní otázky v rámci terapie: Terapeut/ka (k muži): „Jak jste vlastně přišel na to, že musíte každoročně zaplatit rodině dovolenou u moře? Myslíte, že to tak musí být i za cenu toho, že byste si musel vzít další zaměstnání nebo pracovat o víkendech? (K rodině) Je někdo, kdo by si nedovedl léto bez dovolené u moře ani představit? Co si myslíte, že by se stalo, kdybyste řekl, že už ty drahé dovolené odmítáte zaplatit, af si říká kdo chce co chce?“

Mnohé předsudky souvisejí s rolemi, k nimž byly muži a ženy socializováni. Matky, které v rodině do všeho a o všem mluví, chtějí v rodině vše řídit, mluví za ostatní, vlastně plní do krajnosti pečující roli, k níž byly socializovány. Muži, kteří vykonávají dvě zaměstnání, ačkoli děti skoro nevidí, usilují o anachronické naplnění role živitele.

Ostatní členové rodiny je za takové chování v rodině leckdy kritizují, vyvolávají i podrážděnost pomáhajících odborníků. Terapeuti by však měli především objevit a uznat jejich chování z hlediska toho, co považují muži a ženy za své tradiční úděly; teprve pak mohou nabídnout dekonstrukční zkoumání těchto názorů, a případně hledat možnosti, jak se od nich osvobodit. V rodinách s periferním otcem někdy dochází ke krizi až v pozdějším vývoji rodiny, např. v době dospívání dětí: zde může být užitečné, když terapeut/ka na jedné straně pochopí, proč se toto uspořádání rodiny po jistou dobu zdálo nevyhnutelné, na druhé straně klade otázky směřující k tomu, zda by se otec nemohl do výchovy dětí a rodinného života více zapojit teď. Pro dospívající děti je to významné i proto, že si již svá genderová očekávání formulují vědomě, jsou schopny o nich diskutovat a model, který znají od svých rodičů z doby raného dětství, pro ně může být nepoužitelný.

Při terapeutickém rozhovoru považujeme za důležité nejen uznat existující partnerské nebo rodičovské kompetence ve stávajících rolích. Také se zajímáme o možnosti překračování těchto rodinných rolí a o nerodinné role: tím tyto oblasti vztahů normalizujeme: „Myslíš, že maminka má také své kamarády? Znáš ně-

jakou máminu kamarádku? Myslíš, že by táta chtěl, aby se maminka setkala s kamarádkami, nebo že by to moc nechtl?" „Jak se u vás doma dělíte o domácí práce, kdo má co na starosti?"

Tím, že se vlastní přesvědčení či předsudky zkoumají, tvoří se možnost změny: člověk může například objevovat, že určité chování není nevyhnutelné, že na něm tolik nezáleží, že je vlastně ani ostatní nepovažují za důležité; někdy lze získat úsměvný nadhled, někdy soucit a větší toleranci. Klienti se obvykle dostávají do terapie v období krize související s dlouhodobým vývojem rodiny: v pozadí symptomatického chování jednoho člena rodiny je to, že rodina již nemůže fungovat dosavadním způsobem a potřebuje zásadnější změnu, často i změnu genderových očekávání. Terapie může změnu usnadnit, ale také změně bránit: jestliže terapeut/ka např. příliš snadno přistoupí

na to, že bude problémy s dítětem řešit jen s matkou (protože otec nemá čas nebo trpělivost), posiluje tím představu o šíři její zodpovědnosti a nepoužitelnosti otce.

POZNÁMKY:

¹ Tak vystihuje pojem genderová identita např. Čermáková.

² Jde o myšlenku J. Derridy.

³ Autorkou pojmu genderová optika je Sandra Bem.

⁴ V závěrečné části textu je využito příručky Rodinná terapie, systemické a narativní přístupy.

Šárka Gjuríčová je psycholožka, působí v centru rodinné terapie DPK ve FN Motol, řídí program komplexního vzdělání v Institutu rodinné terapie Praha, učí rovněž kurs Gender a psychologie na FF UK. Jiří Kubička je psycholog, vede oddělení psychologie, psychoterapie a rodinné terapie ve VFN Praha a podílí se na vzdělání Institutu rodinné terapie Praha. Společně vydali v roce 2003 knihu Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy v nakladatelství Grada.

SUPERVIZE

Úskalí a možnosti supervize – zkušenosti z praxe

Hana Vyhnálková

Vážené kolegyně, vážení kolegové, v posledních letech si supervize u nás nachází svoje místo ve všech oblastech pomáhajících profesí: v psychoterapii, v poradenství, v sociální sféře. Probíhají supervize případové, týmové. To, co je ve vyspělých západních zemích běžnou součástí psychoterapeutické praxe je u nás zatím něčím novým, mnohde výjimečným, zvláštním. Něčím, co k nám přichází a co se učíme uchopovat. S čím se učíme zacházet. Supervizor, supervidovaní i ti, co supervizi objednávají.

Podívejme se na některá úskalí supervize.

Tak jako každý nový fenomén i supervize otvírá řadu očekávání, která mají až podobu mýtů. Takovými mýty jsou ze strany supervidovaných například:

- Když jsme v úzkých, zachrání nás supervize.
- Čím více budeme mít případové supervize, tím lepší bude terapie.
- Čím více bude týmové supervize, tím budou vztahy v našem týmu harmoničtější.
- Supervizor nás zaštití svojí autoritou.
- Supervizor něco udělá za nás, převezme za nás zodpovědnost.

Pokud supervizor přijme tato očekávání jako naplnitelná, ocitá se on i supervidovaní v nebezpečí klamu.

- Jaká jsou další úskalí supervize?
- Supervizor může, tak jako supervidovaní, podlehnout „fascinaci supervizi“: může mít pocit moci tam, kde se terapeuti staví do pozice bezmocných, může dokonce

propadnout iluzi, že je něčím víc než terapeuti – už kvůli výrazu „super“.

- Po revoluci vznikla v České republice řada nových pracovišť, kam nastoupili mladí, začínající terapeuti, většinou s nadšením pro danou problematiku.

V těchto týmech schází přirozená generační výměna a přirozená autorita staršího, zkušeného odborníka, tedy autorita odborná i lidská, od které by v každodenním pracovním kontaktu začínající pracovníci přejímali zkušenosti, učili by se od něho. Supervizor určitým způsobem „supluje“ tuto přirozenou autoritu, posiluje kompetence pracovníků, učí je. Nemůže však splnit roli, kterou starší vedoucí pracoviště má: převzít za pracoviště i za odbornou práci zodpovědnost. Očekávání pracovníků, že supervizor něco udělá za ně, že převezme za některé „případy“ zodpovědnost, tak zůstávají nenaplněna.

Dalším úskalím supervize může být kumulace různých druhů supervize a frekvence supervizních setkání: některé týmy složené výhradně z mladších kolegů si z obavy, aby neudělali chybu a neublížili svým klientům, nechávají každou svoji činnost supervidovat. Na jednom pracovišti se tak střídá supervizor týmový se supervizorem na rodinnou terapii, supervizor individuální terapie se supervizorem odborné koncepce. A když vedoucí pracoviště neví, jak dál, objedná si pro sebe supervizi.

V takovém obsazení supervizorů se může stát, že v jednom týdnu probíhá několik supervizních setkání. Pracovníci jsou jí pak přesytní a chtějí mít zcela přirozeně více času na klienty. Příliš supervize může vést jednak k přesytnosti až k jisté „otrávenosti“ supervizí, na druhé straně naopak k pasivitě týmu a k přesvědčení, že „supervizor to ví lépe než my“. Otázka supervizora: „Scházíte se v průběhu měsíce, abyste hovořili o klientech, poskytujete si vzájemně zpětnou vazbu?“ pomůže odhalit, zda supervidovaní na něho příliš spoléhají a nevyužívají svých vnitřních zdrojů – např. neorganizují kazuistická sezení. Pokud supervizor i supervidovaní tuto sku-

tečnost reflektují, může dojít ke změně. Supervizor by měl také společně se supervidovanými zmapovat, jaké místo jeho supervize na pracovišti zaujímá a v případě potřeby supervizi ukončit.

Supervizor se může nechat „vtáhnout“ do lákavé hry na onipotentního moudrého odborníka, který ví nejlépe, jak by terapie měla probíhat a co by měli terapeut a klient změnit. Uvedu konkrétní příklad:

Terapeut přináší k supervizi příběh rodiny, kde čtrnáctiletý syn chodí za školu a vzal bez zaplacení sladkosti v samoobsluze. Rodiče se cítí bezmocní a chtějí, aby terapeut řekl jejich synovi, jak se má chovat, domluvil mu. Rodiče vtáhnou terapeuta do „dramatického trojúhelníku“, respektive terapeut přijme pozvání k účasti v této hře. Využijme nyní konceptu a jazyka transakční analýzy... Co je podstatou této hry? V dramatickém trojúhelníku jsou vždy tři protagonisty, kteří si navzájem mohou měnit místa: pronásledovatel, oběť, zachránce. Pronásledovateli jde především o jeho zájmy. Oběť se chová, jako kdyby neměla vlastní zdroje k řešení problému. Nemyslí a necítí současně. Nepoužívá dospělý ego-stav pro myšlení a řešení problému. Zachránce se zajímá o oběť. Dává více, než o co je žádán. Někdy dělá věci, které nechce dělat, znehodnocuje.

Vraťme se k našemu příběhu: pronásledovatelem může být dítě, rodiče se cítí v roli oběti, terapeut je v roli zachránce. Pozice se střídají: terapeut, který přijme zakázku zachránce se cítí bezmocný. Místo zachránce se může stát oběť, z rodičů se stávají pronásledovatelé („ten terapeut je k ničemu, nepomohl nám“) a dítě se může terapeuta zastávat. Terapeut, který přináší tento příběh k supervizi, zve supervizora k podobné hře v dramatickém trojúhelníku: očekává od něho, že situaci vyřeší za něj, že bude vědět lépe než on, co má v terapii dělat a převezme za terapii odpovědnost. Terapeut se staví do role bezmocné oběti, zatímco rodina ho pronásleduje svými požadavky a supervizor má být zachránce. Pokud na to supervizor přistoupí, dojde k paralel-

nímu procesu s terapií: jestliže rady supervizora nevyjdou, supervizor se může stát ze zachránce obětí, jehož pronásledovatelem bude terapeut („špatně mi poradil“). Role se opět střídají, proměňují: terapeut se také může cítit být obětí supervize, supervizor se stane jeho pronásledovatelem a rodina se může stát paradoxně zachránce terapeuta: „Vždyť jste dělal, co jste mohl“ a následně přejít do pozice oběti: „To my jsme tak hrozní“.

Co může supervizor udělat jiného, aby se lákavé hry na zachránce nezúčastnil? Ze svého ego-stavu dospělého posilovat ego-stav dospělého v terapeutovi. Tím nejdůležitějším krokem k tomu je pracovat na zakázce a vytvořit s ním supervizní kontrakt. Posilovat kompetence terapeuta a jeho pozici vzhledem k rodině: „Já jsem O.K. - vy jste O.K.“ Tím společně vytvoří místo dramatického trojúhelníku „trojúhelník vítěze“. Tento trojúhelník tvoří autentické, kompetentní bytosti, z nichž každá dokáže stát sama za sebou a převzít zodpovědnost za svoje jednání. Místo pronásledovatele, který znehodnocuje druhého, vznikne role asertivního člena, místo zachránce, který přebírá za druhého zodpovědnost, je role pečujícího, který má zájem o druhého. Nepracuje za druhého na vyřešení jeho problému, ale pomáhá mu v tom a myslí také na sebe. Pozici oběti vymění citlivý člověk, který užívá dospělého ego-stavu k myšlení a řešení problému a užívá svých pocitů jako platných pro řešení problému.

Jaká mohou být další úskalí supervize?

- Supervize může být považována za kontrolu a pracoviště si raději žádného supervizora nenajde.

Je toho ještě mnohem více.....ale pojďme nyní k možnostem supervize.

Co může supervize dát?

- Supervize pomůže terapeutovi lépe porozumět vztahu s klientem.
- Pomáhá mu uvědomit si možnosti a meze svého pracoviště i svoji profesní roli. Lépe se na pracovišti „usadit“, uvědomit si hranice svojí zodpovědnosti.

- Supervizor učí, vzdělává.
- Systémový i systemický přístup umožňuje rozpoznat postavení a roli terapeuta v terapeutickém systému - např. při rodinné terapii. Supervize přispívá k poznání toho, zda terapeutický proces a terapeutické intervence podporují proměnu systému nebo zda tento systém posilují v jeho negativních vazbách a slepých uličkách. Supervizor je přitom modelem pro terapeuta - např. tím, jak pracuje se zakázkou a s paralelním procesem.

Toho co může supervize dát, je samozřejmě mnohem více. Když se supervize daří, posiluje to kompetence terapeuta, klientů a zpětně i supervizora.

I supervizor potřebuje „pohlazení“. Vědomí užitečnosti vlastní práce i toho, že se supervize daří. A tak si závěrem dovoluji citovat reflexe účastníků případové supervize - jsou tím potřebným pohlazením a motivují k další supervizní práci:

- „Supervize byla přínosná. Přinesla jiný úhel pohledu a uchopení. Nemusím propadat panice, že si nevím rady. Supervize mi pomohla najít „pořádek“ v práci s klienty a teď si ho více umím hledat sama. Cítím se kompetentnější, mám méně strachu.“
- „Měla jsem obavy jít k někomu cizímu, chtěla jsem supervizi u svých výcvikových terapeutů „mamky a tatky“. Bylo pro mě důležité zvládnout supervizi u člověka, kterého jsem do té doby neznala. Měla

jsem v supervizi pocit bezpečí a bylo pro mě obohacením poznat jiný způsob práce.“

- „Cítil jsem přijetí mne a mých pocitů. Porozumění tomu, že práce s klienty může být těžká. Mohl jsem si dokončit své „příběhy zanesené prachem“.“
- „Supervize je pro mne téměř jediný kontakt s kolegy, jsme jako zapadlí vlastenci.“
- „Supervize je pro mne s pracovními lety stále užitečnější. Zpočátku bylo těžké se otevřít, teď se cítím natolik bezpečná, že mi nedělá problém mluvit o klientech a o sobě.“

Co říci závěrem?

Supervize je příležitostí: ke změně, k profesnímu i k osobnímu růstu, k učení. Přispívá k prevenci syndromu vyhoření. Supervize ano, je potřebná, v určitém čase a frekvenci. Nemělo by jí být málo, ale také ne příliš. Nebojme se supervize, ale neukládejme do ní falešné naděje.

Předneseno na 24. česko - slovenské psychotherapeutické konferenci v Luhačovicích dne 17. 10. 2003

PhDr. Hana Vyháňková, psycholožka, absolvovala výcvik v transakční analýze, je uznanou supervizorkou České psychotherapeutické společnosti. Dlouhá léta působila v oblasti rodinné terapie. Spolu se Zdeňkem Riegrem se spoluautorsky podílela na vzniku knihy „Ostrov rodiny“ (Konfrontace 1996, 2. vydání 2001), se Z. Riegrem vedl řadu stejně nazvaných kurzů. Lektorka olomouckého IPIPAPPU (např. kurzy muzikoterapie).

Děkuji vám za zprostředkování bezva myšlenek a přemýšlení a za inspiraci, kterou mně každé nové číslo vašeho časopisu přináší. Konfrontacím přeji krásný a dostatečně konfrontační rok, hodně chytrých příspěvků a mnoho nových abonentů.

Srdečně *Kateřina Beaufortová, Praha*

Po četbě Tvých zajímavých recenzí v posledním čísle jsem o celém problému s recenzemi hlouběji přemýšlela. Tvoje recenze jsou konkrétní, podrobné a určitě pro autory i čtenáře záslužné. Jenom je škoda, že všechny tyto informace nedostanou autoři ještě před definitivní podobou knihy, kdy by je dle mého názoru mohli užitečněji zpracovat než tuto veřejnou zpětnou vazbu. Ale jak to prakticky zařídit nevím. Ještě by mě potěšilo, kdyby Konfrontace uveřejňovaly také e-mailovou adresu autorů příspěvků. Měj se pěkně.

Věra Machů, Brno - 5. 1. 2004

Až dnes jsem se dostal k přečtení J. R. odpovědi na tvé kritické články. Současně jsem si přečetl odpověď Poněšického. Víš, že jsem po přečtení uveřejněných kritik nejásal, aniž bych to uměl lépe vysvětlit, označil jsem Tě za suchara, což byl jen zvukomalebný pojem vystihující můj pocit. V hospodě nad skvělým jídlem v Brně jsme společně s Lídou T. diskutovali na téma „kritik a jeho pozice ve společnosti“, kdybych to měl hodně zjednodušit. Tak také víš, že si ceníme kritiky ve prospěch oboru, měli by se jí ujmát nejvzdělanější z nás, nejspíš tedy vy z akademických kruhů, protože prostě máte na studium čas, jste trvale v kontaktu s erozivní kritickou rétorikou studentů z jedné strany, a s mrzivým konzervativním duchem univerzitní hierarchie ze strany druhé. Máte větší možnost rozpoznávat nové trendy v širokém poli názorů, upozorňovat na ně, osvětlovat je, v pravém smyslu „pomáhat jim na svět“, nasvětlovat je také z různých, možná nezvyklých stran a chránit je před nevráživostí kon-

zervativců, kteří se opevnili v hradbě svých teorií a vyčkávají důchodu.

Z tohoto hlediska je funkce kritika nepostradatelná pro každé vitální společenství, které roste, kypí a kvasí. Z téhož důvodu očekávám od kritika také kritičnost, jasné poukázání na slabiny předkládaného textu, podstatné chyby a rozpory, které by rostoucí organizmus ohrožovaly zevnitř nekonzistencí, zmatkem a chaosem. Zatímco první naznačený soubor úkolů bych nazval anabolickým - růst podporujícím, druhou funkci kritiky vystihuje pojem z fyziologie - katabolismus, to kdybych si představoval společenství jako organizmus - a tím také je. Kupodivu kritiku snad ještě ze soudružských dob podezíráme apriori z úmyslu destrukce. Byly doby, kdy být vystaven kritice bylo totéž, co přijít o hlavu. Zkurvili naši rodičové kde co, a jak se zdá, i obsah pojmu kritika. A tak abychom se ji znovu učili, hledáme, jak na to. Obdivuji, že se do toho pouštíš, hledáš, jak se to dělá. Tím spíš, že sám toho nejsem schopen, protože jsem prostě a jednoduše nevzdělaný, příliš zaujatý vlastní cestou, dialogem s lidmi podobných názorů. Když je někdo radikálně jiného názoru, dialog uvážně. Rozumíme si s L.T. v tom, že respektovat rozdíly mezi muži a ženami je prostě praktické, užitečné, aniž by bylo důležité, kde rozdíl vznikl, zda je vrozený nebo uměle udržovaný. Kritériem není statistika, ale praktika. Něco jako skluz. (Stejně jako lyžaře nezajímá, proč to jede, hlavně že to jede a jestli mu někdo řekne, že má namazat voskem, když se to vyplatí, dělá to. Nemusí tomu rozumět.) A když se na téhle cestě potkáme s někým, kdo udělal podobné zkušenosti, máme z toho radost.

Například když potkáme Poněšického. Jeho knihu o mužích a ženách jsme dostali do ruky, když jsme měli rozepsaný rukopis a četli jsme ji až po dokončení podstatných jeho částí. Byli jsme zvědaví, jak rozdíly pojedná ve své knize on ve srovnání s naším pojetím - a ono se to kupodivu dobře doplňuje, i když my k tématu přišli přes rodinnou terapii a on přes PA. Možná se on i my více díváme na to, co nás spojuje, než na to, co nás rozděluje. Recenzi k jeho knize chtěla napsat L.T., tak se do toho nebu-

du pouštět. To, co Tebe podráždilo na knize, už když jsem ji poprvé rozbalil na pokoji v Olomouci, kde jsme spolu měli příležitost užívat času, bylo téma samo, donekonečna omílané rozdíly mezi muži a ženami, Marsy a Venusemi, mapami a ptaním se na cestu. Je to, jak se zdá, dnes již pokleslé téma doby. Bylo vytěženo, využito, zneužito, zjednodušeno, jako všechno, co se stane módním tématem, obchodní artikl ležící v supermarketu mezi syrečkem a mobilním telefonem. Tím však problém nepřestal existovat. Ani moje zakončení močové trubice se nezkrátilo, ani LT neprodloužilo jen proto, že jsme se byli podívat na Duškově verzi Cavemana v Klubu Lávků, což mistr vydává za divadlo, ale je to jen přednáška na stejné, možná pokleslé téma. Nad rozdíly se obecnostvo zasmálo, muži i ženy si ulevili, že i Dušek (chal Takový fešák, a podívej, taky si slíká ponožky tak debilně jako ty, Slávku!). Ale kritika nemůže stát jen na tom, že se autor věnuje tématu, které bylo už tolikrát přemleto a v tisku zjednodušeno tak, že to přece už každý ví a že už je načase se věnovat něčemu jinému. Pokud by autor opakoval zjednodušující syžet, a vydával to za vědu, tak prosím, ale tak to v případě Poněšického prostě není.

Kritika by měla vyhmátnout to podstatné, dokonce snad i tehdy, kdy to (v některých případech) ani autor sám nevidí. (Myslím, že bych si nikdy netroufl psát, kdyby mi Boš, který tohle uměl, neřekl, že sděluji něco podstatného, a že nedávno o tomtéž psal někde na druhém konci světa někdo, o kom jsem nikdy neslyšel. Díky jeho sečtělosti jsem se dověděl, že už někdy v r. 1987 jsem psal o narativní terapii, aniž bych mohl tušit, že to bude výrazný trend v psychoterapii. Já jen nesměle referoval o své zkušenosti s pacienty.) Kritik by se neměl nechat strhnout podružnými záležitostmi, nebo osobním názorem, který zastává v té či oné věci (třeba v tom, jestli jsou rozdíly mezi muži a ženami podstatné či nepodstatné) z nějakých osobních důvodů. Snad tak to myslí J. R., a pak s ním mohu souhlasit. Naznačuje, jaké problémy mají ostatní školy se systemikou. To by jistě stálo za disputaci, ale obávám se, že právě tohle je skoro věc víry, nebo dokonce

nějakého nastavení celé mysli, že se to těžko popisuje, obhajuje a vyvrací. Boš i Špitz trvali kdysi na tom, že by zájemci o výcvik v rodinné systemické terapii neměli být indoktrinováni jinými, zejména psychoanalytickými koncepty, aby byli schopni převzít myšlení systemické. My si to s L.T. nemyslíme, ale vidíme, jak těžké je projít změnou od schopnosti pracovat v individuální terapii v rámci dyadického vztahu ke schopnosti pracovat s celým rodinným společenstvím, vztahovat se ke vztahu, nebo také stranit všem. Je to jiné vidění, ať J.R. chce nebo ne a dokud sám takovou změnu nezažil, může s ním být těžká diskuse na téma systemiky. Bude nutně obhajovat jen to dyadické. A to máme s Lídou T. asi k čisté systemice daleko, jak ukáže naše kniha, která by měla v březnu vyjít v Portálu.

Tak Tě chci povzbudit, abys to nevzdával, abys šel nesnadnou cestou kritika, která se ukáže nakonec být velmi osamělou, ale budeš-li ve „správné šichtě“, jak říkáme my chirurgové, nebude to tak krvácat a půjde to k dobru věci.

To je snad všechno. Ahoj.

*Vladislav Chvála, Liberec - 17. 1. 2004
(s korekturou 8. 2. 2004)*

Milý Zbyňku,

dva měsíce po publikaci Tvých tří překvapivě drtivých recenzí mám možnost reflektovat vývoj svých reakcí. Ta první se týkala názvu tří publikovaných recenzí: Má pravdu Jan Poněšický? Chvála i kritika výjimečné knihy - a pak bum! - Nevyužitá šance. Kubička a já jsme šanci k napsání učebnice rodinné terapie podle Tebe nevyužili. Jistě, názor. Naši knížku jsi názvem recenze zařadil. Mnozí přece čtou jen názvy textů. V textu pak píšeš, že „publikace mohla být excelentní“, chybělo jí prý vlastně jen 10-15 %. Tím, že jsme v Tvých očích nedosáhli na plný počet bodů jsme z Tvého hlediska šanci rovnou ztratili? To mi nepřipadalo od Tebe konsistentní, naštvalo mne ale tehdy víc věcí.

Teď po dvou měsících už vnímám širší rozměr problému. Nejde jen o tyto tři kritiky. Problémem jsou odborné posudky publikací. Jak kriticky hodnotit a někoho nenaštvat? Kritické kritiky jsou u nás přece užitečné jako jsou užitečné všude jinde, ale je to s nimi obtížné.

Většinu příznivých odborných posudků knížek píše podle mne lidé, kteří autory dobře znají, nechťejí si to s nimi rozházet, nebo jsou to rovnou jejich kamarádi. Obsah sdělení a vztah k autorovi bývá u nás zkrátka propojené v dobrém i ve zlém. Myslím, že čtenář sotva napíše spontánně pochvalné hodnocení o někom, koho moc nezná. Pokud se mýlím, ráda změním názor.

Jsmo zkrátka malá vesnice. Mám zato, že v Česku není žádná rodinná terapeutka nebo terapeut, o kterých se časem nedozvím. Pokud budu psát kritiku jejich knížky, těžko se dá dnes čekat, že ji někdo z této komunity nebude vnímat také jako vyjádření o našem vztahu. Tedy, když napíšu, že pan kolega N. napsal to a to špatně, bude on i většina odborné veřejnosti rozumět té kritice tak, že mám s panem N. konflikt, nebo si s ním vyřizují nějaký účet.

Zdá se mi, Zbyňku, že chceš jít v Konfrontacích proti tomuto úzu a v tom Ti držím palec. Jiná věc je, jak na to. Jiná věc je, jestli byly Tvoje tři kritiky psychotherapeutických publikací v minulém čísle vyvážené, jestli hodnotily knihy z podobných úhlů. Ale obecně vzato - konfrontovat svá hlediska zkrátka musíme a budeme je muset také konfrontovat s našimi kolegy a kolegyněmi v ostatních zemích Evropské unie.

Zatím připustíme, že kritizovat nějaký výtvor či projev, aniž by druzí vnímali, že jde také o kritiku osoby, je pro nás v Česku nesnadné. Cestu v psychotherapii může nabízet otvírání složitých témat širší diskusi. Nad Tvou kritikou Poněšického knihy mne napadlo, že by bylo užitečně diskutovat o tématu mužů a žen v terapii, aniž bychom je stereotypizovali jako všeobecně odlišné nebo protichůdné. Bude zajímavé, zda je to možné bez pojmu genderu, který je u nás zatím skoro tabuizován?

P.S. Od září 2003 do začátku února 2004 se podle nakladatelství prodalo přes 900 výtisků knížky!

Šárka Gjuríčová, Praha - 8. 2. 2004

Navrhoval bych, aby se věc přenesla ke konstruktivnější komunikaci, navrhuji diskusi nad tématy jako např.: Co s typologiemi v psycho-

terapii? Jak se dá a jak se nedá hovořit o jedinečném? Co se vlastně děje s lidmi v jednotlivých terapiích z jejich pohledu? Je důležité nebo irelevantní, kterým psychotherapeutickým jazykem psychotherapeut hovoří? Atp.

Jiří Růžička, Praha - 18. 1. 2004

Vážený pane doktore, děkuji vřele za Váš příznivý ohlas a zájem, abych byl upřímný vsakuji podporu, jak vyprahlá poušť vláhu, protože s pochopením pro náš výukový systém se zas tak často neseškávám. Vysvětluji si to tak, že nové věci vzbuzují v prvním plánu vždy spíše podezření a je nutné trpělivě počkat až si lidé zvyknou. Děkuji rovněž za nabídku, abych pokračoval v psaní do Konfrontací o systému na PVŠPS, rád toho využiji, protože: jeden z důvodů proč pracuji na PVŠPS je, že nemám rád stojaté vody. Tím co děláte lehkým perem v Konfrontacích - nutíte lidi, aby psali, vedli dialog potažmo hádali se - nutíte psychotherapii aby žila. To považuji za velmi záslužné zvláště proto, že například českou verzi oboru sociologie, kde jsem se při a chvíli po studiích pohyboval, vnímám jako spíše živořící, přeintelektualizovanou lehce astmatickou vědu. S přátelským pozdravem

Jan Jakub Zlámaný, Praha - 30. 1. 2004

Milý Zbyňku, oceňuji Tvou odvahu pustit se v recenzích tak energicky a promyšleně do (oprávněné) kritiky tří nových knížek našich kolegů a přátel (č. 4., 2003), zvláště když já sám se omezuji na recenzování pouze těch již vyšlých českých publikací, k nimž mám výhrady jen nepatrné nebo žádné. Tvoje recenze jsou na české scéně dost neobvyklé, ale věcné a plně odpovídají názvu Tvého časopisu.

Stanislav Kratochvíl, Kroměříž - 30. 1. 2004

Děkuji za zaslání Ostrova rodiny, myslím, že kniha bude dobrá, ostatně jako i další věci od mého jmenovce :-). Zatím jsem ji ale nestačil ani otevřít, připravuji se na státnice. Časopis Konfrontace mě uchvátil hned, jak jsem ho poprvé viděl. Jsem naprosto spokojen.

Z Tereziána zdraví Tomáš Rieger - 12. 2. 2004

DO DIÁŘŮ

Poznamenejte si s předstihem:

- Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti připravuje 10. konferenci psychosomatické medicíny ve dnech 16.-18. září 2004 v Liberci k 15. výročí otevření Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Zájemci najdou podrobné informace na www.sktlib.cz

- Úvodní kroměřížský kurz hypnózy pro lékaře a klinické psychology se koná 20.-24. září 2004. Přihlášky: dr. Stanislav Kra-

tochvíl, Psychiatrická léčebna, 767 40 Kroměříž.

- Český institut pro supervizi (ČIS) ve spolupráci s Českou psychotherapeutickou společností a Pražským psychotherapeutickým institutem připravuje konferenci SUPERVIZE V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH, která se bude konat 26. - 28. listopadu 2004 v Lánských Lázních. Konference bude otevřena supervizorům z resortů zdravotnictví, školství i sociální práce. Bližší informace budou průběžně uveřejňovány na webových stránkách ČISu: www.supervize.org. Za přípravný výbor: Antonín Šimek a Veronika Čermáková

Rozloučení s PhDr. Jiřím Mrkvičkou Na Tři krále 6. ledna 2004 v kapli sv. Kříže v Chrudimi

Antonín Šimek

„Doktor Jiří Mrkvička se narodil roku 1931 ve Slatiňanech na Chrudimsku a zemře, bude-li to jen trochu v jeho silách, tamtéž.“

Tato slova si autor napsal na přebal své první knížky „Člověk v akci“, která vyšla před více než třiceti lety. Nyní, když jsme se tu shromáždili, abychom se s ním rozloučili, je na místě připomenout, že se mu podařilo svou předpověď naplnit.

Někteří lidé potřebují procestovat jako turista celý svět, aby měli pocit naplněného života. Jiří Mrkvička nebyl turistou, ale patřil k těm, kteří se stávají z vlastního rozhodnutí poutníky. Přijal především vnitřní rozměr putování, nebyl povrchním cestovatelem, který dává přednost vnějším aspektům cesty. Investoval do cesty především sebe a dokázal si vážit cesty samy o sobě. Odmítal dobové pojetí cesty životem jako honbu za zážitky, profesní či společenskou slávou a kariérou, jeho doba strávená na cestě pro něho nebyla ztraceným časem. Objevoval hodnotu druhých lidí, se kterými se setkával ve skutečných vztazích.

Není náhoda, že jsou to slova jeho oblíbeného básníka Antonína Sovy o poutníkovi, jenž přišel do kraje ..., kterými končí jeho Knížka o radosti a která ho doprovázejí i na smutečném oznámení.

Rodina mne poprosila o několik slov, která by připomněla jeho život a práci. Dostal jsem dar se s ním po více než třicet roků téměř denně setkávat. Ano, setkávat, to je něco jiného než pouhé setkávání. Pracovali jsme pospolu

s pacienty a kolegy na psychiatrickém oddělení pardubické nemocnice od roku 1972 až do jeho odchodu do důchodu. A v posledních letech jsme se ještě více přiblížili také díky společným zdravotním problémům.

Nedávno jsme se procházeli zámeckým parkem v jeho rodných Slatiňanech. Cestou poblíž skautské klubovny. Vyprávěl o svém dětství a jinošství, o každém stromu, ke kterému ho vázaly vzpomínky, o přátelstvích, myšlenkách a hodnotách, které ho formovaly. O větších stromů, ve kterých snil své klukovské sny. Z jeho slov bylo cítit, jak je o svůj kraj a lidi v něm opřený, jak jeho prostřednictvím rozumí svým kořenům.

Jiří Mrkvička pocházel z učitelské rodiny a po absolvování chrudimského gymnázia strávil léta 1950 - 1955 v Praze, kde studoval psychologii a filozofii na Filozofické fakultě Karlovy Univerzity. Sám se považoval především za žáka psychologa Josefa Stavěla a filozofa Jana Blahoslava Kozáka.

Celý další život strávil ve východních Čechách. Od roku 1955 až do svého odchodu na odpočinek v roce 1991 dojížděl do pardubické nemocnice, kde na psychiatrickém oddělení pracoval jako klinický psycholog. Věnoval se po léta především svým dětským pacientům a jejich rodinám, které se k němu s vděčností a důvěrou někdy i v dalších generacích navracely. Ještě v důchodu pokračoval ve své práci v pardubické dětské psychiatrické ambulanci.

Loni na ta léta v pardubickém týmu dětské psychiatrie vzpomněl jeho dlouholetý spolupracovník a přítel primář Vladislav Rule. Při setkání k 50 letům existence psychiatrického oddělení v Pardubicích popsal neformální, tvořivou atmosféru v jeho blízkosti, naplněnou prací, vzájemným zájmem, a nezbytným humorem. Připomněl, jak po dopolední práci s pacienty se doktor Mrkvička se železnou pravidelností ve své ordinaci zašil, pilně studoval, meditoval a psal výpisky. V době, kdy pracoval na nějaké publikaci, dodržoval svou povinnou jednu stránku rukopisu denně.

Jeho pardubickou pracovním procházeli studenti, kolegové, jezdili za ním redaktori jeho

knih. Ještě před dvěma měsíci mi po své přednášce na pardubické radnici připomněl profesor Matějček, jak se jeho generace dětských psychologů od Jiřího Mrkvičky učila a čerpala z jeho myšlenek a názorů. Jak si vážila v politicky těžkých dobách jeho nesmlouvavého uvažování o hodnotách a smyslu odborné práce i občanských postojů.

Měl dar slova, uměl s ním rozvážně zacházet v rozhovorech s pacienty i kolegy, ve svých přednáškách, pronášených na seminářích a konferencích, v rozhlasu i televizi. Dokázal mu dát poetickou podobu ve svých knihách, které, ač odborné, nacházely odezvu v široké veřejnosti. Měl dar laskavě učit druhé, ne poučovat, ale učit. Mne také nikdy nevedl za ručičku, nevytýkal chyby, ale dokázal otevřít pohled, který byl k řešení problému potřebný. Někdy mi to, pravda, docházelo až po letech.

Snad se najde někdo, kdo shromáždí jeho přednášky a články roztroušené po časopisech a sbornících. Snad se najde nakladatel, který by zprostředkoval širší veřejnosti jeho texty, které kolují mezi kolegy v kopiích rukopisu. Mám teď na mysli zejména jeho práce z posledního desetiletí, které věnoval úvahám o filozofii vědy v souvislosti s psychologií, psychoterapií a pedagogikou. Přál bych si číst jeho přednášky o psychologii náboženství, které připravil pro studenty religionistiky na Pardubické Univerzitě v době před začátkem svého onemocnění. Jeho konkrétní práce v oboru přinesla ovoce také přímo u nás v našem regionu. Po desítky let měl otcovsky neformálně na starosti rozvoj klinické psychologie, pokládal k němu základy. Generačně mladší východočeští kolegové se mu loni pokusili vyjádřit poděkování následujícími slovy: „...od Vás jsme se učili účtět ke svým pacientům, od Vás jsme se učili hledat společnou řeč s kolegy psychiatry a jinými lékaři, kolegy v poradnách, od Vás jsme se učili uvažovat ještě jinak než ve vyššepaných kolejších doba.“

Zanechává nám tu po svém pozemském putování mnohé: Především pro rodinu, manželku, syny i vnoučata, kterým věnoval hodně ze svého bohatství laskavosti a starostlivosti,

a která s ním věrně nesla časy dobré i horší až do posledních chvil.

Pro přátele, kolegy a blízké zůstanou především živé vzpomínky na osobní setkávání. Mnohým bude dlouho doznívat barva a tón jeho rozvážného, hlubokého, sytého hlasu, kterým doprovázel laskavý pohled z výšky své mohutné důstojné postavy s vysokým čelem. (Ne nadarmo nechával ode mne pozdravovat hronovské ochoťníky, se kterými ve svých mladších letech divadlo hrával.) Starší pamětníci si možná připomenou jeho populární Večery pod lampou, ve kterých spolu se svými kolegy hovořil s mladými lidmi na pardubické Dukle. Postrádat ho budou řádové sestry ve Slatiňanech a v Mendrice, kolegové z pardubické Poradny pro rodinu a partnerské vztahy. Tam a na mnoha jiných místech zanechal svou stopu. Při dnešní příležitosti se některým z nás vybaví jeho vlídný hlas a slova, kterými dokázal citlivě doprovodit na cestě k druhému břehu řadu našich kolegů.

A pak jsou tu jeho knihy, které se dnes neohřejí v regálech antikvariátů, protože bohužel, zatím znovu nevyšly.

„Člověk v akci“ - o motivaci lidského jednání (z roku 71), „Rozhovory s Tebou“ vydané o tři roky později, Psychologie soužití z roku 76 (součást sborníku „Škola pro snoubence a novomanžele“).

A především v roce 84 vydaná „Knížka o radosti“. Myšlenky z ní citují učitelé filozofie, psychologie, teologie i sociologie a sociální práce svým studentům. Možná, že nám v regionální zahleděnosti uniklo, že před pěti lety vydala Karlova Univerzita ke svému 650. výročí v angličtině reprezentativní publikaci nazvanou „Psychologické myšlení a společnost“. Zahrnuje připomenutí prací dvaceti myslitelů spojených s Karlovou univerzitou. Od Tomáše Štítného a Jana Husa, přes J. E. Purkyně, T. G. Masaryka, E. Beneše, až po psychology Josefa Stavěla, Vladimíra Tardého, Zdeňka Matějčka a Jiřího Mrkvičku. Kniha končí úryvkem právě z jeho Knížky o radosti, která je věnována rozpravám o růstu a tvorbě osobnosti.

Měl jsem s ním příležitost vzácně hovořit o tom, o co opíral svou důvěru v podstatně

dobro v každém člověku, z čeho čerpal své přesvědčení o léčivé síle naděje a radosti. Vracel se k tradici křesťanských hodnot - ne abstraktních hodnot a nenaplněných slov, ale jak říkal, hodnot přilepených k lidskému jednání. Ornou půdu nacházel především v počátcích křesťanství, v textech svatého Pavla a žité zbožnosti a lásky v chudobě svatého Františka. Ale svůj hovor o moudrosti cesty končil vždycky podobně, jako ve své Knížce o radosti. „I ta nehlubší životní pravda může znít velice otřepele, velice banálně, je-li slabikována.“

Navracel se potom k řeči básníka, k jeho slovům o cestě poutníka, která končí verši:

„...
A v posléz bylo vše, nač vzpomínal:
několik srdcí našel a své dal.“

Milý Jiří, vážený pane doktore - díky.

Publikace Jiřího Mrkvičky

Člověk v akci: Motivace lidského jednání, 1971

Rozhovory s Tebou, 1974
Psychologie soužití, 1976 (ve „Škole pro snoubence a novomanžele“)

Knížka o radosti - Rozpravy o růstu a tvorbě osobnosti (1984)

Z ní citováno v reprezentativním sborníku: Psychologické myšlení a společnost, Karlova univerzita 1348-1998 (výročí 650 let), 20 osobností, které jsou v přímém vztahu ke Karlově univerzitě. - Od Tomáše Štítného, Jana Husa, přes J. E. Purkyně, T. G. Masaryka až po současníky Langmayera, Matějčka a - Mrkvičku.

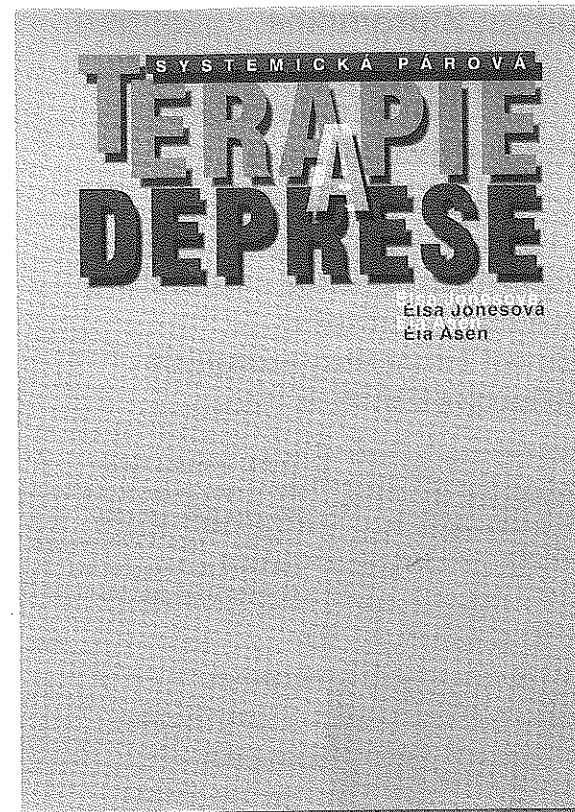
Základy psychoterapie a hermeneutika.

Porozumět a pomoci. Úvod do psychagogiky (lavizováno na r. 1993 - nakl. Mach)

Od relaxace ke kontemplaci. (1991 - přednáška na pt semináři VčIP)

Psychopatologické předpoklady resocializace schizofreniků (90. léta - dosud nepublikováno)

Psychologie náboženství - přednášky pro katedru religionistiky Pardubické univerzity (2000) - nepublikováno



Elsa Jonesová, Eia Asen: SYSTEMICKÁ PÁROVÁ THERAPIE A DEPRESE

Hledání argumentů, zda psychoterapie působí a zda uzdravuje - v porovnání s léky, je velkým tématem dnešních diskusí. Jedna z mála příruček, které přináší výzkumem podloženou odpověď: Ano, psychoterapie lidem (s depresí) pomáhá.

Dvojice renomovaných psychoterapeutů se zúčastnila výzkumu, který se zabýval účinností systemické terapie v porovnání s farmakoterapií u depresivních pacientů. Velmi pečlivě provedený výzkum potvrdil účinnost psychoterapeutických sezení s páry. Kniha obsahuje jak popis výzkumu, tak řadu kasuistik i konfrontaci pohledů obou autorů. Může sloužit jako učební (inspirativní) text pro párovou psychoterapii, přehledně a stručně provede čtenáře systemickým přístupem. Předmluvu napsal známý Gianfranco Cecchin,

úvod Julian Leff. Vynikající prezentace systemické práce s páry - jak teoreticky, tak zejména na kasuistikách. **Předpokládaná cena do 250 Kč. Vyjde v dubnu 2004.**

Zdeněk Rieger:

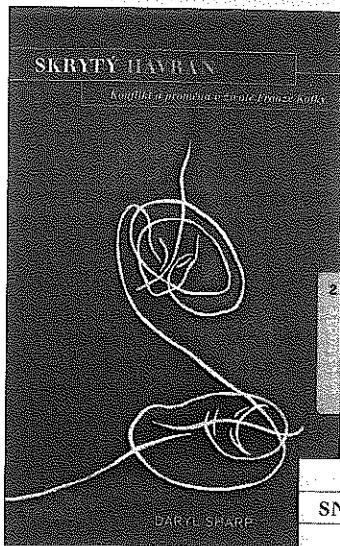
NÁVRAT K RODINĚ

(SEN PRO LÉČEBNÝ, ÚSTAVY A VĚZENÍ)

Autorovo využití techniky a konceptu „ostrov rodiny“ ve speciálních případech. V knize najdeme opět příběhy a také metody, jak

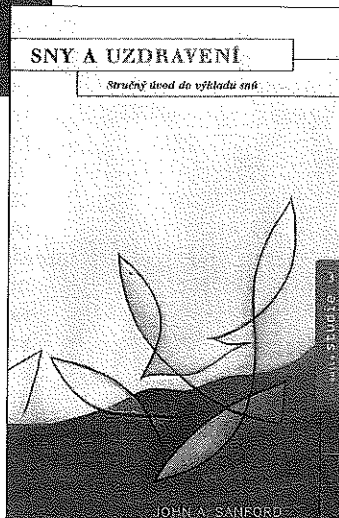
za zvláštních okolností pracovat s lidmi odločenými od svých blízkých. Praktická příručka, která si - z psychoterapeutických a sociálně poradenských hledisek - všimá těžkostí odločených jedinců. **Předpokládaná cena do 240 Kč. Vyjde ve 4. čtvrtletí 2004.**

Objednávky: Z. Vybíral, nakladatelství Konfrontace, Tomkova 139, 500 03 Hradec Králové. Knihy lze objednat také e-mailem: zbynek.vybiral@tiscali.cz. Všem, kdo si nové knihy objednají přímo u nakladatele a budou je chtít zaslat na soukromou adresu, garantujeme zaslání za cenu o 10 % nižší. Navíc poštovné i balné hradíme my. Objednávky pro instituce vyřizujeme v ceně knihkupecké (neúčtujeme však poštovné ani balné). Knihy vydáváme v nízkém nákladu, proto - v případě zájmu - s objednávkou neváhejte!

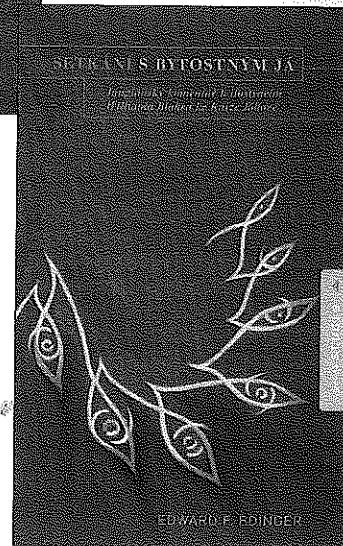


Život, práce, láska, Kafkova sexualita a ženskost a mnohé jiné... z pohledu analytického terapeuta. Zajímavý doplněk k Brodovi a Wagenbachovi, třebaže jen skica.

**Z produkce
Nakladatelství
Tomáše Janečka
(Sv. Čecha 97,
612 00 Brno)**



Druhé, opravené vydání
Sanfordovy pozoruhodné knížky.
(Původně vyšlo jako „Sny
a léčení“ v roce 1993.) Mnohé
pasáže o zacházení se sny
v psychoterapii lze doporučit!



Bible a Jung. Přesněji Kniha Jób
a Jung. A ještě přesněji: rytiny
William Blakea ke Knize
Jóbové glosami opoznámkoval
jungiansky teoretik.

Institut rodinné terapie Praha

otevřít na podzim r. 2004

opět úvodní cyklus komplexního vzdělání v systemické a rodinné terapii. Rozvíjíme tradici vzdělání MUDr. Petra Boše a MUDr. Jana Špitze, program vzdělání nabízíme již dvanáct let, v každém běhu s novými nápady.

Komplexní vzdělání má teoretickou a praktickou část, osobní zkušenost a specifický supervizní výcvik.

Základní trenérský a lektorský tým:

PhDr. Šárka Gjuríčová, Mgr. Jiří Kubička, MUDr. Lea Brodová
spolupracují známí a zkušení trenéři a lektori
(v roce 2003/04 PhDr. Rieger, PhDr. Vyhnálková, Dr. Chytrý,
Dr. Loumová a Dr. Křepelová).

Jsmo tým s dlouhou praxí v systemické terapii,
máme mnoho zkušeností s rodinami s dětmi a adolescenty,
ale pracujeme i s dospělými, jednotlivci a páry.
Máme bohatou publikační činnost, frekventantům nabízíme
od roku 2003 vlastní učebnici.

Náš program získal opakovaně akreditaci
jako komplexní vzdělání v systemické a rodinné terapii,
které akceptuje IPVZ, žádost o další prodloužení je podána.
Příhlášky do 15. dubna 2004. Další informace včetně textu
příhlášky najdou zájemci na našich internetových stránkách
www.rodinnaterapie.cz, můžete je vyžádat také
na e-mailové adrese gjuric@mbox.vol.cz
anebo na poštovní adrese:

PhDr. Šárka Gjuríčová
FN Motol, centrum rodinné terapie DPK
V úvalu 84, 158 00 Praha 5