

I. D. Yalom

Láska a její kat

Deset povídek, které odhalují touhy a motivace lidské duše a zároveň nechávají nahlédnout tajemství, frustrace, patos i humor objevující se v terapeutickém vztahu.
váz., 304 s., 339 Kč

J. Mackewn

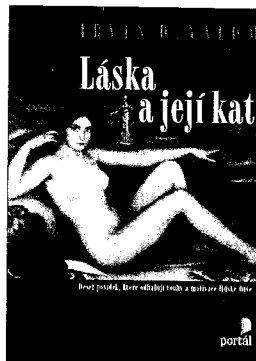
Gestalt psychotherapie

Přehled zásadních oblastí důležitých pro terapeutickou práci z pohledu tohoto psychoterapeutického směru.
brož., 264 s., 365 Kč

H. Dieckmann

Sny jako řeč duše

Klasik na poli hlubinné psychologie předkládá hlubinně-psychologický výklad snů, který je přístupný odborníkům i čtenářům usilujícím o vlastní sebepoznání.
brož., 240 s., 295 Kč



A. L. Seifert, T. Seifert, P. Schmidt
Aktivní imaginace

Jak aktivovat duševní síly a jak pomocí technik imaginace dospět k většímu porozumění vlastnímu životu.
brož., 216 s., 275 Kč

F. Riemann

Astrologie

Využití astrologické symboliky pro sebepoznání, její možnosti a hranice.
brož., 224 s., 297 Kč

P. Hawkins, R. Shohet

Supervize v pomáhajících profesích

Příručka supervize ukazuje, k čemu supervize slouží, co od ní může očekávat ten, kdo je supervidován, a jak se stát dobrým supervizorem. Kniha může zároveň sloužit jako příručka pro výcvikový kurs supervizorů.
brož., 216 s., 359 Kč

V. Tschuschke

Psychoonkologie

Psychoonkologie je nový interdisciplinární obor, který je z odborného pohledu průsečíkem onkologie, imunologie, endokrinologie, psychologie a sociologie. Zabývá se lidmi, kteří jsou postiženi rakovinou. Netýká se ovšem jen pacientů, ale také jejich rodinných příslušníků a zároveň lékařů a sester na onkologických klinikách.
váz., 224 s., 375 Kč

M. Hrdlička, V. Komárek (eds.)

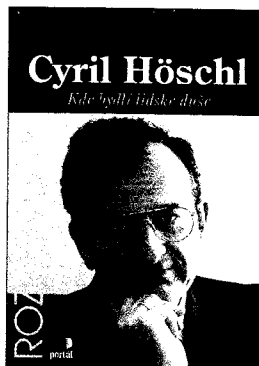
Dětský autismus

Nové zahraniční i domácí poznatky o dětském autismu a spektru příbuzných poruch, organizace návazné psychosociální péče o děti s těmito poruchami a o jejich rodiny.
brož., 208 s., 239 Kč

J. Janíček

Cyrl Höschl

Kniha rozhovorů seznamuje nejen s životním příběhem C. Höschla, ale především s jeho pohledem na témata související se zdravím a nemocí lidské duše.
brož., 176 s., 209 Kč



časopis pro psychoterapii konfrontace

15. ročník /2004/, číslo 4 /58/

Tento Editorial píšou před blížícím se sym-
póziem o supervizi a vyjde až poté, co bude
sympóziem minulostí. Nicméně k tématům spo-
jeným se supervizí se vrátíme hned v prvním
čísle ročníku 2005. Jakýkoliv tip a nápad,
co byste v časopise chtěli najít, napište na no-
vou adresu redakce: Zbyněk Vybíral, Katedra

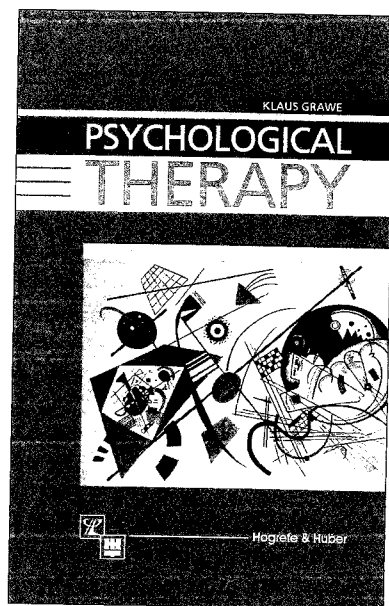
psychologie FSS MU, Gorkého 7, 602 00 Brno
anebo zašlete mailem: vybiral@fss.muni.cz

Příjemné vykročení a neméně příjemnou
a podnětnou cestu v roce 2005 vám přeje re-
dakce i redakční rada.

V Brně 4. listopadu, v Praze 11. listopadu 2004



Někdy je hrozné žít. Je hrozné být sám. Je hrozné být
nadáným. Je hrozné mít hrozného otce. Život je hrozný
společník. Nejsou právě toto hrozný života: samota, ji-
nakost a znovu samota? Seschlé a vyštavené, nadmuté,
zkažené, opíjející k zbláznění... Václav Ryčl se zbláznil.
A 31. 12. 1994 spáchal sebevraždu. Napsal krásné
básně, prózy, dokumenty o šílenství. Neměli byste kolem
jeho knihy jen tak projít. Byli byste hrozní. Hrozní spo-
lečníci jednoho zapeklitého života.



Švýcar Klaus Grawe (1943) je profesorem klinické psy-
chologie a vedoucím Psychoterapeutického centra (Psy-
chotherapeutische Praxisstelle) Bernské university. Jeho
knihy byly dosud známy především v německy mluvící
části Evropy. Nynější anglické vydání 600stránkové dů-
kladné práce o psychoterapii (Psychological Therapy,
Hogrefe&Huber 2004; původní vydání Psychologische
Therapie z roku 1998) má šanci ovlivnit tisíce dalších
psychoterapeutů. Graweho výzkumy a závěry patřily
k hojně citovaným např. na třech světových psychotera-
peutických kongresech pořádaných Evropskou asociací
pro psychoterapii ve Vídni (1996, 1999, 2002).

ZRnění (Zdeňka Riegra)

Zrnění číslo 35 • Zrnění číslo 35 • Zrnění číslo 35

Tři hezké příběhy k Vánocům 15. ročníku Konfrontací...

Příběh první: O zázraku hrkání

Bylo to v dobách, kdy jsem ještě - jak říkávala jedna kolegyně - hrkal. Co to znamená - hrkat? Znamená to, že jsem často používal HRK - Hypnorelaxační kúru (zpráva o ní je publikována v ilustrovaném sborníku ANDRAGOS, který ke svému 10. výročí vydalo Středisko pro manželství a rodinu v Mělníku). HRK nabízí člověku v hypnotickém stavu příběh, který začíná na břehu jezera a pokračuje pak plavbou na loďce přes ono jezero - postupně stále dál a dál a dál až na druhý břeh a do domu, který na druhém břehu stojí.

Ta cesta je provázena mnoha příležitostmi, nabízejícími témata a inspirace k ohledávání při navazujícím rozhovoru s terapeutem...

Jeden z plavců přes toto jezero získal v průběhu své cesty zkušenost, kterou označil za zázračnou. Když se blížil ke břehu na druhé straně jezera (to měl za sebou již 7 kúr - tedy: plaveb po jezeře) uviděl na dně pod hladinou (nebylo tam již hluboko) svítící baterku. Napadlo ho sice, že by si ji mohl vzít (stačilo ponořit ruku jen po rameno a dosáhl by na ni) - ale byl tak zaujat domem na břehu, že se na milou baterku „vykašlal“. Když potom vystoupil z loďky a nedočkavě vstoupil do domu a chtěl sestoupit po schodišti dolů, až do jeho lůna, přepadla jej na schodišti strašlivá tma - a on si v tu chvíli uvědomil, že kdyby si vzal onu svítící baterku, viděl by na cestu a viděl by, co by vidět potřeboval a chtěl - a možná dokonce vidět měl. Že by viděl a mohl pokračovat až tam - až tam dolů do lůna do-mu doj-mů ... Při povídání o svém zážitku mu prý proběhl mráz po zádech. Uvědomil si, že takhle jedná pokaždé, když jde o něco významného. A že je to jeden ze zdrojů jeho problémů: nevšímá si baterek,

kteří mu nabízí svět - nezastaví se a celou bytostí nezdrženlivě vráží do tmy. Nenaslouchá světlům, neptá se jich - ale argumentuje, aniž by se jen na chvilinku zastavil. Vidí jen ztřípek, aniž by viděl, kde je teď tady dnes...

Ode dne tohoto poznání se podle něho stal onen zázrak. Přišel domů a napsal si na dveře výzvu: „Baterka!“. A pak pokaždé, když odcházel, se na chvilku před tím nápisem zastavil a zauvažoval, co kde zapomněl. Třeba: co měl ještě říci své rodině. „Rozsvítilo se mi,“ říká.

A má méně problémů a méně konfliktů, než dosud měl. Má baterku.

Příběh druhý: O utopickém ekzému...

Byla žila jedna mladá žena Alena. Když byla malou holčičkou, trápil ji ekzém - atopický ekzém. Měla jím posetou podstatnou část těla a celé dětství se léčila různými léky a mastičkami a koupelemi a škrábanci. Nutno dodat, že tohle léčení bylo tím jediným, co bylo v jejím dětství jasně srozumitelné - stejně jako to, že existuje zdravotnické středisko, že ji do něho povede babička, že bude čekat v čekárně a že pak v ordinaci pan doktor na ni jukne (tak tomu říkal) a napíše jí nějakou mast či vodu či lék či lázeň a na rozloučenou ji laskavě pleskne po zadečku. Tohle bylo jednoznačné a jasně vymezené, dodržovali to i rodiče. Vše ostatní však bylo zcela temné a neprůhledné až zmatené. Jejím rodiče totiž byli v ostatním soužití tak rozprostranění po celém širém světě, že Alenka nikdy pořádně nevěděla, kde kdo z nich vlastně je a kde je kdo kým tím, s nímž se zrovna v tuhle chvíli svojí kůží dotýká a kdy je její pokožka s rodiči nekonečně vzdálena a kdy a kde a jak jimi naopak prolíná - protože oni prolínají jí... Nikdy nevěděla - a byla celá zrohovatělá onou nejistotou. Jejím kůží nevěděla, co bude za chvíli a vypínala se do nekonečných cestiček, které prolínaly i hebkou kůží hranice světa... Ostatně také její a jejich Ostrov rodiny byl neohraničen - jeho vchody a východy na hranicích byly zmatené. Doma chyběly i fotografie a panenka: vše totiž bylo přizpůsobené návštěvám, aby si mohly bez překážek a podle svého vytvořit prostředí, kde se budou cítit „jako doma“ - a to bez ohledu

Skupinová psychoterapie a hraniční porucha osobnosti

Psychodynamický přístup

Maria Campo-Redondo
a Jesus Andrade

Abstrakt: Jak hraniční porucha osobnosti (BPD), tak problematika skupinové terapie jsou dnes podrobně prozkoumány a z obou oblastí máme k dispozici množství empirických údajů. Avšak dosud se nikdo z odborníků nezabýval výzkumem oblasti, která vznikne propojením těchto dvou sfér. V naší práci jsme se pokusili obě oblasti propojit. Nejprve jsme se podívali na hraniční poruchu osobnosti v historickém a epidemiologickém kontextu, poté jsme tuto poruchu popsali, načež jsme se zabývali skupinovou terapií pacientů s BPD, s důrazem na roli psychoterapeuta, koterapeutický model a potřebu začlenit do skupiny osoby bez diagnózy hraniční osobnosti. Dále nabízíme ilustraci na příkladu a své závěry.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, hraniční syndrom, koterapeutický model, skupinová terapie, uspořádání skupiny

Úvod

Problematikou hraniční poruchy osobnosti (BPD) se podrobně zabývalo mnoho odborníků na duševní zdraví a jejich poznatky byly zveřejněny v odborných časopisech. Využilo se různých postupů a teoretických poznatků, aby tato komplexní porucha byla pochopena a mohla být léčena. Největším přínosem v dané oblasti však byl pravděpodobně psychoanalytický rámec.

Freudovy myšlenky našly uplatnění v mnoha oblastech a celá řada psychoterapií byla založena na psychoanalytickém paradigmatu

z roku 1900. V tomto roce Freud publikoval svou práci *Výklad snů*, která se stala základem psychoanalýzy. Psychoanalytický přístup byl využit v různých prostředích, u rozličných skupin obyvatel. Dyadický vzor (terapeut sedící za pacientem, který leží na pohovce) v některých případech zůstává stále platný, v jiných již však byla původní technika modifikována. Jednou z významných derivací bylo uplatnění psychoanalytických názorů při zkoumání skupin. Dynamikou skupin se zabývali významní autoři jako Bion, Foulkes, Yalom a další. Na základě jejich poznatků bylo možno praktické psychoanalytické principy aplikovat u různých skupin obyvatel a v netradičních prostředích. Psychoanalytické postupy byly adaptovány tak, aby umožnily terapii i u osob bez neurotických potíží. Využily metody skupinové terapie a umožnily shromáždit podrobné empirické údaje. Zmíněná adaptace pokračovala, alespoň v naší západní kultuře, s tím, jak narůstal výskyt hraniční poruchy osobnosti. Zdá se, že tradiční neurotická populace, kterou Freud zkoumal a využil jako klinický materiál pro svůj vědecký výzkum, na jehož základě vytvořil koncepci psychoanalýzy, se změnila. Mnoho současných autorů věří, že žijeme v tzv. „hraniční“ době.

Sblížením obou oblastí našeho výzkumu - tedy BPD z jedné strany a skupinové terapie z druhé - jsme vytvořili pojmy, o kterých zde budeme diskutovat a které budeme hodnotit.

Historický pohled na pojetí hraniční osobnosti

Jak již bylo řečeno, každá epocha je něčím charakteristická a tato charakteristika se promítá i do tělesných a duševních poruch daného obyvatelstva. Kupříkladu tuberkulóza a lepra byly v předminulém století onemocněními s nejvyšším stupněm úmrtnosti. V oblasti psychického zdraví, za Freudova života, byly nejčastějšími duševními poruchami hysterie a ztráta vědomí. Medicína a psychologie se vrhly na studium těchto nemocí. Na konci dvacátého století pozorujeme změnu. Nejběžnějšími tělesnými neduhy jsou rakovina a onemocnění srdce a výskyt poruch osobnosti signifikantně

narostl. Mezi poruchami osobnosti je nárůst BPD považován za závažný jev, a to jak psychiatrickou, tak i širokou veřejností. (DSM IV)

Tento vývoj můžeme sledovat v kontextu změn ve společnosti. Lowen (1985) tvrdí, že určité jevy, charakteristické pro naši kulturu a epochu, mohly podnítit nárůst „hraniční“ oblasti bytí. Ve Freudově době hysterický neurotik reprezentoval represivní evropskou kulturu počátku dvacátého století. Rozštěpený smysl vlastní identity a problémy s udržením trvalých vztahů, charakteristické pro poruchy hraniční osobnosti, mohou být vnímány v souvislosti s rozštěpením dříve stabilních jednotek v současné společnosti. V tomto smyslu se věří, že povrchnost vztahů a rychlé změny, které jsou v naší společnosti běžné, se v této poruše promítají. Kupříkladu, mnoho současných žen na sebe bere nejen roli matky, ale i pracující ženy. Spojit úspěšně obě tyto role není v naší konzumní společnosti lehké, protože nechápe podstatu zrovnoprávnění a zneužívá ji, což může být faktorem, který přispívá k nárůstu BPD. Kreisman a Straus (1989) mají za to, že BPD se dotýká některých současných nejpalčivějších sociálních problémů jako jsou zneužívání dětí, nedostatečná péče, destrukce nukleární rodiny, rozvody a migrace obyvatel.

I když je těžké určit procento BPD vzhledem k ostatním diagnózám, odborníci z oblasti duševního zdraví se obecně shodují na tom, že počet BPD roste. Odhaduje se, že jejich počet se v Severní Americe pohybuje kolem 10 milionů (DSM IV) a připouští se, že v dalších zemích, jako například ve Venezuele, tento patologický jev narůstá (Aray 1993). Kromě toho ze skupiny osob, které vyhledaly pomoc psychiatrů, je u 15 až 25 % diagnostikováno BPD (Kreisman and Straus 1989). Diagnózy však nepostihují celou šíři problému, protože 90 % pacientů s tímto syndromem má rovněž jinou psychiatrickou diagnózu (Kreisman and Straus 1989). Navíc dalším důležitým faktorem v epidemiologii BPD je vazba na drogovou a alkoholickou závislost, protože 50 % osob, které tyto látky zneužívají, splňují kritéria BPD (Stone 1987, citovaný u Kreismana a Strause 1989).

Pojem BPD vznikl ve třicátých letech dvacátého století, kdy odborníci z různých oblastí duševního zdraví začali identifikovat pacienty, kteří nemohli být označeni za neuroticky nebo psychoticky. Tito pacienti vykazovali znaky dobré „sociální“ adaptace, nicméně při hlubším zkoumání odhalovali skryté „primitivní“ či „schizoidní“ obranné mechanismy.

Podle Powelse (1990) to byl pravděpodobně Stern, kdo v roce 1938 poprvé užil termínu „hraniční“, ovšem tento pojem nebyl až do sedmdesátých let přesně vymezen. V osmdesátých letech bylo BPD zařazeno do třetího vydání *Diagnostické a statistické příručky (DSM III)*, kterou vydává Americká psychiatrická asociace a znovu definováno v opraveném vydání DSM III. Ve čtvrtém vydání DSM byly znaky ještě dále upřesněny, aby měl pojem jasnější platnost. Přestože však je koncept hraniční osobnosti relativně novým pojmem, podstata BPD umožnila nový pohled na patologické jevy, které byly dříve prokazatelně neobjasněné.

Definice pojmu hraniční poruchy osobnosti

Obecně se připouští, že BPD je jednou z nejvíce frustrujících psychických poruch, nejen co do diagnózy, ale i co do kvality života a léčby. Navíc neexistuje absolutní shoda nad charakteristickými rysy poruchy ani v chápání samotného pojmu. Podle Kreismana a Strause (1989) i Powelse (1990) se v rozporuplnosti a protichůdnosti pokusů různých autorů jasně vymezit ustálenou charakteristiku poruchy odráží i podstata poruchy samé: tedy neslučitelnost, rozporuplnost a nesourodost. Zdá se, že porucha koexistuje a hraničí s mnoha jinými diagnózami, jako jsou hysterie, mnohočetná porucha osobnosti, sociopatie, závislost na alkoholu, drogová závislost, anorexie, různé fobie, obsedantně kompulzivní porucha, sebevražedné tendence a pokusy adolescentů. Mnohé z charakteristik syndromu BPD se projevují u adolescentů ve spojení se závažnějšími vývojovými problémy a tato porucha se především diagnostikuje právě v této věkové skupině (Kreisman a Straus 1989).

Snad nejdůležitější charakteristikou hraniční osobnosti je rozštěpenost smyslu vlastní identity, neschopnost udržet trvalé vztahy, vnímání světa a lidí okolo černobílým, zidealizovaným či degradujícím pohledem - tzn. v intencích absolutního dobra či zla. Podle Kreismana a Strause (1989) žijí hraniční pacienti po většinu svého života s těmito pocity: s pocitem osamělosti, strachu z opuštěnosti, s impulzivní sebeobstrukcí, bouřlivými vztahy a neschopností navázat důvěrný vztah. Když tyto pacienti popisují sami sebe, uvádějí naprosto protichůdné identifikace, což kontrastuje s neurotickými pacienty, u nichž je mnohem jasnější vnímání toho, kdo jsou a co chtějí.

Masterson (1976) se soustředil na popis nedostatků ve dvou oblastech: v práci a v lásce. Uvádí, že schopnost milovat u hraničních osobností ochromuje snaha bránit se intimitě neustálým lpěním a/nebo odtažováním se. Navíc pracovní výkon ochromuje potřeba vyhnout se individualizaci.

Stejně jako tyto aspekty, jsou mezi hraničními jedinci běžné i sebeobstrukční tendence či suicidální pokusy. Doložená úmrtí a dokonané sebevraždy jsou evidovány u 8 až 10 procent, s počtem vyšším ve skupině hraničních adolescentů. Pokus o sebevraždu je často spáchan ne se záměrem ukončit život, ale jako pokus o procitění čehosi a paradoxně potvrzení samotné podstaty života (Kreisman a Straus 1989).

U Powelse (1990) najdeme některé z vodítek, které jsou pro hledání důležité právě v tom okamžiku, kdy lékař nebo klinický psycholog začnou skutečně přemýšlet o hraniční diagnóze. Tyto postupy berou v potaz nejen klinickou diagnózu, ale rovněž i spektrum dynamiky, genetiky, přenosu a protipřenosu, vztahu mezi terapeutem a pacientem. Pacient buď v terapeutovi nepřijímá pocity. Svou historii popisuje značně nesouvisle a jeho popis skutečnosti je často strašnější, než může naznačit klinická diagnóza. Pacientovo očekávání přesahuje terapeutovy možnosti. Rozhovor vyvolává šok a rozčarování. Zdá se, že pacient má vytvořeny společenské návyky i společenskou fasádu s relativně normální funkcí, ve vztah

hu k ostatním je však narušena. Powles věří, že hraniční osobnosti žijí v neustálém strachu z neúspěchu, jako provazochodec, který žije s neustálým pocitem strachu ze ztráty rovnováhy.

Mohli bychom říci, hraniční jedinci žijí v emocionálně izolovaném světě. Abstraktní pojetí celistvosti osobnosti i celé situace není možný. Svět je vnímán jako bipolární spíše než mnohačetný (jak jej vnímají pacienti s neurózou). Z tohoto důvodu jediným způsobem jak porozumět pacientům s BPD, je proniknout skrz jejich fasádu, pochopit jejich fantazie a vztahy, pochopit jejich vlastní dichotomii. Stručně řečeno klíčem k pochopení hraničních pacientů je pochopení toho, kým jsou v našich představách a jak nás vnímají ve své mysli oni.

Hraniční pacient ve skupinové terapii

O léčbě BPD v rámci psychoanalýzy bylo napsáno několik článků. Neexistuje však absolutní shoda co do léčby v uspořádání skupiny, přestože právě tyto pacienti tvoří největší počet nepsychotických osob, které skupinovou terapii vyhledávají (Roth, 1990). Zhruba řečeno, v posledních deseti letech odborníci dospěli ke dvěma závěrům. Podle prvního z nich pacienti s BPD nemohou být léčeni v homogenní psychotherapeutické skupině - tzn. skupině složené výhradně z pacientů s diagnózou BPD. Podle druhého závěru v léčbě lépe funguje koterapeutický model.

BPD ve skupinové psychotherapii: výhody

Kreismanův a Strausův (1989) postup léčby BPD prostřednictvím skupinové terapie se zdá smysluplným. Skupina umožňuje hraničním jedincům ztlumit intenzitu pocitů. Ty se jinak v osobním vztahu generují prostřednictvím emocí, které v nás vyvolávají ostatní. Navíc může hraniční pacient snáze kontrolovat svůj vnitřní zápas s emocionální uzavřeností a odstupem od skupiny. Konfrontace od ostatních členů skupiny mohou být přijaty lépe než ty, které by přišly od zidealizovaného či zavrhaného psychotherapeuta. Navíc „náročnost“ pacienta, jeho egocentrismus, izolující odtaži-

lost a sociální deviace, tak charakteristické pro osoby s BPD, mohou být mnohem efektivněji rozebrány ostatními členy skupiny.

Na druhé straně mohou být ve skupině snadněji přijímány projevy naděje, soucitu a altruismu od ostatních členů skupiny i od skupiny jako celku. Pokroky členů skupiny mohou být vzorem hodným následování. Dosáhne-li člen skupiny vytyčeného cíle, on nebo ona může inspirovat ostatní, kteří tento pozitivní vývoj sledovali, a tak i oni si zprostředkovane vychutnají jejich úspěch. Skupina je živou, dýchající, experimentální laboratoř, ve které hraniční pacient může prožít různé vzorce chování, aniž by riskoval negativní odezvu okolního světa. Navíc Green a spol. (1985) zdůrazňují výhody skupinové terapie hraničních pacientů z pohledu na skupinu jako na „socio-psychologický celek“. Pro hraniční osobnost je problémem vnímat členy skupiny jako individuální osoby. Skupina je schopna umožnit pacientovi „celistvý“ pohled na svět, protože je ve skutečnosti sama mikrokosmem světa.

Vedle těchto úvah uvádí Pines (1990) výčet dalších výhod skupinového přístupu k hraničnímu pacientovi. Zdůrazňuje, že nedostatky pro tyto skupiny pacientů charakteristické, jako je jejich nedostatečná schopnost reflexivní prezentace, se mohou ve skupinových situačních modelech úspěšně zpracovat. Ve skupinovém uspořádání existuje neustálá potřeba reflexe a zpětné vazby. Odezva ze strany ostatních členů skupiny zde nastavuje vzájemné zrcadlo. Z tohoto důvodu umožňuje skupina hraničnímu pacientovi lepší introjekce a re-integraci odštěpených částí. Dle Pinese skupina nabízí ucelenost prostředí a kontrolu.

Cílem skupiny bude posunout hraničního pacienta zpět na vyšší úroveň fungování a dát smysl situacím, kdy zažívají nepochopitelné stavy zoufalství. Jak si pacienti postupně zvykají na skupinu jako na strukturu, jejich tendence nazírat na svět v intencích dobra a zla začíná kolísat. Proces „transmutační“ internalizace, které dříve u pacienta s BPD selhal, se začíná rozvíjet a psychotherapeutická skupina pomůže posouvat vnitřní hranice a zlepšit kapacitu symboliky.

Rovněž Tuttmann (1990) zdůrazňuje výhody skupinové práce s hraničními pacienty. Zkombinoval individuální (dyadickou) terapii se skupinovými sezeními, a tím dosáhl značného zlepšení ve schopnosti skupiny poskytovat jedinci podporu, strukturu, povzbuzení, a zpětnou vazbu, které přispívají k pozitivnímu vývoji. Soudržná pracovní skupina nejen nabízí „regresivní lano“ (ve smyslu regrese na primitivní úroveň), ale má rovněž progresivní potenciál. Skupina může mít na hraničního pacienta stabilizující a uklidňující vliv. Dále může „pozastavit“ projekce hraniční osoby a začlenit pacienta do bezpečného, strukturovaného prostředí.

Powels (1990) vidí výhody práce se skupinami v použití podnětného, osobního, strukturovaného přístupu. Uvádí, že BPD pacient takový přístup potřebuje a dle jeho názoru jde o samu podstatu skupinové terapie. Navíc zdůrazňuje prospěšnost začlenění hraničního pacienta do skupiny, protože ostatní členové mohou vycítit a kontaktovat primitivní mentální pochody, které se u pacientů s BPD projevují. Pacient, za pomoci vřelosti a rozvážnosti terapeuta, může tyto mohutné síly zvládnout bezpečným terapeutickým způsobem. Powels rovněž zdůrazňuje, že skupinový přístup může hraničnímu pacientovi nejvíce pomoci, je-li vazba mezi pacientem a terapeutem jasná a pacient má srozumitelně definované cíle.

Důležitá podmínka: různorodost

I přes výhody, které skupinová terapie hraničním pacientům skýtá, je důležité zdůraznit, že mnoho autorů (Green a spol., 1985; Kreisman a Straus 1989; Pines 1990; Powels 1990) doporučuje, aby skupiny nebyly složeny výhradně z těchto pacientů. Je to především kvůli vysokému stupni úzkosti a s ním spojenými obrannými mechanismy, které intimita skupinového prostředí může vyvolat. Pines (1990) například tvrdí, že hraniční pacient se většinu času pohybuje na primitivní úrovni projekce a introjekce, užívá primitivních forem externalizace, která v hraničním režimu existence snižuje možnosti kreativních záměn, a tím i změnu. S těmito vysokými stupni projekce a introjekce se můžeme lépe vypořádat

ve smíšené skupině - která je složena spíše z osob s neurotickými patologiemi než z hraničních jedinců -, protože „fungování“ ostatních členů skupiny umožňuje i skupině jako celku fungovat na vysoké úrovni. Umožní porozumění, dodá podpory a zmetabolizuje tyto procesy při vzájemné výměně psychologických produktů. Pines trvá na tom, že do skupiny musí být začleněni i „zdraví“ jedinci, kteří tuto výměnu podpoří a umožní daleko lepší vývoj.

Terapeut

Dalším významným činitelem, který hraje v práci s pacienty s BPD ve skupinové terapii roli, je úloha terapeuta. Podle Powelse (1990) je role terapeuta jedním z nejdůležitějších podpůrných faktorů úspěšnosti skupinové psychoterapie pacientů s BPD. Zdůrazňuje, že terapeut musí svou roli vždy přizpůsobovat pacientovi; musí být neustále v kontaktu s jeho dynamikou. Podle Pinese (1990) je úlohou terapeuta především pohlcovat obrovské napětí, být prostředníkem a zmírňovat destruktivní sklony pacientů ve skupině. Terapeut musí věřit, že skupina je schopna udržet vysoký stupeň psychologického fungování, který on spojuje se skupinou jako celkem. Sám musí být schopen tolerovat a chápat vývojový zápas, a zároveň sledovat každého jednotlivce dané skupiny.

Zvažujeme-li možnost pracovat se skupinou, je důležité, aby komunikace mezi pacientem a terapeutem byla zcela jasná. Roth (1990) doporučuje, aby terapeut informoval pacienta o všech těžkostech spojených s udržením dobrých vztahů. Terapeut by měl poučit pacienta o paradoxní povaze sounáležitosti ke skupině. Může pacienta povzbudit, aby pracoval na vyřešení tohoto paradoxu tím, že využije skupinu pro i proti sobě. Musí s ní souhlasit i nesouhlasit, vpustit ji do svého života a zároveň se z ní vymanit, a to nepatologickým způsobem, aby se jako osobnost rozvíjela.

Koterapeutický model

Green a kol. (1985) ve své analýze vycházeli z koterapeutického modelu práce s hraničními pacienty ve skupinové terapii a z teorie objektivních vztahů. Tito autoři vytvořili

pojem „projekčního návalu“ (*projection fit*), kterým poukazují na vnímavost určitých členů v sociálním prostředí skupinové terapie k projekcím ostatních. Navrhují, aby ve skupině s koterapeutickým vedením byly manifestace přenosu, a tím i projekce, mezi hraniční osobností a koterapeuty co nejsrozumitelnější. Jejich úlohy totiž skýtají větší potenciál, než role jednotlivých členů skupiny. Ve výsledku může být projekce primitivního vnitřního obsahu na skupinu a ve skupině modifikována komplexním způsobem, za pomoci sociálního členění skupiny. Projekční návaly tudíž slouží jako zásobník těchto primitivních mechanismů, které se během skupinové terapie v jednání BPD pacientů projevují.

Aby poskytl této koncepci empirický základ, studovali vztah mezi vnitřními objektovými vztahy pacientů a jejich percepcí terapeutů. Použili dvou metod měření - metody založené na odlišném sémantickém modelu a Rorschachův test. Tak dospěli k podstatě objektivních vztahů u těchto hraničních osobností, které prošly skupinovou terapií se dvěma terapeuty (koterapeutický model). Výsledky naznačují, že čím byly introjektované objektové vztahy primitivnější, tím bylo pravděpodobnější, že tyto vnitřní vztahy budou přeneseny na skupinu a zvláště na koterapeuty. To tedy znamená, že čím je obraz koterapeutů ze strany pacientů paralyzovanější, tím ohraničenější je jejich schopnost popsat experimentální svět. Tato studie rovněž poukazuje na skutečnost, že ačkoliv mají pacienti s BPD sklony projektovat své primitivní patologické objekty na své terapeuty, ve skupinovém prostředí se tento jev zmírňuje. Mimo to je svět představ hraničního pacienta rozdělen v intencích dobrých a zlých objektivních vztahů, a proto se koterapeuti mohou stát zdrojem preoidipální matky.

Výhody koterapeutického modelu můžeme vidět i v tom, že hraniční pacient využije koterapeutického vztahu k obrannému štěpení. Z jednoho terapeuta udělá hodného a z druhého zlého. Každý z nich tak může posloužit jako zdroj protichůdných aspektů rozděleného světa hraničního pacienta (zlé vlastnosti proti dobrým), zatímco v týmové práci mohou kote-

rapeuti reflektovat tyto projekce v mnohem vyspělejší a ucelenější formě. Navíc skupinové prostředí může pacientovi pomoci integrovat tyto paralyzované percepcie, a tím vnímat členy skupiny i terapeuta mnohem reálnějším způsobem, jenž je charakteristický pro depresivní stavy. Když na počátku rozdělí hraniční osoba svět na „dobry“ a „zly“, je schopna risknout vytvoření vztahu, aniž by byla zraněna. Skupinová terapie se rychle stane entitou, která se může stát zdrojem zidealizovaných či degradovaných projekcí.

Ilustrační případ/Kazistika

Ira je čtyřačtyřicetiletá svobodná matka tříleté holčičky. Důvodem, proč vyhledala pomoc, byly dlouhodobé příznaky deprese a problémy v oblasti mezilidských vztahů. Uvádí, že byla obětí pohlavního zneužívání. Podle svých vlastních slov byla „strašně mockrát“ znásilněna svým otčímem, i jinými muži z bezprostředního okolí, včetně vlastního bratra a dalších „starších“ mužů.

Ira uvedla, že se jí matka pokusila v dětství poslat pryč z domu. Musela odejít pracovat do velkoměsta jako služebná (ona i její rodina bydleli v malém, odřiznutém městečku). Tvrdí, že i v tomto domě ji dospívající synové majitele opakovaně znásilnili.

Ira upřesňuje, že nikdy nepoznala nikoho, kdo by jí miloval. Uvedla, že své problémy považuje za následek traumatických zážitků. Rovněž tvrdí, že byla těžce zvladatelné dítě, které neposlouchalo a několikrát uteklo z domova, i z domu, kde pracovala jako služebná. Na otázku o svých sourozencích odpověděla, že její matka „měla strašně moc dětí“, takže si jejich přesný počet nepamatuje. Je si však jistá tím, že má jednoho vlastního bratra (který ji znásilnil).

Navíc vedle anamnézy zneužívání byla Ira extrémně hrubá vůči sobě i svému okolí. Uvedla, že není schopna udržet trvalé vztahy a cítila se velice frustrovaná tím, že není schopna mít přátele. Otec její dcery ji velice zklamal (ženatý muž, který kromě této dcery nemá jiné dítě), protože ho nezajímala ani ona, ani dítě. (Ve skutečnosti se s ním soudila o výživné). Ira

měla s tímto mužem několik potyček (slovních i fyzických) a některých z nich se zúčastnila i jeho zákonitá manželka. Na mou žádost, aby řekla, co bylo příčinou těchto potyček, Ira přiznala, že nedokáže zvládnout svůj hněv, ani hněv jiných a když je „nasraná“, nehledí nalevo ani napravo. Ira byla také po jedné uliční šarvátce se sousedy převezena na policii, i když nikdy nebyla oficiálně obviněna. Ira tuto situaci okomentovala slovy, že se svými sourozenci a svou rozsáhlou rodinou se rovněž rvala.

Samu sebe popsala jako osobu bez blízkých přátel, protože „je jaká je“. Trpí těžkou poruchou učení, která snížila její schopnost koncentrace a čtení. Rovněž velice koktala, když se dostala do situace, ve které se cítila ohrožena. Navzdory všem těmto obtížím dokázala vystudovat ekonomickou školu a promovala na vyhlášené univerzitě v místě bydliště. Přes deset let pracovala v jedné velké firmě jako obchodní poradce.

Po nastínění této skutečnosti nebylo jednoduché určit cíle její terapie. Ve městě, kde byl tento případ zaznamenán, neexistovaly formální skupiny pro oběti pohlavního zneužívání. Z toho důvodu začala Ira navštěvovat ambulantně „heterogenní“ skupinu patientek (tzn. skupinu, která nebyla určena výhradně hraničním osobnostem). Skupinová setkání se konají jednou týdně za přítomnosti dvou terapeutek; Ira rovněž navštěvuje dvakrát týdně individuální psychodynamickou terapii. Naše práce se primárně zabývá léčbou hraničních pacientů v ambulantních podmínkách, a proto nebudeme uvádět komentáře k průběhu individuální psychoterapie Iry, ale zaměříme se spíše na skupinový proces.

Ira navštěvuje skupinovou terapii již osm měsíců. Jak bylo zmíněno již dříve, když vstoupila do skupiny, chovala se jako obět. Uvedla, že jí její otčím opakovaně „přeříz“. Rovněž neustále při mnoha příležitostech opakovala, že jí v jejím životě „ošoustalo“ mnoho různých mužů. Šlo o neustále se opakující téma, které Ira skupině prezentovala. Skupina (která nebyla výhradně určena sexuálně zneužívaným ženám) zpočátku reagovala docela dobře. Avšak rychle se postavila „vulgárnímu“ jazyku,

kteří Ira k popisu svých traumat používala. Jedna z členek skupiny, dosti konzervativní žena, převzala roli mluvčí. Naznačila lže, že „by neměla používat takových slov, protože je prostá sama k sobě.“ Ira přijala tuto reakci jako odmítnutí a uvedla, že je to jediný způsob, kterým se naučila mluvit. Když tuto poznámku pronesla, několik jiných členek do debaty „skočilo“ s tím, že takto nehovoří, když probírá jiná témata, nebo když reaguje na ostatní členky skupiny. Iřin slovník, který užívala k popisu svých traumat, se začal pomalu měnit.

Díky přítomnosti Iry měla skupina možnost poznat hrůzu incestu a ponížení, jakému může být člověk vystaven. To následně vyvolalo obdiv k odhodlání lidské bytosti bojovat o své přežití. Zvláště jedna členka lže několikrát opakovala, jak jí obdivuje za její odvalu, za to, že se nevzdala a byla schopna vést nezávislý, produktivní život, tolik odlišný od života svých sourozenců. Ti ve většině zůstali negramotní, žili v izolovaném prostředí rodného města - dva z nich byli alkoholici. Iřino povědomí o vlastní schopnosti se posílilo, zvláště když jí ostatní připomněli její odhodlání poprat se z vlastními traumaty a problémy.

Skupina pomohla lže naučit se novým metodám jednání s lidmi a „překonávat“ svou divokou minulost. Navzdory impulzivnímu chování a svým sklónům k potyčkám Ira ve skupině zůstala, byla schopna téžít z konfrontací a podpory skupiny. Navíc pomohla ostatním členkám skupiny s jejich problémy - byla vždy připravena „podat pomocnou ruku“, když některá z nich prožívala těžké časy.

Tento případ ilustruje, jak může být prostředím ambulantní skupinové terapie hraniční osobnosti prospěšné. Ira obohatila skupinu svou účastí a skupina jí pomohla zvládnout a modifikovat způsob, jakým přistupovala ke své minulosti a naučila ji neublížovat sama sobě. Ira se snaží vyrovnat se se svou traumatickou minulostí a pokračuje v práci v této skupině.

Závěr

V textu jsme zhodnotili dostupnou literaturu na téma BPD ve skupinové terapii. Pochopili-li tuto poruchu v rámci psychoanalýzy, bu-

deme moci poskytnout pacientovi s BPD ochranu, nebo alespoň prostor k duševnímu zdraví a pochopení této poruchy. S vědomím toho, že pacient s BPD žije ve světě plném zmatku, polarizace a rozdělení, dívá se terapeut s mnohem větším pochopením než těchto případů, které v minulosti nebyly ani diagnostikovány, natož pochopeny.

Léčba BPD se přesunula i do jiného než dyadického prostředí. Skupinová terapie může umožnit vyspělejší prožití světa. „Ostatní“ členové skupiny (pacienti bez BPD) mohou být považováni za „pomocníky“ terapeuta, za „celé objekty“. Lze na nich demonstrovat lepší psychický stav a mohou pro pacienty s BPD posloužit jako modely. Psychoterapeut (nebo psychoterapeuti) na sebe berou velikou zodpovědnost a ti z nich, kteří se odváží otevřít skupinu hraničním osobnostem, si musí uvědomit, že narazí na sklony k projekcím a štěpení. Musí využít veškerých svých osobních a emocionálních dovedností ke kultivování skupiny (její celistvosti, toleranci a vyváženosti mezi členy), i empirických a teoretických znalostí, které si budou muset neustále doplňovat.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Washington, DC: AMA.
- Aray, J. (1993) (President of the Psychoanalytic Association of Venezuela), personal communication.
- Greene, J., Rosenkratz, J. and Muth, D. (1985) 'Splitting dynamics, self-representations and boundary phenomena in the group psychotherapy of borderline personality disorders', *Psychiatry* 48: 234-5.
- Kreisman, J. and Straus, H. (1989) *I Hate You - Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality*, New York: Avon.
- Liebernberg, B. (1990) 'The unwanted and unwanted patient: problems in group psychotherapy of the narcissistic patient', in B. Roth, W. Stone and H. Kibel (eds) *The Difficult Patient in a Group: Group Psychotherapy with Borderline and Narcissistic Disorder*, Monograph 6, Madison, CT: American Group Psychotherapy Association Monograph Series.
- Lowen, A. (1985) *Narcissism: Deal of the True Self*, New York: Macmillan.
- Masterson, J. (1976) *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach*, New York: Brunner.
- Pines, M. (1990) 'Group analytic psychotherapy and the borderline patient', in B. Roth, W. Stone and H. Kibel (eds) *The Difficult Patient in a Group: Group Psychotherapy with Borderline and Narcissistic Disorders*, Monograph 6, Madison, CT: American Group Psychotherapy Association Monograph Series.

- Powels, W. (1990) 'Problems in diagnosis and group treatment design with borderline personalities: can focal theory help?', in B. Roth, W. Stone and H. Kibel (eds) *The Difficult Patient in a Group: Group Psychotherapy with Borderline and Narcissistic Disorders*, Monograph 6, Madison, CT: American Group Psychotherapy Association Monograph Series.
- Roth, B. (1990) 'Countertransference and the group therapist's state of mind', in B. Roth, W. Stone and H. Kibel (eds) *The Difficult Patient in a Group: Group Psychotherapy with Borderline and Narcissistic Disorders*, Monograph 6, Madison, CT: American Group Psychotherapy Association Monograph Series.
- Tuttman, S. (1990) 'Principles of psychoanalytic group therapy applied to treatment of borderline and narcissistic disorders', in B. Roth, W. Stone and H. Kibel (eds) *The Difficult Patient in a Group: Group Psychotherapy with Borderline and Narcissistic Disorders*, Monograph 6, Madison, CT: American Group Psychotherapy Association Monograph Series.

Autoři:

Maria Campo-Redondo, Klinická psychologka v Psychoterapeutickém a poradenském centru. Přednáší psychologii na Katedře psychologie vzdělávacího institutu Univerzity v Zulii (LUZ), Conjunto Residencial La Paragua, Edificio Caracas V, Apartamento 3-B, Maracaibo, Venezuela. Jesus Andrade, přednáší na Katedře věd Univerzity v Zulii, Grano de Oro, Facultad de Ciencias, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Vyšlo v časopise *Psychodynamic Counselling, vycházejícím v Londýně v nakladatelství Routledge*, 6. ročník, číslo 1, v lednu 2000, s.17-30. Přeložila Gabriela Chudašová.

Nad knihou o Janježkovi

Heinz-Peter Rohr: Hraniční porucha osobnosti Vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání. Praha: Portál, 2002.

Kateřina Vencálková

Jak název Rohrovy knihy napovídá, autor se v knize zabývá hraniční poruchou osobnosti, kterou řadíme mezi tak zvané rané poruchy. V DSM-IV ji můžeme nalézt pod číslem F 60.31 jako Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti. Vyznačuje se emoční nestálostí, nejasnými a narušenými představami o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně

sexuálních, sklónem zaplést se do intenzivních ale nestálých vztahů, přehnanou snahou vyhnout se odmítnutí, opakovanými suicidálními pokusy a chronickými pocity prázdnoty.

Autor vcelku originálně uvádí čtenáře do děje a do problematiky pohádkou bratří Grimmů Janježek. Pohádka vypráví o chlapci, který je napůl ježkem a napůl člověkem. Kdo by ale chtěl dítě, které vypadá takto? A tak se Janježek už od začátku potýká a musí vyrovnávat s nepochopením, odmítáním, neláskou. Pohádky většinou mají dobrý konec a tak i tento příběh končí Janježkovým vysvobozením, přijutím jeho mezi lidi. Díky lásce žije Janježek se svou princeznou šťastně až do smrti.

Musím říci, že pohádka je to pěkná, ale v průběhu čtení jsem si neustále lámala hlavu, jak zrovna tento příběh souvisí s hraniční poruchou osobnosti. Jistě, vidíme napůl člověka, napůl ježka, napůl citlivého muže, napůl zrůdu, stejně tak jako k této poruše patří štěpení světa na černou a bílou polovinu. Nicméně, charakter pohádky a náladu, kterou vyjadřuje, popis chování a jednání Janježka, nepůsobí nikterak tragicky. Dokonce Janježek vypadá, že je sám se sebou smířený, že zná svou hodnotu, zná svou chorobu, svůj úděl, ale také ví přesně co má dělat a jde za tím, až se mu nakonec podaří nalézt, co hledal. Takové jednání s rozmyslem, citem, s vědomím hodnoty sebe sama a vědomým rozhodnutím, že takhle to nechci, není typické pro lidi trpící hraniční poruchou osobnosti.

Možná i proto mnohdy autor zbytečně a někdy až šroubovaně přirovnává Janježka a jeho osud a jednání, které analyzuje krok za krokem, k hraničnímu pacientovi, jak je patrné v průběhu knihy.

Autor začíná, jak jinak než dramatem a programy, které se přenáší z rodičů na děti. Janježek je podle pohádky dítě chtěné, ale zrozené ze chůlce a nelásky. A když otec a matka uvidí, co se jim narodilo, raději by žili dál bez dětí. Nenávidí ho, schovávají ho před sousedy apod. Je jasné, že takové dítě čeká nepěkná budoucnost. Když to půjde dobře, postihnou ho deprese a pocity méněcennosti ne-

bo bude své rodiče z hloubi duše nenávidět, když hůře, vyklube se hraniční pacient. Bohužel, i když se autor v úvodu knihy zaváže, že se pokusí vysvětlit vznik, průběh a důležité komponenty této nemoci a její léčbu, i to, jak konkrétně vzniká, ten hlavní signifikantní symptom - rozšíření - nevysvětluje. Jak je možné, že nějaké odmítané dítě se stane hraničním pacientem, a jiné ne? Co je ten hlavní „drive“? Zdá se, že na tuto otázku hledáme odpověď stále.

Dalšími důležitými okolnostmi, které vedou k této rané poruše, jsou podle autora nedostatek materiálního zabezpečení, pocit, že není vítán, že se nemůže projevit, a další důležitá věc: že nedošlo k symbiotickému vztahu s matkou, ze kterého se posléze dítě může odpuťovat, explarovat a zároveň cítit stále bezpečí při svém návratu. Autor hovoří i o úzkosti, která je obrácena do nitra a která se zřejmě projeví jako agresivita v dospívání. Ilustruje to opět na Janužekovi a jeho dramatu. Mně se však Janužek v pohádce nezdá agresivní či pomstychtivý, naopak, odešel ze své primární rodiny se vši vážností a hrdostí.

Autor se věnuje i otázce partnerských vztahů. Pro lidi se syndromem Janužek je opravdu těžké navázat kvalitní vztah, jelikož v jejich případě jde neustále o boj o lásku. A pokud nějaká láska přijde, nestačí, chtějí víc, jako bezedná studnice, a i kdyby přišel někdo a zahltil je láskou, kdo ví, jestli si jí budou schopni vážít. V knize je tematika vztahů ilustrována na dvou možnostech, se kterými se Janužek setkal náhodou v lese. Vypráví se tam, že král ze sousedního království zabloudil a Janužek mu pomohl nalézt cestu ven pod podmínkou, že si vezme jeho dceru za manželku. Nicméně král svůj slib nedodrží, mladá princezna Janužek nechce, strhne se boj a náš hrdina se princezně pomstí tak, že ji celou popíchá. Autor na tomto příkladě krásně popisuje, jak lidé se syndromem Janužek hledají k sobě komponentní osoby. Hledají též závislé osoby, které budou na Janužekových obdivovat zdánlivou odvahu a nezávislost, která je ale spíše agresí. Tito lidé jsou často charismatičtí, působí

velice životaschopně, silně a hledají si partnerky, kteří jim budou lízat rány. Nicméně, ani jeden ani druhý nejsou schopni dávat opravdovou lásku a tak vztahy většinou končí tragicky, je v nich spousta agrese, žárlivosti, nezdravých her, vydírání apod.

Toto všechno chápu a vím, že hraniční lidé to ve vztazích s druhými lidmi nemají jednoduché, motají se v kruhu. Autor to dobře popisuje, jen mi není jasné, proč se stále drží té pohádky, v příběhu se nikde nepíše, jaká byla nevěsta, bratři Grimmové ji nepopisují jako závislou, či s jinou poruchou osobnosti. Princezna prostě Janužek nechtěla a není se co divit, když měl na sobě bodliny. Na druhé straně autor v průběhu celé knihy velice pěkně využívá a nabízí zajímavé kazuistiky, které ilustrují a živě ukazují, jak se které syndromy a symptomy a reakce na různá chování mohou objevovat. Léčí vnitřní souboje lidí s touto nemocí a možná východiska práce s ní a s uvědomováním. Nabízí četné způsoby jak pracovat s těmito lidmi. Nejdůležitější, jak říká, je nenechat se vtáhnout do jejich her, nebojovat s nimi a ukázat změnu. Vyjádřit pochopení s jejich vnitřním chaosem, dát jim pocítit, že jim rozumíme a poskytnout bezpečné místo pro katarzi či smutek a dát jim pocit lásky, chůně a toho, že jsou vítáni. Nicméně, nic není tak jednoduché jako v pohádce. V pohádce stačilo spálit ježčí kůži a potírat Jana vonnými mastmi. Tentokrát autor uznává, že k uzdravení je cesta dlouhá a trnitá, ne každému, ba většině se uzdravit nepodaří, protože jejich krunýř a ostny obrácené ke světu jsou příliš velké. Nejtěžší je totiž pro tyto lidi nechat si pomoci.

Myslím si, že kniha je rozhodně zajímavá, pro laického čtenáře určitě i užitečná, dozví se zde základní charakteristiky této poruchy a nenuď se u toho. Myslím si nicméně, že autor mohl jít hlouběji a sem tam si odpustit tu vědecko - laicko - populární notu, z níž není jasné, zda je kniha určena odborníkům, nebo široké čtenářské obci.

Autorka recenze je studentkou psychologie.

Psychodynamické poradenství pro klienty s hraniční poruchou osobnosti (s kazuistikou)

Andrew R. Arthur

Abstrakt: Psychodynamické poradenství pro klienty s hraniční poruchou osobnosti je obtížné a náročné, jelikož narazíme na problémy s již samotným pojmem, s diagnostikovaním poruchy, zvládnutím narušeného chování a dotažením léčby do úspěšného konce. Přesto jsou poradci často žádáni, aby podobnou skupinu vyhodnotili, vedli a léčili. Tento článek zkoumá možnost uplatnění psychodynamických principů poradenství u klientů s hraniční poruchou osobnosti, prověřuje historii této koncepce a diagnostický proces. Na příkladu pak popisuje aspekty struktury osobnosti a léčby.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, historie, diagnóza, psychodynamické poradenství

Úvod

Psychodynamicky orientovaní poradci, kliničtí psychologové, psychotherapeuti, zdravotní sestry z komunit na psychiatrii a odborníci na mentální zdraví mají často v péči klienty, kteří mohou být označeni za osoby s hraniční poruchou osobnosti. Avšak u této skupiny je diagnostika, léčba a konceptualizace pojmu diskutabilní, a je předmětem i mnoha polemik profesionálů z příbuzných oborů (např. klinické psychologie, ošetrovatelství, psychiatrie) a teoretických směrů (jako psychoanalýzy, kognitivně-behaviorálního, psychosociálního, kognitivně-analytického). Článek nabízí přehled historie této diagnózy, přínos různých směrů a na případové studii vysvětluje problémy, které se často během psychodynamického poradenství u této skupiny vyskytují.

Historie diagnózy

Historie diagnózy hraniční poruchy osobnosti se datuje od konce devatenáctého století, kdy

kliničtí lékaři začali zaznamenávat výskyt skupiny chronických mentálně nemocných pacientů. Tito pacienti nebyli „šílení“, nacházeli se na pomezí mezi psychózou a neurózou, ale dle jejich názoru se nikdy nepřiblížili normálu. Při zkoumání klinických popisů těchto skupin pacientů Stone (1986) zjistil, že pravděpodobně trpěli hraniční poruchou osobnosti. Jedny z prvních prací o výskytu podobné skupiny pacientů publikovali již Lombroso v roce 1870, Falret v 1890 i Kraepelin v roce 1905. Ten rovněž diagnostikoval lehčí formu dementia praecox a manické deprese, které byly v poměru k hlavní psychóze hraniční. Podobně posoudil i Stone skupinu takzvaných „schizofrenních“ pacientů, kterou v první dekádě dvacátého století úspěšně léčili psychoanalytici Maeder, Bjerre a Coriat. Rovněž Janetovi hysteričtí, obsedantní a anorektičtí pacienti z období mezi lety 1903 až 1911 by dnes byli rovněž nejspíše diagnostikováni s hraniční poruchou osobnosti.

O hraniční poruše osobnosti od té doby nebylo slyšet, a to až do publikace klíčové práce Sterna v roce 1938. Ve svém článku poprvé použil termínu hraniční v tom smyslu, v jakém je chápán dnes, a nastartoval tím proces, který vedl k ustálení pojmu a vytvoření definice, zveřejněné v psychiatrickém klasifikačním systému DSM IV (APA 1994). Stern popsal skupinu sledovaných pacientů, kteří nebyli ani psychotičtí, ani neurotičtí a nereagovali na žádnou psychoanalytickou léčbu. Uvedl, že tato skupina pacientů měla celkově ucelený klinický obraz i skupinu symptomů. Mezi tyto symptomy patřily: poruchy vnímání sebe sama, emocionální problémy (deprese, hněv, zastrasování a úzkostnost), strnulost, pocity méněcennosti, masochismus, časté projekce a problémy v oblasti testování reality. Popsal spolehlivé modifikace psychoanalytických postupů, jejichž výsledkem byla lepší reakce na terapii a zlepšení prognózy u této skupiny pacientů.

Ve své stěžejní práci o hraniční poruše osobnosti Kernberg (1967) popisuje dvě oblasti použití termínu hraniční. 1. U transitní manifestace pacientů, kteří se posouvají od neurotic-

ke k psychonické symptomatologii a z. u pacientů, kteří jsou z pohledu chronického průběhu stabilní, na pomezí mezi neurózou a psychózou. Dle jeho názoru, jenž byl následně obecně přijat, by tento pojem měl být vyhrazen skupině druhé. Tito jedinci vykazují přítomnost chronických poruch osobnosti, vyznačující se typickými symptomy a vzory chování. Jejich schopnost ověřit si realitu je však na rozdíl od psychotických pacientů zachována. Kernbergův článek popisuje charakteristickou patologii hraniční poruchy osobnosti. Sledoval odlišnosti vzhledem k ostatním psychiatrickým poruchám a zaznamenal typickou anamnézu a psychodynamickou strukturu.

Významnou prací v historii hraniční poruchy osobnosti byla Grinklerova studie (Grinkler a spol. 1968). Tato studie byla prvním systematickým empirickým průzkumem, který se snažil popsat a definovat hraniční poruchu osobnosti na základě klinického vyšetření jednapadesáti pacientů. Autoři se zabývali hraniční poruchou osobnosti, protože dle jejich názoru byl termín užíván „příliš dlouho a bez jasné definice jako depozitář pro klinicky nejasné případy“ (1968:346). Kritizovali dřívější studie, neboť ty byly založeny na pozorováních pouze malé skupiny pacientů, velmi skromném množství údajů, metapsychologické teorii, psychoanalytických interpretací a závěrech, které byly spíše úsudkem než popisem procesu. Grinkler a spol. souhrnnou analýzou dat zjistili, že hraniční porucha osobnosti je specifický klinický syndrom s významným stupněm vnitřní konzistence a stability, vyznačující se blokádou psychologického vývoje pacienta.

Rozsáhlé vyhodnocení literatury na téma hraniční porucha osobnosti provedli Gunderson a Singer v roce 1975. Byli přesvědčeni, že diagnóza hraniční poruchy osobnosti se stává díky narůstajícímu množství literatury, jež dále přispěla k většímu zamlžení této diagnózy, jakýmsi „odpadkovým košem“. Účelem Gundersonova a Singerova zhodnocení jednaosmdesáti článků byla snaha dospět k definici, která by vymezila klinické syndromy a jasně a spolehlivě odlišila tuto poruchu od psycho-neuróz a schizofrenie. Ze svého vyhodnocení

vytvořili šest diagnostických vodítek, o kterých byli přesvědčeni, že položí základ serióznímu systému diagnostiky. Při zkoumání těchto výčtů zjišťujeme pozoruhodnou podobnost se znaky popsanými pro diagnózu hraniční poruchy osobnosti v DSM III, DSM III-R a DSM IV. V meta-přehledu hraniční poruchy osobnosti Stone (1986) tvrdil, že tato porucha vykazuje chronické charakteristické poruchy, nacházející se na pomezí neurózy a psychózy. Rovněž má spolehlivou a konzistentní skupinu symptomů, reaguje na určité formy terapie a má specifickou vývojovou etiologii. Avšak Stone byl přesvědčen, že se nám pojem hraniční poruchy osobnosti „vymkl z rukou. Hraniční literatura dosáhla tak ohromných rozměrů, že nebylo v silách jednoho autora ji přehledně shrnout“ (1986: 432).

Platnost diagnostické jednotky hraniční poruchy osobnosti zpochybnili Akiskal a spol. (1985). Vyšetřili stovku hraničních pacientů z hlediska fenomenologie, vývojové a rodinné anamnézy. Zjistili, že tito pacienti byli velice heterogenní skupinou, která vykazovala značný rozsah psychopatologie. Autoři z toho vyvodili, že „hranice“ neoznačují vymezený osobnostní typ a že koncepce se vztahuje na skupinu „chronicky a vážně nemocných, problematických“ pacientů, kteří jsou mimo oblast „klasických“ psychóz a neuróz“ (1985 : 566). Dle jejich názoru je hraniční porucha osobnosti hraniční diagnózou.

Rovněž Millon (1996) napadá tento termín a volá pro jasnějším a popisnějším označením, které by bylo konzistentní s pozorovanými charakteristickými syndromy. Poznává, že hraniční nálepka byla užívána už v době, kdy si lékaři nebyli diagnózou jisti. Na druhé straně připomíná, že v současnosti popisuje platnou oddělenou syndromatickou entitu, která je charakteristická svými duševními poruchami v hloubce a změnami nálad. Z toho Millon odvozuje, že většina směrů, které byly využity k porozumění poruchy hraniční osobnosti, byly psychoanalytické a biologické. Navrhuje vlastní sociogenetický model (viz dále), který zdůrazňuje roli společensko-kulturních faktorů jako nepřímého vlivu na patogenezi hraničních poruch.

Roth a Fonagy shrnují základní rysy hraniční poruchy osobnosti jako „pervazivní vzorec nestabilního vnímání sebe sama, mezilidských vztahů a nálad“ (1996: 198). Rovněž popisují nejistou co do smyslu vlastní identity, nestálost mezilidských vztahů, strach ze samoty, impulzivitu, hněv a sebepoškozování, které je pro pacienta s hraniční poruchou osobnosti charakteristické. Roth a Fonagy uvádějí, že se stále polemizuje o definici a popisu poruch osobnosti obecně, míry přesnosti možné diagnózy a přesahu, který je patrný mezi různými syndromy uvedenými v DSM IV. Citují podrobnou studii vztahů mezi osobností a symptomy (Tyler a spol. 1990), která dle jejich názoru nepotvrdila předpokládaný vztah mezi poruchou osobnosti a reakcí na různé léčebné postupy. Tvrdí, že klasifikace se přílišným pročišťováním popisu poruchy osobnosti stala chybnou a má malý přínos.

Roth a Fonagy (1996) věří, že mnoho odborníků přistupuje ke sporným otázkám fenomenologicky a definice poruch osobnosti je na tomto přístupu založena. Preferují model, ve kterém se osobnost měří v rámci jednotlivých oblastí (např. práce, vztahu a péči o sebe sama) a ukládání těchto životních cest do specifických prožitků v průběhu vývoje. Na základě toho připouštějí, že i když diagnóza a definice poruchy osobnosti není nejvhodnějším způsobem jak navrhnout a vyhodnotit průběh psychoterapeutické léčby, je to nejběžnější heuristický prostředek k vyhodnocení závěrečných studií léčby. Jde o pragmatický závěr uznávaný ostatními autory pro vyhodnocení a léčbu hraniční poruchy osobnosti (např. Millon 1996, Ryle 1997).

Odborníci vědí, že větší část pacientů s hraniční poruchou je označena jako osoby, které potřebují pomoc a léčbu. Je důvodem propracovanost diagnostiky a nárůst očekávání v oblasti duševního zdraví, nebo to reflektuje vývoj naší společnosti? Podle Millona (1987) společenské faktory ovlivňují vývoj hraniční poruchy osobnosti. Věř, že pervazivní sociokulturní tendence v západní společnosti hrají významnou roli v jejím vývoji. Popisuje západní společnost jako proměnlivou a rozporu-

plně, amorfni, a iracionální, poukazuje na nárust a rapidní společenské změny, imigraci, migraci, různé technologie a masovou komunikaci. To vše nahradilo tradiční vzory a hodnoty. Děti jsou následně vystaveny neustále se posunujícím a měnícím normám, hodnotám, nařízením a názorům. Bez koherentního pohledu na svět Millon vyzoroval u dětí závažnější tendence k neustálým změnám zásad a vzorů. Nejsou schopné se uchýlit ke stabilitě a bezpečnému systému velkých rodin, škol, náboženství nebo svého okolí. Nemají „oporu nebo jistotu“, ke které by se obracely, protože jejich rodiče nebo rodiny jsou dysfunkční. Millon tvrdí, že za těchto podmínek jsou snadno zranitelné děti nechány napospas samy sobě. Musí se vyrovnat s psychickými traumaty a stávají se rozštěpené, bezprizorní a svárlivé. Tyto děti nejsou schopny zvládnout složitost proměnlivosti a rozmanitosti světa, ani zvládnout intenzivní agresivní a sexuální pudy, které se v nich probouzejí. Nejsou schopné usměrnit svou fantazii a dosáhnout stanovených cílů uceleným způsobem. Ve výsledku Millon tvrdí, že sociální faktory hrají významnou roli ve vývoji hraniční poruchy osobnosti.

Na tomto místě uvádím případovou studii, ve které bylo použito psychodynamicky orientovaného poradenství, abych popsal a ilustroval proces diagnostikování, strukturu osobnosti a léčbu klienta s hraniční poruchou osobnosti.

Kazuistika

Paní Jonesová je přes třicet let, žije sama se svými dětmi. Do poradny byla doporučena, protože měla mnoho příznaků: úzkost, deprese, zmatenost, neschopnost pracovat, změny nálad, problémy v oblasti vztahů a nebyla schopna jasného myšlení. Dle vlastních slov to byl „pěkný zmatek“. Již dříve využívala psychiatrickou pomoc, dostala medikamenty a obrátila se o pomoc u svého ošetřujícího lékaře, navštěvovala různé poradny, terapie a byla i krátkodobě hospitalizována na psychiatrii.

Skutečnost, kterou mi během prvního sezení paní Jonesová nastínila, byla alarmující. Řada symptomů a signálů ukazovala, že tato osoba je na pomezí závažné psychiatrické poruchy.

vše svádělo k tomu, abychom hledali pomoc v čistě nemocničním řešení a považovali její problém za psychiatricko-diagnostický a za problém pro zdravotníky. Analýzy jejího mentálního stavu, kognitivních funkcí, depresivních sebevražedných sklónů, stupně nebezpečnosti a tendencí ještě dále tuto domněnku potvrzovaly. Mé obavy vzrostly, když podrobně vyprávěla o své traumatické minulosti spojené s incestem a jinými formami sexuálního zneužití. Ačkoliv se mě paní Jonesová pokusila přesvědčit, že byla potenciálně extrémně narušenou osobou, bylo nepravděpodobné, že by vědomě své symptomy přeháněla. Spíše její projev ovlivňoval strach z rozpadu a štěpení. Rovněž se zdálo, že testuje mé terapeutické dovednosti a mou schopnost ovládnout paniku, což byl zřejmě zoufalý pokus o zopakování minulých postupů, jak donutit ostatní, aby jí pomohli. Zdálo se, že teprve když přinutila okolí zareagovat na její úzkost panikou, vyjádřila naléhavou nutnost svých potřeb.

Bylo důležité jí pomoci zpracovat strach o svou osobu, odolat pokušení označit ji za příliš narušenou pro psychodynamické poradenství a odkázat ji do péče kolegů psychiatrů. Jak sezení ubíralo, bylo to stále obtížnější. Zdálo se, jako by panickou reakcí nutně potřebovala coby známku empatického kontaktu. Na konci konzultace jsem jí řekl, že zde odhalila velkou část své osobnosti a že oba potřebujeme čas na přemýšlení. Dále jsem navrhl, že bychom se mohli znovu sejít a zvážít, jak pokračovat. Nepodařilo se jí ve mně vyvolat panickou reakci a zalarmovat mě, a tudíž nevyvolala kýženou reakci. Nabídka dalšího sezení byla proto neochotně přijata, protože se zdála lepší než nic. Také si však myslím, že se jí tím nabízela možnost terapeutické kontroly. Millon varuje před nebezpečím z přehnaného reagování na symptomy klienta s tímto typem obtíží: „Některí terapeuti mohou přehnaně reagovat na sklony hraničního pacienta k rádooby psychotickým zážitkům či ke skutečnému rozpadu reality (1996: 690).

Při následující konzultaci se znovu pokusila mě znepokojit a zalarmovat poukázáním

na svou neschopnost postarat se o děti, hrozbou okamžitého rozchodu se svým partnerem, dalším výčtem sexuálního zneužívání, které zažila jako dítě a žádostmi, abych s tím něco udělal. Bylo nutné zareagovat, ale přitom se vyhnout ukvapené reakci. Nebyl jsem si jist, zda nebude nutné jí nechat vyřešit psychiatricky. Potvrdil jsem její pocity tím, že jsem jí opatrně sdělil, že vnímám její paniku, zmatek a beznaděj. Rovněž jsem uvedl, že ve svém zoufalství chce, aby se o ni někdo postaral, protože si myslí, že to potřebuje. Podle mne však může jít jen o neúčinný vzorec, jak si zajistit v životě pomoc druhých. Řekl jsem, že i když to může být pro ni frustrující, bude lépe nespěchat s diagnostickým závěrem založeným na jejím pocitu zoufalství. Doporučil jsem konzultační fázi prodloužit, aby se ujasnilo, co se děje. Zdálo se, že to nejprve přijala, ale pak pokračovala ve svých snahách vystrašit a zalarmovat mě hovorem o svých pocitech zoufalství. Znovu jsem doporučil pokračovat ve fázi analýzy a ona znovu neochotně souhlasila.

Mé sebeovládání vyvolalo u této klientky nenávisť a nevráživost, které vedly k útoku a kritice během fáze hodnocení a léčby. I u ní se projevilo to, co popisuje Bion v souvislosti se svým pacientem: „Věděl, že tím s ním musím projít, ale byl plný nenávisti, když zjistil, že to mohu udělat, aniž bych se zhroutil“ (1990: 105). To je dle Biona útok na vazby: schopnost introjektovat a potlačovat projekční identifikace, které tvoří vazbu mezi pacientem a psychoanalytikem, či nemluvnětem a mateřským prsem. Tento proces je riskantní, protože terapeutův „duševní klid“ je podle Biona vnímán pacientem jako nepřátelský a vlažný přístup. Začnou se objevovat problémy, protože si pacienti přejí tento postoj změnit hraním rolí, svým provinilým chováním a pohrůzkami sebevražd.

Určení diagnózy

První fáze hodnocení a konzultací zabrala nečekaně dva měsíce. Během sezení popisovala, a to značně detailně, své stavy zoufalství a beznaděje z mnoha prožitých rozhodnutí, odpor k sobě samé, náhlé výkyvy nálad -

od nadšení k depresi - a sexuální vzrušení. Uvažoval jsem o diagnóze hraniční porucha osobnosti, protože vykazovala základní rysy této poruchy, jak je uvádí DSM IV. Mezi ty patří „pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, vnímání sebe sama, afektovanost a zřetelná impulzivita, které se objevují na prahu dospělosti a jsou patrné v různých kontextech“ (APA 1994: 650). Hlavním problémem je, že osoba s hraniční poruchou osobnosti se uchyluje k impulzivním a horčným snahám vyhnout se skutečnému či smyšlenému opuštění. Tím se vztahy stávají problematickými a vedou k velmi silným ambivalentním reakcím (Gallahorn 1981; APA 1994; Millon 1996). Další rysy popsané v DSM IV zahrnují nestabilitu ve vnímání sebe sama, sebevražedné sklony, značnou emocionální nevyrovnanost, chronické pocity prázdnoty, problémy se zvládnutím hněvu a paranoidní představivost s disociativními symptomy. DSM IV popisuje tyto symptomy prostřednictvím devíti oddělených znaků, z nichž musí být pět či více prokazatelně přítomných, aby mohla být tato diagnóza určena. Během konzultační fáze tato klientka vyjádřila všech devět symptomatických znaků z DSM IV, čímž zřetelně potvrdila, že trpí právě touto poruchou. Navíc její líčení vlastního života i chování rovněž odpovídaly znakům, které popsali Gallahorn (1981), Stone (1986), Millon (1996), Roth a Fonagy (1996) a Ryle (1997).

Psychodynamické poradenství

Při revizi výzkumů psychoterapie pacientů s hraniční poruchou osobnosti se Roth a Fonagy (1996) setkali se dvěma typy studií: skupiny bez vedení (neřízenou) a řízenou. V neřízených skupinách se léčí pacienti s hraniční poruchou primárně za pomoci psychodynamické terapie a vyhodnocuje se jejich zlepšení. Z dvanácti studií, které Roth a Fonagy zkoumali, jedenáct užilo psychodynamické terapeutické metody a jedna kognitivně-behaviorální psychoterapie (Turkat a Maisto 1985). Většina studií psychodynamické terapie se soustředila na hodnocení předpokládaného zlepšení v průběhu léčby. Higgitt a Fonagy (1993)

revidovali výsledky následných a závěrečných studií psychoterapeutické léčby pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Došli k závěru, že tato forma terapie je efektivnější u lehčích případů hraniční poruchy, kdy je pacient v depresi, je psychologicky přístupný, má dobré sociální zázemí, nízkou impulzivnost a nezneužívá medikamenty. Jiné psychoterapeutické postupy k pochopení a léčbě používají kognitivně-behaviorální terapii (Back a Freeman 1990), kognitivně-analytickou terapii (Ryle 1997), dialektickou behaviorální terapii (Linehan 1987) a psychobiologický pohled (Siever a Davis 1991).

Řízené studie jsou vzácné: Roth a Fonagy (1996) měli možnost přezkoumat pouze jednu a zmínili, že pracují na dalších dvou případech. Uzavírají své revize doporučením psychodynamických a interpersonálních postupů, které mohou být velmi prospěšné. Závěry by však měly být interpretovány opatrně, s ohledem na to, že tiito pacienti mají tendence se s časem zlepšovat, i s ohledem na relativně malý pokrok v těchto dlouhodobých procesech.

Na základě diagnostiky a možnosti mnou předpokládané pozitivní odezvy na psychodynamické postupy jsem se rozhodl, že vyzkouším psychodynamické poradenství a nabídl jsem paní Jonesové sezení dvakrát týdně, po dobu tří měsíců. Na počátku využívala našich sezení k vyjádření úzkostí, ovšem poté začala popisovat předchozí psychoterapeutické léčby jiných odborníků. Ti jí zahrnovali radami a zasahovali jí zřejmě do života prostředně svými názory. Zdá se, že opakovaně vítala tento způsob léčby, protože jí tato pomoc umožnila zvládnout její úzkosti. Snadno si představíme, jakým pokušením je takto zasahovat. Její popis psychoterapeutické a psychiatrické pozornosti, které se jí tím dostalo, mě vedl k úvaze, že byla schopna donutit odborníky překročit jasně dané hranice. Odborníci, kteří takto nepostupovali, nebyli podle jejich měřítek prospěšní a vnímaví. V takovém případě se je snažila o to intenzivněji k podobnému jednání přimět. Přestože měla naléhavý pocit zoufalé potřeby uchýlit se k podobné akci, cítil jsem, že je nutné pocho-

pit samotnou podstatu této potřeby. Paní Jonesová byla rozrušená, když jsem se pokusil podnitit takovéto zkoumání. Aby vyvolala alespoň nějakou odezvu, zapletla se s nebezpečným a naprosto nevhodným mužem. Zdálo se, že nemůže uvěřit, že by tento vztah mohl mít co do činění se vztekem k mé osobě a že vlastně šlo o opakovanou snahu zbavit se pocitů opuštěnosti zvýšenou sexualitou.

Období impulzivního a nebezpečného chování, často sexuální povahy, jsou součástí symptomatologie hraniční poruchy osobnosti (Millon 1996). Kernberg (1976) zdůrazňuje u léčby hraničních pacientů důležitost zachování psychoterapeutovy neutrality, odmítání přenosů, kontroly vlastního vyjadřování, udržení si svobody ve vnitřním pozorování zpětných přenosů a introspektivní povědomí emocionálních reakcí. Gallahorn tvrdí, že terapeutická léčba hraniční poruchy osobnosti vyžaduje „mnoho sebeuvědomění na straně terapeuta, aby zvládla návaly těchto pocitů přenosu a našla správnou rovnováhu mezi empatií a odstupem, někde na půl cesty mezi omezováním a naprostou neřízeností“ (1981: 83). Millon (1996) rovněž zdůrazňuje potřebu monitorovat reakce přenosu. Ty se často skládají z intenzivních negativních či pozitivních reakcí na terapeuta. Jak poukazuje, musí být řádně zpracovány, jinak naruší celou terapii. Koncepce diagnózy hraniční osobnosti je podle něho „nádobou plnou úzkostných pocitů terapeuta a nabízí postupy a návody k další léčbě“ (1996: 689).

Z důvodu negativních reakcí na mou osobu – hněv, rozčarování a strach z opuštěnosti – nemohlo poradenství potlačit její impulzy. Paní Jonesová dočasně poradnu opustila a zapletla se s již dříve zmíněným mužem. Jejich vztah se stal fyzicky i sexuálně nebezpečným, rozpadl se a ona se vrátila do poradny v ještě horším emocionálním stavu. Avšak to nám umožnilo mnohem hlouběji proniknout do podstaty jejich problémů. Jak uvedla, zamlčovala svůj stav téměř nepřetržitě sexuálního vzrušení, což vedlo k nutkavé potřebě masturbace, erotických fantazií a nevhodných sexuálních styků s muži a ženami. Svalovala vinu na své po-

hlavní zneužití v dětství, které bylo podle ní za tuto situaci zcela zodpovědné a odmítla převzít odpovědnost za své následné sexuální chování. Namítl jsem, že její dětská bezmocnost a ambivalentní postoj k dávnému sexuálnímu zneužití jsou pochopitelné, ovšem nyní to vypadá, jako by neustále zneužívala samu sebe.

Millon poznamenává, že „v historii hraničních pacientů máme přesvědčivé doklady o vysokém počtu zneužívání v dětském věku ... Ačkoliv je pohlavní zneužívání nejnápadnějším z této trojice, jak verbální tak fyzické zneužití může rovněž hrát významnou roli“ (1996: 680). Millon píše i o rodinných studiích, které dokládají narušení rodinných hranic a nevypočitatelnost vztahů mezi jejími členy, což se časem promítne i na sexuální rovině. V přehledu empirických studií popisují vnímavě roli dětského traumatu a zneužívání Perry a Herman (1993). Věřím, že mnohé z nepříjemných rysů poruchy hraniční osobnosti jsou snáze pochopitelné ve světle historie raného, dlouhodobého a závažného traumatu z dětství. Psychopatologie je pochopitelnou reakcí na domácí prostředí naplněné pocity strachu, tajemnosti a zklamání, spíše než vrozený defekt. Podotýkají, že ke zneužití dítěte dochází v době známém prostředí. Zneužití dítěte se však nemůže utéci k rodičům, protože jsou buďto sami pachatelé, nebo se jim podařilo dítě si odcizit.

Vztah mezi impulzivní sexualitou a intolerancí samoty často provází hraniční poruchu osobnosti (např. Stone 1986; Millon 1996). Jako pohlavně zneužívané dítě žijící v dysfunkční rodině zažila tato klientka izolovanost a sebeopovržení. V dospělosti využívala svou sexualitu k potlačení pocitů osamělosti a opuštěnosti, ačkoliv je to paradoxně dále prohlubovalo. Pokusil jsem se jí pomoci pochopit jak využívala pocitů sexuálního vzrušení k tomu, aby se chránila před opuštěným, prázdným a osamělým já. Ona však podobné interpretace nerada slyšela. Když odhalila a popsala své sexuální fantazie, provokovala mě k sexuální odezvě. Pokusila se zneužít své sexuální chování i v našem terapeutickém vztahu. Když jsem na tuto skutečnost poukázal, potvrdila, že si byla vě-

doma, že odhalením těchto skutečností může zmíněnou reakci vyvolat. K možné odezvě měla ambivalentní postoj. Na jednom sezení jsme sumarizovali její vidění sebe sama. V podstatě viděla sebe sama jako zkaženou, zvrácenou a zlou malou holčičku, kterou nemůže mít nikdo rád. Tento komentář na ni velmi zapůsobil. Zdálo se, že zaváhala, přerušila svůj monolog a jednoduše řekla „Ano. Vlastně ano. Tak se cítím“ a rozplakala se.

Malan (1982) tvrdí, že musí být splněny následující čtyři podmínky, aby bylo možno posoudit, zda je dané psychodynamické vysvětlení určitého symptomu správné. Melánovy podmínky jsme použili k prozkoumání interpretace zvýšené sexuality klientky. Nejprve jejich výčet:

1. Zážitky v životě pacienta, a zvláště jakékoliv srážející faktory, signalizují konflikt, který se za symptomy skrývá.

2. Podrobný mechanismus může být jasně formulován, čímž symptomy reprezentují nebo vyjadřují tento konflikt.

3. Interpretace zmíněného mechanismu přenesena pacientovi konflikt do vědomí.

A konečně nejdůležitější:

4. Toto vede k vymizení symptomů
(Malan 1982: 107)

Dále jsou posuzovány následující podmínky (uvedené v závorkách), abychom dospěli k psychodynamické interpretaci klientčiny sexuality. Předčasný a nezralý sexuální vývoj paní Jonesové (událost) byl přijat jako metoda, která měla zabránit osamocenosti a měla za následek vznik problémů mezi matkou a dcerou (srážející faktor). Zvýšená sexualita byla opakovaním krátkodobého odtržení od skutečné potřeby klientky po mateřské intimitě (symptom reprezentující konflikt). Interpretace tohoto konfliktu jí pomohla pochopit dopad na její současný život i terapeutický vztah (převedla konflikt do vědomí). Následně měla méně nutkání k impulzivnímu sexuálnímu chování (zánik symptomů).

Po vyjádření svých pocitů osamělosti, opuštěnosti a nelásky k sobě samé, paní Jonesová

cítila, že může odhalit další, mnohem více zneklidňující sexuální stránky. Překvapivě se zdálo, že mne tím nechce přesvědčit o své potenciální vážné psychiatrické poruše, ale spíše chce upřímně pochopit, kde je chyba. Vlastními slovy se přiznala k „perverzním“ sexuálním představám a pocitům. Ty byly vysvětleny psychologicky, jako pokus zaplnit prázdnotu uvnitř sebe sama (nevěděla, kdo je, a snažila se zneklidnit tímto sexuálním způsobem sama sebe). Domněnka se potvrdila, když prohlásila, že terapie je hloupá, prázdná, nudná nic a že prostřednictvím své sexuality může prožít něco mnohem zajímavějšího.

Millon tvrdí, že hraniční pacienti často prožívají pocity prázdnoty, nudy a strnulosti. Cituje dětské studie, ve kterých se uvádí, že jako adolescenti se tyto pacienti „vyznačují neurčitými pocity apatie a nudy, neschopností najít jakýkoliv jiný smysl nebo účel života než chvilkové požitky“ (1996: 666). V tomto bodě poradenství začala více „experimentovat“ se samotou. Pokoušela se trávit čas s dětmi a zanechat svých osamělých sexuálních praktik. Bylo to velmi těžké, protože dle Winnicotta je schopnost být sám „jedním z nejdůležitějších znaků dospělosti v emocionálním vývoji“ (1958: 29). Ukazuje, „že jednotlivec měl možnost prostřednictvím dostatečně dobré mateřské péče si vybudovat důvěru v laskavé prostředí“ (1958: 32). Toto období bylo pro ni frustrující. Proces byl podporován snahou narovnat analogii s vymaněním se z drogové (sexuální) závislosti a postavit se tomu, čemu se člověk snaží utéci (sobě).

Postupně začala tolerovat fáze, které sama označovala za „období nudné nicoty“. Byla to těžká doba, plná recidiv, frustrací a pokusů různě mě provokovat. Pomalu začínala chápat, co se dělo v jejím vývoji a co se pokoušela zopakovat v přenosu. Nyní tedy měla vzor, který jí pomohl pochopit sebe sama, což do značné míry pomohlo. Byl to model dítěte, které si nevytvořilo smysluplné pojetí sebe sama skrze vztah s rodiči, ale bylo ještě více svázáno pocitem provinilosti, narušeným a nezralým vývojem sexuality. Její rodiče byli sami příliš narušení a zaujatí, aby viděli, co se dělo.

Bázlivost klientky navíc rozhodně bránila komunikaci. Pokus definovat svou identitu skrze sexualitu přežival až do dospělosti. Objektů její sexuální touhy bylo mnoho. Ona sama, ženy, muži - zvláště ti problematictí - či dokonce její děti (i když na ně nikdy nesáhla).

Tento vývoj, dále inspirovaný literaturou, umožnil pochopit, zvládnout a udělat jasno v jejích obtížích a symptomech. Její vlastní progres byl rovněž důkazem její reakce na terapii. Poté co absolvovala psychodynamickou poradnu dvakrát týdně po dobu jednoho roku, byla klidnější a dokázala tolerovat pocity smutku ze ztráty, úmrtí a zofalství. Následkem toho se vrátila na univerzitu a byla schopná zapsat se ke studiu předmětů, ve kterých mohla uplatnit své nadání a schopnosti. Pokusy návratů k dřívějším formám sexuálních pocitů se však periodicky opakovaly a byly snahou o únik ze zoufalé prázdnoty v sobě. Nyní však již byla schopna využít sezení k hovorbům o svých myšlenkách, pocitech a pokušeních. Tím často úspěšně předešla nebezpečným situacím a začala si uvědomovat, jak byl její vlastní vývoj zmrazen, jak byla její falešná sebeidentita založená na sexuálním chování a jak se vyvinula její snaha uniknout ze zoufalství osamělosti. Zvládnutím a prevencí tohoto procesu jsme umožnili jejímu nerozvinutému skutečnému já vyjít ven. Toto skutečné já bylo zraněné, opuštěné, izolované a nesprávným způsobem vychované. Proto potřebovalo pomoc, povzbuzení a podporu, aby mohlo dále růst.

Koncepci skutečného a falešného já popisuje Winnicott. Falešné já se podle Winnicotta vytváří jako obrana před úzkostí v dětském věku. Jde o metodu popření: „toho, co je nemyslitelné“ (1960: 147), ovšem je v tom i pozitivní snaha o vysvobození - ukrýt skutečné já. Bohužel, dospělá identita se často fixuje na falešné já, což má za následek zmrzačení obranných struktur, které zabrání dozrání. Prožití zármutku může indikovat rozštěpená falešná identita. Zde se nabízí terapeutická možnost znovu prožít bolest z toho, co se nedá či nedalo v pacientově životě tolerovat.

Klientka ukončila svou léčbu po osmnácti měsících. Přestože vyjádřila pocity ztráty,

prázdnoty a osamocení (své skutečné já), nepokoušela se již vyprovokovat sebe ani ostatní k panické reakci, ani impulzivně nevyhledávala sexuální dobrodružství. Její výkyvy nálad se zmírnily, sebeúcta se během studia posílila. Vystupovala jako starostlivější a schopnější, začala se zajímat i o to, jak se její obtíže odrazily na dětech. Za tímto účelem pro ně vyhledala psychologickou pomoc.

Diskuse

Kernberg (1986) popisuje celé spektrum odvozených psychodynamických terapií v léčbě hraničních osobností, které jsou složeny z psychoanalýzy, psychoanalytické terapie a podpůrné psychoterapie. Důrazně a jednoznačně doporučuje využití psychoanalytických (to co sám nazývá „expresivních“) technik, zahrnujících interpretaci, zachování technické neutrality a analýzy přenosu. Kritizuje „podpůrné“ techniky. Tvrdí, že přestože jsou široce užívané, eliminují možnost interpretace. Kernberg uznává, že podpůrný přístup může být jednorázově účinný a poznamenává, že někteří terapeuti používají této techniky v počátečních stádiích psychoterapie. Tvrdí však, že tento přístup může být dlouhodobě svazující a nepřináší terapeutickou změnu.

Kontrast mezi zmíněnými dvěma přístupy - expresivním a podpůrným - je zřejmý. Kernberg doporučuje terapeutům interpretovat primitivní přenosy okamžitě na počátku terapie. Avšak Klein tvrdí, že jsou někteří pacienti (nikoliv nutně hraniční) „u nichž interpretace podvědomých skutečností není namístě.“ (1990: 38). Ti pak potřebují terapeuty, kteří mohou vyhodnotit a udržovat dočasnou funkci, umožnit jistou úroveň „terapeutické svobody“, použít neinterpretaci zásahy a podpořit rozvoj ega a důvěry. Paní Jonesová při popisu svých předchozích terapeutů, i její první očekávání vzhledem k mé osobě ukazují, že těmito podpůrnými strategiemi prošla. Všechny zahrnovaly intervenci, reakci a rady terapeutů. Zřejmě nedokázaly udržet stálé, konzistentní a stabilní hranice skutečnosti, které jsou podle Kernberga nutné k „neustálé ostražitosti k možnosti být vtažen do reaktivity pacien-

tových patologických primitivních vztahů“ (1986: 102). Proto pro klienta, u kterého došlo k selhání dřívějších postupů založených na podpůrných technikách, navrhl klasický přístup s interpretací, neutralitou terapeuta a analýzu přenosů. Přestože může tento postup být sporný, když výsledkem byl pocit frustrace a předčasné ukončení, byl jen dočasný, mohl být interpretace vnímány jako razantní a rozčilující. Klientka byla schopna vrátit se a mít prospěch z přístupu, který jsem zvolil. Nemuselo k tomu dojít, kdybych se spokojil s podpůrnou technikou. Dokazuje to však, že mé rozhodnutí použít interpretativní analytický postup, bylo správné.

Přestože náš případ popisuje reakci na psychodynamicky orientované poradenství, a také studie a revize léčby pacientů s hraniční poruchou osobnosti poukazují na přítomnost důkazů o účinnosti psychodynamických přístupů (Stone 1986; Higgitt a Fonagy 1993; Roth a Fonagy 1996; Chiesa a spol. 1996; Millon 1996; Dolan a spol. 1997; Ryle 1997), nejsou tyto důkazy solidní a nezvratné povahy. Roth a Fonagy ve své meta-analýze psychoterapeutického výzkumu poznamenali, že množství dat dostupných k prověření účinnosti psychodynamické léčby je „skutečně velmi limitované“ (1996: 33). Poradci, zvláště ti ve veřejném sektoru, kteří potřebují odůvodnit čas a náklady spojené s psychodynamickou léčbou, jsou spoutáni nedostatkem vědeckých podkladů. Roth a Fonagy uklidňují, že tato absence studií nepředstavuje nutně důkaz proti úspěšnosti těchto terapií, třebaže neumožňuje psychodynamickému poradci cítit se naprosto jistým, že on či ona pracují s důkladně podloženými teoretickými a průkaznými postupy.

Jedinci s poruchou osobnosti však představují důležitý podíl výdajů společnosti (Roth a Fonagy 1996) a jako v námi předloženém případě mají značné psychologické potíže. Vyžadují pravidelnou pomoc ze strany sociálních služeb, zdravotnictví a dobrovolného sektoru. Navíc jejich vzorce neschopnosti pracovat, jejich chaotický rodinný život, zneužívání, sociální a osobní úzkost a rušivý efekt na vlastní děti, mají za následek další růst nákladů. Proto

Roth a Fonagy navrhují, „že by v centru pozornosti vědeckého výzkumu měl být výzkum ekonomického přínosu intenzivní dlouhodobé léčby vážně narušených jedinců s poruchou osobnosti.“ (1996: 214).

Jako odpověď na výzvu zveřejnit doklady o terapeutických a ekonomických přínosech nedávno publikovaly dvě nemocnice s psychoterapeutickým zařízením pro pacienty s poruchou osobnosti své studie, hodnotící účinnost této léčby. Jedna byla provedena v Hendersonově nemocnici, speciální hospitalizační jednotce, která používá metodu terapie v komunitě (Dolan a spol. 1997). Průzkum srovnával léčené a neléčené pacienty s „Indexem hraničního syndromu“ (BSI) (Conte a spol. 1980) a zjistil podstatnou redukci množství BSI u léčené skupiny. Tato studie demonstruje účinnost odborné hospitalizační psychoterapie v oblasti snížení hraničních symptomů během ročního pozorování. Značná část pacientů se vrátila do „běžného života“.

Druhá studie byla vedena v Casselově nemocnici, což je psychoterapeutické zařízení pro poruchy osobnosti a psychoneurotické pacienty (Chiesa a spol. 1996). Výzkum porovnával skupiny před a po léčbě a zkoumal využití zdravotních služeb (zdravotnických, lékařských a psychiatrických), spotřebu léků, cigaret a alkoholu a míru zaměstnanosti. Jejich výsledky ukázaly významné snížení ve využívání služeb v pěti oblastech zdravotnických služeb, podstatné snížení předepisovaných léků a nárůst míry zaměstnanosti. Autoři odhadují, že pomocí hospitalizační psychoterapeutické léčby ušetří celkem 7 423 liber na jednoho léčeného pacienta. I když obě studie mají své metodologické nedostatky, které se zvláště týkají možnosti zobecnit výsledky kvůli relativně malému množství příkladů a slabé symboličnosti, skutečně ilustrují, jak je možné čelit problémům pomocí praxe, která se opírá o evidenci a ekonomické přínosy psychoterapeutického výzkumu.

Závěr

Při stanovení přesné diagnózy, s dobrým vedením a psychologickým chápáním může kli-

ent s hraniční poruchou osobnosti mít z psychodynamicky orientovaného poradenství prospěch. Tato diagnóza nemusí být nadále „odpadkovým košem“ (Gunderson a Singer, 1975) a být považována za nedostupnou pro psychodynamického poradce. Ačkoliv diagnóza byla předmětem mnoha zneužití a polemik, tento případ ilustruje, jak byla konceptualizace klientových obtíží coby fenomén hraniční poruchy osobnosti prospěšná oblastí poradenství a pochopení takového klienta.

Poděkování

Profesoru Robertu Borovi z City University v Londýně a paní Doreen Carterové za jejich pomoc s přípravou této práce.

LITERATURA

- AKISKAL, B. S., CHEN, S. B., DAVIS, G. C., PUZANTIAN, V. R., KASHGARIAN, M. and BOLINGER, T. M. (1985) Borderline: an adjective in search of a noun, *American Journal of Clinical Psychiatry* 46(20): 41-8.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Washington, DC: APA.
- BECK, A. T. and FREEMAN, A. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford Press.
- BION, W. R. (1990) *Second Thoughts*, London: Karnac.
- CHIESA, M., IACOPONI, E. and MORRIS, M. (1996) Changes in health service utilization by patients with severe personality disorders before and after inpatient psychosocial treatment, *British Journal of Psychotherapy* 12(4): 501-12.
- CONTE, H. R., PLUTCHIK, R. and KARASU, T. B. et al. (1980) A self-report borderline scale: discriminant validity and preliminary norms, *Journal of Nervous and Mental Disease* 168: 428-35.
- DOLAN, B., WARREN, F. and NORTON, K. (1997) Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder, *British Journal of Psychiatry* 171: 274-9.
- GALLAHORN, G. E. (1981) Personality disorders, in J. R. Lion (ed.) *Personality Disorders: Diagnosis and Management*, Baltimore, MD: Waverly Press, pp. 74-84.
- GRINKLER, R., WERBLE, B. and DRYE, R. C. (1968) *The Borderline Syndrome: A Behavioural Study of Ego Functions*, New York: Basic Books.
- GUNDERSON, T. G. and SINGER, M. T. (1975) Defining borderline patients, *American Journal of Psychiatry* 132: 1-10.
- HIGGITT, A. and FONAGY, P. (1993) Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder, in P. Tyrer and G. Stein (eds) *Personality Disorder-Reviewed*, London: Gaskell.
- KERNBERG, O. (1967) Borderline personality organization, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15: 641-85.
- KERNBERG, O. (1976) Technical considerations in the treatment of borderline personality organization, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 24: 795-829.

- KERNBERG, O. (1986) *Severe Personality Disorders*, London: Yale University Press.
- KLEIN, I. (1990) Patients who are not ready for interpretations, *British Journal of Psychotherapy* 7(1): 38-49.
- LINEHAN, M. M. (1987) Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: theory and method, *Menninger Clinic* 51: 261-76.
- MALAN, D. H. (1982) *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*, London: Butterworth.
- MILLON, T. (1987) On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: a social learning thesis, *Journal of Personality Disorders* 1: 354-72.
- MILLON, T. (1996) *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*, New York: Wiley.
- PERRY, I. C. and HERMAN, I. (1993) Trauma and defense in the ideology of borderline personality disorder, in I. Paris (ed.) *Borderline Personality Disorder: Ideology and Treatment*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ROTH, A. and FONAGY, P. (1996) *What Works for Whom?* New York: Guilford Press.
- RYLE, A. (1997) *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder*, Chichester: Wiley.
- SIEVER, L. J. and DAVIS, K. L. (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders, *American Journal of Psychiatry* 148: 1647-58.
- STERN, J. (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses, *Psychoanalytic Quarterly* 7: 467-89.
- STONE, M. H. (ed.) (1986) *Essential Papers on Borderline Disorders*, New York: New York University Press.
- TURKAT, I. D. and MAISTO, S. A. (1985) Personality disorders: application of the experimental method to the formulation of personality disorders, in D. H. Barlow (ed.) *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, New York: Guilford Press.
- TYRER, P., SEIVIEWRIGHT, N., FERGUSON, B., MURPHY, S., DARLING, C., BROTHWELL, I., KINGDON, D. and JOHNSON, A. L. (1990) The Nottingham study of neurotic disorder: relationship between personality status and symptoms, *Psychological Medicine* 20: 423-31.
- WINNICOTT, D. W. (1958) The capacity to be alone, in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, London: Hogarth Press, 1965; London: Karnac, 1990.
- WINNICOTT, D. W. (1960) True and false self, in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, London: Hogarth Press, 1965; London: Karnac, 1990.

O autorovi

Andrew R. Arthur, Dr. psychologie, ředitel kliniky, Corecare Ltd., 7th Floor, New Zealand House, 80 Haymarket, London SW1Y 4TE

Poznámka

DSM-IV uvádí, že hraniční porucha osobnosti je převážně diagnostikována (okolo 75 %) u žen a vyskytuje se asi u 2 % celkové populace. 10 % psychiatrických pacientů je léčeno ambulantně, asi 20 % pacientů je hospitalizováno a odhaduje se, že 30 až 60 % klinické populace trpí touto osobnostní poruchou.

Vyšlo v časopise *Psychodynamic Counselling*, 6. ročník, číslo 1, v lednu 2000, s. 31-48. Přeložila Gabriela Chudašová.

Z HISTORIE PSYCHOTERAPIE

Charcot, Janet, Freud a Haškovec

Alena Plháčková

Ve druhé polovině 19. a na počátku 20. století se francouzská psychologie rozvíjela především ve spojení s psychiatrií a neurologií. Jejím významným představitelům Ribot, Charcot a Janet byli lékaři, rovněž Binet pracoval sedm let v nemocnici v Salpêtrière pod Charcotovým vedením. Francouzská psychologická škola přispěla především k rozvoji klinické psychologie a psychoterapie.

Jean Martin Charcot (1825-1893), francouzský neurolog, vynikající lékař a oslňující učitel, působil v nemocnici v Salpêtrière. V letech 1885-1886 u něj 19 týdnů stážoval Sigmund Freud, na kterého Charcotovy slavné prezentace hysterických pacientek ohromně zapůsobily. V jednom dopise své snoubence Martě Bernaysové Freud píše: „Stává se mi, že z jeho přednášek odcházím jako z Notre Dame, plný nových myšlenek o dokonalosti... Můj duch je nasycen jako po večeru stráveném v divadle“ (in Babin, 1994, s. 31). Nemocnici v Salpêtrière navštívil také český lékař Ladislav Haškovec, který zřejmě krátce po Charcotově smrti uveřejnil nedatovaný spis „Profesor Jan Martin Charcot“, kde napsal:

„Poprvé viděl jsem prof. Charcota v úterý jeho přednášce na podzim r. 1892. Za úplného ticha vstoupil do posluchárny sledován asistentem a přednosty jednotlivých laboratoří klinických, interny, hosty a cizími doktory. Prostřední, složité postavy a poněkud shrben, ubíral se Charcot ke křeslu umístěnému v levo na přední straně estrády. Pohled jeho byl chladný, přísný, a známky stáří i dlouholeté práce zaryly se hluboce do vrásek a bledé,

hladce oholené jeho tváře. Avšak chlad i přislost záhy z tváře zmizely, jakmile Charcot v proudu přednášky se octl. Examen předvedených nemocných, jich výpovědi, každý pohyb a pokyn Charcotův tvořily dohromady tak ladný, zaokrouhlený, harmonický celek, že v prvním momentu nemohl jsem se ubránit dojmům „theatralnosti“. Nebyl jsem jediný, kdož v první chvíli dali se strhnouti k úsudku tak nespravedlivému. Ale byl jsem tak šťasten, že máje příležitost s Charcotem blíže se seznámiti, poznal jsem záhy, jak velice jsem se klamal... Čím dále tím více klonil jsem se v neomezené úctě před věhlasem a geniem Charcotovým, obdivuje se jeho vlídnosti, skromnosti a roztomilosti“ (Haškovec, nedat., s. 5-6).

Charcot se zabýval především problematikou konverzních *hysterických symptomů*, k jejichž léčení používal *hypnózu*. Charcot odmítal názor, že je hystérie předstíraná a že jí trpí pouze ženy. Chápal ji jako skutečné onemocnění, jež je projevem degenerativního onemocnění mozku. Neurózu definoval jako „chorobný stav, který zřejmě sídlí v nervovém systému, ale nezanechává na mrtvole žádnou objevitelnou materiální stopu“ (in Sillamy, 2001, s. 77-78).

Na základě svých zkušeností Charcot konstatoval, že mnohé hysterické symptomy ignorují anatomii. Např. hysterická paralýza paže začíná v konečcích prstů a končí náhle přímo v rameni. I když trvá téměř rok, neobjevují se žádné známky atrofie svalstva atd. Charcot dále upozornil na nápadnou podobnost mezi příznaky hystérie a stavy navozenými hypnózou. Pomocí hypnotických sugescí se mu dařilo konverzní symptomy nejen odstranit, ale také navodit. Charcot však odmítal jiná než fyziologická vysvětlení těchto jevů (Charcot, 1873/1981, s. 272-273). O jejich psychologickou interpretaci se pokusili teprve Pierre Janet a Sigmund Freud.

Charcot se dále zasloužil o rehabilitaci hypnózy jako léčebné metody, která byla ve Francii zprofanována na základě výstřelků spojených s „magnetismem“ Franze Antona Mesmera (1734-1815). V roce 1882 přednesl Charcot před členy Francouzské akademie

věd přednášku o hypnóze, díky které ji uznali jako neurologický fenomén, jenž nemá nic společného s magnetismem. Charcot zde rozčlenil hypnózu na tři po sobě následující stavy, kterými jsou **letargie**, **katalepsie** a **somnambulismus**. Dále uvedl, že tyto stavy lze zřetelně pozorovat pouze u osob postižených hysterií - v Charcotově pojetí nervovou chorobou. Proti tomuto pojetí hypnózy vystoupil o dva roky později další vynikající francouzský lékař **Hyppolyte Marie Bernheim** (1840-1919), zřejmě nejvýznamnější představitel konkurenční hypnotické školy v Nancy. Podle Bernheima je hypnotický stav charakterizován zesílením **suggestibility**, které je samo následkem sugescí spánku nebo usnutí. Tento stav lze navodit v podstatě u všech lidí, tedy nikoliv pouze u hysteriků. Vnímavost pro sugesci je ovšem u různých osob dost rozličná (Janet, 1934, s. 19-21).

Z hlediska dějin psychologie je zřejmě nejvýznamnějším Charcotovým studentem **Pierre Marie Félix Janet** (1859-1947), který byl nejen vynikající teoretik, ale také bystrý pozorovatel a citlivý terapeut.

Janet se narodil v Paříži, kde nejprve vystudoval filozofii (v roce 1889 získal doktorát) a pak lékařství (doktorát v roce 1892). V roce 1882 se sblížil s Charcotem, kterého zaujal případ jedné Janetovy pacientky léčené hypnózou. V roce 1889 svěřil Charcot Janetovi vedení psychologické laboratoře v Salpêtrière. Později se Janet stal Ribotovým nástupcem na Sorbonně i v Collège de France, kde byl v roce 1903 jmenován profesorem experimentální a srovnávací psychologie (Souček, 1934, s. VIII).

Podle Janeta sestává lidská mysl z celé řady funkcí, které se vyvinuly v průběhu fylogeneze i během života daného jedince. Janet je rozděljuje do dvou velkých skupin, kterými jsou **nižší automatismy** a **vyšší psychické funkce**, k nimž patří především myšlení a vůle. Zatímco vývojově starší automatické činnosti udržují mysl v chodu, činnost vyšších mentálních funkcí je syntetická. Automatismus jen opakuje; volní činnost a myšlení naproti tomu obsahují vždy něco nového. U zdravých lidí jsou nižší a vyšší duševní funkce v rovnováze. U osob trpících du-

ševními poruchami dominují psychické automatismy, vědomá činnost je omezena (Souček, 1934, s. VIII.-IX).

Janet se jako první pokusil o psychologické vysvětlení vzniku hysterické neurózy, za jejíž hlavní příčinu považoval tzv. **traumatické vzpomínky**. Jedná se o vzpomínky na události, které se lidské psychice nepodařilo asimilovat, tedy přiměřeně zpracovat. Janet popsal tento jev na základě svých klinických zkušeností s několika pacientkami, jež mu v hypnóze vyprávěly o nepřijemných zážitcích provázených silnými emocemi, na které si v normálním bdělém stavu vědomí nepamatovaly. V knize „Psychologické léčení“ napsal:

„Tato ztráta paměti... se často vztahuje na některé události normálního života, jestliže tyto události byly doprovázeny silným vzrušením. Tak např. jedna mladá hysterička vypravovala v somnambulismu¹, že ve věku 13 let byla velmi postrašena objevením se první periody a že se pokusila ji zastavití pohroužením se do škopku studené vody, což skutečně způsobilo zastavení krváčení, avšak vyvolalo zároveň velké poruchy, mrazení a delirium. Vypravovala též v témže stavu, že byla postrašena vidouc starou ženou upadnouti na schodišti a potřísniti schody krví a že jíindy zase byla nucela spáti s dítětem, jehož celá levá polovina obličeje byla pokryta strupy, a že pocítovala celou noc velikou ošklivost a velkou hrůzu. Nebyla-li v somnambulním stavu, zdálo se, že nemá žádné vzpomínky na tyto události. Kromě toho jevila tato nemocná různé neuropatické symptomy, křečovitě krize krátce po počátku periody se zastavením výtoky, mrazením a deliriemi, halucinace, v nichž viděla krev, křeče a poruchy citlivosti na levé straně obličeje, úkazy to, které se jasně zdály býti ve vztahu ke vzpomínkám vyprávěným v somnambulismu. Mé práce z tehdejší doby²

¹ Janet používá termín somnambulismus (v souladu s Charcotovou klasifikací) k označení hluboké hypnózy.

² Janet zde odkazuje na své proslulé spisy „Psychologický automatismus“ (L'automatisme psychologique) z roku 1889 (filozofická disertace) a „Mentální stavy hysteriků“ (L'état mental des hystériques) z roku 1892 (lékařská disertace). Je třeba si uvědomit, že obě tato díla vyšla několik let před Breuerovou a Freudovou „Studii o hysterii“ (první vydání 1895).

obsahují popis četných případů tohoto druhu“ (Janet, 1934, s. 30-31).

Traumatické zážitky jsou podle Janeta nebezpečné tím, že se vymykají osobnosti, která nad nimi nemá žádnou moc. Na jejich zapominání se podílí tzv. **disociace vědomí**, která vede k tomu, že se stanou součástí „**odloučeného podvědomí**“. Nadále jsou však v mysl i se svým citovým doprovodem, což může způsobovat vznik chorobných příznaků. Podle Janeta tento předpoklad potvrzují některé léčebné pokusy: Podaří-li se přivést osobu k vyjádření jejích vzpomínek v bdělém stavu, obvykle u ní dojde ke zmírnění hysterických symptomů. Janet upozorňuje na to, že při vyhledávání traumatických vzpomínek je třeba postupovat opatrně, abychom neobjevili něco, co neexistuje (Janet, 1934, s. 31-32).

Je zřejmé, že Janet ve svém díle anticipoval mnohé Freudovy myšlenky, jehož věhlasu však zdaleka nedosáhl. Lze konstatovat, že prožil svůj plodný odborný život ve Freudově stínu. Nelze se tudíž divit následujícím, poněkud hořkým Janetovým slovům na Freudovu adresu:

„V té době cizí lékař Dr. S. Freud (z Vídně) přišel do Salpêtrière a zajímal se o tuto studii; zjistil skutečnost fakt a uveřejnil nová pozorování stejného druhu. V těchto publikacích pozměnil předně termíny, jichž jsem používal, nazval psychoanalysou to, co jsem já nazval analýsou psychologickou, nazval komplexem to, co jsem já nazýval systémem psychologickým, abych označil onén soubor jevů vědomí a pohybů, buď údů nebo útroh, které zůstávají sdruženy a tvoří traumatickou vzpomínku, pokládala za potlačování to, co jsem já připisoval zúžení vědomí, pojmenoval katarsis to, co jsem já označoval jako disociaci psychologickou nebo jako desinfekci duševní. Zvláště však přetvořil pozorování klinická a léčebný postup s přesnou a omezenou indikací v ohromný systém lékařské filosofie“ (Janet, 1934, s. 32-33).

Autoři učebnic dějin psychologie většinou věnují Charcotovi větší pozornost než Janetovi. Může to být způsobeno tím, že Freud během stáží ve Salpêtrière i po návratu do Vídně otevřeně hovořil o svém obdivu k Charcotovi,

zatímco o setkání se Janetem se - pokud je mi známo - téměř nezmiňoval.

LITERATURA:

- Babin, P. *Sigmund Freud, tragédie nepochopení*. Bratřislava: Slovart, 1994.
Haškovec, L. *Profesor Jan Martin Charcot*. Praha: J. Otto, nedatováno.
Charcot, J. M. (1873) *Leçons sur les maladies du système nerveux*. In Sahakian, W. S. *History of psychology*. Itasca, Illinois: F. E Peacock Publishers, 1981, s. 271-274.
Janet, P. *Psychologické léčení*. Praha: Lékařské knihkupectví a Nakladatelství mladé generace lékařů, 1934
Sillamy, N. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001.
Souček, R. *Psychologické dílo Pierra Janeta*. In Janet, P. *Psychologické léčení*. Praha: Lékařské knihkupectví a Nakladatelství mladé generace lékařů, 1934, s. VII.-XVIII.

„La Stade du Miroir“

Karla Potůčková

Když jsem v roce 1990 s naivností adolescentní dívky v posluchárně č. 332 naslouchala přednáškám staršího pana doktora, netušila jsem, na která více či méně poetická místa mě zájem, který ve mně svými přednáškami a znalostmi o danou věc vzbudil, zavede.

V roce 2004 mě tento zájem přivedl do Mariánských Lázní. Vyzbrojena toliko kusými informacemi o tom, že na 14. kongresu IPA v roce 1936 přednášel svoji imatrikulační řeč o zrcadlení a jeho roli při vytváření jáských funkcí jakýsi Lacan (Pagel, 1999), začala jsem pátrat: Zaujata zjištěním, pokoušela jsem se hledat informace další, dopátrat se něčeho z Lacanovy původní přednášky, co by mi daný problém trochu více osvětlilo, chtěla jsem si rozšířit znalost pracující s pouhými zprostředkovanými daty.

A tak, jak je mým dobrým zvykem, jsem se ve svém okolí začala vyptávat a pouhou náhodou se dostala i k datům ze zcela jiného ranku. Ty mi s ochotou v detailech poskytl již výše zmiňovaný pán, nyní již akademickou

hodností docent. Dozvěděla jsem se, že na tomto kongresu byla přijata česká psychoanalytická obec mezi tu světovou. (Viz také Kocourek, 1992.)

O dovolené jsem se rozjela do Marienbadu a začala v muzeu procházet dostupná periodika. Neboť jak mě s úsměvem tamější architekt ujistil, i v místním muzeu se při různých příležitostech „uklízelo“ a kde nic není...

O výběru místa konání kongresu lze mít mnohé domněnky: Poloha města byla dostatečně výhodná jak pro účastníky kongresu, kteří přijížděli z Vídně, tak i pro ty, kteří se kongresu účastnili z okruhu berlínského spolku. Ne nepodstatnou se jistě jevila, jak se domnívám na základě studia Kurlistů (1936), i finanční dostupnost účasti na kongresu; byl rok 1936 a pro mnohé z účastníků konference bylo jistě prvořadým řešit vlastní existenční starosti z důvodu odchodu do emigrace vlivem politických změn, které nastávaly v Německu a v Rakousku. Město bylo pro většinu účastníků kongresu přístupné i jazykově, vládla zde němčina.

Událost konání kongresu byla pro příhraniční lázeňské maloměsto jistě významnou, přinesla městu nejen hmatatelný ekonomický zisk, mohla ale také zvýšit jeho mezinárodní prestiž a ovlivnit tak jeho návštěvnost v letech budoucích. I když místní tisk Marienbader Zeitung (1936), v té době již značně prořídký orientovaný, událost 14. mezinárodního psychoanalytického kongresu konaného ve dnech 2.-8. srpna 1936 poněkud „nafukuje“ - přidává si na počtu účastníků kongresu (300 osob) - informačně cennými jsou přetisknutý seznam referujících a jmenované oficiální jednací řeči kongresu (němčina, angličtina a francouzština), stejně jako zmínka o konané recepci v jednom z tehdejších luxusních hotelových komplexů. Uváděn je rovněž časový harmonogram konané akce: Přednášky začínaly ráno v 9 hodin a probíhaly do půl čtvrté odpoledne.

V Korrespondenzblattu (1937) se pak dále kromě pravděpodobně skutečného celkového počtu účastníků konference (111 členů IPA a 87 hostů) dozvíme i o důvodech pro přijetí

české společnosti do mezinárodní; jsou otisknuty informace o dění psychoanalytických organizací v jednotlivých zemích mezinárodní psychoanalytické sítě, můžeme se dočíst i o podrobném programu konference, který zahrnuje i glosy jednotlivých přednášek, dodržel-li jejich nositel, jak si redakce vyhrazuje, redakční uzávěrku vydání časopisu. Velmi zajímavou a kompaktní je pak výroční zpráva o organizačně finančních otázkách společnosti.

V Kurlistech se podařilo dohledat tyto významné osobnosti mezinárodního psychoanalytického hnutí (abecedně seřazeno), které se 14. kongresu IPA účastnily. Podle údajů v Korrespondenzblattu uvádím i název jejich referátu:

Brill A. A.: Psychic Suicide in Primitiv and Civilised Races

Balint M.: Eros und Aphrodite. (Zur Sonderstellung der Genitalität)

Fenichel Otto: Zur Oekonomie der Pseudologia phantastica

Deutsch Helene: Ueber bestimmte Widerstandsformen

Spitz Renee: Répétition, Rythme, Ennui. Mécanismes de Defense et leurs Effets

A na závěr: Obsah Lacanovy přednášky, jejíž titul *La Stade du Miroir* podnítl moji zvědavost, badatelské nadšení a aktivitu, mi teoreticky zůstal utajen. Jak uvádí redakce *Korrespondenzblattu* (1937), teze nebyly do redakční uzávěrky dodány. Snad jsem jejím znění přesto porozuměla a prakticky pochopila i její obsah. Inu, kdo ví...

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- Kocourek Jiří: *Horizonty psychoanalýzy*, Psychoanalytické nakladatelství, 1992
Korrespondenzblatt, roč. 23, 1937, str. 164-207
Marienbader Kurlisten, roč. 8/1936
Marienbader Zeitung, roč. 63, 1. 8. 1936, č. 175, str. 4
Pagel Gerda: Jacques Lacan: *Zur Einführung*, Junius 1999

Text je dedikován doc. MUDr. Václavu Mikotovi

Kontakt na autorku: Karla.Potuckova@atlas.cz

Vzpomínka na profesora Milana Bouchala (29. 1. 1925 - 10. 6. 2004)

Stanislav Kratochvíl

Prof. MUDr. Milan Bouchal, CSc. se vytrácel z povědomí odborné veřejnosti poměrně nenápadně. Postupně opouštěl se zdvořilými dopisy na rozloučenou své funkce a svá členství v odborných společnostech, přestal vystupovat na kongresech a konferencích a tiše zemřel v červenci roku 2004 ve věku 79 let. To plně odpovídalo jeho povaze. Působil dojemem skromného člověka v osobním životě i v oblasti psychoterapie, v níž intenzivně a tvořivě pracoval klinicky, výcvikově i výzkumně v pozoruhodné pohodě, bez dramatickosti a úsilí o vnější efekt.

Jeho odchod nemůže psychoterapeutická obec podobně tiše pominout. Milan Bouchal patří mezi zakladatele moravské eklekticko-



integrativní psychoterapeutické školy, jejíž koncepci rozvíjel pod názvem syntetický a diferencovaný přístup. Vnesl do psychoterapeutické praxe autogenní trénink, a to nejprve nižší stupeň, jehož položky modifikoval pro využití ve skupině, a později i vyšší stupeň, jehož fantazijní prožitky využíval jako projektivní materiál pro skupinovou práci. Skupinová psychoterapie byla další oblastí, kterou tvořivě rozvíjel. V roce 1966 založil na brněnské psychoterapeutické klinice terapeutickou komunitu pro neurózy, která nesla některé znaky tehdy populární Knoblochovy Lobče, a vypracoval pro ni teoretický rámec se zavedením výstižných pojmů. Označil ji jako „heteronomní“, protože na oddělení kliniky nebylo možno na rozdíl od „autonomní“ komunity v Lobči skupinově pracovat se všemi pacienty oddělení, ale jen s jejich vybranou motivovanou částí. Skupinovou práci pak obohacoval různými původními technikami, např. tématickou orientací (doplňující orientaci biografickou a interakční), pro niž vytvořil seznam nabízených témat k diskusi, „sezením při svíčkách“, nebo skupinovou diskusi při chůzi během vycházky či výletu, kterou označil jako peripatetickou psychoterapii. Frustraci členů skupiny déletrvajícím mlčením terapeuta, které bylo populární v některých analyticky vedených skupinách, neměl rád. Byl připraven převzít počáteční zodpovědnost za skupinové dění a teprve postupně učit skupinu samostatnosti. Projevovalo se to i ve výcvikových skupinách terapeutů, které vedl. Vzpomínám, jak v prešovském výcvikovém kurzu v roce 1973 odehnal myš, která jeho skupinu obtěžovala. Pomohl skupinové dění rozběhnout a pak se stáhl, připraven znovu zasáhnout, kdyby dynamika vážila. Ve své brněnské terapeutické komunitě navrhl zavést funkci „zlého muže“ (či „zlé ženy“), dbajícího o pořádek a kárajícího či trestajícího nepořádné pacienty, ve které se členové terapeutického týmu měli střídát, aby to některému z nich „nezůstalo natrvalo“. O všem pravidelně publikoval odborné časopisecké stati, a to obvykle s kolektivem spolupracovníků nebo aspoň s jedním či dvěma spoluautory. Články psal snadno, bez chvatu a nervozity. Rád vzpomí-

nám, jak mne pozval, abych s ním na některých spolupracoval. Sedli jsme si v jeho pracovně ke kávě a přátelsky debatovali. Když se zdálo, že nějaká myšlenka dozrála, tak jsme ji zapsali. Článek se vytvářel jakoby mimochodem a dopadl obyčejně dobře. Milan měl také intenzivní zájem psychoterapeutické metody nejen využívat, ale také vědecky zkoumat jejich účinnost. Toto přání si splnil ve spolupráci s pražským Psychiatrickým centrem (zejména P. Baudišem a C. Škodou) v dobře naplánovaném výzkumném projektu na srovnávání tří léčebných skupinových programů pro neurotiky a na zkoumání významu délky jejich hospitalizace.

Bouchalova mnohaletá spolupráce s profesorem PhDr. Robertem Konečným vyústila mimo jiné v publikaci učebnice Psychologie v lékařství, která v letech 1966, 1971 a 1979 vyšla ve třech doplňovaných vydáních a v roce 1974 také v ruském překladu. Byla základní příručkou pro výuku mediků v tomto předmětu, kterou v Brně zajišťovalo jím zřízené Oddělení lékařské psychologie při psychiatrické klinice.

Milan rád učil. Nebyl žádný dramatický řečník, mluvil spíše tiše a nepřilíhl výrazně, jako by si sám pro sebe pohrával s myšlenkami, a nikoho nenutil, aby je sdílel. Sledování jeho přednášek z psychiatrie nebo lékařské psychologie vyžadovalo na straně posluchačů aktivní pozornost. Kdo však vyvinul určité úsilí a přestál se v lavici bavit s kolegy, byl odměněn zajímavými, podnětnými a vtipně podanými informacemi.

Milan byl expertem v oblasti hypnózy. Při hypnotizaci používal tichý nedirektivní uspávací postup s permissivními terapeutickými sugescemi. Při demonstracích pro mediky při tom dokázal předvést s klidnou samozřejmostí nejsložitější hypnotické fenomény. Rád při takové příležitosti zkoumal různé racionalizace nevědomě motivovaného chování, k němuž došlo na základě experimentálních posthypnotických sugescí (poznatky jsme společně zpracovali do anglického článku). Podílel se

aktivně na kroměřížských výcvikových kurzech hypnoterapeutů a od roku 1970 byl po řadu let předsedou sekce pro hypnózu České psychiatrické společnosti.

Milan rád cestoval a byl při tom zcela nenáročný. Při naší společné cestě s Petrem Hájkem autem na mezinárodní psychoterapeutický kongres v Oslo v roce 1973 nám po skončení sjezdu nechal svůj kufřík v autě, sbalil si malý raneček a vydal se sám za severní polární kruh hledat podle Čapkovy „Cesty na sever“ nejsevernější evropskou psychiatrickou léčebnu.

Milan dovedl také výborně přispět ke společenské zábavě, mj. i hrou na kytaru nebo na klavír. Dovedl hrát k písničkám na přání i preludovat „jenom tak“ nebo provokovat k tanci divokým rytmem, měl smysl pro jemný humor (byť někdy i trochu morbidní), dovedl vyprávět vtipy a skládat vtipné písničky či básničky přátelům k různým příležitostem. Sbíral i vymýšlel anekdoty o psychiatrických pacientech a psychiatrech, o čemž svědčil i nenápadný svazek s názvem Psychoanekdoty, který by byl ušel pozornosti odborné veřejnosti, nebýt podrážděné reakce profesora Vondráčka, který se cítil jednou adresnou anekdotou dotčen a žádal její „odvolání“ v Československé psychiatrii. Doplněné vydání vyšlo v roce 1998 pod názvem „Moudrosti bláznů“ a o rok později následovaly Bouchalovy autobiografické příběhy „Cesta do hlubin psychiatrovny duše“.

Milan byl oblíbený u pacientů, studentů, kolegů i svých podřízených a také u žen. Jistě se na tom podílela jak jeho vtipnost, tak také slušnost a tolerance, které se odrážejí i v jedné typické rýmovačce z jeho poslední zmiňované knížky:

*Když to žena už
dělá s nechutí,
tak ji slušný muž
k tomu nenutí.*

Chybíš nám, Milane.

ROZHOVOR

Koupání je radost

Rozhovor Jaroslava Skály s Honzou Kobylkou

Poznámka na vysvětlenou: Kdesi jsem se před Jaroslavem zmínil, že budu mít brzo jubileum, už se totiž skoro 50 let celoročně koupávám v řece. On mi nabídnul, že spolu uděláme na tohle téma rozhovor. Sešli jsme se na Hájence v Třebotově 23. srpna 2004, zde je přepis.

JS Honzo, vítám tě. Máš nějakou představu o tom jak rozhovor pojednat, jak to udělat?

JK Nemám, nijak jsem o tom nepřemýšlel, snad...

JS Tak řekni nějaké návrhy...

JK Mohl by to třeba být příběh v příběhu. Jaroslave, mohl bys začít tím, jak jsi běhal, jak jsi jezdil na kole, jak jsi vlastně celý život zdůrazňoval význam pohybu a do tohoto tvého příběhu pak vložit ten můj...

JS Také by to tak šlo...

JK Také zvažme, zda nedat do úvodu trošičku teorie o trvalých rysech osobnosti a proměnlivosti aktuálních stavů. Víme oba, že osobnost téměř nelze měnit, aktuální stavy ano.

JS To je pravda, ale rozsah by měl být 2 až 3 stránky. Já jinak tvoje slova vítám, ale chtěl bych zdůraznit jedno: desítky let pracuji s pacienty a s budoucími terapeuty a zjišťuji, že je to velice řídký jev, spíše bílá vrána, když výcvikový terapeut má chuť se hýbat a zatahuje své klienty do pohybových aktivit, protože je rád sám provozuje. V tomto ohledu jsi mne, Honzo, upoutal už před mnoha lety. Ráno po rozcvičce, po protažení těla, po pohybové

zátěži se chodíš vykoupat. Prostě, když jsem tě viděl rok za rokem, jak se vytrvale chodíš ráno koupat, začalo mě to zajímat. Sděl mi prosím tě historii, jak ses k tomu dostal? Pro mne bylo po celý můj život ranní koupání výjimkou, pro tebe ale pravidlem. Řekni o tom něco.

JK Je to velice prostý příběh. Začalo to v roce 1954, bylo mi 14 let. Končil jsem základní školu, prázdniny utekly, ale bylo pořád dál nádherné počasí. Mně začínaly další povinnosti až 15. září, a tak jsem se pořád dál i po skončení prázdnin chodil koupat.

JS To bylo na Zbraslavi? Chodil jsi do Vltavy?

JK Ano, to bylo na Zbraslavi, chodili jsme se s klukama koupat do Vltavy.

JS Jak jsi to měl daleko k vodě, k řece? To jsi běžel?

JK Od nás shora? Tak jeden a půl až dva kilometry. V té době ještě nestála Slapská přehrada a Vltava byla daleko teplejší než je teď. Tehdy, a to si jistě pamatuješ, byla celá Vltava v létě obležená, od Smíchova až k nám na Zbraslav, všude na březích leželi lidi.

Tenkrát v 54. roce byl teplý podzim, byly nádherné dny a tak jsem se dál koupal, celé září, celý říjen a pokračoval jsem až do podzimu a do zimy. Bylo to jednoduché: to léto jsem se prostě nepřestal koupat. Chodit k vodě jenom o prázdninách a jenom, když svítí sluníčko, je pouhá konvence, nic víc. Když není hodně teplo, tak k vodě téměř nikdo nejde.

JS To ti bylo 14 či 15 let, ale já jsem tě poznal... kolik ti to bylo let? To bylo v roce 1974, když jsi začal svůj výcvik v komunitě. Tam ses také koupal?

JK Samozřejmě. Pokud jsme měli soustředění v místě, kde to bylo možné, tak jsem se chodil koupat. Kde to možné nebylo, tak tam to

prostě nešlo. Třeba rád vzpomínám na soustředění u Jitky Shánilcové v Blatné, tam je řada pěkných rybníků.

JS Nepamatuješ si, zda ses mne snažil ziskal, abych se koupal s tebou?

JK Mám dojem, že jsi v té době už neběhal... (Jaroslav v pozadí protestuje a tvrdí, že v té době ještě běhal). Proč mluvíš o běhání? Je nutné objasnit ještě jednu podstatnou věc. Já jsem jako kluk intenzivně sportoval, dělal jsem kanoistiku a v rámci tréninků jsme také hodně běhali. A brzo jsem zjistil, že když jsem po tréninku ale zvláště po běhu hodně prohřátý, vlézt do řeky je velmi snadné. Je to vlastně taková „aktivní sauna“. Když je člověk prohřátý, pak není těžké koupat se kdykoliv. I když mrzne.

JS To bylo v roce 1974 a těch dalších pět let výcviku. Pak jsem se s tebou zase setkal, když ses stal členem výcvikového týmu nově zakládané komunity. Zde už jsi nebyl frekventantem, ale výcvikovým terapeutem. Napadlo tě získávat pro koupání i vaše frekventanty?

JK Samozřejmě jsem je lákal. Tohle je ale hrozně závislé na tom, kde probíhá soustředění. Např. první soustředění v první komunitě bylo...

JS Na Malé Skále.... (dodává Jaroslav pohotově).

JK Ano. Jizera, ta byla krásná, ta má energii, běhali jsme dolů k řece, ano, tam už se někteří přidávali...

JS Ty jsi jako lektor už ve 4. výcvikové komunitě, každá trvá pět let. Kolik tak lidí zabere, kolik se jich k tobě přidá?

JK To je různé. Zpravidla to jsou tak tři muži, kteří sportují. Někdy, ale spíše výjimečně se přidá i několik žen. Hodně samozřejmě záleží na místě, na ročním období a na počasí. A také samozřejmě na koterapeutech. V Jedlové, v Orlických horách, kde míváme v posledních letech většinu soustředění, je nádherná

řeka, jmenuje se Bělá. Tak té neodolala ani Hanka Boháčková (snad nebudu indiskrétní, když prozradím, že je to bývalá horolezkyně) a přidala se. A svým příkladem strhla i další, posléze nás chodilo téměř pravidelně šest až devět z dvaceti čtyř.

JS Na Malé Skále a v Orlických horách to bylo dobré, ale my jsme střídali místa a střediska. Kde se ti tak nejlépe dařilo?

JK Už jsem zmínil Bělou v Orlických horách. Není sice na plavání, ale má ohromnou energii, je to čistá horská voda. Také jsme byli několikrát ve Sloupu v Čechách. Tam je pěkný čistý rybník, spíše horské jezero, tam se navíc i krásně plave. A těsně u propusti nezamrzá ani v zimě, není potřeba sekát led. Opačný a spíše smutný případ byl Radonín, tam jsme byli několikrát, v zámečku, v dětském domově. Tam není ani potok, tam to prostě vůbec nešlo. A bez koupání, bez koupání to skutečně není ono.

JS V Lojovicích to taky nejde. Tam také nic není...

JK Dvakrát jsme také byli u Sázavy, tam to šlo, ale voda v Sázavě není příliš dobrá, je bez energie, je trochu mrtvá, mdlá, trochu jako zvětralé pivo. Jednou jsme také byli na Berounce v Srbsku, tam jsi měl dokonce sen, který se týkal právě koupání.

JS Ano, tam jsem měl komunitní sen... patří k těm řídkým komunitním snům. To jak jsi povídal o svém koupání, to je historie, to jsou fakta. Co bys řekl, aby se čtenář, až si tenhle rozhovor přečte, k tobě přidal. Aby si řekl: Budu se také koupat jako Honza Kobylka! A co bys doporučil, kdyby se někdo zlákat nechal? Takové nějaké základní body, nějaké patery či desatera. Když prostě výcvikový terapeut vede své frekventanty po protažení těla do studené vody, jaká bys řekl pravidla?

JK To nevím, jestli svedu patero či desatero, takhle jsem o tom zatím nepřemýšlel. Mně se to zdá jednoduché. Ráno před rozcvičkou

se obléknu o trochu tepleji, než vyžaduje roční doba (první bod z jakéhosi desatera), pak dostatečně intenzivně cvičím, abych se skutečně rozhýbal (druhý bod do desatera), pak dostatečně dlouho běžím, abych se skutečně zahřál a zpotil (třetí bod z desatera) a pak už je to jednoduché. Přiběhnu k řece, rychle se svléknu, vykoupu se, rychle se utřu, zase obléknu (po vychlazení se vydatnější oblečení hodí) a potom zase běžím. Pravidlo zní: nestát, neokounět, pořád se držet v pohybu, prostě nevychladnout (čtvrtý bod z pomyslného desatera). Za těchto okolností je koupel velice osvěžující, intenzivní svěžest přetrvává několik hodin. Je to velice energizující, je to dobré předznamenání dne.

JS To znamená, že při výcvikovém soustředění to má na tebe vliv během celé ranní komunity a ještě to zasahuje do práce skupiny?

JK Já bych řekl, že to trvá tak do jedenácti až do půl dvanácté. Cítím se prostě velice svěží, jsem výkonný, produktivní...

JS Myslíš, že to zkvalitní práci s komunitou, se skupinou?

JK Já bych to takhle nezužoval. To je jedno, co děláš, jestli skládáš uhlí, děláš na projektu nebo pracuješ se skupinou. Obecně je to o energii, o bystrosti, o nasazení, o radosti... Naprosto jasně rozlišuji tuhle ranní svěžest od stavu na konci dne, když jsem upocený, mdlý... Po takové koupeli to je prostě jiné tělo, jiná hlava, prostě naprosto úplně jiný aktuální stav.

JS Ano, rozumím ti.

JK Ale já bych se ještě vrátil k té zmíněné konvenci. Proto jsem také chtěl mluvit o aktuálních stavech o nichž oba dobře víme, že je můžeme relativně snadno ovlivňovat různými prostředky. To je totiž podstatou toho, co lidi nechápu nebo v čem já nechápu lidi, proč si to nedopřávají: každý z nás přece ví, že když se vykoupeme v řece, když vylezeme z vody, tak jsme výrazně osvěženi. Já si už od dětství

tenhle pocit jasně pamatuji, mám ho někde hluboko v sobě, a když to úplně zjednoduším: pro mne koupel prostě znamená svěžest. A po ránu, když se člověk proběhne, je prohřátý a pak vlez do studené vody, pak je to přímo šok. Ale velice příjemný a zdravý šok. A jak jsem již řekl, je to jednoduché, princip je stejný jako v sauně. Nic na tom není. Pouze zdrojem tepla nejsou nějaká kamna, ale tvůj vlastní pohyb. Proto tomu říkám „aktivní sauna“. Možná by to chtělo vymyslet nějaký výstižnější název.

JS Dobře Honzo, to jsou zisky. Ale za ně se také něco platí. Jak dlouho zůstaneš ve vodě, aby ty zisky přišly?

JK To samozřejmě záleží na vnější teplotě a teplotě vody, ale nevíce záleží na tom, v jakém jsi stavu, jak se momentálně cítíš. Zpravidla je to tak, že přiběhnu, svléknu se, samozřejmě je lépe se koupat nahý, vlez do vody a když je to v létě a voda to umožňuje, tak si zaplavu. Tak 20 až 25 metrů. Pak vylezu, trochu se znovu proběhnu, znovu si trochu zacvičím a vlezu tam ještě jednou. Když je zima, je například 19° pod nulou a fouká vítr (což se vyskytlo už několikrát), tak je to jiný. I za tu chvíli, než se člověk svlékne, je docela řádně „vychlazený“, vydržím tak půl minuty, minutu ve vodě, pak vylezu, rychle začnu cvičit, abych se zahřál, pak tam zpravidla vlezu ještě jednou. Prostě se to mění během roku a hrozně záleží, jak je člověk vyladěn a jak je prohřátý. Pokud je prohřátý dobře, je to velké potěšení i za mrazu. (Samotný suchý mráz nevádí. Zdaleka nejhorší je kombinace: hodně vlhký vzduch - teplota kolem nuly - silný vítr. Pak je pod vodou výrazně tepleji než venku na větru.)

JS Já tě vídám během těch soustředění jak se vracíš z koupele, já to tam opatrně obcházím... Měl jsi během těch let někdy nějakou příhodu, poruchu, něco co se vloudilo, něco nežádoucího?

JK (Oba se smějeme.) Někakou poruchu, úraz či dokonce ujímání? To ne, koupání je prostě

radost. „Poruchu“ v uvozovkách mám pouze tehdy, když na tom místě, kam obvykle chodím a nebo kde je dobrý vstup do vody, někdo je. Rád se koupu nahý a tak potom musím běžet jinam, lézt do vody na obtížném místě nebo dokonce tam, kde je bahno. Takže poruchu v pravém slova smyslu ne. Jedině oblékání, když hodně mrzne, je trochu náročnější. Než se stačíš obléknout, zebou ruce. To jediné. Je dobré mít rukavice, ale v rukavicích se člověk neoblékne. To však brzo přejde. (Co překáží, je něco úplně jiného. Při celoročním koupání velice vadí čumilové či tzv. „oblečení kibicové“. Pokud se koupají všichni, pak je to jiné. Každý má zpravidla dost starostí sám se sebou, se svým oblečením, resp. se svou nahotou a na očumování a kibicování mu nezbývá.)

JS Trochu z jiného soudku, taková diference: děvčata se koupou víc, nebo kluci? Jak to vypadá?

JK Děláme různé výcviky, celoroční koupání do nich často zařazujeme, v zimě samozřejmě sekáme otvor do ledu.... Občas se zdá, že ženy jsou statečnější, muži častěji trochu více váhají. Ale hodně záleží na celkové sestavě účastníků a na převažující atmosféře ve skupině. (I zde hrají velkou roli sociálně vlivní jedinci, ti určují celkovou orientaci skupiny.)

JS Otvor do ledu jsem tě viděl sekát na Sá-zavě...

JK Ještě se vrátím k tvému dotazu na neho-dy. Za celá ta léta, a různé výcviky děláme už od roku 1976, se nám staly dvě drobné pří-hody. Při svlékání a oblékání není dobré stát rovnou bosýma nohama na ledě (další z bodů pro případné desatera). Nosím proto s sebou dva ručníky, jeden normální na utírání a jeden malý pod nohy (další bod do desatera). Bylo asi 9° pod nulou a jedna holka, taková velice útloučká, křehká, si nevzala s sebou nic pod

nohy, a stála rovnou na ledě. Trošku jí zbělel na jedné noze malíček, tak jsme jí ho rozmasí-rovali a bylo všechno v pořádku. Druhá přího-da byla spíše humorná. Také to bylo v zimě a šlo o takovou značně korpulentní paní. Lez-la do toho vysekaného obdélníku v ledu, dolů to šlo dobře, nahoru jsme jí museli trochu po-máhat. A když jsme jí vyťahovali, tak se o drs-ný okraj ledu trochu odřela na prsou. Ale hroz-ně se jí to líbilo. Ne to odření, ale koupel jako taková. Dodneška, a je to už šest či sedm let, se celoročně koupe. Je to její nové hobby. Tak-že to byly za celá ta léta takovéhle dvě drob-nosti. I lidé bez jakéhokoliv tréninku, když jsou dostatečně prohřátí, vydrží všechno (dobře prohřátí by mělo být na prvním místě v pří-padném desateru).

JS Honzo, mám dojem, že jsi řekl to pod-statné. Nám, autorům tohoto kratičkého člán-ku, jde o to, čtenáře získat na naši stranu. Co ještě bys chtěl dodat? Jak bys to ukončil?

JK To poselství je velice prosté: téměř všichni máme možnost se ráno rozhybat a proběh-nout tak, abychom se trochu zpotili a pak si mohli s chutí dát studenou sprchu (lepší je po-lévat se z kýblu, ochlazení je prudší). A pokud je možnost, pak raději vlézt do řeky či rybní-ka. Je to ohromná radost.

JS Dobře myšleno, uvidíme, jestli to u čte-nářů zabere. Byli bychom rádi, kdyby nám sdě-lili vlastní zkušenosti. Honzo, děkuji ti, že sis se mnou popovídal. Já jsem nikdy neměl odvahu na tu studenou vodu jako ty, ale aspoň jsem si řekl, že toho statečného přivedu k tomu, aby to zpracoval literárně. Děkuji ti.

JK Já také děkuji. Ale Jaroslave drobnou poznámkou na závěr: Vůbec nejde o odvahu, je to jen otázka konvence. Hrozně ses šidil....

JS i JK (společný smích).

RECENZE

Co když nestačí obejmout své vnitřní dítě aneb O kurzech a jedné knize Dvořák, L. (2004): *Obejměte své vnitřní dítě*. Praha: Portál

Jiří Šupa

Začal bych poslední větou na zadním přebalu knihy, tedy té části, která má člověka nakupujícího informovat a nalákat: „Knihu uvítají čtenáři zajímající se o osobní růst a o vyléčení citových ran.“ Ano, věřím, že právě takoví čtenáři jí opravdu uvítají, neboť tato kniha je knihou pracovní - nalezneme v ní řadu návodů, jak pracovat sám se sebou formou imaginativních, arteterapeutických, šamanských a psychoterapeutických technik. Autor nás v knize seznamuje s různými „stavy“ vnitřního dítěte - šťastným, radostným, kreativním a také se zraněným a zakletým dítětem, rozhněvaným a stydícím se. Nabízí návody jak zraněné dítě vyléčit, jak prolomit zakletí, jak proměnit svůj životní scénář. Kniha se narodila ze zkušeností, které autor nastřídal během pořádání svých kurzů se stejným názvem a obsahem.

V knize je použit zajímavý přístup ke čtenáři/čtenářce - přímé oslovení, tykání, dialog. Velmi sympatické se mi jeví střídání rodů - mužského a ženského. Jazyk odpovídá obsahu - věty nesené často laskavým a také jakýmsi „všeobjímajícím“ tónem (a také „dětské“ ilustrace) mohou navozovat regresivní stavy (alespoň mně navodily), stejně jako určité „filosoficko-new-ageovské“ pasáže a plytkost psychologického a psychoterapeutického podkladu zařazují knihu mezi publikace populárně-naučné.

Pojem „vnitřní dítě“ si autor „vypůjčuje“ z transakční analýzy, stejně jako i mnoho dal-

ších jako „vnitřní dospělý“, „vnitřní rodič“ či „vnitřní kritik“. Ostatně je toho mnohem více, co si „půjčuje“ odtud i z různých jiných terapeu-tických směrů a technik (např. přístupu V. Satir, KBT). Někdy se mi však zdá, že si autor poněkud upravil jejich výklad a tak opustil původní teorii TA. Přijde mi, že „vypůjčky“ z terapeu-tických poliček nevrátil zpět v takovém sta-vu, v jakém si je vybral. Na některých místech je dokonce možná „pošramotil“.

Konkrétně Berneho Dospělý je představen jako pan Počítač, „který racionálně vyhodno-cuje situaci kolem sebe a logicky volí nejlepší variantu. City se ho netýkají, ty zůstávají dítě-ti“ (str. 113). Pan Počítač je pak vyložen jako pojem V. Satir, jako „nezdravý způsob reakce na stresující situaci“ (str. 113). Přičemž je poté uvedena její definice, že dospělý je zdravý tehdy, když „dokáže brát do úvahy v každé situaci jak věcnou stránku, tak svoje pocity i pocity druhých“ (str. 113). Nejsem si jistý, jestli to pan Berne myslel tak, jak to vykládá pan Dvořák, a jestli já oba dva chápu správně tak, jak to mysleli. Zalistoval jsem v knize „Jak si lidé hrají“ a našel toto: „Dospělý zpracovává potřebné informace a odhaduje možnosti, které člověk potřebuje k tomu, aby mohl účinně jednat se světem“ (str. 26). Berneho dospělý (tak jak jsem to pochopil) je možná věcný, ale nepříjde mi takový, jak je vyložený panem Dvořákem - chladný a počítačový. O správné pochopení toho, jak to kdo myslel, se lze jistě přft.

Co mi na této stránce však ještě a určitě vadí, je to, že Berneho koncept „dospělého“ je doprovázen informací, že „Berne prý žil poměrně uzavřený a nešťastný život - netroufal si jít do opravdu vřelých a vyživujících vztahů“. Tak toto mi přijde jako bulvár, který může znevažovat Berneho práci. A co si s tím čtenář počne? Tak sám pan Berne to nedokázal a nám radí, jak to máme dělat....

Dále mě překvapila věta: „E.Berne se domníval, že poselství rodičů jsou v nás napevno nahaná jako na magnetofonovém pásku a nelze je změnit.“ Jednou z častých vět, kte-rou jsem slyšel od transakčního analytika, byla, že „změna je možná“ a sám Berne píše: „...jest-

liže je dítě v jedinci rozhárané a nezdravé, může to mít neblahé následky, ale s tím se dá vždycky něco dělat." (str. 25).

Naopak mi přijde zvláštní, že pan Osho (podvrátit citovaný - na stranách 91 a 168) je představen jako „bláznivý filozof a trochu nemravný světec, který žil v Indii“, když Osho si žil delší část svého života v Americe, kde vytvořil silnou sektu, obklopil se bohatstvím a doporučoval různé techniky, které dovedly některé členy do psychiatrických léčeben (i takto se dá podat ve zkratce život pana Osha, doplňují na vyváženou ke slovům „trochu nemravný“ - více Reflex z 26. 4. 2001: Causa Osho nebo http://druidova.mysteria.cz/UVAHY_A_ZAMYŠLENÍ/OSHO).

To, že se v této knize vyskytují Berne a Osho dohromady, není náhodné, naopak. Je to pro tuto knihu (a některé další z podobného rámu) „symptomatické.“ Ukazuje na vzrůstající fenomén propojování psychologie, psychoterapie a tzv. new-age, který se projevuje v pořádání různých kurzů typu „namalujte svůj sebeobraz“, „poznejte své vnitřní zvíře“, „chráňte svoji energii“ či „práce s auroou a mandalou“.

Jisté pasáže zní přesně jako new-ageovské příručky, jak zacházet se svým životem např. afirmativní sdělení v rámečkách typu: „Když přijmeš a oceníš energii svého vnitřního dítěte, můžeš se těšit z jeho radosti a tvořivosti. Když přestaneš žít v bolavých vzpomínkách na minulost nebo ve strachu z budoucnosti, tvá přítomnost se zbaví nočních můr a obav a ty konečně budeš moci žít!“ (str. 39) (uť, už jste také četli knihu „Základní učebnice štěstí“ od B. Truhlářové?). Nebo: „Řekni si: Otevírám dveře své kreativitě a činorodosti“ (str. 139). Jak jednoduché, že?

Jiné pasáže čerpají z terminologie a teorie TA, jak už jsem naznačil výše (např. „citová nádrž“, „pohlazení“, „životní scénáře“, „svolení“, „zákazy“) a další z jiných směrů a technik („myslím, že celkově jsem schopný používat všechny 4 síly ega. Chceš to na procenta? Tak 80, 60, 60, 80...“ (str. 122) (KBT?). Nemohu se ubránit dojmu, že snaha podat čtenáři pouze jen „nezbytné“ kousky psychologické teorie jej obírá o určité pochopení „zázemí“.

Ale asi tak to v této literatuře (populárně-naučné) má být. Čtenář má hlavně pochopit, co má udělat a jak se změnit a nemusí kvůli tomu studovat, kdo to kde a jak psal. A takto je obsah podaný výborně a působivě - populárně a naučně.

Někdy však může „zaneřadit“ jazyk člověka a jeho vztahování se k sobě pomocí slovních spojení jako „emoční termostat“ a „mixážní pult“. Autor tím míní vnitřní nastavení vnímání vnitřních a negativních zážitků a to, jak si s jejich poměrem nevědomě „pohráváme“. Nač taková slova? Asi aby se s tím člověku snadno zacházelo. Nakreslí si rafičku, jak „to“ má asi nastavené a pak si „to“ posouvá.

To, že se v této knize vyskytuje „pel-mel“ technik a přístupů také není náhodné. Domnívám se, že eklektické čerpání z různých stylů práce s lidmi je normální pro pořádání takových kurzů, kam se hlásí lidé, kteří „se zajímají o svůj osobnostní růst a o vyléčení citových ran“. Ovšem takové kurzy se pořádají s různým stupněm profesionálního přístupu a různým stupněm „bezpečnosti“ pro účastníka. JE to něco jako terapeutická práce a přece není... Proto mi přijde od pana Dvořáka velmi profesionální, že na mnoha stránkách své knihy upozorňuje na bezpečí a doporučuje zpracování s terapeutem (str. 104, 116 a další) a na s. 64 a s. 155 pěkně odhaluje nebezpečí těchto kurzů obecně. Přesto si dovedu představit další nebezpečí, které „hrozí“ lidem, kteří se pouštějí do hlubin svojí duše bez psychotherapeutického rámce. Neboť takové kurzy pořádají a vedou lidé, kteří nejsou psychologové nebo terapeuti (neříkám, že mít diplom a terapeutický výcvik za sebou znamená všechno, ale...), a kteří nemusí být dostatečně připraveni na práci s druhými lidmi.

Velmi mě zaujala pasáž, která přibližuje atmosféru kurzu, podávám ji zkráceně (str. 115): „Byl třetí den kurzu ráno, seděli jsme venku ve stínu pod stromy na karimatkách. Povíдали jsme si o věřejším programu o zraněném dítěti a o tom, co to v každém z nás oslovilo. Lidé mluvíli velmi otevřeně o hodně těžkých věcech. To nakonec přimělo k řeči i Táňa... (Táňa povídá o nějaké své potíži)... Na chvíli musela pře-

stat, z očí jí tekly slzy a potřebovala se nadechnout a vysmrkat. Okamžitě se k ní natáhlo několik ochotných rukou s papírovými kapesníky a její souseď ji pevně objal kolem ramen. Díval jsem se na ni a podobně jako všichni v kruhu jsem s ní sdílel tíhu toho, co v sobě po ty roky nesla (...). Poprvé po čtyřiceti letech života se toho odvážila a bylo na ní vidět, jak je to pro ni nesmírně těžké. Byl to zvláštní pohled na odkrytí dávné bolesti a současně hluboké otevření, které konečně může vést k vyléčení staré bolesti“.

Kurz je vykreslen jako „pohodové místo“ (ve stínu pod stromy), „prostor pro otevření“, kde se člověku dostává pomoci, ve formě sdílení intimních a těžkých „věcí“. Co se mi však nezdá, je za prvé „to nakonec přimělo k řeči i Táňa...“ Jaké „to“? Možnost hovořit? Pociť, že když nic neřeknu, tak nebudu držet „partu“? Pociť „tady můžu“, tady mi budou rozumět? Nátlak skupinových norem? A za druhé: tvrzení, že takovéto „hluboké otevření“ „konečně může vést k vyléčení staré bolesti“ - nevím, jestli má autor ověřené, že po kurzu si Táňa na základě svého hlubokého otevření vyřešila svoje potíže a „rána se zacelila“. Opravdu to stačilo? Přijde mi to poněkud zavádějící, příliš lákavé.

Jako čtenáři, který chce na sobě pracovat více, mi vadila nedostatečně zpracovaná literatura. V textu jsem se setkal s několika jmény, ke kterým nebyl přiřazen odkaz na knihu - např. C. G. Jung (str. 30), nebo s tituly, které byly uvedeny v textu, ale už ne v přehledu např. Glasser - Terapie realit (str. 162). A kam se poděl E. Erikson ze strany 121? Také bych čekal více odkazů. Kniha by tak mohla být o kousek přehlednější a rozvíjející.

Poselství knihy, tak jak jsem ho pochopil, je ukázat čtenáři/čtenáři, jak může být setkání s „vnitřním dítětem“ prospěšné, jak to oživuje a léčí, když obnovíme kontakt se svojí „dětskou“ stránkou, jak se člověk může uvolnit ze „strnulé“ dospělosti, pracovního kolotoče a být více jako dítě - svobodné, překvapené, překvapující, tvořivé. („Budte svobodní“ - toto bývá často poselství literatury new-age, přičemž není moc vysvětleno, co se tou svobodou míní.)

A možná právě proto se mi zdá, že si to autor „vyřizuje“ s Berneho dospělým, který mu symbolizuje logickou, ekonomickou, konzumní šed každodenní práce, která často nenaplňuje smyslem a tak vybízí k „osvobození“ a „léčení“ a tvořivému „dětskému“ bytí. Člověk si přece může dovolit více hrát a prožít uvolnění, jak s pomocí knihy, tak pravděpodobně ještě více na kurzech. Jen mě tak napadá, že nestačí jen obejmout své vnitřní dítě, ale je zapotřebí si také potřást ruku s dospělým a s úctou pozdravit svého rodiče, aby byl člověk celý.

Myslím, že taková kniha může přinést svoje „ovoce“, může pomoci, může nasměrovat - minimálně do kurzu, nebo snad i k psychoterapeutovi. Dovedu si představit, jak prožitkově přínosné mohou být takové kurzy i to, jak může na takovýchto kurzech dojít k poškození. A tak bych ocenil více pochopení pro „dospělého“, který se musí o „dítě“ starat a dávat mu hranice, jinak by se taky dítě mohlo ve své svobodnosti a kreativitě „utopit“.

Od strany 167 nám autor nabídne pár imaginací, které se trochu odklánějí od „dětských“ témat. Např. „Mé osobní zvíře“, které má symbolizovat podstatnou část nás samých. A máme si klást otázku: „Jak by se v této situaci cítil Silný Jelen (Bystrý kamzíř). Jak by se asi rozhodl?“ (str. 173). A tam se také dozvídám informaci, že „negativním pojmenováním se bráníš využít důležitou část své životní síly“. Takové „obecné“ informace zaznívají v mnoha „příručkách štěstí“. Mají být slyšet společně se jmény E. Berne či V. Satir?

A fenomén „kurzů“? Jsou užitečné? Nebo slouží lidem, kteří se snaží neustále a nekonečně seberealizovat? Někdy z takových kurzů lidé odjíždějí naplnění nebo šťastně vyčerpaní. Někdy však ne. A co s tou hromadou literatury mezi new-age a psychoterapií, která stále narůstá? Je to dobrý sluh nebo zlý pán? Na co poukazuje tento „symptom“?

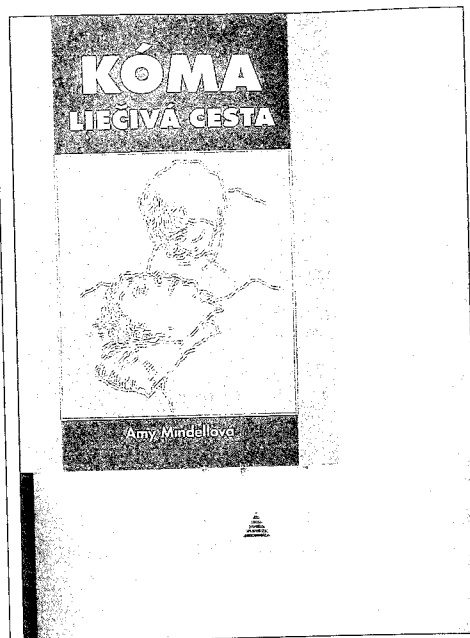
P.S. Když pší o „takovýchto kurzech“, neházím všechny kurzy do jednoho pytle. Neznám kurzy pana Dvořáka. Jen se zaobírám tím, co píše a rozvádím.

Pro práci s lidmi v kómatu

Amy Mindellová: Kóma: Liečivá cesta.
Bratislava: Spoločnosť 7 plus s.r.o.,
2004, 186 s. (Z angl. originálu
Mindell Amy: Coma, A Healing
Journey: a guide for family, friends
and helpers. Portland OR: LaoTse
press, 1999 preložili Z. Šebestová,
M. Takáč, A. Vanyová).

A. Heretik, sr.

Procesorientovaná psychoterapia (POP) sa okrem klasických indikácií púšťa i do oblastí, ktoré ostatné smery prehliadajú, alebo nepokladajú za významné (napr. experienciálna práca s telesnými symptómami, ale i sociálny aktivizmus, vodcovstvo a pod.). Najväčší ohlas však priniesla POP práve práca s komatóznymi a umierajúcimi pacientmi. V Čechách už vyšla kniha zakladateľa POP Arnolda Mindella Kóma-Klíč k probuzení (nakl. T. Janečka, Brno 1994). Ide o dielo viac esejistické, ktoré dáva prácu s komatóznymi a umierajúcimi ľuďmi do širšieho kontextu POP a je ilustrované niektorými autorovými kazuistikami. Kniha jeho manželky a spolupracovníčky Amy si kladie vyššie ambície byť skutočným sprievodcom ku praktickej práci s komatóznymi pacientami pre pracovníkov pomáhajúcich profesií, príbuzných a priateľov. Kniha má aj svojou štruktúrou charakter manuálu - okrem súhrnu medicínskych informácií o etiológii a fenomenológii komatóznych stavov, podáva návody ako začať prácu s komatóznymi ľuďmi a na intenzívny tréning v týchto zručnostiach. Je písaná ako programovaná učebnica so súhrnmi, popisom jednotlivých krokov a cvičení, doplnená 72 ilustračnými kresbami. V súlade s koncepciami POP si autorka uvedomuje význam subjektívnych zážitkov človeka, ktorý pracuje s komatóznym pacientom, jeho zábrany, reakcie na chýbanie klasického feedbacku, medicínske i nemedicínske predsudky okolo kómy. Práve formát knihy je jed-



ným zo spôsobov ako tieto prekážky v aktívnej práci s komatóznymi pacientami prekonať.

Základným východiskom POP práce s ľuďmi v kóme je presvedčenie, že „komatózne stavy sú dôsledkom mechanických a chemických problémov a odrážajú hlboké zmenené stavy vedomia, v ktorých človek prechádza cez potenciálne zmysluplné vnútorné zážitky“ (s. 20). Cieľom nie je nevyhnutne prebudenie z kómy, ale komunikovať s komatóznym pacientom všetkými dostupnými spôsobmi a prostriedkami a poskytnúť mu láskavý pocit spolupatričnosti. Bohaté psychické prežitky ľudí, ktorí sa prebrali z kómy a stavov blízkyh smrti potvrdzujú zmysluplnosť takéhoto sprevádzania.

Prvú časť knihy tvoria dve kapitoly, ktoré sumujú POP postoje ku zmeneným stavom vedomia a medicínske znalosti o komatóznych stavoch. Popisujú rôzne typy kóm v dôsledku štrukturálneho poškodenia mozgu, metabolických zmien, alebo psychogénnych faktorov. Z hľadiska prognózy sa rozlišuje pretrvávajúci vs. permanentný vegetatívny stav a poskytujú sa informácie o markeroch a diagnostických možnostiach rôznych inštrumentálnych vyšetrení u jednotlivých typov kóm. Opakova-

ne sa zdôrazňuje zásada, že psychoterapeutická práca s komatóznymi ľuďmi nemôže nahrádzať a nemá prekážať plnej zdravotníckej starostlivosti o týchto pacientov. Druhá časť knihy je určená priamo pre príbuzných a priateľov ľudí v kóme a obsahuje kapitoly ako získať dostatok relevantných informácií, sledovať možné komunikačné signály a detailné popisy na prácu s telom, pohybom, zvukom a rôzne rehabilitačné cvičenia. Pre každého človeka v kóme sa vytvára osobitný program, ktorý sleduje rozvíjanie práce v tých kanáloch, kde je najsilnejší feedback, hoci sa môže jednať o veľmi minimálne signály (mimické prejavy, pohyby končatín, zmeny dychu, farby pokožky a pod). Dôležitou kapitolou je „osobná práca“, či sebakúmanie pre pomáhajúcich, ktorá im má umožniť reflektovať a nahliadnuť ich motíváciu, zážitky a očakávania pri práci s ľuďmi v komatóznych stavoch. Tretiu časť tvorí program intenzívneho výcviku pre pomáhajúcich s množstvom cvičení na prácu s minimálnymi signálmi, ich amplifikáciou, ktorá je výsledkom skúseností autorky s radom workshopov pre ľudí, ktorí psychotherapeuticky pracujú so zmenenými stavmi vedomia. Záver knihy obsahuje rozhovory a kazuistiky - s Arnoldom Mindellom o jeho koncepciách a skúsenostiach s ľuďmi v kóme i s POP terapeutkou s Nishou Zennoffovou o jej prežívaní sprevádzania vlastnej matky pri umieraní. Prílohu tvorí terminologický slovník pre laikov i odborníkov bez skúseností s POP a obrazové ilustrácie jednotlivých techník práce.

Knihu možno odporučiť všetkým, ktorí pri svojej práci prichádzajú do styku s ľuďmi v zmenených stavoch vedomia a kóme. Príbuzným a priateľom ľudí v kóme môže byť neoceniteľnou príručkou pri zvládaní vlastnej bezmocnosti a beznádeje.

Poznámka: Knihu si možno objednať u distribútora na Slovensku: Z. Šrámová 02/44451677, A. Vanyová 02/65934988, v Čechách u Květy Vejrostovej - e-mail: kvetavej@seznam.cz (za 330 Sk).

Batoh plný jilu

Zinker J.: Tvůrčí proces v Gestalt terapii, ERA group, Brno 2004

Jan Roubal

Letos na podzim se v Česku urodilo gestalt literatury. Nejprve vyšla „bible“ gestalt terapie, úctyhodný a klasický text otců zakladatelů: Perls F., Hefferline R. F., Goodman P.: *Gestalt terapie - Vzrušení lidské osobnosti a její růst* (Triton, Praha 2004). V závěsu za ním se objevil velmi potřebný, čtivý a zasvěcený přehled současné podoby tohoto psychotherapeutického směru: Mackewn J.: *Gestalt psychoterapie* (Portál, Praha 2004). A v těchto dnech vychází kniha třetí: Zinker J.: *Tvůrčí proces v Gestalt terapii* (ERA group, Brno 2004), která svým zaměřením může oslovit i psychotherapeuty jiných směrů. Rád bych ji proto čtenářům Konfrontací krátce představil.

Joseph Zinker se učil gestalt terapii od Fritze Perlse v šedesátých letech, a poté patřil k osobnostem, které významně ovlivňovaly její další vývoj. Zinker je nejen terapeutem, učitelem terapie a autorem článků a knih o gestalt přístupu. Je také malířem, sochařem a básníkem. Tvrdí, že terapeut je umělcem. Umělcem, který spolu s klientem tvoří podmínky pro změnu a ihned ji během terapie uskutečňuje.

Kniha *Tvůrčí proces v Gestalt terapii* v podstatě zachycuje styl práce jednoho zkušeného a neobvykle tvořivého terapeuta. Zároveň vede čtenáře ke hledání a tvorbě vlastního terapeutického stylu, který respektuje klientův i terapeutův prožitek sebe sama a současně oslovuje mlčící a zanedbávané možnosti každého z nich. Terapeut tak neustále zajišťuje pro sebe i pro klienta oboje - prostor pro bezpečné sdílení i výzvy k aktivnímu zkoumání.

Proces terapie je velmi delikátní, vzrušující hledání rovnováhy. Terapeuta si můžeme představit jako provazochodce, který balancuje na laně a v každém okamžiku vyvažuje oba konce dlouhé tyče, kterou drží v rukou. Na jednom konci je „kontakt s klientovou integritou“: terapeut respektuje klientův styl života, proni-

ká do něj a klientovy symptomy pojmá jako osobitý způsob tvořivého přizpůsobení se nepříznivým podmínkám. Na druhém konci je „převratné tvarování“: společná dobrodružná výprava za novými možnostmi. Když provazochodec přilís zatíží jednu stranu své tyče, padá buď do hlubiny bezpečné nudy, na jedné straně nebo do hlubiny ochromující nejistoty na straně druhé. Každá z nich spolehlivě ochromuje plynutí procesu terapie.

Joseph Zinker bere v úvahu obě dvě strany, vybízí nás: „Dívejte se na člověka tak, jako byste se dívali na západ slunce nebo na pochoř. Co vidíte, přijímejte s potěšením.“ Přesto však v gestalt terapii vidí Zinker příležitost zvláště pro druhý pól, ve své knize dodává odvahu k „tvůrčímu skoku“, k tvořivému experimentování. Vzkazuje nám, abychom se nebáli nahnout trochu více na stranu radosti ze svobodného objevování vlastních možností, na stranu dobrodružství jedinečného setkání. „Pokud my, učitelé tohoto řemesla, zapomeneme na základní principy tvůrčího experimentování, odvážné a nestydatě smělé objevování nových konceptů, gestalt terapie zahyne spolu s ostatními současnými terapeutickými módními výkřiky.“

Teoretický tvar gestalt terapie je obtížně uchopitelný. Je to proto, že gestalt terapie je v první řadě praktickým přístupem k psychoterapii, řemeslem a uměním. Kromě toho, že je existenciálně dialogická, fenomenologická a pracuje s teorií pole, je také metodou experimentální. Laura Perls to popsala třemi „E“ gestalt terapie: „Při své práci může gestalt terapeut používat nepřeberné množství terapeutických intervencí, pokud jsou existenciální, experienciální (prožitkové) a experimentální.“

Právě experimentálnímu aspektu gestalt terapie věnuje Joseph Zinker podstatnou část své knihy. Důležité je ovšem odlišit experiment od techniky. Technika je předem připravené cvičení, které terapeut může použít, jestliže chce navodit určité téma a zaměřit tak uvědomování klienta daným směrem. Experiment naproti tomu vychází z procesu, který právě probíhá v terapeutickém vztahu. Při experimentu zkoumáme, co je již částečně přítomno

v uvědomění klienta i terapeuta a hledáme, jak bychom to mohli zvědomit více. Experiment obsahuje obrysy figury, která právě vystává ve společném poli terapeuta a klienta.

Jestliže například klient mluví velmi potichu, můžeme experimentovat s hlasem a začít mluvit také sotva slyšitelně. Nebo ho můžeme požádat, aby mluvil ještě tišeji. Výsledek nedokážeme předvídat, podstatné je rozšíření uvědomění. Klient může například zjistit, jak je mu nepohodlné, když se nedokáže ve svém životě prosadit. Nebo mu přidružený dialog připomene situaci v jeho rodině, když byl malý. Nevíme. Pouštíme se s klientem do dobrodružství. Společně s klientem experiment vytváříme, provádíme pokus. Do společného kotlíku každý vhodíme přísady, společně mícháme a zvědavě, s úctou sledujeme, co jsme vytvořili.

Gestalt terapie je někdy mylně spojována s používáním technik. Domnívám se, že se jedná o nedorozumění, při kterém jsou tvůrčí experimenty zaměňovány za rigidní techniky. „Gestalt terapie má něco zvláštního, co může nabídnout, a tím je oprávnění k tvořivosti („creative licence“), které si užíváme při naší práci a které lze odvodit z naší teorie,“ říkají editorky současné nové knihy o tvořivosti v gestalt terapii. „Můžeme jako terapeuti důvěřovat tomu, co si uvědomujeme, našim fantaziím, tušením, momentálním nápadům i tělesnému vnímání, protože to vše je funkcí pole současného setkání, to vše nám dává zprávu o dění mezi námi a klientem. To vše můžeme použít a Joseph Zinker nás pobízí, abychom z toho tvořili něco nového, abychom se účastnili „složitého tance, společné výpravy“ a „špinili si ruce při prozkoumávání cesty.“

Vzpomínám si, jak jsem před deseti lety knihu *Tvůrčí proces v gestalt terapii* přečetl poprvé a poté vyrazil do starého jíloviště za městem. S batohem plným jílu jsem se pak ploužil na skupinu, kde jsem hlínu rozdál a inspirování Josephem Zinkerem jsme s ní pracovali. Zdá se mi, že chůze s batohem plným jílu a s hlavou plnou tvůrčí inspirace, dobře vystihuje poselství této knihy. Joseph Zinker mi tenkrát svojí knihou dodal odvahu dělat terapii po svém a já jsem zažíval radost z objevování nového.

Současně mi, stejně jako ten náklad hlíny na zádech, připomínal: „Stůj nohama na zemi“. Umožňoval mi propojovat praktické řemeslo i umění psychotherapie s teoretickým, koncepčním uvažováním.

Knihu *Tvůrčí proces v Gestalt terapii* dnes právem patří ke klasické literatuře tohoto terapeutického směru. Teoretické koncepty zde popisované mají své místo v „kognitivních mapách“, které tvoří teoretickou výbavu gestalt terapeutů. Protože do setkání s klientem přicházíme sice bez předporozumění, ale připraveni. Velmi užitečný a názorný je například Zinkerem rozvedený cyklus uvědomění, vzrušení a kontaktu, klinické příklady různých přerušování tohoto cyklu i jejich terapeutického přemostování. Teorii Zinker ihned bohatě ilustruje příklady ze své praxe, často je to vzrušující čtení! Podobně zde najdeme koncept polarit, metodu práce s interpersonálními i intraperpersonálními konflikty či gestalt přístup k práci se skupinou.

Joseph Zinker vydal tuto knihu v roce 1977. Od té doby se gestalt terapie dále rozvíjela, důraz se přesouval zvláště na teorii pole. Osobnost klienta i terapeuta dnes nepojímáme jako strukturu, ale jako proces, kterým se člověk zde a nyní smysluplně organizuje na hranici kontaktu s prostředím. Jestliže tedy Joseph Zinker před třiceti lety například napsal, že „gestalt terapeut má zvláštní zájem na přemostování zablokovaného cyklu uvědomění-vzrušení-kontakt v člověku,“ dnes bychom spíše pracovali s tím, jak klient i terapeut společně tento cyklus přerušují, čím k tomu každý z nich přispívá a jak ho tady a teď mohou spolu přemostovat. Daleko více se soustředíme na to „mezi“ klientem a terapeutem, než na intrapsychické procesy. Přesto však může kniha *Tvůrčí proces v gestalt terapii* stále velmi dobře sloužit jako neobyčejně záživná učebnice gestalt terapie. Při četbě možná také zjistíte, že „gestalt terapie je přítakáním nsvázanos-

ti, radosti ze života, hře s možnostmi, které jsou pro nás v našem krátkém životě nejlepší“.

Pozn.: Text byl z větší části publikován jako předmluva ke knize Josepha Zinkera *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*.

Autor (jroubal@plhb.highlands.cz) pracuje jako psychiatr a terapeut v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě a jako výcvikový lektor Institutu pro Gestalt terapii v Praze.

Narativita – povaha našeho lidství?

The Handbook of Narrative and Psychotherapy; Practice, Theory and Research. Edited by Lynne E. Angus, John McLeod. SAGE Publications, 2004, 416 str., \$ 79,95 ISBN: 0-7619-2684-4

David Skorunka

Narativita patří již více než deset let mezi často diskutovaná témata jak v psychologii tak v psychotherapii. Již na konci osmdesátých let 20. století Theodore Sarbin hovořil o narativním obratu v psychologii a do jisté míry tím naznačil rostoucí zájem o metafory příběhu a vyprávění také ve filozofii, sociálních vědách a dalších oblastech vědění. Přitom význam příběhů v lidském společenském dokládá bohaté dědictví v podobě mýtů, legend, bájí a pohádek. Ty si ostatně vyprávíme s využitím stále modernějších technologických vymožeností se stejnou oblibou jako naši předci. Je proto s podivem, že humanitní vědy se metafory příběhu a významu vyprávění chopily až na sklonku minulého století. O to větší nastalo zaujetí narativními prostředky v psychotherapii a rodinné terapii, pro někoho možná až nekritické a neoprávněné.

V nakladatelství Sage v lednu 2004 vydáný *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* je údajně první publikací, v níž dostávají

* Zinker J., *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*, ERA group, Brno 2004

** Spagnuolo Lobb M., Amendt-Lyon N.: *Creative Licence, The Art of Gestalt Therapy*, Springer-Verlag, Wien 2003

vyvážený prostor otázky týkající se teorie, praxe a výzkumu, a to v podání teoretiků i praktiků, kteří reprezentují odlišná pojetí narativy v psychoterapii. Tato unikátní antologie vznikla díky dvěma terapeutům a vědcům, kteří v roli editorů oslovili několik svých kolegů a přizvali je ke spoluautorství. John McLeod, profesor na *University of Abertay* ve skotském Dundee, má na svém kontě řadu prací týkajících se narativy. Z jeho šesti knih stojí za přečtení výborné pojednání *Narrative and Psychotherapy*, rozsáhlá učebnice psychoterapie *Introduction to Counseling* nebo kvalitativnímu výzkumu věnovaná publikace *Qualitative Research in Psychotherapy*. Lynne Angus je profesorkou na *York University* v Torontu, kde se věnuje výzkumu v rámci *Psychotherapy Research Group*. Zabývá se spoluutvářením narativního procesu ve vztahu terapeut - klient a využitím metafor k podpoře smysluplného uchopení zkušenosti klientů v prožitkově orientované psychoterapii. Oba editoři jsou aktivní v mezinárodní *Society for Psychotherapy Research* a jejich činnost na tomto poli také může být zárukou kvality.

Publikace se skládá z pěti částí. K významu příběhů a vyprávění (nejen v psychoterapii) se v části první vyjadřují tři „velké“ postavy současné psychologie a psychoterapie. Jerome Bruner, přední odborník v oblasti kognitivní psychologie a vzdělávání, pojednává o utváření self prostřednictvím vyprávění. Jeden ze zakladatelů narativní terapie, Michael White, se ve svém textu věnuje propastnému rozdílu mezi akademickou a tzv. lidovou psychologií (*folk psychology*). Pro ilustraci vlastního způsobu práce White nabízí přepis terapeutického rozhovoru s klientem. Donald Polkinghorn, popisuje vztah mezi narativní terapií a postmoderní filozofií. Polkinghorn se dlouhodobě věnuje výzkumu v psychoterapii a zdůrazňuje význam kvalitativních i narativních přístupů v poznávání a psychotherapeutické praxi.

Druhá část knihy je věnována procesu začlenění narativních myšlenek do již existujících psychotherapeutických směrů. Terapeuti z různých zemí a institucí představují využívání narativní metafory například v psychodynamické,

kognitivní a konstruktivisticky zaměřené terapii. Tuto část uzavírá kapitola dvou předních narativních terapeutů z Chicaga, Jill Freedmanové a Gene Coombse, kteří se hlásí k filozofii poststrukturalismu a postmodernismu. Stručně seznamují s teoretickými východisky a demonstrují je praktickými příklady dotazování a také přepisem terapeutického rozhovoru.

Třetí část je věnována naslouchání rozličným příběhům jedince a především problematické identity. Středem pozornosti je zejména tzv. fragmentovaná, fluidní a dialogická povaha našeho bytí, která je podle některých odborníků typická právě pro naši současnost. S touto povahou lidského bytí je třeba počítat a tak není divu, že autoři zdůrazňují význam metafory příběhu pro porozumění klientům i pro podporu rozvoje jejich preferovaných identit či nevyjádřených částí osobnosti v psychoterapii.

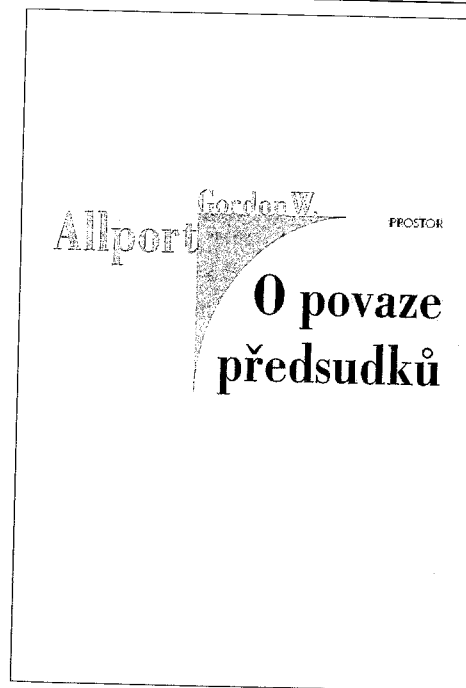
Čtvrtá část knihy je psána v duchu otázky: „Jakým způsobem můžeme definovat příběh a pozorovat vyprávění?“ Čtenář má možnost seznámit se s rozdílnými pohledy na narativní metaforu jako na diagnostický nástroj, ale také jako na předmět/prostředek zkoumání. Autoři popisují využití narativní metafory v hodnocení terapeutické změny, v porozumění tzv. nespořádaným příběhům (*disorganized narratives*) nebo v analýze příběhů klientů v procesu „osvětlování“ nevědomých pohnutek a nevědomovaných vztahových vzorců.

V poslední části oba editoři společně s několika dalšími kolegy prezentují návrhy na další možnosti integrace v oblasti narativy a psychoterapie. Naznačují směr budoucího vývoje a rozvíjejí úvahy o společném narativním utváření nejen psychotherapeutické skutečnosti. John McLeod upozorňuje na destruktivní vliv současných příběhů - produktů tzv. narativního průmyslu, které představují kulturně sdílené, mocné zdroje pro naše chápání a utváření rozličných stránek našeho života (*gender*, vztahy, sexualita, styl života, hodnoty apod.). V samotném závěru knihy McLeod zdůrazňuje význam vyprávění a převyprávění jako jednotlivého prvku, který má povahu klíčového nespécifického

faktoru v psychoterapii. Vůbec všichni oslovení autoři - spoluvtvořci publikace shodně vycházejí z předpokladu, že způsob i obsah vyprávění pacientů/klientů jsou společným základem všech možných psychotherapeutických směrů.

Jak tedy obstojí publikace v závěrečném subjektivním hodnocení? Záměrem editorů bylo „vytvořit platformu k setkání současných myšlenek a inovativních postupů v psychoterapii, a to jak v rovině teoretické, praktické a výzkumné“. Domnívám se, že tento záměr se tvůrčím podařilo naplnit. Při pozornějším čtení je sice možné vytknout místy příliš abstraktní a obtížně srozumitelné větné konstrukce nebo občasné opakování některých narativních myšlenek citovaných v různých kapitolách. Některé kapitoly také nemusí každému čtenáři připadat čtivé, majíce blíže k akademickému světu než ke všední psychotherapeutické praxi. Ale celkově převažují klady. K těm patří pojetí příběhu a vyprávění jako přemostujícího prvku v psychoterapii, s možností aplikace v rozmanitých psychotherapeutických směrech různými

způsoby. Užitečné jsou přepisy rozhovorů a kasuistické zlomky konkrétně ukazující v jakých případech a jak je možné narativní přístup aplikovat v praxi. Kapitoly věnované výzkumu (převážně kvalitativnímu) zase konkrétně dokládají, že i v této oblasti poznání je možné (a také probíhá) seriózní zkoumání. Praktický je seznam autorů typu „kdo je kdo“. Ten může využít každý, kdo hledá možnost kontaktu či spolupráce se zahraničním psychotherapeutickým či akademickým pracovištěm. Úvahy věnované společenskému a kulturnímu rozměru narativy a psychotherapeutické profese považují také za cenné. Neboť jak někteří autoři pší, v psychoterapii nejde jen o diagnostiku a léčbu, ale také o povahu našeho lidství a o základy naší kultury. Pro čtenáře se zájmem o dané téma, ať již z řad psychotherapeutů, sociálních pracovníků, klinických psychologů či akademiků, představuje publikace bezpochyby užitečný zdroj pro rozšíření teoretických obzorů či pro obohacení vlastní terapeutické práce anebo výzkumu.



V jedné z nevlivnějších učebnic psychologie osobnosti Halla a Lindzey je Gordonu Allportovi věnována celá jedna kapitola (z celkem šestnácti) - podobně jako Freudovi nebo Jungovi. Kapitola končí poznámkou, že ten, koho zajímají témata rasová a etnická, udělá dobře, když si prostuduje knihu O povaze předsudků. Gordonu W. Allportovi (1897 - 1967), mj. pozdějšímu prezidentovi Americké psychologické asociace, daly hodně dva roky v mládí, které s diplomem z Harvardu strávil v Německu a Anglii. Zájem o předsudky vytryskl v autorovi v době 2. světové války a pokračoval po ní. Allporta zajímaly psychologické zdroje konfliktů mezi velkými skupinami lidí. Předsudky jsou tématem mezioborovým, přesto kniha O povaze předsudků (1954; české vydání PROSTOR, 2004) je především psychologickým přínosem v dané oblasti. Je považován za předchůdce a někdy zakladatele humanistické psychologie.

Jsem výsledkem omylu?

**Ad) M. Miovský: Posun v diskusi.
Konfrontace 2004: 78-80.**

Právě jsem ve své poštovní schránce objevila tento rok již druhé číslo konfrontací, za což mnohokrát děkuji... Rychle listuji stránkami, protože tak jako většina autorů z „dopisů a e-mailů“ ani já nemám mnoho času na čtení mimo povinnou literaturu.

Po několika přečtených článcích se dostávám k ohlasu „Posun v diskusi“ na článek uveřejněný v 1. čísle J. J. Zlámaným. Se zaujetím čtu, vždyť je to také o mně! (Patřím totiž mezi první absolventy Pražské vysoké školy psychosociálních studií, kteří spolu se studiem absolvují i psychotherapeutický výcvik.) Usmívám se a chvíli váhám, zda se vmísím do diskuse... a pak ta věta, ještě více se usmívám a zároveň krouťím hlavou: „...vnímám... psychotherapeutický výcvik zařazený mezi školní povinnosti jako těžko čím odůvodnitelný omyl.“ (s. 79). No, co se dá říci k tomuto soudu? Každý má svou bodu vnímat věci po svém, je to třeba respektovat. Snad jen... že jsem ráda za ten omyl. Pro někoho je možná těžko čím odůvodnitelný, pro mne však nikoli. Důvodů ke spokojenosti bych měla hned několik a to i navzdory těžkostem, které tuto „spolucestu“ doprovázely. A věřte, že jsem o tom mnohokrát přemýšlela, přemýšlím a přemýšlet budu.

Netroufám si porovnávat „naš“ výcvik (rozuměj psychotherapeutický výcvik spojený se studijní komunitou) s jiným typem výcviku, neboť jsem žádný jiný neabsolvovala. Dle slov mých přátel snad mohu jen soudit, že málokterý výcvik se vyhne jistým těžkostem. A protože jsem spokojená a protože jsem o studiu na PVŠPS a „našem“ výcviku promlouvala již na konferenci v Luhačovicích, nechci vyplnit tuto stránku důvody onoho omylu či jinou formou obhajoby. Navíc zřejmě nejsem z řad nezávislých, čili nezaujatých a tak není jisté, jak

by se má slova ujala. Dobrá věc se obhájí sama! Jen ji nechme být, dejme jí čas, ona se ukáže. A chceme-li o ni mluvit již dnes, dejme jí šanci.

Diskusi neodmítám nikdy, avšak nemohu se ubránit dojmu, že zde, navzdory zřejmé snaze, skutečně otevřená diskuse, do které by stálo za to s chutí vstoupit (nehledě k mé preferenci mluvit tváří v tvář), ještě nezapočala. Chybí mi diskuse, ve které by nešlo o žalobu a obhajobu ani z jedné strany.

Myslím, že psychotherapeutické výcviky jsou skutečně zatíženy předsudky, které mohou být na škodu věci. Za mnohem důležitější pokládám to, zda výcvik vedou dobří terapeuti. Jaký má být a co má mít takový dobrý terapeut? Tato otázka se na letošním červnovém kolokviu na ESETu ukázala jako velice důležitá. To by ještě stálo za řeč. Pro mě je dobrý terapeut spojen právě s tím, že dokáže být otevřen pro něco, s čím se setkává možná poprvé, co je nějak jinak, než jak je zvyklý, který nemá škatulky a své jasné teorie, do níž se snaží frekventanta napasovat. Koneckonců, každý člověk je přece nějak jinak.

Způsob vedení a zacházení s tím, co se během výcviku ukazuje, to má podle mě na celou věc mnohem větší dopad. Dobrý terapeut si dokáže poradit i s náročnějšími situacemi, které společenství sobě blízkých lidí ve výcviku rodí. O to bohatší nakonec mohou všichni být. Také proto se mi zdá, že diskuse o „našem“ či „tradičním“ položená do nesrovnatelné roviny je skutečně trochu mimo. Obyčejný člověk by řekl: „Záleží na lidech.“ A měl by pravdu. Záleží jak na frekventantech, tak na terapeutech. Ani v „tradičním“ výcviku nemůže nikdo předpovídat, co se ukáže, ale také třeba co se naopak neukáže, ačkoliv to terapeut očekává. Nechce se mi věřit, že by pouze několik desetiletí stará tradice vedení výcviků již vyčerpala vše, co se o tomto dá říci. Že každé nové diskuse, ať už je nazveme „lámáním tabu“ či jinak povedou zpět k původnímu názoru, ze kterého jsme vyšli. V tom přeci tkví kouzlo otevřenosti, ale i kouzlo dialogu a dobré diskuse, že svým účastníkům vždy odhalí něco nového. To je také základ úspěšnosti terapie, ale i výchovy. Alespoň podle mě.

Stále se také nemohu zbavit dojmu, že článek J. J. Zlámaného a reakce M. Miovského se prostě nepotkaly. Zatímco jeden např. věří, že terapeutická komunita (TK) je vlastně přirozeným prostředím, druhý s tím nemůže souhlasit a vidí TK jako skleník. To je rozdíl dost podstatný. Takový pohled a způsob přístupu k věci přeci zakládá i její rozumění, a tím i názory, které nakonec o ní máme. To se dá těžko přes papír prohovořit. V rámci nějaké struktury, nějakého vnějšího a uměle vnášeného řádu snad přeci existuje skutečný, autentický život? Přece i rodina má svá pravidla, svůj řád, své sankce a bereme ji za přirozené prostředí. Vlastně jen máloco je jen tak, napadá mě. A doporučení ohledně výcviku a TK, která jsou založená na takovém přístupu, že se nejedná o autentické prostředí, mohou být jistým způsobem opravdu mimo.

Ta věc je asi mnohem složitější, nemám už bohužel čas psát dál, takže se omlouvám, pokud pokračuji v diskusi trochu nesrozumitelně.

Tereza Králíčková

Porcovaná skutečnost versus celostní přístup ve vzdělávání

**Ad) Michal Miovský: Posun v diskusi.
Konfrontace č. 2, 2004: s. 78-80.**

Vážený pane Miovský, děkuji za Vaši reakci na můj článek v předminulém čísle Konfrontací. Ve své odpovědi se bráníte myšlence, že by sepětí teoretické výuky s psychotherapeutickým výcvikem mohlo být užitečné. Dokonce to považujete za omyl. Na druhé straně však píšete, že jste otevřený další diskusi.

Moje argumentace zřejmě ve Vás vzbudila neoprávněný dojem, že uvažuji v hodnotících kategoriích „lepší způsob psychotherapeutického vzdělávání“, „horší“, „více kvalitní“, „nekvolitní“. Já se však snažím uvažovat mimo tyto kategorie, spíše mi jde o pochopení toho, jaké možnosti který výcvikový systém otevírá a kte-

rým naopak brání. Pokládám si základní otázku fenomenologické sociologie: „Proč lidé dělají to, co dělají?“ (V našem případě: Proč se vzdělávají tak a ne jinak?) „Proč něco považují za samozřejmé a něco ne?“ Tato otázka úzce souvisí s normami (hranicemi) a hodnotovými postoji lidí. Současná česká psychotherapie se tématem norem a hranic oboru velmi často zabývá. Dle mého názoru to souvisí s obavou o rozpuštění psychotherapie v záplavě neprofesionálních pseudopsychotherapeutických postupů a technik, které se na nás od revoluce hrnou ze zahraničí. Tedy obavou ze samozvaných psychotherapeutů a šarlatánů. Přílišná otevřenost oboru by mohla vést k rozmělnění hranic a zániku svébytnosti psychotherapie. Na druhé straně přílišná svázanost a uzavřenost oboru vůči ostatním humanitním vědám může způsobit stagnaci a uváznutí psychotherapie na mělčině psychologismu. Dlouhletý spor mezi odbornou veřejností, zda je psychotherapie samostatným multidisciplinárním oborem nebo aplikovanou psychologií, je toho dokladem. Psychotherapie se má čeho obávat, protože je dosud popelkou mezi humanitními vědami. Na českých vysokých školách dosud nevznikla samostatná katedra psychotherapie. Katedra na vysoké škole je zpravidla institucí, která do jisté míry napovídá, kde jsou, nebo nejsou hranice toho kterého oboru tím, že něco zařadí nebo nezařadí do svých studijních plánů.

Z Vaší reakce jsem pochopil, že hájíte osvědčené výcvikové modely, a tím i myšlenku, že by spojení výuky s výcvikem mohlo přinést více škody než užítku. Tuto Vaši myšlenku nesdílím. Naopak se domnívám, že velkým nebezpečím pro psychotherapii jako oboru je rozpojování popř. odpojování na všech úrovních.

1. Teoretické rozpojování – Descartesovské subjekt-objektové vidění člověka – pejorativně řečeno porcování člověka na díly (např. subjekt, objekt, či rozum, duše, tělo, srdce, cit anebo superego, ego, id aj.), které má své opodstatnění v přírodovědně orientované teoretické psychologii, ale z hlediska vztahu mezi dvěma či více lidmi přináší málo užítku. Napří-

klad v medicíně tento typ myšlení umožnil vysokou míru produktivity a úspěšnosti nejen při symptomatické léčbě nemocí, ale i prodloužil lidský život, zabránil epidemiím atp. Navzdory úspěchům moderní medicíny se lidé dnes necítí zdravěji. Analytický reduktivně-reflektující způsob myšlení vztahovou dynamiku vždy spíše „zmrtnuje“ tím, že se snaží o „objektivizaci“ resp. „emoční odstup“ od případu. Má to své opodstatnění např. při léčbě hysterie, ale nelze tento přístup paušálně hodnotit jako účinný. Ve vzdělávání i v psychoterapii považují tento způsob myšlení přímo za kontraproduktivní. Moderní psychoanalýza to dávno pochopila a změnila své důrazy zaměřením na analýzu protipřenosu: „Abstinence neznamená, že terapeut je odtazitý, emočně chladný, nýbrž nehovoří sám o sobě, čímž by pacienta jenom zatěžoval, jinak však může reagovat osobně a emočně.“ (Poněšický, 2003, s. 92.). V našem školství však stále převládá model, který by se dal nazvat jako „informační“, tj. zaměřený převážně na předávání informací. Vztahy mezi studenty a autoritami, osobnostní rozvoj, aplikace informací apod. jsou pouze marginálně tematizovány. V zahraničí jsou nové trendy ve vzdělávání jako např. „induktivní vzdělávání“ (kombinující zážitek a teorii), nebo „výuka zaměřená na projekt“ (studenti shromažďují informace ke konkrétnímu prakticky zaměřenému projektu), normou.

2. Praktické rozpojování - Vaše metafora terapeutické komunity jako „skleníku“ v sobě rovněž skrývá nebezpečí odpojení od reálného života. Představa skleníku, v němž, jak píšete „.....dočasně umožníte chráněně žít stromkům, které často měly extrémně špatné podmínky ke svému růstu. Potřebují citlivou pomoc a zásahy zahradníka, který umí roubovat a ošetřovat tak, aby respektoval jedinečnost každého stromku“ (str. 79-80). Tato deterministická představa skleníku, špatně vyrostlých kytiček a mocného zahradníka mě poněkud děsí. Moje zkušenost z práce se závislými je rozdílná. Vždy jsem je spíše vnímal jako novodobé kacíře, kteří se v touze po svobodě a vlastní autonomii vzbouřili proti jhu soudobých Bohů konzumu a zdraví. Paradoxně proto zvolili cestu chemického konzumu ústíci ve ztrátu sebekontroly. Blízký je mi přístup nondeterministický, který chápe drogově závislé primárně jako lidi, „kteří dokáží vládnout sami sobě a odpovědně řídit své životy“, pokud se proto rozhodnou (Szasz 1996, s.162). Rovněž se domnívám, že psychoterapie by neměla vytrhovat ze života, ale navracet do něj zpátky. Tudíž je úkolem každé komunity ale i všech jiných terapeutických institucí, aby se snažily vpustit do svého vnitřního fungování co nejvíce prvků z reálného života. Představa terapeuta jako zahradníka, který na základě svého přírodovědného vzdělání dobře ví, kde je co pochroumané, zlomené a co je třeba naroubovat, je mi velmi vzdálená. Psychoterapeut na rozdíl od zahradníka, který není rostlinou, je stejně člověkem jako jeho klienti. Často má velmi podobné problémy jako oni. Terapeuté tzv. ex-useři, kteří mají nezastupitelnou úlohu v systému péče o závislé, jsou toho dokladem. Hlavní úlohou psychoterapeuta není opravovat, řešit problém, roubovat, nebo otázky zodpovídat, ale spíše se spolutázat, protože základní existenciální otázky života skryté za zjevnými symptomy jsou pro nás všechny stejné. Jsou společnou půdou, kde se můžeme potkat.

Může se to jevit jako teoretický detail. Nicméně rozdíl mezi přírodovědným resp. biologicky orientovaným přístupem a antropologicky orientovaným přístupem je ve svých praktických důsledcích propastný. Psychoterapeut s přírodovědně orientovaným přístupem k psychoterapii by měl zřejmě na PVŠPS velké problémy s pochopením smyslu koncepce studia. Koncepce PVŠPS vychází z antropologicky orientovaného přístupu, který by se dal zjednodušeně ilustrovat takto: Podobně jako se z právě naporcované ryby nic nedozvíme o způsobu jejího života ve vodě o jejích zvycích, zvláštnostech a jedinečnosti, tak se například z naporcovaného textu mého článku nedozvíme nic o způsobu jeho vzniku, souvislostech, konotacích či jeho smyslu. Z naporcované ryby se můžeme dozvědět hodně o jejích vnitřnostech, fyziologii a druhu potravy. Nic

o průběhu a zvycích jejího života. Pro příběh jejího života musíme do vody. Jak říkají zastánci narativního přístupu: „Lidé si porozumí pouze tehdy, pokud znají své příběhy.“

Rozložení celku na jeho jednotlivé části je druh přírodovědně-analytického myšlení, které použito ať už na text nebo na studijní program, či třeba psychoterapeutickou sesi anebo sen skrývá v sobě významné riziko, že uniknou některé významné kvality: podstata, smysl, nálada, barva, ladění daného celku. Pokusím se Vás získat pro myšlenku, zda celková koncepce vzdělávání na PVŠPS, jejímž cílem je otevřít možnosti pro opak „porcování skutečností“ - tj. integraci tří přístupů ve vzdělávání psychoterapie (teorie, sebezkušenost, praxe) - může být nosná?

Snaha o celostní přístup

Koncepce na PVŠPS je odlišná od jiných výcvikových modelů, což je dáno hlavně sepětím výcviku s teoretickým a praktickým studiem.

Studium na PVŠPS se skládá z: a) praxe, b) sebezkušenosti, c) teorie. PVŠPS je díky tomu půdou, na které mohou studenti usilovat o integraci těchto tří rovin vzdělávání ve smysluplný celek. Půda, která umožní, aby se na ní střetly:

A. zkušenosti z praxe, kde se studenti seznamují s prací s klienty v různých zařízeních od věznic až po kojenecké ústavy,

B. výcviková sebezkušenost, kde studenti objevují sebe sama,

C. teorie na přednáškách, kde se vyučuje vše od psychoterapeutických směrů, přes filozofii až po sociální politiku.

Sepětí těchto tří rovin umožňuje, aby „ožily“ teoretické informace o člověku z mnoha vědních oborů. Takové „ožítí“ je možné pouze tehdy, když se teoretické informace setkají s prožitou zkušeností studentů. Každé vzdělávací instituci hrozí, že se stane jakousi „věží ze sloviny“, tzn. nudnou akademickou institucí zabývající se suchopárnou teorií žijící vlastním životem zcela odtrženým od reality. Na toto nebezpečí si PVŠPS začala ordinovat léky v podobě čtyřletého sebezkušenostního výcviku a tříleté praxe studentů v rozličných zaří-

zeních. V obou případech se jedná o 150 hodin ročně vedle cca 700 hod/rok teoretické výuky. Délka a hutnost psychoterapeutického výcviku je dána nesouhlasem a odporem ke společenské dázce. Ekonomické tlaky tržního hospodářství, které zřejmě budou ještě s naším vstupem do EU slít, hovoří jasně. „Zdravotní pojišťovny chtějí efektivní, krátkodobé, na symptom zaměřené terapie...“ „Většina vysokých škol nabízejících doktorandské studium psychologie reaguje výukou psychoterapie zaměřené na příznaky, krátká a tedy proplacitelná“ (Yalom, 2003, s. 12). Naše každodenní zkušenost ukazuje, že studenti stmelení v komunitě jsou pro své pedagogy daleko obtížnějšími protivníky v diskusích a polemikách, než je tomu na státních školách. To potvrzují jak pedagogové teoretických předmětů, tak výcvikovní lektori. Moje zkušenost z výcviku školního je obdobná. Je to pro obě strany náročnější a o to právě jde.

Pokusím se odpovědět, proč zrovna tyto „medikamenty“, a to na základě úvahy, která souvisí s filozofickou orientací PVŠPS. Je asi důležité se zmínit, že filozofickým základem výcvikového modelu je daseinsanalýza, která si klade za cíl - při hrubém zjednodušení - stále znovu a znovu „pře“myšlet, dlouho zažité způsoby myšlení, které mohou v psychoterapii i v psychologii zbytnět a vedou k myšlenkové sterilitě, teoretické schematizaci a technicky chladnému přístupu ke klientům. Daseinsanalýza si naopak klade za cíl otevírat nové možnosti a horizonty při práci s klienty. Fenomenologický pohled ze své povahy otevírá otázky, které považuje za nutné stále dokola nastolovat, aby se předcházelo zmatematizování rozumu i našeho jazyka. Studium na naší škole má za cíl vzdělávat lidi právě v dovednosti hledat nové nebyrokratické přístupy k řešení sociálních problémů. Uzavření možnosti studovat teorii v psychoterapeutické komunitě znamená uzavřít možnost hledat nové způsoby vzdělávání.

Instrumentalizace myšlení i vztahů je reálná hrozba a hrozí nejen psychoterapii a jejím vzdělávacím systémům, ale i sociální práci. Ta je dosud díky vysoké míře svázanosti se stát-

ní správou přebyrokratizovaná. Opakem instrumentalizace je otevřenost myšlení. Jsem přesvědčen, že každý výcvikový model má své stinné i slunné stránky a výcvikový model na PVŠPS není výjimkou. Nicméně nezanedbatelnou kvalitou je jeho otevřenost a dynamická (ve smyslu stále se vyvíjející) podoba systému. Bezpečná míra otevřenosti je však možná pouze za předpokladu vysoké míry vnitřní struktury a ohraničenosti. Ať už se jedná o vzdělávací systém, studenty, klienty či psychoterapeuty.

Jan Jakub Zlámaný
Praha 8. 9. 2004

POUŽITÁ LITERATURA:

Poněšický J.: Úvod do moderní psychoanalýzy. Praha, Triton 2003.
Szasz T.: Ceremoniální chemie. Olomouc, Votobia 1996.
Yalom I.: Chvála psychoterapie. Praha, Portál 2003.

„Váš“ časopis a číslo 3/2004

Milý Zbyňku,

přečetl jsem si pozorně celé poslední číslo Konfrontací. Přiznávám, že jsem čtenářem Konfrontací pouze v poslední době, četl jsem několik posledních čísel (asi tak 5), dříve jsem tak nečinil. Avšak mám k tomuto časopisu několik osobních připomínek.

Stále více mi připadá, že se skutečně jaksi jedná především o „Váš“ časopis. Obsahově výrazně převažují Vaše texty a konfrontuje se a polemizuje na Vámi daná témata. Dokonce mám dojem, že se zde již usídlil určitý stereotyp. Vyberete si nějaké téma, knihu, názor, toto posléze frontálním útokem (kobercovým náletem) napadnete a na základě napadení se potom autor nebo někdo jiný, kdo to vidí jinak, začne bránit. Vznikne konfrontační polemika. Proces běží, je to koneckonců docela dobré, ale základní tón či podtón udáváte Vy jako jedna osoba. Po čase to může nabýt podoby stejnosti a opakování.

A nyní k poslednímu číslu. Udal jste velmi nosné téma problému expertní resp. neexpertní psychoterapie. Poněkud jste tím sám sebe nachytil na švestkách, neboť jako zastávce neexpertního poznání vystupujete v posledních číslech jako ryzí expert. Zejména, co se týče recenzí různých knih. Mám však dojem, že pokud se dohodneme na tom, že jste vskutku svým způsobem expert, nemám s tím žádný problém, dokonce mi to připadá velmi dobré. Proč bychom se nakonec tomu expertství měli tak zuřivě bránit?

V textu posledních Konfrontací se na různých místech objevuje, že např. „terapeut by si neměl o sobě myslet, že snědl všechnu moudrost, že dopředu ví, jak to s tím pacientem doopravdy je a co by mu pomohlo“. Dále se tam objevují názory, že psychoterapie by měla spět k tomu, aby „pacient sám se stal expertem sám na sebe a na celý psychoterapeutický proces“. No to je jistě zajímavé, avšak v praxi to příliš neodpovídá realitě. Pacient obvykle přichází v okamžiku, kdy právě neví, nedovede, neví jak, není v tu chvíli ani schopný být sám k sobě expertem. Proto právě přichází, neboť jej do ordinace dožene potřeba experta nalézt.

Možná, že se zde jedná jen o slovíčkovací nedorozumění. Podle mého názoru je expertem člověk, který je v tu chvíli jaksi **ex** problém. Není tedy přímo uvnitř jako pacient, ale nalézá se **vně** či **z** problému jinde. Pokud by toto **ex** pertství ponechal pacientovi, ničeho tím v akutním stádiu potíží nedosáhne. Naopak se společně s pacientem může dostat do jeho stojatého rybníčku, jenž již začal poněkud zapáchat a společně s ním tam vytvořit jakýsi senný nálev, v němž se nakonec sám rozloží. Terapeut musí zůstat **ex** rybníček na břehu s kruhem nebo bidlem. Jedině tak totiž terapeut může být svému pacientovi v **dispozici**. Pokud by zaujal stejnou pozici jako pacient a nebyl jaksi vůči němu **dis**, nemá pak terapie valný význam. Rád bych tedy byl svým pacientům spíše k dispozici, než ku pomoci se společně topit.

Z těchto důvodů tedy nemám žádný problém s expertní/neexpertní psychoterapií. Řekl bych, že Vy sám také ne. Oba máme však problém

s něčím podle mého názoru jiným. Jsou to totiž předem dané koncepty, pre-koncepty, tedy před-stavy a před-poklady. To je opravdu hrůza. Já to totiž v terapii dělám. Já tam mnohokrát předem již něco mezi nás před-stavím a před-položím. Třeba diagnózu nebo plky z psychologického vyšetření. A to je pak věru problém. To je totiž skutečnou podstatou sdělení, které jsem již na vlastní uši slyšel artikulovat, kdy někdo řekne, že předem ví, co by ten pacient měl dělat, kam by měl směřovat a je potřeba ho tam vlastně terapeuticky zmanipulovat. Z úst jedné kolegyně (rodinné terapeutky) jsem například slyšel, že má někdy potíž se udržet, aby tu rodinu neurychlovala, neříkala jí předem věci, ke kterým si postupně musí dojít sama. To se skutečně velmi těžko poslouchá a polyká. Takže mě netrápí problém experta, nýbrž problém představ, předpokladů a prekonceptů.

Z několika posledních čísel Konfrontací se mi také, Zbyňku, zdá, že se nějak potýkáte s mužskými a ženskými principy. Poněšický Vás dráždí s „typickým mužem“ a „typickou ženou“ třeba. Chvála s Trapkovou rovněž. Jistě, může se jednat právě o zmíněné koncepty, např. sociální děloha, sociální porod od matky k otci a potom šup s ním z rodiny ven. Nebo koncept typu: žena to mívá většinou tak a muž zase onak. Na tomto místě se mi ovšem zdá, že se nejedná ani tak o koncepty vytvořené, jako spíše o reflexi něčeho, co je naprosto přirozené a již po tisíciletí běžně viděné. Muži a ženy nejsou stejní. To není tak, že jsou vlastně stejní a všechno okolo jsou nějaké genderové stereotypy. To může být názor několika posledních desetiletí a zase to vyčichne. Může to být také vnitřní problém těch všech kolegů a kolegyně, kteří neustále někde přeměřují délku svého genderu. Všechny tyhle výzkumy pro mě představují spíše obraz stavu naší moderní psychologie a jsou pro mě důkazem, že ta psychologie je zcela vedle (stále vedle nebo zatím ještě vedle nebo zase jednou načas vedle). Každopádně to začíná být již poněkud nudné.

A ještě k tomu Chválovi a Trapkové a k těm jejich konceptům sociální dělohy a jejich ex-

pertství. Pracuji s oběma ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Každý den ty jejich koncepty poslouchám, neustále se jim pro tu dělohu posmívám a vytvořil jsem celou řadu dobrých vtipů na to jejich pojetí. Velmi se tím bavíme. No a potom jsem také s Chválou dělal několik rodin. A také jsem paralelně dělal individuální psychoterapii s členem rodiny, zatímco oni dělali s celou rodinou RT. Rád bych si na to udělal pár vtipů a trochu se jim zaposmíval. Jenže mi nezbyvá než před nimi občas smeknout. Dělají to dobře a práce má viditelný efekt. Rozdělují důsledně lidi na muže a ženy, na matky a otce, Chvála se pořád nemůže vzdát svého porodnictví, tak pomáhají dospívajícím dětem k sociálnímu porodu, separaci a samostatnosti. Mají těch rodin velmi mnoho, tak není divu, že si při práci něčeho povšimnou, cosi se jim tam zopakuje a oni to někde popíší. Navíc ještě poměrně civilním jazykem. No a pokud si to někdo nechá klovat do hlavy jako jedinou a svatou pravdu, je to tak říkajíc jeho věc.

Končím tím, že Konfrontace jsou vlastně dobré čtení. Ještě se mi nestalo, abych je přečetl a nechaly mě zcela chladným, bez jakékoli chuti reagovat, diskutovat, vnitřně se tázat a odpovídat si. Takže díky.

Petr Moos, Liberec
6. 10. 2004

Je člověk, který ví, že zmrzlý chodník klouže, expertem?

Ad) Z. Vybíral: Neexpertní psychoterapie. Konfrontace 2004: 153-158.

V. Chvála

Zbyněk Vybíral se pustil do Sociální dělohy hlava nehlava, až se někteří kolegové lekli, že snad něco proti autorům musí mít. Ale ne, ono ho téma jen oslovilo a pere se s ním, jak čtu v minulých Konfrontacích. Nedá mu spát. Mu-

sím se trochu usmívat, když nám podsouvá něco, co není náš problém, celou poslední část jeho stati, ostatně prý kapitoly z připravované knihy na téma neexpertní psychoterapie, můžeme s klidem podepsat, protože principy rodinné terapie od týmu v Palo Alto, přes milánskou školu až po objevy Toma Andersona máme jako rodinní terapeuti v krvi a můžeme je Vybrálovi schválit. Doufáme, že i naši žáci z výcviků mohou potvrdit, že je učíme neutralitě, hypotetizování a tomu všemu nádobičku, kterým musí být rodinný terapeut vybaven, aby mohl s rodinou bezpečně pracovat, aby jim nevnucoval své vlastní vidění, aby nepatologizoval, aby mu prostě práce šla od ruky. Vlastně, aby měl fortel. A to, že před začátkem každého sezení nemáme ponětí, co se bude dít, co rodina přinese, to, jak se náhodile odvíjí děj, jak se k rodině přidáváme, to mohou vidět naši studenti při náslechu RT na živo, nebo na videozáznamech. Usmívám se proto, že mi Vybrálova kritické výkřiky připomínají naše vlastní útoky na Torbena Marnera, když nás seznamoval s externalizací, technikou rodinné terapie devadesátých let, jak ji nazval Carl Tomm. Viděli jsme příliš zjednodušující a nepřijatelně manipulující techniku, kterou jsme tehdy považovali dokonce za nebezpečnou. Hádali jsme se s Torbenem snad celý rok (ovšem nikoli na stránkách odborného tisku), pozorovali jsme ho při práci s rodinami přímo v Hilerod v Dánsku a nedali jsme mu pokoj několik let, než jsme sami díky vlastní práci s externalizací uznali, že to byl jen náš povrchní pohled na věc. Ukázalo se, že Torben velmi dobře umí všechny způsoby rodinné terapie, od strukturální přes strategickou až k systemické, která se sama svou neexpertností a zdánlivým rezignováním na jakoukoli před-sudečnost někdy považuje za vrchol rodinné terapie. Ale takový postoj bývá předzvěstí pádu - vzpomeňme si na situaci německých systemiků, kteří ústy Hamburského Kurta Ludewiga teprve po svém pádu mimo vědeckou komunitu uznala, že má smysl se znovu vrátit k příběhu a k historii rodiny, když už dávno byla v módě narativní terapie. Ale ani u té se vývoj myšlení v oblasti rodinné terapie nemohl zastavit.

Abych kolegům, kteří nejsou rodinnými terapeuty vyložil, jaký je v tom rozdíl, tak to zkusím na příkladu. Když přijde matka s dítětem, které odmítá chodit do školy, systemický terapeut se zeptá, proč by měl chodit do školy. A myslí to vážně, protože ví, že celá realita je jen konsenzuální ko-konstrukce. Naproti tomu narativní terapeut se staví na pozici dítěte otázkou: „A co ti brání v tom, abys šel do školy?“. Chce ho získat k boji třeba s nadměrnou nechuť chodit do školy, protože jednoduše nepochybuje o tom, že je dobré, aby chodilo dítě do školy jako ostatní vrstevníci. *Angažuje se v té věci.* Narativní terapie je angažovaná, nikoli neutrální. Terapeut respektuje sociální realitu a netváří se, že předem nemá žádný koncept. To totiž není možné. Ale nijak to nesouvisí s tím, že v rozhovoru je plně respektující, spíše straníci všem než neutrální ve smyslu milánské školy. Není expertem na problém rodiny, tím je samozřejmě rodina, ale je expertem na to, jak se o problému mluví a jak se s ním v rodině zachází. Neustále předává expertivní rodině a speciálně postiženému nebo označenému členu rodiny. To by měl Vybrálat radost, a u nás by viděl totéž, kdyby chtěl.

Jeho starost je jiná. Obává se generalizace a vlastně toho, že si může člověk svou zkušenost nějak pojmenovat, a když například ví, že je chodník zmrzlý, může si dát pozor, aby neuklouzl. Ničím jiným totiž naše metafora o rodině jako sociální děložce není. K znalostem rodinné terapie, které dobře popsali všichni ti autoři, které Vybrálat přečetl a cituje, přidali jsme další rozměr: **respekt k rodině jako k organizmu.** Protože i nejsystemičtější systemický terapeut ve skutečnosti v hlavě nosí koncepty o kterých ani nemusí vědět (protože bez nich ani jazykování není možné), považujeme za lepší (pro nás lepší) o konceptech vědět a rovnou je cizelovat, prohlížet si je jako krajinu, ve které se pohybujeme. Nijak nás pak nepřekvapí, že voda teče z kopce, a muže, který se neustále snaží udržet rybník na vrcholku, se můžeme zeptat, proč ho raději neudělá v údolí. Otázky se rodí z našich představ o světě, z toho, jak už světu rozumíme. Dalo by se říci, že nám naše představa o rodině (která vznik-

la rozhovory se stovkami rodin, nikoli tedy ve vzduchoprázdnu) vytváří jakési morfogenetické pole, na jehož pozadí se naše práce strukturálního, strategického, systemického a narativního terapeuta proměňuje. Když tedy k nám přivede matka syna, který nechce chodit do školy, na rozdíl od předchozích dvou terapeutů se nejpravděpodobněji zeptáme, co v tom dělá tatínek. Vybrálat se bude asi divit, proč se neptáme třeba po čísle bot toho chlapce, ale naše zkušenost tvaruje naše otázky, a ta zkušenost říká, že se vyplatí zeptat se spíše na tatínka, než na boty (i když si umíme představit i situaci, kdy má chlapec boty malé a proto nechce chodit do školy). Vybrálat trápí, jak to, že *víme*, že je dobré se zeptat na tatínka. No, to je právě ta zkušenost, to je ten fortel. Předpokládáme, že truhlář, když dělá svůj padesátý stůl, dělá to s mnohem větším fortem, a doufám, že i Vybrálat by si takový stůl raději koupil, než ten jeho první. Starost Vybrálat má ovšem své dobré kořeny, bojí se, abychom někomu neříkali, co se má a co nemá, že tam snad má být nějaký tatínek. A to je něco, co za diskusi stojí.

Když už jsme jednou přirovnali rodinu k děložce, půjme si ještě na chvíli tento svalový orgán velikosti hrušky pro další příměr. Lékař ví, že děloha může mít různé tvary, vedle normálního dělohy s dvěma rohy může mít žena dělohu s jedním rohem, uterus unicornis. Nijak jí to nemusí vadit, pokud ovšem nebude chtít porodit. A lékař se nediví, že tato děloha je méněcenná, že je zde větší riziko potratu či předčasného porodu. I rodina se častěji zakládá jako rodina se dvěma rodiči, ale dítě může mít k dispozici i jen jednoho rodiče, nejčastěji matku (dnes až 1/3 žen volí tuto cestu dobrovolně). A nejen Chvála s Trapkovou vědí, že takovéto uspořádání je méněcenné, prostě proto, že produkuje mnohem více potíží. Ale jistě, i rodiny úplně mohou být semeništem problémů. Kde se však bere ta slabost v odborných kruzích, které jako by v kontrastu s dřívějším „patologizováním“ všeho, co se nevešlo do přísného rámce úzké normy, včetně homosexuality nebo odlišné národnosti, nehodlají žádnou životní formu označit ani náznakem za ne-

výhodnou, nebo prostě horší než jinou? To je tak obtížné přikývnout nějakým směrem? Je to snad reakce na léta strávená v ghetu plném předstírané angažovanosti? Přitakat úplné rodině, říci, ano toto je výhodnější, to je něco nepřijatelného? To přece neznamená, že lidé nemohou zkoušet žít v rodině jednopohlavní, mnohočetné, jakékoli, vždyť to také dělají. A když pak stonají a přijdou se nás zeptat, my se máme tvářit, že nevíme, že by to mohlo souviset nějak s tím, jak složitě mají uspořádaný svůj svět mezi tří, čtyři partnery s dvojími či trojími dětmi? Ano, otázka je, máme právo být angažovaní ve prospěch rodu a přitom být neutrální a systemičtí či narativní terapeuti? Myslíme si, že kdybychom nebyli schopní stranit všem, nepracovali bychom eticky. **A stranit všem znamená stranit rodině jako organizmu.** V tomto pojetí skutečně platí zdánlivě extrémní věta: Matka může být jen tak dobrou matkou, jakého má vedle sebe otce společných dětí. Protože tvoří celek. Jestliže je jeden z nich vynikající a druhý špatný, výsledek nemůže být dobrý. Protože rozhodující není to, kdo je lepší, ale jak jsou schopni se ve svém rodičovství vyladit. (Tuto větu může čtenář naší knihy použít jako testu: pokud s ní souhlasí, patrně je schopen myslet rodinu jako celek. Dráždí-li ho, myslí rodinu nejvýš jako soustavu jednotlivců.)

Vybrálat upozorňuje na důležitý aspekt našeho konceptu psychosomatiky rodiny. Na to, že jej nelze převzít zjednodušeně. Že by v takovém naivním aplikování mohl škodit. V tom bychom s ním snad mohli souhlasit, kdybychom nebyli zastánci systemické teorie, na kterou se on sám tak vehementně odvolává: podle té totiž instruktivní interakce vůbec není možná a tak ani pevná terapeutova představa (pokud by ji měl), co a jak mají v rodině dělat nebo cítit, je celkem k ničemu a jednoduše nefunguje. Pokud to není z knihy patrné, pak jsme ji nenapsali dobře. Otázkou pro nás zůstává, proč Vybrálat potřebuje, aby nebylo rozdílu mezi muži a ženami, mezi otci a matkami. Ukázali jsme v našem konceptu, že takové uspořádání světa je jednoduše výhodné. Ale možná, že v budoucnosti se zjistí, že žádní muži ani ženy nejsou.

A ještě k jedné otázce mě Vybíral svou ukázkou ze své připravované knihy přivedl: V jakém stavu je u nás společenství rodinných terapeutů, když nemá seniorů. Totiž takových uznávaných autorit oboru, které by byly sto rozpoznat nové myšlenky a tím by je uváděly do světa, stejně jako to dělají v rodině staré báby, které chodí po příbuzných a vypravují, jak Jeníkovi už roste zoubek. Dělají novorozenému prostor, i kdyby měl tu a tam nějakou vadu na kráse. Nezamlčují existenci Jeníka jen proto, že ho samy pro své stáří neporodily, ale dobře vědí, že se vyplatí to nové přivítat a ochránit, protože posílí rod. Po příliš časném úmrtí Petra Boše a zcela nečekaném odchodu Honzy Špitze, jsme zůstali bez laskavých starců. Vybíral i kdyby sebevíce chtěl, nemůže pomoci, protože není z rodu rodinných terapeutů a nejvýš může být sečtělý. Je otázkou, jak dalece lze všechny terapie hodit do jednoho kadlíku a posuzovat je zvenčí podle stejného metru.

Expertní a neexpertní psychoterapie

Motto: Psychoterapie bez zkušenosti je prázdná, psychoterapie bez teorie je slepá.

Z. Vybíral se podjal staronového konfliktního tématu, které čas od času hybe psychoterapeutickou komunitou - vzpomeňme na rogeriánskou vřelost, empatii a autentičnost, na encounterové skupiny či na antipsychiatrii, a na druhém břehu jím zmíněné sofistikované či uzavřené psychoterapeutické systémy, k nimž bývá přiřazována jak psychoanalýza, tak i KBT.

Svůj příspěvek začnu poměrně volnou představou o mém pojetí psychoterapie, abych tím seznámil čtenáře se svojí výchozí pozicí. V psychoterapii jde o vzájemné ovlivňování s cílem dosáhnout u pacienta (i u sebe) pozitivní změny (vyléčení, otevřenost, osobnostní vývoj atp.).

K tomu hrají ze strany terapeuta důležitou roli životní i psychoterapeutická zkušenost, teoretické znalosti a jistá dávka nadání. Dalšími podmínkami jsou jak schopnost vcítění tak i sebeohrazení, motivace a odvaha, frustrační tolerance a otevřenost, sebezpochybnování a skromnost. V jistém slova smyslu jde o jakési umělecké řemeslo.

O co jde neexpertní psychoterapii, resp. Z. Vybíralovi? Jde mu o to, abychom nevnímali pacienty dle našich teorií, nesnažili je do nich vtěsnat, abychom jim naopak bezpředsudčně naslouchali a snažili se pochopit, čemu dávají jaký význam.

To však není nic nového, o to jde jak moderním psychoanalytikům, tak i daseinsanalytikům. N. Chodorová resumuje ve své poslední knize *Die Macht der Gefühle*, s podtitulkem „Subjekt a významovost v psychoanalýze, genderu i kultuře“ z r. 2001, že hlavním úkolem psychoanalýzy je snažit se o pochopení a posléze změnu významovosti toho, co a čím pacient žije. Již klasik psychoanalýzy D. Winnicott uvádí, že interpretuje to, co se dovídá od svých pacientů jen tak a proto, aby jim ukazoval meze toho, jak jim doposud porozuměl. Dodává, že pacient konec konců ve skrytu duše sám nejlépe ví, o co se jedná, on sám je ten pravý autor. A daseinsanalýza si dokonce píše na svůj štít, že se chce dobrat k podstatě fenoménů bez jakéhokoli prizmatu teorie, že jde o společné hledání. (Vzpomeňme na fenomenologickou redukci, „epoché“ u Edmunda Husserla). A důraz na jazykové pojmenování pro dosud nevyřešené či nesymbolizované kladou zvláště psychosomaticky zaměřeni autoři, jako A. Lorenzer či A. Heigl-Eversová, hledající výraz a význam funkčních tělesných reakcí.

Z. Vybíral sice doporučuje terapeutům studium odborné literatury, avšak nevyjadřuje se k tomu, jak získané teoretické znalosti využít v praxi. Dle mého názoru lze chápat teorie jako koncentráty dosavadních zkušeností, jako poukazy na různé možnosti porozumění. Jedná se o rozšíření spektra jak uvažovat o životě a zároveň plnit důležitou úlohu korektivu jednostranného pohledu na pacienta, jenž se nás snaží určitým směrem ovlivnit. Když se tera-

peut zřídka teorie osobnosti, tak to neznamená, že jeho pohled bude opravdovější, méně šablonovitý, neboť se pak dívá na pacienta skrze svou privátní teorii osobnosti, jež je daleko subjektivnější, méně reflektována a tím i (nevědomky) více obhajována. S tím souvisí i sebekritická otázka Z. Vybírala, čeho se snad bojí, když si hned odpovídá, že se jedná o strach, aby se mu v mysli nepomíchal empatický ryzí vztah k pacientovi s teoretickými konstrukty. Tato obava je v tomto případě plně na místě. Je opravdu obtížné oscilovat mezi vcítěním se do pacienta včetně otevření se vztahu k němu, a poté se nad tím vším s jistým odstupem zamyslet, kriticky celou situaci přehodnotit a pomoci si přítomí teoretickými představami. (Již S. Freud doporučoval zapomenout ve styku s pacientem veškerou teorii.)

Obava kontaminovat bezprostřední prožitky teoretickou koncepcí je logicky silnější u toho terapeuta, který se musí bránit vlastní tendenci to dělat, resp. který cítí, že by jí mohl podlehnout. Proto onen důraz na metodologickou čistotu. To je patrné na celé předkládané koncepci neexpertní psychoterapie, opírající se o definici terapeutické změny dle Andersonové a Goolishiana, jež je pojata jako tvorba nové narace, vytváření společného významu. Vzniká dojem snahy o pojmově čistý, komunikativně individuální přístup.

Jedná se v psychoterapii opravdu jen o lingvistický problém, tj. o více méně intelektuální pojetí, okleštěné o jakoukoli emocionální a interpersonální dramatičnost, o to, co jeden s druhým dělá, jak na sebe vzájemně působí? Kromě dorozumívání se toho děje ve vztahu daleko víc, jde např. o úzkost z možnosti vzájemné penetrace, ze ztráty vlastního sebepojetí a identity, jde tudíž i o boj o vliv, ale i o akceptaci, separaci atp. Navíc se v této koncepci vytrácí osobnost terapeuta a jeho působnost coby vzoru. A hlavně: kam se poděl terapeutický faktor nové interpersonální zkušenosti? Ještě méně pomůže pouhé nacházení společného významu sdělovaného u časných, strukturálních poruch osobnosti, kde jde o její dobudování, kdy se změny při vytváření nových

struktur dosahuje mravenčí prací na osobnostním vývoji ke zralosti, normalitě ambivalentních vztahů, empatii či reparaci defektů a trhlín u posttraumatických stavů apod.

Je mi samozřejmě jasné, jak důležitá je dekonstrukce dosavadních habituálních významovostí vnitřního světa pacienta a že k obdobné labilizaci až krizi by mělo dojít při každém individuálním setkání i u terapeuta. V následujícím zápase o společné porozumění významovostem obsahů terapeutického rozhovoru však může jít i o takové obapolné konstruování reality, které je motivačně určováno snahou po konsensu ohledně pohledu na dosavadní život pacienta a vývin jeho symptomů, jež by oběma stranám vyhovoval. Strukturální síla důležitých zasutých potřeb může být totiž slabší nežli konformistické přání po vzájemném přizpůsobení.

Domnívám se, že snaha terapeuta po porozumění individuální významovosti sdělovaného vytváří pouze podmínku - a to velmi důležitou - pro další práci na tomto společném výtvoru. Ta zde totiž teprve opravdu začíná (a ne končí). Je totiž třeba zkoumat, zda se obě strany na něčem bezděky „nedohodli“ proto, že jsou obě v zajetí stejné jednostrannosti či trpí podobnými úzkostmi, jež vedou k vyhybání se určitým tématům a pro obě strany ohrožujícím významovostem. Obdobně se terapeut často shodne s pacientem na určitém způsobu interakce - intelektuálním, harmonickém atd. - vyhýbaje se např. emočním konfliktům.

Jistě lze namítnout: proč by nemohl být jakýkoli konsensus o přijatelné významovosti akceptovatelný, zlepš-li se tím pacientova pohoda, sníž-li se např. úzkostnost či výčitky svědomí a z toho plynoucí deprese. Pak by však bylo např. možné se dohodnout i s psychicky dekompenzovaným teroristou na takovém (hrdinském či jinak záslužném) významu jeho činů, jež by mu zklidnil jeho svědomí, pod jehož tíhou se zrovna hroutí. Zde se přece jen kloním k imperativu patočkovského ontologického svědomí, jež nás volá k sobě samým a jež označuje psychoanalýza jako volání našeho „pravého já“. Domnívám se, že skutečně,

důkladné sebezpoznání má v sobě něco trvalého na rozdíl od postmoderně-relativního pojetí jedné větve narativní psychoterapie, a že se jen pomalu a s velkými potížemi vyvábí z něčeho starého něco nové.

I oboustranné porozumění (tvoření konsensuální reality), nový a přínosný náhled nemusí ihned znamenat pokrok v léčbě. Tak jedna anorektická pacientka si stále znovu potvrzovala svoji starou zkušenost, že ani prosazování se, ani extrémní přizpůsobení nevede k akceptaci okolím - výsledkem bylo trucovité odmítání jídla. Její porozumění těmto situacím se nekrylo s terapeutovým vnímáním a s jeho bezprostřední zkušeností s pacientkou, která se mu též extrémně přizpůsobovala. Jen zpočátku se „nechal svěst“ k údivu, proč takovou snaživou dívku opustil po roce jak její přítel, tak i zaměstnavatel. Posléze vnímal stále silněji její nedostatek odvahy, chyběl mu kontakt, výměna názorů a jistý odpor, na který by mohl narážet, a právě to jej začalo od ní odpuzovat. Zřejmě z tohoto důvodu si jí nikdo moc nevážil, či se začal v její přítomnosti dokonce nudit. Ačkoli pacientka přijala tuto pozměněnou významovost vcelku bez problémů (jako-by o ní sama věděla), tak to neznamenovalo, že se automaticky začala chovat otevřeněji.

Co se musí ještě udát, aby nové, situaci přiměřenější porozumění mělo za následek podstatnou změnu životního postoje, a s tím spojeného chování?

Zprv se mohou vyskytnout nové překážky, jež je nutno zdolat: jednou jde o to přimout roli žáka, jindy o zvládnutí vlastní otázky, o obavy z reakce okolí, o zvládnutí vlastního perfekcionismu atd.

Zadruhé by mělo ono nové porozumění navázat na vlastní (většinou nevědomé) pohnutky a sklony. Tato společná interpretace (náhled) musí být samozřejmě kongruentní nejen se slovy, nýbrž i se vztahem a chováním terapeuta. Pacient totiž terapeuta neustále zkouší (testuje dle Sampsona a Weisse), externalizuje nový náhled, tj. inscenuje novou situaci, poté vyhodnocuje chování terapeuta (i jiných osob v praxi), jakož i svůj výsledný pocit, internalizuje

je novou zkušenost, kterou opět externalizuje atd. atd.

Zatřetí je důležitá kvalita terapeutického vztahu a emoční intenzita vzájemných interakcí.

Za další vyzývám kolegy, aby se k tomuto ústřednímu tématu psychoterapie sami vyjádřili na základě svých vlastních zkušeností.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, v říjnu 2004

V Konfrontacích číslo 3/15 jsem si se zaujetím přečetla článek pana Vybírala Překlady psychotherapeutických knih by si zasloužily psychotherapii...a hned mě napadl vhodný adept pro takto zaměřenou odbornou pomoc. Je jím publikace Mumie u jídelního stolu autorů Kottlera a Carlsona, v roce 2004 vydalo nakladatelství Portál v překladu Ivo Millera. Jako studentka psychologie se dlouhodobě zabývám otázkami feminismu a gender studií a po zakoupení knihy jsem nejdříve nadšeně nalistovala kapitolu věnovanou feministické psycholožce Lauře Brown. Trochu mě zarazilo překladatelovo tvrzení, že se zabývá otázkami jako jsou pohlavní role. Domnívám se, že Brown se spíše zajímá o genderové role, v českém překladu je též možné použít termín rodové role. Zní to podobně, ale rozdíl je podstatný - pohlaví (tedy sex) je chápáno v souvislosti s biologickými, s anatomickými a fyziologickými rozdíly, zatímco pojem gender poukazuje na charakteristiky dané kulturně, sociálně a historicky. Stejná chyba v překladu se objevuje i dále, a například v kapitole věnované Peggy Papp je navíc doplněna nepřijemnou jazykovou necitlivostí: v úvodu je tato terapeutka nazývána zastáncem, supervizorem a ředitelkou. Je to snad pokus českého překladatele zdůraznit nahodilým používáním ženského a mužského rodu spojitost s textem Papp nazvaným „Třetí pohlavní identita“?

(Knihu jako takovou ale vřele doporučuji!)

Kateřina Machovcová, 28. 11. 2004

REPORTÁŽE Z EVROPY

EFTA 2004 aneb Berlín plný kontrastů 5th European Congress for Family Therapy and Systemic Practice, 29. 9. - 2. 10. 2004, Berlín

David Skorunka

Úterý

Vlak Intercity z Prahy Hlavního nádraží do Berlína Ostbahnhof je překvapivým úkazem pro ty, kteří k pravidelnému dojezdění za prací využívají služeb Českých drah. Čistota, pohodlí a decentní průvodčí činí více jak pětihodinovou cestu snesitelnou. Dokonce se ani neděsím toho, že budu muset během jízdy navštívit toaletu. Brzy se mnou naváží kontakt spulucestující v kupé, manželé z kanadského Toronta. Odhadem šedesátníci, chtějí se podělit o zážitky z Prahy, která je uchvátí. Ani si nestěžují na nerudné veřejné služby či pověstné manýry pražských taxikářů. Nejdříve letěli za svou dospělou dcerou do Londýna a při té příležitosti se stavili v Praze. Navštívili Švýcarsko, teď jedou do Berlína a pak zpátky na britské ostrovy. Pomyslím si, jaké procento českých seniorů si může dovolit prožít podzim svého života takovým aktivním způsobem. Pár je hovorový a já vítám možnost osvěžit si druhý jazyk. Postupně probereme zahraniční politiku George W. Bushe, otázku solidarity a financování ve zdravotnictví i chamtivost farmaceutických firem. Dozvídám se o případech, kdy senioři - občané Spojených států jezdí pro nezbytné léky k hranicím s Kanadou i za ni, neboť tam nejsou tak předražené. Nu, u nás známe něco podobného jen v menším geografickém měřítku. Drky rozpravě cesta ubíhá rychle. Blížící se periferie Berlína dává o sobě vědět početnými staveništi i zašlými grafity na budovách podél železnice. Ostbahnhof září

novotou. Vše je upravené, přehledné, bez přítomnosti podezřelých individuů. Cesta do hotelu v západní části se i přes spletitý systém místní hromadné dopravy obejde bez komplikací. Horší je to už na místě. Personál je kupodivu nevidný, při snaze o komunikaci v anglickém jazyce koulí očima, pak oči obrací v sloup a kromě lekce „Alles Gute“ nabízí variantu dorozumívání v ruštině. „Nu pogodi“ je vše, na co se zmůžu, a tak následuje neverbální smřšť a hledání vzájemných emailů o rezervaci. Nakonec vše dobře dopadne a přenocování na ulici čtvrti Charlottenburg mi nehrozí.

Středa

Kongresové centrum ICC Messe připomíná z dálky kosmickou loď Nostromo. Jestlipak je Ripleyová také na seznamu přednášejících? O chování živých systémů by jistě měla co říci. Podobné fantazie rychle mizí, zejména díky pružnosti zaměstnanců agentury, která zajišťuje organizaci odborné akce a ochotně se stará o houfující se účastníky. Zdárný průběh jistí kongresový prezident, neúnavný Kurt Ludewig, který se tu a tam mihne a v případě nutnosti zasahuje osobně. Navzdory frontám na všech frontách usedám do křesla právě ve chvíli, kdy začíná slavnostní zahájení již páteho evropského kongresu rodinné terapie.

Po úvodní ceremonii následují plenární přednášky. Helm Stierlin, klasik německé systematické rodinné terapie a psychosomatiky, obšírně pojednává o zdraví a společnosti.

Má toho hodně na srdci. Západní společnosti již nehrozí hlad, žízeň, chudoba a nedostatek přístřeší. Čelíme jiným nebezpečím v důsledku konzumismu, rapidního rozvoje informačních technologií a globalizačních procesů. Tou neustálou a prohlubující se hrozbou je podle Stierlina existenciální nejistota, ztrácející se směr orientace a smysl života. Tyto faktory pochopitelně ovlivňují náš well-being a podíl se na etiopatogenezi duševních i tělesných chorob. Médii posilovaná nerealistická očekávání v souvislosti se zdravím, fyzickou kondicí, sexualitou, vzhledem a kvalitou života přispívají k narůstající frustraci, hypochondriismu, posedlostí týkající se sexuální výkonnosti,

sexy vzhledu, či důmyslné elektroniky. Profesor Stierlin ale není žádný fanatik. Stejně jako před třemi lety v Budapešti i zde prezentuje výsledky některých výzkumů a sledování, dokládající vliv zmíněných faktorů na naše zdraví. Upozorňuje, že strach z budoucnosti a existenciální nejistota u rodičů mají negativní vliv na pocit pohody a zdraví jejich dětí. Potom ale není divu, když se někteří jedinci zdráhají přivést na tento svět potomky. Mimochodem, 40 % žen pracujících v akademické sféře v Německu nemá údajně děti.

Odpolední procházka po Kurfürstendamm Strasse jakoby dávala Stierlinovi za pravdu. Kdysi výstavní, dnes z mého pohledu již trochu povadlá „výkladní skříň Západu“ nabízí nespočet věcí, naprosto nepostradatelných pro každodenní život průměrného středoevropana. Jedno klenotnictví vedle druhého, kosmetické salony a butiky s cizokrajnými jmény, ve kterých ale téměř nikdo nenakupuje. Nablýskané zboží s astronomickými cenami vytváří iluzi dokonalosti a blahobytu. Není divu, že si člověk v takovém přebytku zoufá, čím vlastně naplnit svou přechodnou pozemskou existenci. Ale kde je alespoň jeden obyčejný obchod s potravinami? Občan žijící ve městě s největším počtem supermarketů na hektar pomalu začíná propadat trudnomyslnosti. A pak že „západního“ člověka v dnešní době nemůže trápit hlad.

Čtvrtek

Další den zahajuje plenární přednáškou mně dříve neznámý **Daniel Stern**. Aktuálně čestný profesor psychologického ústavu na Université de Genève a profesor na Department of Psychiatry, Cornell University Medical School. Po většinu své profesionální dráhy se věnoval vývojové psychologii, výzkumu vztahu mezi matkou a dítětem, a také psychodynamicky zaměřené klinické praxi. Autor několika knih a více než sta článků předstupuje před plénum s přednáškou „How do Infants Create Their Human World“. Stern zdůrazňuje proces identifikace a význam neverbální roviny interakcí mezi dítětem kojeneckého věku a rodiči, zejména však matkou. Identifikaci považuje za klí-

čovou pro utváření lidské psyché a poukazuje na současné výzkumy v oblasti neurovědy a vývojové psychologie. Podle těchto výzkumů je centrální nervový systém člověka utvářen tak, aby aktivně vyhledával projevy chování a pocity druhých, podílel se na nich, a někdy je dokonce imitoval.

Podle Sterna je velmi důležitá synchronizace vzájemné interakce mezi rodičem a dítětem a schopnost rodiče, zejména matky, vyladit se na projevy dítěte. Vyladění afektivní odpovědi matky na afekty dítěte v rámci bezpečné vazby (*secure attachment*) je nutné k tomu, aby dítě mohlo zkoumat své pocity a také je později regulovat. Vzájemně vyladění a bezpečná vazba je základem pro schopnost učit se porozumět projevům druhých lidí, představit si jejich pocity a vcítit se do nich. Stern oživuje svou přednášku příklady z praxe a také zdařilou imitací mimických a vokálních projevů matky i dítěte. Upozorňuje také, že tzv. interaktivní poznání (*interactive knowledge*) vede ke vzniku mentálních reprezentací, a to nikoli osob, ale právě interakcí a vztahových vzorců. Prožité, internalizované a v neuronálních strukturách zřejmě ukotvené interakční vzorce mají tendenci přetrvávat nejen v životě jedince, ale jsou předávány napříč dalšími generacemi.

Na Daniela Sterna navazuje **Maria Aarts** z Holandska. Představuje program *Marte Meo*, který je založen na videotréninku. Cílem programu je podpora rozvoje rodinné komunikace a výchovy dětí v průběhu jejich vývoje. Maria Aarts použít několik velmi působivých videosekvencí „z rodinného života“, jež zachycují nejrůznější interakce mezi rodičem (matkou i otcem) a dítětem v různých stadiích vývoje dítěte a rodiny. Upozorňuje na možnosti videonahrávek, díky kterým se rodiče učí všimnout si pokroku dětí (*children's developmental initiatives*) a podporovat jej. Práce s videonahrávkami společných chvil může rodičům a jejich dětem pomoci rozvíjet schopnost empatie, posilovat sebedůvěru, uvědomovat si a projevovat pocity či zdokonalovat sociální dovednosti. Program je vhodný k podpoře vývojového procesu u dětí s tzv. poruchami vý-

voje, nebo u dětí a rodin, které potřebují zvláštní péči (např. děti s diagnózou autismu).

Večer v hotelu sleduji na BBC diskusní pořad *Hard Talk* o několika měsících trvajícím genocidě v Darfouru, súdánské provincii o rozloze větší než Francie. Poté následují aktuální zprávy o katastrofálním hladomoru a nepokojích v Ugandě. Šokující obrazy pro nás nepředstavitelného utrpení statisíců rodin, zprávy o systematickém vyhlazování celých komunit a násilí, jehož podoby překračují fantazie scénaristů nejdřívějších kinematografů. Stoupenci jedné z obtížně identifikovatelných bojujících stran rozsvěťují strach takovými způsoby, jako je vraždění či mrzačení jednoho či několika členů rodiny, dětí a žen nevyjímaje, promyšleně před zraky ostatních příbuzných. Není pochyb o tom, že krvavá setba nevyhnutelně povede k nezhojitelným a pro současného středoevropana k těžko pochopitelným traumatům, jež se potáhnou přes několik generací a pravděpodobně dříve nebo později povedou k dalšímu násilí. Při pohledu na bezmocné matky, které tuší, že se jejich děti nedožijí dospělosti, se dopolední podrobné analýzy vzájemných rodinných interakcí a jejich významů zdají absurdní. Je to paradox. V jedné části světa jsme pyšní na naše stále bohatší znalosti o nejrůznějších aspektech lidského života, zatímco v části jiné nemají téměř celé národy šanci na přežití, natož na dosažení těch nejzákladnějších lidských práv. Co dělají mezinárodní společnosti? Proč je strýček Sam v tomto případě netečný, když jindy mu otázky lidských práv v ostatních zemích leží na srdci?

Pátek

Ráno řeším dilema. Jít či nejít? Směr kongresové centrum nebo pamětihodnosti Berlína? Nakonec dávám na radu kolegyně a po vydatné snídani nechávám hotel a ICC Messe za svými zády. Zvědavost mě žene do pomyslného srdce německé metropole k budově Říšského sněmu. Jedna z nejnávštěvovanějších turistických „atrakcí“ otevírá v osm, kdy většina institucí, podniků i obchodů teprve procitá. Přestože se blížím k cíli krátce po osmé, již z dálky vidím dav návštěvníků, kteří před

vchodem do budovy Reichstagu formují úctyhodnou frontu. Zrekonstruovaný majestátní symbol německé minulosti i současného Bundestagu si pozornost určitě zaslouží. Vždyť tady se psaly dějiny! Tady propukl 27. února 1933 zinscenovaný požár, který posloužil jako záminka k zavedení tzv. zmocňovacích zákonů a zrušení občanských práv, po čemž následovalo období teroru a válečného běsnění. Hodina čekání i důkladné bezpečnostní prohlídky jsou nepatrnou daní za možnost vystoupat k vrcholu zrcadlově skleněné kupole. Berlín je odtud vidět jako na dlani. Cestou dolů se míjím s turisty z nejrůznějších koutů zeměkoule. Stejně jako já žasnou nad nápaditostí architekta, který svou moderní výstavbou v rámci rekonstrukce nijak nenarušil historický zevnějšek budovy. Je návštěva Reichstagu pro četné turisty z jiných kontinentů také připomínkou události 20. století nebo si pouze odškrtnou další položku ve svém cestovním itineráři? A je vůbec nutné si tehdejší události připomínat?

Odpoledne už jsem zase v jiném světě. Je načase rozhodnout se pro nějaký tematicky zaměřený blok seminářů. S rozmyslem volím variantu sympozia věnovanou narativním přístupům v individuální a párové terapii. Sympozium se skládá ze tří prezentací. Nejprve dva španělské terapeuti, **Néus Cordoba** a **Luis Botella**, představují studii založenou na kvalitativní metodologii, ve které se zabývali utvářením narativní identity lidí s diagnózou agorafobie. Součástí studie je zkoumání vlivu rodinných vztahů na rozvoj identit těchto jedinců. Následuje vystoupení psychologičky a terapeutky z Řecka, **Atheny Androutsopoulou**, která vypráví příběhy několika jedinců s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. Popisuje různé narativní prostředky, s jejichž pomocí se během terapie pokoušela usnadnit verbalizaci některých aspektů životního příběhu klienta, které by mohly být pro něho nebo pro jeho rodinu ohrožující. Nakonec přichází na řadu finská terapeutka **Eija-Liisa Rautiainen**. Seznamuje nás se studií zaměřenou na zkoumání příběhů depresivních jedinců v párové terapii. Během párové terapie se nestačí zaměřit pouze na individuální vyprávění „pacienta“ o de-

presi, ale také na vyprávění partnera/partnerky týkající se deprese „pacienta“, a samozřejmě na příběhy sdílené a společně utvářené oběma partnery. Přestože z hlediska evidence based by závěry z těchto tří vystoupení asi nebyly nijak převratné, pro terapeuty představovaly zajímavou inspiraci.

Večer je na programu klíčová událost. Je třeba zvolit nového prezidenta Evropské asociace pro rodinnou terapii (EFTA), neboť odstupujícímu **Juanu Luisi Linaresovi** končí mandát. Jakožto čerstvě zvolený člen nového výboru komory pro národní organizace rodinné terapie (NFTO), ocitám se téměř nepřipraven v uprostřed politického víru komunity evropských rodinných terapeutů. Snažím se zorientovat a zjistit, kdo odkud pochází. Zdá se, že převažují Řekové, Angličani a Italové. Na některých národních zástupcích je patrné, že jsou v politických diskusích velmi zběhlí. Jiní zase v tichosti vyčkávají, aby v příhodnou chvíli vyjevili své zájmy. Demokratické principy jsou sice během volebního klání naplňovány nedokonalé, ale celkový dojem z mezinárodního fora je pozitivní. Naštěstí se nevyplňují zvěsti o možných komplikacích v důsledku konfliktu v záklidě a všichni se nakonec shodují na novém prezidentovi EFTA. Tím se jednohlasně stává **Arlene Vetere** z Velké Británie. Konečně můžeme před desátou kongresové centrum opustit.

Sobota

Poslední dopoledne je věnováno mediaci, systemickému zvládnutí konfliktů a supervizi. Obecenstvo je už trochu prořídle, zřejmě mnozí dali přednost toulkám po Berlíně. Na úplný závěr přicházejí opět ceremonie. Představuje se nové složení výborů všech tří komor Evropské asociace rodinné terapie. Spontánní potlesk na otevřené scéně značí vážnost situace a je zároveň povzbuzením do dalších let spolupráce. Minimálně do příštího kongresu EFTA. Součástí závěrečného bloku je také vzpomínková prezentace **Luigi Boscola**, věnovaná jeho příteli, nedávno tragicky zesnulému Gianfrancu Cecchinovi. Boscolo předčítá kondolenční dopisy, které letos na jaře dostal od přátel a kolegů po Cecchinově smrti. Následuje krát-

ký videodokument řeckých kolegů, kteří měli tu čest Cecchina několikrát hostit ve své vlasti. Filmová koláž připomíná Cecchinovy originální myšlenky, osobitý humor i provokativní povahu. Další kapitola rodinné terapie se stává nenávratnou součástí historie, což platí i o kongresu, jehož konec je na spadnutí.

Zbývající část dne využívám k cestě do východní části města. Cílem je Židovské muzeum a Checkpoint Charlie, bývalé kontrolní stanoviště americké armády střežící vstup do Západního Berlína. Těm, kteří již zapomněli, připomínám, že na druhé straně tehdy zase východoněmečtí vojáci střežili vstup do NDR. To kdyby náhodou měl někdo toho „západu“ plně zuby. Východní čtvrt je ve srovnání s druhou stranou ztuhlá a zanedbanější a dokládá tak symbolický fakt, že všechny rozdíly nezmizely navzdory očekávání mnohých ani po pádu berlínské zdi. Budova Židovského muzea jakoby sem ani nepatřila. Na první pohled budí zdání kovové stavby, připomínající svým půdorysem velikou jizvu. Jizvám se podobají i úzká, protáhlá okna bez pravých úhlů rozsetá nepravidelně po zdech budovy. Muzeum je věnováno celé dosavadní historii židovského národa, včetně těch nejpohnutějších kapitol, které snad navždy zůstanou varovným mentem pro lidstvo. Zdokumentované příběhy pronásledovaných, vyháněných a likvidovaných židů během druhé světové války nemusí být zdaleka nejpůsobivější částí muzea. Těmi jsou alespoň pro mne tři do detailu promyšlené architektonické „expozice“, které vyvolávají v návštěvníkovi rozmanité vjemy a tělesné pocity. Názvy Věž Holocaustu, Zahrada Vyhnanství a Vyprázdňená Paměť snad čtenáři cosi napoví, ale bezprostřední kontakt s dílem mistra architekta nenahradí. Síla architektury generovat pocit, prožitek a snad i jakousi formu uvědomění je pro mě něčím zcela novým a nečekaným. Napadá mě, že výuku historie by návštěva takového muzea výrazně obohatila. Třeba by si pak studenti spojením emočního zážitku s informacemi mnohé věci snáze pamatovali. A možná by to podpořilo alespoň částečné porozumění událostem, které se před více než půl stoletím v Evropě odehrávaly.

Událostem a jejich důsledkům, které se v tom lepším případě stávají předmětem intelektuálních debat. Anebo jsou v tom horším případě zjednodušeně vysvětlovány pomatením mysli několika „dábelských“ či „šilných“ jedinců, bez pochopení historických a sociálně psychologických souvislostí.

Neděle

Aby toho nebylo málo, odjezd z hlavního města Spojené republiky Německo je korunován dalším společenským děním. V Berlíně právě končí Oktoberfest, davy lidí stojí fronty na lahodný Wurst a Schweinfleisch, pivo teče proudem. Ve východní části, v okolí Alexanderplatzu, doznívají protesty proti sociálním reformám, které den před tím vyvrcholily téměř stotisícovou demonstrací. Ostbahnhof okupuje skupina anarchistů, vykřikující svá vše negující hesla. Naštěstí díky zásahu neústupných strážců pořádku nedojde k ohrožení cestujících ani železniční dopravy.

Cestou zpět rozjímám nad perfektně zvládnutou organizací celého kongresu, procházím si v duchu některé příspěvky a třídím si cestovatelské dojmy. Vybavuje se mi motto odborné akce: „Utváření budoucnosti; systemické dialogy napříč Evropou aneb jak můžeme efektivně využít příležitosti k rozvoji tělesného

a duševního zdraví pro naše děti, rodiny, instituce, organizace, země a komunity národů“. Ptám se sám sebe: Přineslo kongresové dění alespoň částečnou odpověď? A mohou vůbec akce podobného druhu přinášet odpovědi na takové komplexní otázky? Existuje dostatečné propojení mezi kongresovými sály a světem tam venku? Je reálné, aby se inspirující myšlenky a tvořivé nápady dočkaly po skončení přednášek a seminářů také realizace v každodenním životě? Připomenu si noční zpravodajství BBC, suvenýry v podobě zbytků rozebrané berlínské zdi, i pocity vyvolané procházkou v Zahradě vyhnanství, symbolizující dle umělceva záměru dokonalý pořádek (perfekt Ordnung). Podle mě dosavadní proklamovaný pokrok sám o sobě nezaručuje spolupráci, toleranci, respekt k různorodosti a možnost klidného soužití. Navzdory mnoha rozmanitým revolucím i rozvoji vědeckého poznání se povaha člověka v porovnání s minulostí příliš nezměnila. Současné dění i některé události s chutí akcentované senzacechtivými médii tomto pesimismu spíše utvrzují. Chci ale věřit, že už jsme nabyli dostatek zkušeností, že opět nepodlehne sebeklamou a že si nepřilíš dávno historii stále pamatujeme. Snad nebude nutné, abychom ji my nebo další generace museli prožít znovu.

Texty, které vás doprovázely na obálce tohoto ročníku (typograficky upravené Radkem Pavlíčkem) – vybral básník, kolážista a knižní editor Miroslav Hlupých z knihy „Jak se léčílo za starodávna“, kterou připravil k vydání v nakladatelství Argo.

KIM

Povídka Dany Kalusové

Kim mlčí. Sedí tu přede mnou tak, jak byla přivezená, v džínové sukni a bílém tričku, tvář pobledlou od špatného spaní, docela obyčejná tvář se zelenýma ustrašenýma očima a úzkými rty, které mlčí už osmý den. „Kim, jsem tu teď pro tebe,“ slyším plynout vlastní nadvicené fráze, které opakují dokolečka jako gramofon s přeskakující jehlou. „Kim však mlčí. Je to zoufalé mlčení. „Kim, je hrozné žít?“ zeptal jsem se. „Ano,“ odpověděla tiše. A mlčí dál. „Kim, zkusila bys mně vyprávět o tom, jak jsi žila, než tě přivezli sem na kliniku,“ vyzval jsem ji. Mlčí. Slzy jí tečou po tváři, zelené oči se na mne dívají ustrašeně. Podávám jí papírový kapesník. Vysmrkala se. „Myslíš, že to půjde, Kim?“ „Nevím,“ pípla. „Můžeš zkusit nejdříve několik základních údajů o sobě, věk, rodina, škola?“ zeptal jsem se. „Hm, zkusím,“ pípla znova. „Bydlím doma šestnáct let, je mně šestnáct let, ale pořád ze mne nespádá pocit... doma je pro mne jako noční můra. Takhle si doma nepředstavuji ani v těch nejděsivějších představách. Byla jsem smutná. Trápila se. Cítila se sama. Strašně sama. Strašně opuštěná. Deně jsem chodila mezi lidmi, potkávala je na ulicích, ve škole, v autobuse, potkávala je všude. Ale jsem si jistá, že mezi ně nepatřím, že jsem jiná. Nemohu patřit k lidem, kteří si ubližují a působí si bolest a zranění. K lidem, kteří ubližují. Utíkala jsem do lesa, do jiného světa. Necítila potřebu trávit čas se svou rodinou. Utíkala jsem do lesa ke svému potůčku, kde jsem se trápila chováním lidí. Přemýšlela jsem den co den o lidech. Co když svět chce chamtivé, zlé, týrající lidi? Radost mně dělaly mé představy. Představovala jsem si, co všechno asi prožily kameny, co všechno asi prožily stromy. Některé stromy jsou v přírodě také opuštěné

a musejí čelit větru, mrazu, dešti, vichřici, horku, vánici a ještě nám poskytují stín. Sedávám pod dubem. Ostrý vítr z něho na podzim setřásá listy. Setřásá nejdříve červené a žluté listy. Tady u potůčku mohu pozorovat, jak se sojky vypravují na dlouhé lety a do vysokých dubů si do hnízda přinášejí žaludy. Také jsem tam viděla natřásající se a poskakující křepelky, jak zobou semínka. Křepelka, ta se musí mít na pozoru před jestřáby. Já před lidmi. A pavouci, ti dokážou napnout přes potůček pavučinu. Vypadá skutečně jako z perleti. Perleťová pavučina. Vlaštovky si splétají hnízda ve vrbách. Z hnízda vystřkují hlavičky a povídají si se mnou. Veverky vesele poskakují a žáby zpívají podél břehu. Chodím tam hodně a často. Vlastně každý den. Je to můj krásný svět. Znímám tam dobře celý potok a stromy a zvířata. Motýli na podzim jen sedí a čekají až umřou. Vědí to. Vědí, že splnili svůj úkol a teď jim zbývá ten poslední úkol-zemřít. Také si tam sním o člověku, který by to všechno sdílel se mnou. Místo toho se ale setkávám s lidmi, kteří se mně jen smějí, ubližují mně a zraňují.“

„A tak jsi u potůčku chtěla užít prášky na spaní a čekat na smrt jako ten motýl,“ dokončil jsem její vyprávění. „Hm, myslela jsem si, že svým odchodem očistím svou rodinu. Vše z ní spadne. Žádný zázrak se však nekonal, zůstala jsem živá, se stejnými týrajícími se myšlenkami, protože jsem tam nebyla sama, ale byl tam ještě pán a ten mne v tom zabránil a odvezl tady.“

Když domluvila, ponořila se zase do mlčení. „Život není jen dar, ale také štěstí a velká náhoda. Je hloupost myslet si, že jsme se mohli narodit jinde, v lepší či horší době, někomu jinému, v lepší či horší rodině,“ řekl jsem a usmál se na ni. Opětovala mně úsměv, ale po tváři jí už stékaly nové slzy strachu, smutku a samoty. „Kim, možná potřebuješ mluvit o tom, co předcházelo tomu, že jsi se rozhodla zemřít. Myslíš, že tě to trápí. Zdá se mně, že se bojíš. Možná potřebuješ mluvit o někom z rodiny,“ řekl jsem. „Ano,“ řekla a v očích jí zableskla zlost. A rozvlykala se. „Promiňte,“ omlouvala se ve vzlycích. „Kim, plakat mně připadá naprosto přirozené a snad ani není možné tako-

vou věc bez pláče zvládnout. Je dobře, že jsi ochotna tu věc řešit a já ti mohu pomoci.“ Pomalu se zase uklidňuje. Kim se zhluboka nadechla a začala povídat svůj příběh ve třetí osobě.

„Bylo to nebylo. Přišla jednoho den na zem ONA, narozená v zemi TYRÁNIE. Byla to země krutého vládce. Když byla ještě malá, tak se hodně bála a když byla venku tma, krutý vládce na dveře nikdy neklepal, bez klepání vcházel dál. Jednou v noci se probudila a cítila na své hrudi cizí ruce, které po její hrudi přejížděly. ONA se bála pohnout a byla zmátaná. Ve tváři měla výraz strachu a něčeho nepřijemného. Ruka pohladila ještě pohlaví a vše skončilo. Ráno probíhalo vše jako jiné dny. Krutý vládce stál s dítkami v ruce a řval: „Říkal jsem ti, že pokud se známky nezlepší, dostaneš nářez. Takže se svlékni a lehni si na postel.“ ONA si pamatuje, jak se jí po těle proháněly pálivé pruhy, ale její hlasivky nedávaly průchod bolesti, což krutého vládce ještě více rozzuřilo a přidával další rány, až ONA omdlela. Ten den i další dny nebyla ONA schopna si ani sednout, a když tak hodně pomalu a ve škole se jí kdekdo smál.

NĚKDE MUSÍ BÝT PŘECE JINÝ HEZČÍ SVĚT !!!!!

Časem na noční příhodu zapoměla. Za několik dní se však opakovalo. ONA chtěla křičet, ale nešlo to. Krutý vládce vyhrožoval, že ji zabije, když bude mluvit. Zaměřoval se na prsa, když onanující ejakuloval na její dětskou hrud. Potom přicházel třikrát týdně a vyžadoval, aby se jej dotýkala i ONA. To jí bylo devět let. Jednou v noci, když už jí bylo dvanáct let, krutý vládce vlezl do postele a řekl: „Už jsi dost velká a nikomu to nesmíš prozradit, jinak tě ztrestám. A aby ONA uvěřila, tak potom dostala rány dítkami, nadávkou, výhrůžky a ledovou sprchu. ONA mlčela a trpěla pod jeho krutou vládou. Kroky střídaly cvaknutí kliky. ONA krutě zakoušela a nemyslela na nic jiného než na smrt. Nitro měla prožrané samými červíky, na tom světě už nechtěla být. ONA poprvé našla odvahu udělat rázný krok. Šla k potůčku.....byla motýl.....ale někdo ji zachránil.

Kim dovyprávěla. Bylo to smutné a těžké povídání. Kim se dívala do země a zase mlčela, jako kdyby byla někdo jiný. Jako kdyby tady se mnou byly dvě KIM. Nevěděl jsem, jak pokračovat, a tak jsem zkusil přes Kim oslovit tu druhou dívku. „Kim?“ oslovil jsem ji. Zvedla hlavu a podívala se na mne. „Kim, jestlipak ta dívka ví, že není jen černá a bílá, že není jen narození a smrt. Že je něco mezi tím. Že mezi černou a bílou je mnoho krásných barev a odstínů, že mezi narozením a smrtí je krásný život. Myslíš, že by to chtěla ta dívka poznat?“ zeptal jsem se. „Nevím, musela bych se jí zeptat,“ řekla. Zabralo to. Měl jsem v duchu radost. A tak jsem pokračoval: „A řekni jí také, že bych jí s tím rád pomohl a rád bych ji doprovázel na cestě poznání a uzdravení, pokud by mně to dovolila.“ „Zkusím se jí zeptat,“ řekla, a bylo vidět, že takto je pro ni povídání snazší. „Tak až se zeptáš a pokud bude moci a chtít, budu na ni čekat zítřka ráno v devět hodin tady ve své ordinaci. A pro dnešek bychom se rozloučili, sestřičky již čekají na tebe s obědem. A Kim, oceňuji tvou ochotu hovořit,“ dodal jsem.

„Na shledanou, Kim,“ rozloučil jsem se podáním ruky.

„Na shledanou, doktore Lagry.“

....

Druhý den přesně v devět hodin zaklepala Kim na dveře mé ordinace. Otevřel jsem dveře a potřásl jí rukou. „Pojd' dál, Kim,“ řekl jsem a gestem jí naznačil, aby se posadila do křesla stojícího čelem k druhému. Kim se posadila, a tím jí začala terapie. Přestala zamlčovat tajemství o své rodině a začala o ní se mnou mluvit. Ten den a další dny putovala přes meze snu a skutečnosti. Učila se určovat a poznávat hranice a každý krok do skutečnosti v ní vyvolával bolest a strach. V noci se jí zdálo o vzpomínkách a ztrácela hranice mezi skutečností a snem. Propojovala se jí situace z minulosti se situací přítomnosti a objevoval se strach z budoucnosti. Někdy v průběhu jedné noci se jí opakovala jedná noční můra, že měla takový strach, že se raději udržovala v bdělém stavu a po několika nocích raději nespala. Únava se však nedala překonat. Nespala a přesto

snila. Jako dítě si představovala skutečnost jako sen, protože skutečnost byla tak krutá, tak zlá. Kim neuměla rozpoznat upřímnost od falše, lásku od nenávisti. Kim krutě zakusila. Po třech měsících na klinice jsme po propuštění společně s Kim pracovali na terapii ještě osm let.

Kim utrkala a vracela se. Milovala mne a nenáviděla, vztekala se a plakala. Denně nejméně devětkrát volala, i v noci. Dnes Kim pracuje jako učitelka v mateřské školce, má hezký byt a občas zavolá, aby mně sdělila, že se jí vede dobře.

OHLASY Z WEBU

Vzhledem k tomu, že některé texty jsou zveřejněny na webu, odezvy na ně lze najít v diskusní sekci stránek www.studovna.cz

Re: Ne)mocná síla agorafobie (Ohlas ponecháváme - i pro jeho autentičnost - v prapopisné podobě, v jaké byl publikován)

je to úplně dokonale! to same jsem zazívala ja mou neurozu vyvolal nedostatek sebeduvery pocit bez lasky, take jsem chodila po internistech s mym „preskakovanim srdce“, si nikdo nevedel rady kazdy den jsem s rukou polozenou na zapesti cekala na to az me ovane smrt, strach ze smrti se stal mou soucasti, navenek jsem vypadala jako spokojena holka nikdo nevedel jaka muka me sziraji...

jit pro me ven byla hrozna vec samozrejme jsem nekolikrat take dosla na pohotovost ale musim rici ze jsem zazila vldny pristup a jako vzdy doporučení na psychiatrii ale ja prece nejsem blazen?

kdyz jsem byla tehotna a se svym jiz byvalým partnerem (alkoholikem) jsem prozivala prava muka prolezela jsem v nemocnici mesic marne jsem jim vysvetlovala ze me zvyšeni tlaku je jen zpusobene strachem.. ano strachem ze smrti strachem o svuj zivot...

muj syn se narodil díky memu strachu o 2 mesi-
ce driv ale je v poradku díky za to...

Me stavy se ale zhoršovaly stejne jako vztah s partnerem co vic jsem si mohla prat nez aby mi partner opilý mocil do postele?...

az se me „srdecni neurozy“ stavalý nezvladatelné vyhledala jsem pomoc muj skutečný strach ze smrti byl tak veliký ze jsem opravdu myslela ze se nedoziji rana

zacala jsem brát antidepr. a beru je jiz rok a pul muj stav se zacal zlepšovat po 2 mesicich brani

v prve rade jsem si zacala uvedomovat sama sebe, vyhodila jsem partnera, mohla jsem prejit ulici, ale uzkosti me mucily dal...

pak nastal zlom nasla jsem cloveka který me miluje vic nez sebe sameho meho syna si adoptoval me si vzal kazdym cinem mi dokazuje jak me miluje me „praskakovani“ se vytraci jako snih na jare

v současne dobe mi je dobre ale vim ze agorafobie se vraci je to jako casovana bomba.. ale ja doufam ze i tak vse zvladnu

s pozdravem vanda (26. 4. 2004)

Re: Gestalt přístup v terapii deprese

Váš článek mne povzbudil a poradil v pomoci kamarádce, která má tyto problémy. Děkuji.

Martina (3. 5. 2004)

Re: Tabu psychoterapeutických výcviků prolomeno

Tabu by se mělo nadále týkat společných pracovišť, mám mnoho neblahých zkušeností, kdy se takto spřízněné duše často nekriticky podporují a pohlcují je jejich vlastní témata.

Modrahannah (12. 8. 2004)