

časopis pro psychoterapii **Konfrontace**

17. ročník /2006/, číslo 3 /65/

PCA Inštitút Ister

otvára v roku 2007 „Šiesty dlhodobý výcvikový program v psychoterapii zameranej na človeka podľa C. Rogersa“, určený lekárom, klinickým, školským a poradenským psychológom, liečebným a špeciálnym pedagógom, sociálnym pracovníkom v zdravotníctve, magistróm ošetrovateľstva. Záujemcom o výcvikový program bude zaslaná podrobná informácia o jeho štruktúre a obsahovej náplni.

Príhlašky prosíme poslať **do 30. 11. 2006** na adresu: PCAI Ister, Podjavorinskej 11, 811 03 Bratislava, Alebo na mailové adresy: batovska@atlas.sk, institut@centrum.sk

NotaBene

otvára ďalší bĕh akcie

VÝCVIK DRAMATERAPIE

zahájení 6. 10. 2006, garance ČAMAD
info: notabene@volny.cz

SYSTEMICKÉ A RODINNÉ KONSTELACE semináre

Mgr. Jaroslav Simon
Trutnov
11.-12. listopadu

Info a přihlášky:
Marcela Krčálová
Tel.: 777 990 89
Email: idea-knihy@quick.cz

Zbyněk Vybrál: Nejsme včerejší

AD, POLEMKA, DISKUSE

Iva Laurinová, Jan Poněšický, Alena

Plhdková, Jiří Zajíc 120

David Kuneš: Ke koncepci

podobnosti 122

MOJE CESTA K

Judd Marmor: Vývoj analytické

terapie: přehled jejího rozvoje

v průběhu více než šedesáti let 125

TEORIE

Jan Benda: Meditace, všímavost

a nové směry KBT 132

Ladislav Nykl: Humanistická

psychologie C. Rogerse v zrcadle 136

ROZHOVOR

Rozhovor s Walterem Zahndem -

nejen o Virginii Satirové 140

KAZUISTIKA

Šárka Gjuricová: „To se u nás nedělo,

aby si lidi prosazovali své já“ 146

OHLÉDNUTÍ

Olga Pechová: John Money 152

ZRÁNÍ Zdenka Riegra 155

KONFERENCE, KONGRESY

Jiří Šupa: Psychoterapeut na psy-

chiatrické konferenci („Komplexní

terapie psychóz“, Opava, 27.-28. 4.

2006) 158

RECENZE A MYŠLENKY

NAD KNIHAMÍ

S. Mentzos: Dynamika duševní

nemoci (J. Šupa) 164

I. D. Yalom, G. Elkin: Každý den

o trochu blíž (J. Šupa) 167

Ještě nad knihou Nezdařená terapie

(J. Šupa) 168

Z DOPIŠÍ a E-MAILŮ

D. Kuneš, Z. Vybrál 170

VIDĚNO OČIMA

David Skorunka o filmu Match Point ... 172

Ediční plán vydavatelství F. Trenčín ... 174

EDITORIAL

rávající teorie se neumějí, ani snad nemohou přizpůsobovat. To ani není jejich úkolem. Mají vytvářet rámec (anebo říkajme zázemí, oporu, inspiraci). Je fascinující číst slova starcovy, který tak věřil psychoanalýze.

O všem být eklektickým nebo integrovat koucky, natož improvizovat - na to se někdy dodnes shlíží s despektem.

A tak se kolem nás mění svět, mění se lidé, ale v mnoha psychoterapeutických hlavách zůstává brašna s klíči a šroubováky pocházející tu z dvacátých, tu z padesátých let minulého století. To si jistě terapeut sehnal ve starožitnictví? Tenkrát ještě nebyl na světě. Proč vlastně tak často nakupují psychoterapeuti v bazarech?

Ale vždyť ty retro kabely prodávají v dnešních institutech v rámci výcviků a přijadů zdarma. A to jeden neví, že v brašně jsou za prošená díla, tupě nožičky? Navíc díla jen z jedné série, jen od jednoho výrobce, díla, která se hodí na dlouhání jen v něčem? Ale ano, ale... Nehýčkejte si hračku, když jste za ni tolik zaplatili!

A jak jsem přemýšlel o díletech, zařadil jsem s chutí článek Benčův o KBT v modernějším balení ve fúzích s jinými přístupy. Konfrontace s tím vyzní možná Nykl Zahnd...

Stejně mi nejde z hlavy otázka: Jak rychle zastará teorie v psychoterapii? Poučky, hypotézy a přesvědčení pionýrů? Umíme vůbec odlišit vědecky síťlivou, moderní psychoterapii od terapeutického náboženství, od šíření ideologie či sektářského učení? A slovo „učení“ by si někdy zasloužilo - být připraveno o háček a opačeno „n“ v úvodu.

Vážně: neprovokujete také psychoterapii včerejší? Nenuť vás do ní někdo? Neříkejte, že jste někdy nerozhodili pod nohy lidem něco archaivního, zkamenělin, fosilních klacků, obskurních názorů a bizarností? - Přám se schválně v čase minulém; předpokládám, že už zuhelnatělé berle nenabízíte. Nejistě přece včerejší.

Zbyněk Vybrál, v Brně, nejprve v tropickém létě, pak na konci srpna 2006

Nejsme včerejší

V předkladu stati Judda Marmora (vydané v Zeigem editovaném Vývoji psychoterapie v roce 2003), tedy ve stati psychoanalytický cvičeného psychoterapeuta, najdeme tuto pasáž:

„Všichni psychoterapeuti mají tendenci upřednostňovat tu formu terapie, ve které byli vyvíjeni a s níž získali zkušenosti, a proto je pro ně snadnější uplatňovat právě tento přístup než se učit nové teorie a techniky, zvláště pokud se svým přístupem dosahují slušných úspěchů. Jsem však velmi silně přesvědčen, že je důležité být schopen přizpůsobit své intervence podle specifických potřeb každého pacienta, místo abychom se jej snažili násilně přizpůsobit „Prokrustovu loži“ svých vlastních technik. Proto jsem při různých příležitostech obhajoval využití behaviorálních, kognitivních nebo hypnотických technik, stejně jako skupinovou a rodinnou terapii, kdykoli by tyto odlišné přístupy mohly konkrétnímu pacientovi pomoci.“

Čtiji dlouze, protože je mi těžko vytrhnout z něj kratší část. Čtu Marmorovy věty, slova devadesátiletého bilancujícího psychoterapeuta a psychiatra, a hlavou mi „běží“ souhlas. Mnohý terapeut má sklon až slepě - a hloupě, zaslíbené, chce se mi dodat - obhajovat jen „to své“. Někteří se málo učí jinému. Omezený terapeut omezuje pak i svobodu a možný růst (anebo říkajme „zisk“, profit, přínos, zrání, učení, obzory, možnosti) - onoho člověka, jemuž (ne)pomáhá. Někteří se drží své školy jako sukenné máminy. Co potřebuje člověk v terapii, je vedlejší. Konzervativní, každým rokem zasta-

Ad polemika o úzkostech, strachu, neurotičnosti a léčbě lidí s úzkostmi (viz Konfrontace 4/2005, 1/2006 a 2/2006)

Názor jedné s diagnózou...

Ráda bych přispěla svým názorem do diskuse na téma strach, úzkost, deprese a podělanost, která probíhá na stránkách tohoto časopisu. Lépe řečeno se pokusím o krátkou glosu k již otištěným příspěvkům, protože diskuse jako taková byla Z. Vybral jsem uzavřena v minulém čísle Konfrontací (2/2006). I když vyjádřit se stručně bude pro mne v tomto případě velmi těžké...

Na úvod, jen pro pořádek, něco málo o mé osobě a mém vztahu k psychoterapii:

Deprese mi a úzkostmi trpím už od dětství; diagnostikovány mi byly ve 23 letech, kdy jsem poprvé byla okolnostmi donucena vyhledat psychologickou pomoc. Pokud je důležitá diagnóza, tenkrát zněla: anxiózně-depresivní stav. Vy u osoby neurotický strukturované osobně se domnívám, že nebyla zcela přesná; proto, že v té době už jsem se 9 let potýkala s jinou diagnózou - poruchou příjmu potravy). V souvislosti s tím mě napadá, že K. Čapek neměl pravdu, když tvrdil, že ženy, na rozdíl od mužů, nemají dost trpělivosti ke sběratelství... Já např. kromě mincí a známek trpělivě sbírám i diagnózy...

Dnes, ve svých 30 letech jsem přesvědčená, že bez psychoterapie bych se nejen nevytáhla z PPP a naučila se zacházet se svými depresemi a úzkostmi (zbavit se jich zcela je dle mého názoru nemožné), ale nejspíš bych tady už vůbec nebyla (především kvůli vážným somatickým problémům, které PPP provázají). Ovšem i navzdory tomu, že mi psychoterapie pomohla, dovoluji si napsat pár kritických

poznámek a položit několik (z mého pohledu zásadních) otázek.

1. Nelíbí se mi označení lidí (klientů, pacientů) žijících s úzkostmi a depresemi za "životní a vztahové podělance, příp. ztroskotance" apod. Představím-li si totiž, že bych si toto označení v článku přečetla v depresivním stavu a byla v terapii, nejspíš bych ji ukončila a zcela vážně bych uvažovala o tom, že pro mne nejlepší řešením přeci jen bude jít a svůj život ukončit (např. skokem z Nuselského mostu, aby to bylo definitivní. Protože proč o něco usilovat a snažit se li když to nemusí být na první pohled patrné!), když si o mne člověk, kterému důvěřuji a přišla jsem ho požádat o pomoc, myslí to stejné, co já sama o sobě, když zdepresím, že?

2. Nemyslím si, že by důvodem k neužívání antidepresiv byla vždy jen "podělanost". U mne je např. hlavním důvodem přesvědčení, že anti-depresiva nevyřeší moje mizerné pocity, ani mi nezabrání v sebevražedném jednání, pokud se pro něj někdy v budoucnu rozhodnu (znám ve svém okolí několik případů pokusů sebevraždy i dokonané sebevraždy i navzdory dlouhodobému užívání antidepresiv, ale předpokládám, že nejsem sama, kdo se s tímto jevem setkal).

Abych dodala svůj slib stručnosti daný na začátku, omezím se v závěru pouze na jednu otázku: Dovolil by si někdo z vás (pan Čech, pan Moos nebo kdokoliv jiný) označit termínem "podělanec" někoho z vlastní rodiny případně někoho z kolegů-terapeutů, pokud by se potýkali s úzkostmi a depresemi?

Původně, v prvotním rozčlenění, jsem měla chuť poslat některé terapeutky i s jejich tituly před jmény a za jmény prostě a jednoduše do háje (jako neurotická hysterka na to mám plně právo nebo snad ne?!). Pak jsem si ovšem uvědomila, že je to pod moji úroveň a proto bych píle apod., chtěla vzkázat toto:

Jako bývalá klientka jsem znechucena tím, jak o nás, svých klientech a pacientech (jen tak mimochodem, nejsme náhodou i zákazníci, jestliže vstupujeme do terapie se zákazkou, kterou by měl terapeut vyplnit???) smýšlejí a bavíte se mezi sebou.

Dost možná to uráží moji ješitnost a kdo ví, co vše dalšího lna to snad ještě přijdu ve výcviku, jehož frekventantkou jsem), ale především to uráží moji základní lidskou důstojnost. I navzdory své sbírce diagnóz jsem vždy byla, jsem a - pokud někdy v budoucnu zcela nezesílím - i budu samostatně myslící lidská bytost prožívající všechny emoce, stejně jako ostatní, psychicky zdraví lidé (rozdíly vidím pouze v intenzitě prožívání těchto emocí). A v tom vidím svoji hodnotu!

Možná by to, páni doktoři, chtělo o něco méně pokrytectví a o něco více úcty k lidské jedinečnosti.

S pozdravem Iva Laurinová

Kontakt na autorku glosy:
ilaurinova@seznam.cz

Ještě k důvodu a původu strachu

Chlěl bych ještě využít možnosti „kratší glosy“ ohledně polemiky o úzkosti, strachu a smyslu života.

Kontroverze ohledně výše uvedených a podobných témat vznikají tehdy, když se jeden aspekt či příčina, jedno porozumění zabsolutňuje a povyšuje nad ostatní. Reálný a intrapsychický (neurotický) důvod strachu je ve své obecné podstatě tentýž: jedná se o úzkost či strach z ohrožení integrity osobnosti, ať na fyzické (nemoci, násilí apod.) nebo psychické úrovni. Tím posledním se zabývají psycho-terapeuti: ohrožena je psychická rovnováha např. silnými agresivními či sexuálními impulsy s možností ztráty kontroly a sebeřízení; zároveň je ohrožena naše sebeúcta, dosavadní obraz sama sebe. Ohrožením se strává možnost konfliktu, strach z odmítnutí, zvl. zůstává-li člověk pod vlivem dětských negativních zážitků. Trauma v sobě skrývá nebezpečí destrukce osobnosti, odud strach z re-traumatizace (i v průběhu odkrývací psychoterapie). Původ strachu bývá situován do porodní úzkosti či do smrti - jde opět o úzkost z nebytí (podobně i psychická úzkost z fragmentace osobnosti).

Derivátem této úzkosti je i hrozba ztráty určitého aspektu bytí (např. smyslu/ či jeho částí) a to tzv. podělanost, následkem které získává část života nepožita, ke které by bylo třeba odvahy. Podobně se to má se strachem ze selhání, či útekem před naším „ontologickým svědomím“ (Pafočka), které nás upozorňuje na neautentické žítí. A naopak strach z něčeho nového (třez každodenní průvodce psychoterapeutického procesu) v sobě skrývá nebezpečí ztráty důvěrně známé jistoty.

A teprve když k uvedeným ztrátám (sebeúcty, vztahu, jistoty atp.) dojde (doprovázeno pocitem bezmocnosti), dochází k rezignaci a depresi. Ta opět zvýší úzkost, neboť jde o uzavírání budoucnosti. Místo definic je tudíž třeba dosáhnout individuálního porozumění, a tím i vhodné terapie.

Komplementárně je i psychotherapeut vystaven strachům ze ztráty kompetentnosti, jistoty, konfliktu, sebeovládání apod. - ale to by bylo téma pro novou diskusi.

Jan Poněšický

Vážná redakce Konfrontací...

Jsem si vědoma toho, že jste v posledním čísle Vašeho časopisu diskusi ke stati Jana Čzecha „Smysl života a strach“ (č. 4, 2005) ukončili, ale příspěvek Peira Moose „K polemice o úzkosti, strachu a smyslu života“ (č. 2, 2006) mě natolik zarazil, že jsem se odhodlala Vám napsat. Domnívám se totiž, že oba výše zmíněné články, tj. Czechův a zejména Moosův, nejsou vhodným námětem pro odbornou polemiku, ale spíše pro práci etické komise. Nechápu, jak mohl např. MUDr. David Sko-runka, příznivec Harlene Andersonové, připsat uveřejnění těchto textů, které neumím zařadit jinam než do kategorie odborný suverén. Nerespektuje snad redakce Konfrontací tak elementární etické pravidlo, jakým je to, že o lidech trpících neurotickými či jinými mentálními poruchami je vhodné mluvit slušně a jednat s nimi jako rovný s rovným? Myslenka o nedostatku zručnosti ještě ke všemu není nikterak nová ani originální. Je známo, že už

Alfred Adler považoval za jednu z příčin „neúrozy“ nedostatek odvahy, který vede k úniku do nemoci. I tato teze je velice hodnotná, ale Adler alespoň na rozdíl od Jana Czecha a Petra Moose nemluvil sprostě. Docela je mi stydno před panem Jeronýmem Janičkem, který se mylně domníval, že – ač trpí psychickými potížemi – může vést s českými terapeuty rovnoprávnou diskusi. Jak je vidět, nemůže. Brzy byl odkázán do „patřičných mezí“ a ještě ke všemu umístěn do pozice „podělanec“. Děkuji redakci Konfrontací aspoň za to, že nás „nenakrmila“ pouze ostrovtivými úvahami Jana Czecha, Petra Moose a jeho obdivovatele Aleše Fürsta, ale dala prostor k vyjádření Janu Poněšickému a Janu Roubalovi. Pravda, podstatně menší než výše zmíněným ostrým hochům, ale aspoň něco. Na Vašem místě bych si položila otázku Quo vadis Konfrontace? K urážení nemocných? To snad ne.

Alena Piháková

Vážený pane doktore,

můj dlouholetý přítel Jan Czech, který je bohužel od loňského října ochrnutý po těžké mozkové mrtvici a jeho rehabilitační proces postupuje velmi pomalu (v současné době je v rehabilitační léčebně v Kladrubech), mě požádal, abych se Vám jeho jménem omluvil za (pocho-pitelné) prodlení v odpovědi na Váš dopis a současně abych na něj odpověděl (s Janem píšeme už od 80. let společně knihy i články, mám tedy určitý vzhled do jeho činnosti).

Oběma reakcemi na Janovu původní stať otištěnou v Konfrontacích (sme se (v daných možnostech) zabývali již krátce po té, co se objevily v příslušném čísle Konfrontací. Zatímco výhrady doktora Jana Poněšického jsou převážně terminologického charakteru a v zásadě je pokládáme za oprávněné (a nikterak neproblematické) základní sdělení článku), je kritika Jeronýma Janička nejen „ostrá“, ale podstatně se snažící „vyvrátit“ ústřední pozici, kterou Janova stať prezentuje.

V „normálním“ případě – tedy pokud by Jan seděl v křesle své pracovny, u svého počítače

atd. atd. – by rozbor Janičkovy polemiky byl jistě zajímavou intelektuální zdláždlostí. V situaci, v níž ovšem Jan nyní je, musí polemiku s Janičkovým postojem úspěšně zvládnout úplně jinak: vítězství nad vlastní bezmocí a strachem – i jejich všemožnými důsledky (které tak plasticky ve své polemice Janiček líčí). Bez toho by musel uznat, že „podělanost“ možná je kořenem neurozy, ale tohle rozpoznání ještě k žádné schopnosti jí účinně čelit nevede, protože strach z vlastních pocitů je tak silný, že mu člověk bez intenzivní lékové podpory nedokáže vzdorovat – a že tedy má Janiček v zásadě pravdu.

Jde tedy o velmi tvrdý test, mnohem tvrdší, než jen časopisecká polemika, kterému nyní musí Jan čelit....

Jiří Zajíc

PS.

Když už píšu, děkuji za tip na poslední knížku mého dávného oblíbeného Jiřího Mrkvičky Předpoklady psychoterapie, kterou jsem v kvantu současně společenskovevědní produkce nezaznamenal.

Ke koncepci podosobnosti

David Kuneš

V minulém čísle Konfrontací (2/2006) mě ke kritickému zamýšlení přiměl článek Janomira Chrástanského. Autor, ačkoliv to neuvádí explicitně, se ve svém sdělení pokouší popo-jiť model podosobnosti s gestalt terapeutickými koncepty uvědomění a polarit. Za cíl práce s podosobností považuje jejich rozpoznání a následné včlenění do celkového seobrazu klienta. Jeho přístup je metaforický, snaží se oslovit klienta fantazijní cestou. Myslí si, že popsaný postup je pouze první částí podobné terapeutické práce. Samotné sebe-poznání a přijetí sebe sama je jistě důležité, je

však jen prvním krokem na cestě k duševnímu zdraví. Tím dalším krokem je podle mého názoru práce na změně prožívání či chování a začlenění této změny do života klienta. Autor navíc popisuje jen jediný postup, který je jistě vhodný pro určitou skupinu osob, nicméně jak sám v článku zmiňuje, pro jiné klienty je zcela nedostatečný. Pokusím se tedy jeho pojetí rozšířit.

Přichází-li do terapie klient, který se zabývá skutečností, že u sebe v závislosti na kontextu pozoruje různé – a často i protichůdné – způsoby jednání, mohou se nejprve (podobně jako kolega Chrástanský) pokusit najít pro klienta přijatelný výklad. Jestliže klientovi v obecné rovině vysvětlím, co se s ním děje, obvykle tím snížíím jeho aktuální úzkost. Mohu mu například říci, že si během života v některých situacích v kontaktu s druhými lidmi osvojujeme určité vzorce prožívání a chování. Jestliže se nám osvědčí, používáme je pak v dalších podobných situacích, a tím si je také upevňujeme. Tyto vzorce se pak postupně formují do komplexnějších rolí nebo podosobností. Každý člověk má k dispozici řadu takových rolí. Podle mého názoru je však důležité, že každá role měla či má nějaký smysl a význam. Vznikla z nějakého důvodu. Klientka si kupříkladu mohla vytvořit roli „hodné holčičky“ proto, aby jí její okolí přijímalo. „Zlobivý kluk“ na sebe zas chtěl strhnout veškerou pozornost. „Prohnaný lump“ se mohl pokoušet vyřízt z každé situace co nejvíce pro sebe. Podstatná je tedy potřeba nebo cíl, které se skrývají za každou rolí nebo podosobností. Takže místo snahy vést klienta k tomu, aby začlenil nějakou podosobnost do svého sebeschématu, se ho raději budu ptát: Jaký je smysl této role? Čeho chce tato podosobnost dosáhnout, taká je její potřeba?

Jakmile se s klientem dostaneme až sem, můžeme začít zjišťovat, zda je určitý způsob dosahování cílů nebo naplňování potřeb účinný, zda má konkrétní role svůj smysl a význam v současnosti. Pokud ano, pak lze daný způsob cílového chování a s ním spojeného prožívání začlenit do sebeschématu daného klienta, nebo lépe, pak už obvykle není příliš potřebné zabývat se danou rolí. Přesto však

stále ještě můžeme pracovat s cíli, kterých má být dosaženo: Jsou cíle adekvátní? Odpovídají možnostem a schopnostem tohoto člověka? Jestliže role ztratila svůj původní význam, pak je na místě hledání nových účinnějších způsobů, jak k danému cíli dospět. To znamená nepřijímat slepě každou roli či podosobnost jako svou součást, ale místo toho zjišťovat, nakolik je konkrétní role smysluplnou a účinnou strategií při dosahování jednotlivých cílů. Dalším krokem může být například zkoušení některých nových způsobů chování a jejich následné začlenění do každodenního života.

Nutno dodat, že zde uvádím pouze jeden z mnoha možných postupů; určité by se vyplatilo třeba hledat s klientem společné znaky všech podosobností, ve skupině by jednotliví členové mohli ztvárnit klientovy podosobnosti a on by jako nezávislý pozorovatel mohl sledovat jejich interakce. Jinou možností by bylo například dotazování, čeho by daná podosobnost mohla dosáhnout, v čem je dobrá, a následně upozornit klienta na využitelný potenciál, které v sobě konkrétní role skrývají. Přesto si myslím, že práce s podosobnostmi lze využít i u pouhého zlomku klientů. Chci tím zdůraznit, že ke klientovi či k problému můžeme přistupovat z více úhlů pohledu a že bychom neměli klienta přizpůsobovat metodě, ale naopak metodu přesně „ušit na míru“ konkrétnímu klientovi. Ačkoliv neuvádím žádné bližší zdroje, je jisté zřejmé, že mi jako inspirace posloužily ericksonovská komunikační psychoterapie a kognitivně-behaviorální přístup, nicméně jako absolvent gestalt terapeutického výcviku využívám i mnohé dovednosti načerpané v tomto výcviku.

Nakonec chci upozornit na některé nedostatky publikovaného článku. Nejprve k terminologii: Doslovný překlad anglických termínů topdog a underdog jako „Horní a Dolní pes“ neznačí přilís česky. Doporučoval bych bud ponechat termíny v původním znění, nebo se inspirovat některými zavedenými českými překlady. K obsahové stránce mám několik připomínek. Kolega Chrástanský porovnává zmíněný koncept s některými dalšími teoriemi.

Uvedená srovnání jsou nepřesná – tak například jeho přirovnání podosobnosti k Jungovým archetypům. Ve shodě s Jungovou teorií bych podosobnost vnímal spíše jako odraz určitého komplexu (který samozřejmě bývá propojen s některým archetypem v kolektivním nevědomí v prožívání a chování klienta. Podle mého názoru se však koncept podosobnosti nejvíce přibližuje pojetí rolí v Morenově psychodramatu. Také Moreno tvrdil, že si na základě situací a lidí kolem nás osvojujeme určité role, a osobnost je podle něj souborem veškerých rolí jedince.

Autor stati dále uvažuje o koncepci podosobnosti jako o jednom z teoretických modelů osobnosti. Uvádí, že jde o „určité podobnosti chování a prožívání člověka“. Nemyslím si, že by ve vědě měly vznikat teorie na základě podobností. Takový postup některých psychoanalytů známé důvěrně z první poloviny dvacátého století a jeho výsledkem je, že terapeutická práce mnohdy závisí na „víře“ terapeuta v určité principy namísto toho, aby spočívala na ověřitelných základech. Poslední faktická připomínka se týká indikace navrhovaného postupu. Vůbec si nejsem jist, zda by popisova-

ná metaforická práce byla vhodná pro psychoanalytické pacienty, byť ve fázi remise, jak uvádí autor. Pokud se při práci s takovými klienty, kteří zažívají často jen dočasnou úlevu, o něco pokouším, pak především zkouším poskytnout jim jasnou strukturu a ukotvit je v realitě. Možná, že by výjimku z tohoto pravidla tvořily situace, kdy pacient sám nabídně podobný pohled na sebe a já mu pomáhám integrovat rozličné části jeho osobnosti do jednoho celku. Osobně bych však byl skutečně velmi opatrný.

I přes své výhrady chci autorovi poděkovat za jeho příspěvek, protože mně (a určitě i mnoha dalším kolegům) poskytl další pohled na celou problematiku psychoterapie. Třebaže jsem zastáncem „racionálnějšího“ přístupu (a nepopírám, že většinou preferuji jasnou strukturu a snažím se mít „situaci pod kontrolou“), přesto je pro mě jiný druh uvažování o práci s klienty vždy výzvou ke kritickému ověření vlastních postupů.

Autor je psycholog, interní doktorand Psychologického ústavu FF MU v Brně, kde zčásti zajišťuje výuku psychoterapie. Překládá odbornou psychoanalytickou literaturu.



Česká společnost pro analytickou psychologii

Výcvik v jungovské psychoterapii

Česká společnost pro analytickou psychologii (jungovskou psychoterapii) - ČSAP - poskytující výcvikové programy v psychoterapii akreditované MZ ČR pro práci ve zdravotnictví oznamuje zájemcům o výcvikový program, že

přijímá pohovory pro příští kurz proběhnou 11. října 2006 v Brně a v Praze.

Kurz je čtyřletý, probíhá paralelně v Brně a Praze. Informace o ČSAP můžete vyhledat na www.sweb.cz/ogjung. Příhlášky s rukou psaným neformálním životopisem co nejdříve pošlete na adresu: Mgr. Martin Skála, DPS Nad Ondřejovem 36, 140 00, Praha 4-Pankrác, Curriculum Vitae a další dotazy pošlete e-mailem na adresu psychopompos@seznam.cz

MOJE CESTA K

Vývoj analytické terapie: přehled jejího rozvoje v průběhu více než šedesáti let

Judd Marmor

Když jsem v roce 1929 nastoupil na lékařskou fakultu, oblasti psychiatrie domínovaly dva hlavní přístupy. První a starší z nich se opíral o krepelinovský model, vycházející z nemocniční péče, a považoval duševní choroby za oddělené diagnostické kategorie, jejichž příčinou byla ve většině případů nějaká genetická vada, toxiny, úrazy nebo infekční mikroby. V rámci tohoto přístupu bylo léčení s výjimkou několika řídkých případů, kdy byl znám účinný lék nebo byl k dispozici způsob vyléčení (jako tomu bylo u léčby mozkové syfilis pomocí terapie mědií), v podstatě nespecifické, zahrnovalo jen podporu a ošetřování v ústavech.

Na druhém konci spektra byla relativně nová modalita - psychoanalýza vytvořená Sigmondem Freudem, který tvrdil, že většinu funkčních psychických poruch lze spojovat s negativními zážitky a konflikty v raném dětství. Jiz jako na studenta na mě Freudovy písemné práce udělaly velký dojem a byl jsem přitahován k freudovským vysvětlením, protože se mi zdálo, že tento přístup slibuje racionální prostředky k vystopování a odkrytí, a tím i k odstranění skrytých zdrojů psychických a emočních strání.

Takže poté, co jsem absolvoval dva a půl roku postgraduálního vzdělávání v psychiatrické léčebně a dalšího jeden a půl roku práce na neurologii, přihlásil jsem se k výcviku na Psychoanalytickém institutu v New Yorku a v roce 1937 jsem byl přijat. Obsah výcviku

byl v té době postaven výlučně na Freudových teoriích a od všech účastníků výcviku se očekávalo, že s nimi budou souhlasit. Teorie osobnosti, která se zde učila, vycházela z teorie libida, která předpokládala biologicky určené postupné přecházení libidinózních instinktů od orálních k análním a pak ke genitálnímu zaměření. Klíčovými bodem vývoje osobnosti byl Oidipův komplex a „kastrační komplex“, o němž se předpokládalo, že z něj pramení. Ženské snahy o společenské či profesionální uplatnění byly interpretovány v pojmech „závislosti penisu“ a jako odpor vůči zaujetí biologicky určené podřízené role.

Terapeutická technika, které jsme se učili, byla stejně tak založena na Freudově učení, tj. čtyři až pět sezení týdně, při kterých pacient vždy ležel na pohovce, terapeut seděl za ním a představoval tzv. „prázdné plátno“, aby nenarušoval předepsaný proces asociativních volných asociací. Předpokládalo se, že k pokroku v terapii dochází díky „správným“ interpretacím a „náhledu“ na infantilní konflikty ohledně sexuality a agrese v raném věku; a také se očekávalo, že v rámci svého „přenosového“ vztahu s analytikem si pacient znovu projeví svou „infantilní neurózu“ a „propracuje se skrz ni“.

Pokud na společných sezeních v Institutu došlo k nějakým neshodám, téměř pokaždé je ukončil někdo z přítomných tým, že ocitoval z Freudových spisů. Živě si vybavuji zápal, se kterým o něm hovořili vídeňští kolegové, kteří čerstvě přijeli do Spojených států, přičemž zvedli oči k nebi, jako by mluvili o nějakém Bohu! Když se o tom zmiňuji, není to proto, že bych si z něj nebo z nich chtěl dělat legraci. Freud byl v každém případě velký myslitel, který si zasluhuje naši úctu a obdiv. Ale když byl jeho spíše příkladným status Bohem zjevené pravdy, jak tomu v oněch dnech bylo, měl jsem z toho nepřijemný pocit, že se setkávám spíše s náboženskou ortodoxií než s vědeckou objektivitou. Už v té době jsem měl tendenci nedůvěřovat jakémukoli rigidnímu fundamentalismu, ať již v oblasti náboženství nebo vědy, který o sobě prohlásoval, že on představuje ten jediný správný přístup, a že pokud to někdo zpo-

chybně, znamená to, že pochybující je buď hlupák, mentálně narušený nebo je prostě zlý. Pojmouloví freudovské metapsychologie se vyzývají výrazně jako kofhexe, profikathexe a zadřovaně a uvolňované libidózní instinkty, jakkoli bylo intelektuálně přitažlivé, se mi zdálo příliš vzdálené běžným skutečnostem, se kterými se setkávali moji pacienti. Proto jsem hledal alternativní cesty jak popsat a hodnotit lidské problémy, kterými jsem se snažil zabývat.

To všechno vedlo posléze k tomu, že když během 30. a 40. let začalo stále více psychoanalytiků zpochybovat na instinktech založené a intrapsychická východiska Freudova teoretického modelu, a navrhovali, že by se měla věnovat vážná pozornost i povaze vnější skutečnosti, připadalo mi to velice smysluplné. Průkopníky tohoto směru byli např. Aram Kardiner a jeho studie vývoje osobnosti v různých kulturách; Karen Horneyová se svou klasikou knihou „Neurotická osobnost naší doby“; Sander Rado, který zdůrazňoval význam procesu adaptace na vnější prostředí; Harry Stack Sullivan, který poukazoval na význam mezilidských vztahů a Franz Alexander a jeho skupina v Psychoanalytickém institutu v Chicagu. Ti všichni při provádění analyticky orientované terapie experimentovali s opuštěním povinné polohy na pohovce a předepsaného rituálu každodenních sezení.

Ovšemže ještě před těmito kritiky Freudových názorů zde byli už i jiní, ale těch jsem si v našem Psychoanalytickém institutu moc nevšímal, a pokud ano, pak pouze proto, abychom se ohradili proti jejich kritickým připomínkám. Například již na počátku 20. let začal Sander Ferenczi obhajovat to, co nazýval „aktivní psychoanalýzou“, při které jedná terapeut s pacientem vzájemně a empaticky, místo aby předstával prázdne plátno. Dalším průkopníkem byl Otto Rank, který, i když jeho pojem „traumatu zrození“ bylo biologicky i psychodynamicky pochybné, položil základy pro uznání důležitosti raného vztahu matka-dítě. Další byla Melanie Kleinová, která také zdůrazňovala důležitost vztahu dítěte k matce, na rozdíl od Freudova důrazu na pozdější Oidipův komplex.

Není divu, že tyto nové ideje začaly vést k frakcím sporům a nakonec i k rozštěpení v mnoha amerických psychoanalytických institutech. Já jsem však udržoval přátelské vztahy s mnoha terapeuty, vycvičenými v různých analytických skupinách, a zaujal mě fakt, že se všichni zdáli být s účinností svých technik spokojeni a, co bylo ještě důležitější, i jejich pacienti byli ve většině případů také spokojeni se svými zážitky z terapie. A také, když se pacienti nevedli, zdálo se, že špatný výsledek terapie nezávisí ani tak na teoretické orientaci terapeuta, jako spíše na jeho osobních vlastnostech. Ti terapeuty, kteří projevovali nejvíce empatie, měli nejlepší výsledky, bez ohledu na jejich osobní přesvědčení. Takže v praxi s tím, čemu jsem byl učěn, totiž že zásadní význam má „správná“ teorie, viděl jsem, že analytici rozdílných teoretických přesvědčení, kteří svým pacientům podávali zcela odlišné interpretace, dosahovali přesto srovnatelných výsledků. Zdálo se, že se z toho dá vyvodit nevyhnutelný závěr, že existují společné jmenovatelské, které byly odpovědné za tyto ekvivalentní terapeutické výsledky. Tím jsem se pak zabýval v následujících padesáti letech, během kterých jsem pozoroval a studoval povahu terapeutického procesu v rámci různých teoretických přesvědčení a terapeutických procedur.

Chtl bych se k tomuto tématu později ještě vrátit, ale v této chvíli se chci krátce zmínit o tom, jak se během doby vyvíjela má vlastní psychoanalytická orientace. Jak jste si již mohli domyslet, když používám pojem „psychoanalytický“ při popisu svého vlastního přístupu, nemyslím tím striktně freudiánský přístup k teorii a praxi, jak se učil v tradičních psychoanalytických institutech. Stále však věřím, že - od sunete-li stranou metapsychologické teorie, které sám Freud nazýval svou „mytologií“ - existují určité základní předpoklady, vycházející z jeho prací, které jsou důležité i v současné době. Mohl bych je vyjmenovat následovně:

1. Lidské chování je motivované. To zahrnuje pojem „psychického determinismu“ - tj. že většina chování není náhodná, ale obvykle ho lze

nějakým způsobem vysvětlit (např. pomocí obřadů, snů, přetěnění, nebo nevědomými mentálními procesy, jako jsou potlačení, racionalizace, projekce atd.).

2. Povaha této motivace je často skryta před vědomou pozorností, což máme na mysli, když pravdě toto označujeme jako „nevědomí“.

3. Vývoj osobnosti není určován pouze biologickými předpoklady, ale také velkým množstvím různých psychologických a sociálních faktorů.

4. Funkční poruchy lidského chování lze obvykle vystopovat buď k chybění určitých důležitých zážitků v raném dětském nebo ke konfliktům či traumatickým psychosociálním zážitkům později v životě. Jinými slovy, zdroje psychopatologie není nutné hledat výlučně v nitru jedince, ale je třeba brát v úvahu jeho biopsychosociální vztahy v jejich celku.

5. Při vyváření vzorců vnímání a chování v pozdějším životě jsou zvláště významné rané vývojové zážitky.

Tyto předpoklady ve skutečnosti sdílí také mnoho psychotherapeutů jiných orientací, prostě proto, že Freudův vliv na současný způsob myšlení proniká celým našim životem, ať si to uvědomujeme nebo ne.

Dalším rysem analyticky orientované psychotherapie obecně je to, že se nezaměřuje pouze na odstranění příznaků, ale, kdykoli je to možné, pomáhá pacientům, aby celkově lépe fungovali.

Tím bych ovšem nechtěl vzbudit dojem, že odstranění příznaků samo o sobě nepovažuji za žádnou cíl terapie. Je pravda, že většina klasických psychoanalytiků měla tendenci hledět svrchu na terapii, zaměřené na příznaky, protože, v souladu s Freudovou teorií, považovali příznaky za známky skrytých nevědomých konfliktů; a proto předpokládali, že pokud tyto konflikty nebudou vyřešeny, příznaky se nutně znovu objeví. Příznaky byly považovány za analogii trhlín v potrubí, způsobených zvýšeným tlakem; takže pouhé zacelení těchto trhlin bez odstranění příčin zvýšeného tlaku povede k tomu, že se dříve nebo později objeví nové trhliny, ať již na stejných místech nebo na jiných.

Takto to může skutečně platit v uzavřených systémech. Víme však, že lidské bytosti, stejně jako jiné živé systémy, nejsou uzavřené systémy, ale mají propustné hranice, které umožňují energii a informacím proudit dovnitř a ven. Proto také odstranění zneschopňujícího příznaku často vede k významné změně osobnosti, nejen proto, že pacient je schopen lépe fungovat a v důsledku toho získá vyšší sebevědomí, ale také díky tomu, že dostává pozitivní zpětnou vazbu od ostatních lidí, kteří oceňují zlepšení v jeho chování.

Rád bych zdůraznil, že nechci vzbudit dojem, že psychoanalyticky orientovaná terapie je nadřazená jiným formám terapie. Všichni psychotherapeuti mají tendenci upřednostňovat tu formu terapie, ve které byli vycvičeni a s níž získali zkušenosti, a proto je pro ně snadnější uplatňovat právě tento přístup než se učit nové teorie a techniky, zvláště pokud se svým přístupem dosahují slušných úspěchů. Jsem však velmi silně přesvědčen, že je důležité být schopni přizpůsobit své intervence podle specifických potřeb každého pacienta, místo abychom se jej snažili násilně přizpůsobit „Prokrustovu loži“ svých vlastních technik. Proto jsem při různých příležitostech obhajoval využití behaviorálních, kognitivních nebo hypnotických technik, stejně jako skupinovou a rodinnou terapii, kdykoli by tyto odlišné přístupy mohly konkrétnímu pacientovi pomoci. Také jsem zdůrazňoval, že máme být otevření i pokud jde o předepisování medikace, pokud může naše psychotherapeutické snažení účinně doplnit. Jsem však přesvědčen, že samotné předepisování léků, bez jakékoli psychotherapie, obvykle pomůže pacientovi jen dočasně, protože ten musí stejně čelit interpersonálním a sociálním problémům své životní situace.

V průběhu let mě výrazně ovlivnila moudrá zásada Franze Alexandra, že esenci psychotherapeutického procesu - tedy to, že přivádíme do vědomí pacienta jeho emoce, konflikty a motivace, kterých si předtím nebyl vědom - nesmíme nikdy obětovat na oltář tradičních rituálů psychoanalytických technik. Takže jsem přišel na to, že když se se svými pacienty setkávám vsedě a tvář v tvář, je to účinnější,

než když je položit na pohovku; a že seikávat se s nimi jednou či dvakrát týdně místo častějších seikání nijak nezpomaluje jejich pokrok. Dokonce, jak o tom referoval i Alexander, nejen že seikávají se s pacienty denně bylo zbytečné, ale často to bylo přímo protireapeutické, protože to zvyšovalo jejich závislost, místo aby je to posouvalo směrem k větší samostatnosti a sebevědomí.

Ale nejdůležitější ze všeho je to, co jsem zjistil o zásadní důležitosti interakce mezi terapeutem a pacientem, totiž že to je společný jmenovatel, který překračuje rozdílnosti v technikách mezi různými „školami“ psychotherapie. Aniž bych chtěl snižovat užitečnost těchto různých typů intervencí, jsem přesvědčen, že úspěch v psychotherapii nikdy nezávisí na jednotlivých procedurách samotných, ale spíše na kvalitě vzájemných interakcí mezi terapeutem a pacientem, která je společná všem dobrým psychotherapeutům, totiž na schopnosti vytvořit se svými pacienty smysluplné spojení, které v pacientech vyvolává silný pocit důvěry a pocit, že je terapeut chápe.

V padesátých letech mi mé vztahy s Alexandrem poskytl příležitost studovat tento interaktivní proces důkladněji. Stal jsem se účastníkem tříletého výzkumu, který se zaměřil na intenzivní pozorování přes jednocesné zrcadlo toho, co se odehrává v psychotherapeutickém procesu mezi zkušenými psychotherapeuty a jejich pacienty. Před touto studií jsme většinu toho, co jsme o tomto procesu věděli, čerpali ze spisů jednotlivých terapeutů. Ale základním předpokladem naší studie bylo, že ani terapeuti ani pacienti nemohou adekvátně popsat, co se v procesu psychotherapie skutečně odehrává, protože byli vnitřní součástí tohoto procesu, a že pouze vnější pozorovatelé mohou vnímat psychotherapeutické interakce jako celek.

Zjistili jsme, jak komplexní, jenné a mnohčetné jsou proměnné, a to jak verbální, tak nonverbální, které se odehrávají mezi psychotherapeuty a jejich pacienty, a že psychotherapie ani zdaleka není něco, co terapeut provádí na pacientovi nebo pro pacienta, ale něco, co se odehrává mezi nimi, přičemž psychotherapeu-

a proč se u nich rozvinul určitý strach nebo zábrana, a vysvětlují, jak funguje proces znovupodmiňování nebo desenzibilizace. Gestalt terapeuti vysvětlují svým pacientům, že jejich problémy souvisí s potlačovanými emocemi, které je třeba uvolnit, a v procesu terapeutické práce ukazují, jak se pacient má naučit tyto pocity vyjadřovat a jak se následně bude cítit lépe a fungovat lépe. Všechno jsou to prvky kognitivního vysvětlování a lze prokázat, že jsou součástí i většiny dalších psychotherapeutických přístupů.

3. Podmiňování

Techniky podmiňování jsou zjevné a výslovně zdůrazňované v rámci behaviorálních terapií, ale určitá forma podmiňování se odehrává ve všech terapiích, i když to může být více skryté. Prostřednictvím svých opakovaných interpretací všichni terapeuti podmiňují své pacienty, aby se posunuli směrem ke „zdravějším“, „vyzrálejší“ způsobům chování a myšlení; a aby je upřednostnili před dosavadními „neurotickými“ či „nezralými“ způsoby. Velká část tohoto podmiňování má formu „operativního podmiňování“, při kterém terapeut prostřednictvím svých racionálních a konstruktivních reakcí na pacientovo neurotické chování a myšlení – na rozdíl od nekonstruktivních zkušeností, které pacient zažil v minulosti – je postupně podmiňují tak, aby jednal a uvažoval odlišně. Tento proces je tím, co Alexander označoval jako „korektivní emoční zkušenost“.

4. Identifikace

Každá psychotherapeutická interakce vede k tomu, že pacient do jisté míry, ať vědomě nebo nevědomě, vsiřebává nebo napodobuje určité typy chování terapeuta nebo jeho hodnoty. Psychoanalytici tomu říkají „identifikace“, jiní to nazývají „sociální učení“, ale dochází k tomu téměř vždy, zvláště v kontextu silného pozitivního přenosu vzhledem k terapeutovi.

5. Sugese

Navzdory faktu, že to mnozí terapeuti popírají, sugese a přesvědčování, zjevné nebo skryté, hrají roli ve všech terapiích, byť někdy

jen ve formě univerzálního posestí, že pokud se pacient bude řídit doporučeními terapeuta a plnit procedury terapie, pak se jeho stav zlepší.

6. Zkoumání skutečnosti

Každá terapie zahrnuje určitý podíl zkoumání skutečnosti. Pacienti se v důsledku svých zážitků v terapii učí novým postojům a novým způsobům zvládnání problémů, ale tyto nové způsoby musí uplatňovat a opakovaně procvičovat v reálném světě, pokud se z nich mají stát trvalé vzorce chování a uvažování.

7. Vztah mezi pacientem a terapeutem

A nakonec, všechny tyto procesy se nejdůležitěji uplatňují, pokud jsou zastřešeny konzistentním, bezpečným, empatickým a emočně podpůrným systémem, který je poskytován vztahem mezi pacientem a terapeutem. To, jak už jsem naznačil, je nejdůležitější faktor ze všech. Zahrnuje to, co psychoanalytici označují jako „přenos“ a „protipřenos“, které jsou přítomny ve všech psychotherapeutických interakcích a o kterých se v poslední době hovoří pod pojmem „intersubjektivního“ vztahu mezi pacientem a terapeutem.

Jak pacient, tak terapeut do této interakce společně přispívají významnými prvky a oba jsou jí ovlivňováni. Pacienti obvykle přicházejí s určitým stupněm naděje a očekávání, že se jim dostane pomoci, a s přáním, aby se jejich stav zlepšil. Tyto prvky jsou pro úspěch terapie kriticky důležité a jejich nepřítomnost předstává velkou brzdou. Pacienti také přinášejí silné a slabé stránky svého ego, stejně jako zcela individuální uspořádání svých příznaků a potřeb. Právě vzájemná rovnováha a interakce těchto faktorů je zdrojem naděje, že u pacienta dojde k vytvoření vyšší kapacity pro běžné fungování.

A tak jako pacient přináší do terapie reálné, stejně jako nevědomé faktory, které ovlivňují psychotherapeutický vztah, stejně je tomu i u terapeuta. Terapeuti se liší ve svých schopnostech, výcviku, znalostech a odborné pověsti, stejně jako ve svých vědomých a nevědomých hod-

notových systémech, potřebách a přesudcích. Mezi nejdůležitější kvality, které schopní terapeuti vnášejí do svých vztahů se svými pacienty, patří znalosti, objektivita, empatie a integrita. Znalosti neznamenají pouze dostatečný výcvik a porozumění, ale také schopnost předat toto porozumění pacientovi. Zřejmě se to nedá vyjádřit jedním slovem. Je to talent umět uplatnit a předsáhnout knižní vědomosti v rámci probíhajícího a vyvíjejícího se mezilidského vztahu. Je v tom současně zvládlost, respekt a sebestjista. Také v tom musí být objektivita. Terapeutova objektivita musí představovat čestnou neutralitu, která umožní pacientovi, aby byl sám sebou a uchoval si své vlastní hodnoty, pokud nejsou sebezničující nebo neškodně druhým. Když se mělo za to, že terapeutovy hodnoty do terapeutického vztahu nijak nezasahují, ale dnes víme, že to prostě není možné. Terapeuti nevyhnutelně odrážejí své hodnoty v tom, co interpretují jako ztravé nebo škodlivé, stejně jako v nespočtu dalších projevů, kterých si mohou nebo nemusí být vědomi, například v tom, jak mají zařazenou pracovní dobu, jaké nosí šaty, jakých spolků jsou členy apod. Je však nesmírně důležité, aby terapeut své hodnoty pacientům nevnucoval, pokud by to mohlo škodit svobodnému vyjadřování pacientových oprávněných jedinečných potřeb.

Výrazným příkladem toho, jak k tomu může dojít, byl dlouholetý postoj amerických psychologů vůči otázce, zda je homosexualita duševní poruchou. Jde o záležitost, ve které jsem se angažoval v 60. letech, když jsem si začal uvědomovat, že označování homosexuality za duševní chorobu neodpovídá vědeckým poznatkům, ale spíše odráží náboženskou a běžnou společenskou hodnotu a přesvědky; a že tím psychiatrie opravňuje a ospravedlňuje kruté, nespravedlivé a destruktivní formy sociální diskriminace, namířené proti homosexuálům a lesbickým. Toto není fórum, na kterém bych chtěl tuto záležitost hlouběji rozebírat, ale jsem hrdý na to, že jsem mohl významně přispět k tomu, aby americká psychiatrie toto stigma odstranila ze svého Diagnostického a statistického manuálu.

Blížím se ke konci svého vystoupení, a tak bych se chřel krátce zastavit nad některými výzkumnými nálezy, které dále prohloubily naše chápání toho, jak je terapeutický vztah v psychoterapii významný. Jedním z hlavních příspěvků k tomuto poznání je vlivná práce Johna Bowlbyho a jeho teorie připoutání. Bowlby poukázal na to, že lidské bytosti, stejně jako jiní savci, jejichž mláďata vyžadují ochranu v době po narození, aby přežila, rodí se s vrozeným instinktivním chováním, které vede mláďdě, aby hledalo připoutání k rodičovské osobě kvůli své ochraně. Úspěšné připoutání vyvolává pocity bezpečí a uspokojení, které jsou u lidí dle posilování tím, co Kohut označoval jako „zrcadlení“, a sice láskyplnými projevy rodičovské osoby nebo osob. Tyto reakce vedou u dítěte k tomu, že má nejen pocit, že je v bezpečí, ale také že je milované, oceňované a respektováno, a tím představuje důležité zárodečné jádro pozdějších pocitů sebevědomí a sebesty. Když je tento proces připoutání z jakéhokoli důvodu narušen, vede to k pocitům nejistoty, úzkosti a deprese. Pokud k tomu dojde, zvláště v raných stádiích života, může to způsobit vážné narušení jak psychického, tak tělesného vývoje dítěte. René Spitz, mezi jinými, prokázal, že když jsou malé děti odděleny od svých matek, jak jejich pohybový, tak jejich intelektuální vývoj se tím vážně naruší; a můžete si vzpomenout, že Harry Harlow ukázal, když oddělíme novorozené opičky od jejich matek.

Narušení tohoto procesu získávání emoční jistoty, zvláště pokud k němu dojde v raných fázích vývoje, stejně jako traumatické zážitky později v životě, je příčinou většiny neurologických psychiatrických nemocí. Kognitivní objasnování a konkrétní terapeutické postupy, kterých používáme, když se snažíme svým pacientům pomoci, představují důležitou prvek terapeutického procesu, ale jádro našeho úspěchu závisí na tom, zda se nám podaří vytvořit se svými pacienty mezilidský vztah, v němž dochází k tzv. „empatické rezonanci“, a který pacientům umožňuje obnovit pocity emoční jistoty, sebesty a sebevědomí. Kohut to popisoval jako proces vytváření vnitřních obrazů dobrých self-objektů, jiní používali různé jiné pojmy. Ale všichni tím mysleli obnovení pocitů propojení s jiným člověkem, skupinou či vizi, který vytváří nebo znovu obnovuje pocit jistoty a přinášení. Právě proto dokáží svépomocné skupiny, někdy dokonce i bez cvičeného vedoucího, poskytovat svým členům pocit bezpečí; proto je pocit soundležitosti se skupinou; která sdílí společné přesvědčení, pro lidi tak důležitý, a také proto dokáží různé kultury získat nad svými členy tolik moci. Projevy této potřeby emočních vazeb u lidí vidíme také na školách a kolejích, v různých bratrstvech a divících spolicích, stejně jako při vytváření náboženských, politických a společenských uskupení. Chybění nebo narušení toho pocitu propojení může vést k úzkosti, depresi nebo, ve vážných případech, k tomu, co významný francouzský sociolog Emile Durkheim označoval jako pocit „anomie“, tedy k pocitu opuštěnosti a odcizení vzhledem k okolnímu světu, který je mnohdy jedním z hlavních faktorů sebevražedného jednání.

A konečně mi čas dovoluje již jen stručnou poznámku k výzkumům, které se objevily v posledních letech a které přidávají nové a vzrušující rozměry našemu poznání psychoterapeutického procesu a o kterých v následujících letech ještě nepochybně uslyšíme. Jedná se o nové poznatky na poli neurofyzologie, neurochemie a neuropsychologie. Zvláště tím mám na mysli zjištění, že, v rozporu s dřívějšími předpoklady, může v mozku docházet k novým anatomickým změnám i v průběhu života, a že proces nabývání nových dovedností, zlepšení

fungování a změny vnitřních pocitů u jedinců v průběhu psychoterapie může podnítkem nových neuronálních spojů a růst nových mozkových buněk. Takže psychoterapie, podobně jako farmakoterapie, může vést ke skutečným změnám ve struktuře a funkci mozku. Jedním z průkopníků výzkumu v této oblasti je Eric Kandel z Columbia University a já vás všechny vyzývám, abyste těmto studiím věnovali pozornost, kdykoli k tomu budete mít příležitost, protože ty nakonec vlnou svého nejen na to, jak psychoterapie působí, ale, jak doufám, také na otázku jak a proč jsou určité techniky u určitých poruch více účinné než u jiných.

A tak se blížím k závěru své řeči a my se blížíme k závěru této konference. Bylo mi ctí zúčastnit těchto konferencí od jejich zrodu před 15 lety. Ale ve svých 90 letech vím dobře, že je to mé poslední vystoupení. Rád bych se přátelsky rozloučil se svými kolegy, s Jeffrey Zeigem a jeho skvělým týmem, a s vámi všemi, kteří jste mi byli tak výborným publikem. Když se loučíme s věcmi a s lidmi, na kterých nám záleží, cítíme přitom sladkou lítost, ovšem dříve nebo později to nemine žádného z nás!

Z knihy Zeig, J. K. (ed.) (2003): Evolution of Psychotherapy: Meeting of the Minds. Milton H. Erickson Foundation Press, Phoenix, Arizona přeložil MUDr. Petr Možný.

Judd Marmor (1910-2003) byl profesorem psychiatrie na Univerzitě v Jižní Kalifornii a Kalifornské univerzitě v Los Angeles. V češtině dosud: Zeig (ed.): Uněň psychoterapie, Portal 2005, strany 444-469.

Meditace, všímavost a nové směry KBT

Jan Benda

Zájem o Buddhovo učení podobně jako o mnohé jiné spirituální tradice Východu i Západu není dnes mezi psychotherapeuty zcela ničím neobvyklým. Teorii a praxi Buddhova učení byli inspirováni čelní představitelé dynamické, humanistické a transpersonální psychologie – Fromm, Horneyová, Rogers, Goleman a mnozí další. Poměrně novým fenoménem je ovšem využití buddhistické meditace všímavosti a vzhledu a samotné všímavosti v rámci nových přístupů kognitivně-behaviorální terapie. Jakými jsou na všímavosti založená redukce stresu (MBSR), na všímavosti založená kognitivní terapie (MBCT), dialektická terapie chování (DBT) nebo terapie přijetí a odevzdání (ACT). Po pravdě řečeno donedávna jsem o existenci těchto směrů neměl ani tušení. „Objevil“ jsem je, když jsem zadal heslo všímavost (mindfulness) v databázi PsycINFO. Co jsem se o těchto směrech dověděl, se pokusím stručně shrnout v tomto příspěvku. Dovolím si pak vyslovit i několik kritických připomínek a námětů k diskusi.

Pro začátek uvedme, že zmíněné přístupy jsou v USA rozvíjeny zhruba od devadesátých let minulého století a podle Hayese, který je jedním z exponentů ACT, společně představují „třetí generaci“ behaviorální terapie. A co že mají tyto přístupy společného? Cesta k terapeutické změně podle nich nespočívá ve změně myšlení, lež by pak ovlivnilo citění (srov. Beck, Ellis, Mahoney, Meichenbaum), nýbrž ve změně vztahu klienta k myšlenkám i pocitům. Klíčovým nástrojem umožňujícím takovou změnu je podle nich všímavost.

Všímavost, meditace, psychotherapie

Exaktnímu zkoumání všímavosti i jejímu využití v psychohygieně a psychotherapii se u nás věnoval Frýba. Přesto je všímavost mezi psychotherapy dosud nepřilís známým a pro mnohé snad i trochu podezřelě znějícím pojmem. Definujeme ji proto nejprve, co to tedy vlastně všímavost je. Všímavost (někdy překládaná též jako bdělost, bděle uvědomování) je jedním z klíčových pojmů tradiční buddhistické psychologie dochované do dnešních dnů v eticko-psychologickém systému abhidhammy. Lze ji charakterizovat jako schopnost nezaujatě pozorovat, zaznamenávat, znovupoznávat a pamatovat si prožívané psychické jevy. Psychickými jevy zde přitom rozumíme tělesné procesy dostupné smyslům, city, stavy mysli a obsahy mysli. Být všímavý znamená zaznamenávat podněty z našich smyslů i mysli bez výběru, aniž bychom je tušili, co bude předmětem všímavosti v příštím okamžiku (na rozdíl od pozornosti všímavost není závislá na naší vůli). Znamená to jinými slovy být duchem přítomný tady a teď. Když myslíme nebo si něco představujeme, vzdalujeme se od právě prožívané skutečnosti – jsme nevšímaví. Myšlení nebo představování se může stát předmětem všímavosti pouze jako proces, který začal, nějakou dobu trval a skončil.

Metodické rozvíjení schopnosti si všimát je tradičně spojeno s praxí buddhistické meditace všímavosti a vzhledu (v páli *sati* *paññā* *vipassanā*). V kontextu Buddhovy nauky má tato meditace vést meditujícího, jenž pozoruje vlastní tělesné a mentální procesy, k poznání jejich pomíjivosti, nespokojivosti a neosobní povahy a postupně pak až k cíli nejvyššímu – k překonání všech form utrpení a dosažení štěstí *nibbány*. A právě možnost rozvíjení všímavosti dosahovat vzhledu a mírnit a překonávat utrpení vedla některé terapeuty ke snaze zařadit meditaci mezi psychotherapeutické techniky. Někteří badatelé začali pak hledat a vytvářet také zcela nové způsoby, jak podporovat rozvoj všímavosti u klientů. V rámci KBT patří k průkopníkům na tomto poli autor na všímavosti založené redukce stresu (MBSR) Jon Kabat-Zinn. Seznamme se krátce s jeho metodou a pak i s dalšími směry.

Nové směry KBT

Program MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) byl vytvořen na Lékařské fakultě Massachusettské univerzity původně pro pacienty s chronickou bolestí a poruchami vyvolanými stresem. Ve standardní podobě je veden jako osmítýdenní skupinový výcvik pro maximálně 30 účastníků, kteří se setkávají jednou týdně na 2–3 hodiny. Skupinová setkání jsou zaměřená především na získávání vlastních zkušeností s rozvíjením všímavosti, a to jak meditačně tak i praktikováním různých cvičení – včetně například všímavého vedení hrozinky (*raisin exercise*), všímavého zkoumání jednotlivých částí těla (*body scan*), cvičení *hatha jogy* či všímavého chození (*walking meditation*). Značný prostor je dále věnován diskusí účastníků o získaných zkušenostech. Program kromě toho předpokládá každodenní praktickování meditace všímavosti a vzhledu v rozsahu alespoň 45 minut u účastníci jsou nabádati i k rozvíjení všímavosti při různých rutinních a jinak často zcela automaticky vykonávaných činnostech, jakými jsou například mytí nádobí, uklízení, řízení či nakupování. Rozvíjení všímavosti umožňuje účastníkům programu MBSR údajně lépe porozumět vlastním opakujícím se reakcím na příjemné i nepříjemné prožitky. Vede je k oblévování nových způsobů zacházení s těmito prožitky, a v důsledku pak i ke zlepšení schopnosti zvládat obtížné a problematické situace. Přejděme však dál.

Psychologové Zindel Segal, Mark Williams a John Teasdale z univerzity v Torontu, Walesu a Cambridge přizpůsobili program MBSR pro účely prevence relapsu u pacientů, kteří prožili těžkou depresi a jsou právě v remisi. Program na všímavosti založené kognitivní terapii (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT), který vytvořili, má proto velmi podobný formát jako MBSR. Obsahuje navíc jen několik elementů kognitivní terapie zaměřených především na závažnější decenterované přístupu k vnitřní zkušenosti, nácvik přerušení automatického reagování ve stresových situacích a plánování nových strategií na základě reakcí. Účastníci programu MBCT se učí přistupovat k vlastním

depresivním myšlenkám nikoli jako k reprezentantům skutečnosti, ale jako k pouhým mentálním jevům, které vznikají a opět zanikají. Učí se čelit veškerým zkušenostem, které prožívají, včetně obtížných či bolestivých pocitů, místo toho, aby se jim pokoušeli vyhnout nebo se je snažili vyfénit nebo potlačit. Budiz zde zmíněno, že takový přístup odpovídá postupům abhidhammy, kde jsou mimochodem myšlenky i další jevy myslí velmi pragmaticky rozlišovány podle toho, zda ve svých důsledcích vedou k prožívání štěstí (a jsou tedy blahodárné, dovedné), anebo zda vedou k utrpení (jsou zlobné, nedovedné). MBCT podobně jako i další nové směry KBT aplikuje a znovu ověřuje prastarou zkušenost abhidhammy, že pokud jedinec dokáže vlastní myšlenky všímavě zaznamenat a dokáže rozpoznat, k jakému prožívání vedou, může se pak svobodně rozhodnout, zda je bude dále rozvíjet, anebo zda od jejich rozvíjení upustí.

Učíme na tomto místě malou odbočku a připomeňme si, že pozoruhodnému setkání západní behaviorální tradice s více než dva a půl tisíce let starým „buddhistickým know-how“ připravili půdu vlastně již Aaron Beck a Albert Ellis, když obrátili pozornost behaviorálně orientovaných terapeutů k poznávacím procesům, které byly empirickou introspektivní psychologií abhidhammy velmi podrobně analyzovány. Ke vzniku nových směrů KBT pak přispěla jak osobní zkušenost mnohých terapeutů s praxí meditace všímavosti a vzhledu, tak nepřímá skutečnost, že současný vývoj psychotherapie všeobecně poněkud obrušuje hrany tradičně vymezených směrů a dává více prostoru pro integraci a vzájemné ovlivňování. KBT se navíc v uplynulých letech otevřela otázkám a oblastem dříve touto tradicí nedotčeným. Kromě jiného se objevily například snahy aplikovat KBT v léčbě již výše uvedených depresí či dokonce psychózy. Zvláště na lécbu hraničních poruch osobnosti se pak zaměřila Marsha Linehan z Washingtonské univerzity v Seattle, autorka dnes velmi vlivné dialektické terapie chování (DBT). Představme si nyní krátce také tento směr.

DBT (Dialectical Behavior Therapy) vychází z dialektického světového názoru závažnějšího

vyváženost, integraci či syntézu protikladů. Základními protiklady, o jejichž integraci se DBT pokouší, jsou na jedné straně snaha o přijetí skutečnosti takové, jaká je, a na straně druhé snaha o změnu. Pro podnětní změny v oblastech myšlení, emocí i chování využívá DBT mnoho kognitivně-behaviorálních strategií, pro rozvinutí schopnosti přijetí pak trénink a MBCT je ovšem Linehan v některých případech skeptická pokud jde o výuku meditace a všímavosti a vzhledu a tvrdí, že klienti pro meditaci často nemají dostatek motivace, schopnosti nebo obajího. DBT proto ke kultivování všímavosti využívá raději celou řadu kratších, méně formálních cvičení. Zaměřuje se přitom na jednotlivé aspekty všímavosti a pomáhá klientům rozvíjet schopnosti

a) zaznamenávat veškeré (i nepřijemné) zkušenosti beze snah je měnit nebo se jim vyhýbat,

b) označovat zaznamenané prožívání slovy a

c) odpoúvat se od zábran, předsudků či strachu a plně se soustředit na danou aktivitu. Pokud jde o strategie přijetí, DBT zdůrazňuje nevyhnutelnost negativních emocí, které jsou normální součástí života. Tím, že se je klienti učí přijímat, mohou dle DBT zamezit tomu, aby u nich (jako sekundární reakce na nepřijemné prožívání) vznikaly navíc ještě pocity viny, strachu, panika nebo zlost na primární emoci. Uvedeme pro dokreslení, že formálně se klienti zavazují k účasti v DBT vždy na dobu jednoho roku. Terapie zahrnuje 1x týdně skupinový trénink všímavosti, vztahových dovedností a schopností emoční regulace a tolerance stresu. Souběžně se klienti účastní také individuální terapie zaměřené na aplikaci naučených dovedností v každodenním životě.

Jako poslední, avšak určitě ne nejméně významný z nových směrů KBT, zde stručně zmíníme ještě terapii přijetí a odevzdání (Acceptance and Commitment Therapy – ACT), jejímž čelním představitelem je Steven Hayes z Nevadské univerzity v Renu. ACT vznikla původně jako ryze individualizující psycho-terapie. Vysvětlení mnohých forem psychopa-

mu „pouze“ o vyřešení poměrně specifických a z hlediska Buddhova učení dílčích problémů. Chci říci, že není-li záměrem meditujícího dosáhnout toho, k čemu meditace všímavosti a vzhledu podle autora této metody vede, je využití této metody pochybné. To je tedy první důvod, proč nepovažuji využívání meditace v psychoterapii za vhodné.

Tím druhým důvodem je skutečnost, že meditace ve svém původním kontextu rozhodně není jediným prostředkem směřujícím k dosažení šťastného života. Zcela neopominutelným předpokladem meditačního tréninku je vždy také trénink etiky (v páli síň). Trénink meditace bez rozvíjení etiky je nejen pochybný, ale v některých případech možná dokonce riskantní. A to nemluvíme o tom, že v Buddhově učení, tak jak je dochováno ve své nejstarší formě nazývané *theraváda* (v páli nauka starců), existuje 40 druhů meditace, jež jsou instruovány kompetentním meditačním mistrem zcela individuálně, podle osobních dispozic a sklonů jednotlivých adeptů. Všechny druhy meditace jsou přitom určeny psychicky zdravým osobám.

Vytržení jedné, byť té nejdůležitější meditační techniky z širšího kontextu buddhistického meditačního tréninku a její využívání v psycho-terapii je podle mne zkrátka přinejmenším natvrdit a o efektivitě metod, které se o to pokoušejí, pochybuji. A to i přesto, že všechny výše uvedené přístupy prokázaly v uplynulých letech svou účinnost řadou evaluačních výzkumů (přehled viz Benda, v tisku). Domnívám se totiž, že hlubší porozumění principům meditačního tréninku umožňuje vytváření postupů pro uskutečňování terapeutických cílů mnohem vhodnějších i efektivnějších (viz Frybova satir-terapie). Nadějnou se mi proto z nových směrů KBT jeví být především ACT, která využívá všímavosti, aniž by učila klienty meditoval. Schopnost všímavosti si vlastního prožívání může být bezesporu hybatelem terapie a rozvíjení všímavosti se zřetelem na klientovy cíle je jistě mocným terapeutickým nástrojem. Neopísal bych však proto klienty do kláštera. Meditaci všímavosti a vzhledu bych přenechal pouze těm, kdo se vědomě rozhodli transcendentovat veškeré utrpení ve smyslu nauky Buddhovy.

Závěr

Všímavost je kognitivní schopnost, kterou disponuje v určité míře každý člověk. Je tudíž také faktorem přítomným v procesu psycho-terapie u všech psycho-terapeutických směrů. Nové přístupy kognitivně-behaviorální terapie (MBSR, MBCT, DBT a ACT) začaly v posledních dobách rozvíjení všímavosti záměrně využívat k navození psycho-terapeutické změny u klientů a zasloužily se i o rozvoj empirického výzkumu všímavosti. Byla vytvořena celá řada do-tazníků pokoušejících se všímavostí měřit (český příklad Dotazníku pěti aspektů všímavosti si lze vyžádat u autora) a stále vznikají další a další kvantitativní studie prokazující efektivitu jednotlivých na všímavosti založených me-tod. Zatím neexistuje teorie všímavosti, jež by důkladněji objasnila, jakou roli všímavost hraje v duševním zdraví a nemoci. Podobná teorie by mohla v budoucnu vést k novému porozu-mění příčinám duševních problémů a poruch i k vytvoření nové řady klinických intervencí. Těmito novými postupy by pak bylo vhodné nahradit meditaci, jejíž využívání v kontextu psycho-terapie považují za neadekvátní. Lze očekávat, že dosud neobvykle znějící termín všímavost by se brzy mohl stát běžným a sa-mozřejmým pojmem obecné psychologie.

LITERATURA:

Baer, R. A. [Ed.]: Mindfulness-Based Treatment Approaches. Oxford: Academic Press 2006.
Benda, J.: Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. Československá psychologie, v tisku.
Germer, Ch. K., Siegel, R. D.; Fulton, P. R. [Eds.]: Mindfulness and Psychotherapy. New York, Guilford Press 2005.

Autor je psycholog, psycho-terapeut a externí doktorand na katedře psychologie FF UK. Pracuje v ústecké Masarykově nemocnici.
E-mail: jan.benda@centrum.cz

Odešleme klienty do kláštera?

Podle mého přesvědčení by měl být konkrétní cíl psycho-terapie vždy definován v rámci terapeutického kontraktu samotným klientem. Terapeutickým cílem může být například zbavení se nepřijemných symptomů, vyřešení konfliktů apod. Cíl meditačního tréninku *satipatha-na-vipassana* byl ovšem definován autorem této metody – Buddhou a jak již bylo uvedeno výše, je jím dosažení *nibbány*, tzn. svobody od veškerého utrpení. Praxe meditace tedy není zacílena ani na řešení např. partnerských, rodinných či výchovných problémů, ani např. na zvyšování pracovní výkonnosti. Jestliže meditoval v důsledku meditačního pokroku doká-že lépe zvládat některé z výše uvedených pro-blémů, dochází k tomu jaksi mimochodem. Otázkou pak ovšem je, zda medituující klient vůbec dosáhne potřebného pokroku, ide-ali

Humanistická psychologie C. Rogerse v zrcadle

Ladislav Nykl

Paté, co jsem si po čase znovu přečetl kapitulu „Terapie zaměřená na člověka“ v knize *Psychotherapeutické systémy* (Prochaska a Norcross, 1999), měl jsem smíšené pocity spokojenosti, zlosti a údivu. První pasáže mě docela potěšily a našel jsem zde mnoho dovedně shrnutých myšlenek z teorie C. Rogerse. Stáde více však přibývaly poznámky na okrajích stránek.

Ten pravý údiv se objevil především nad popisem ideální osobnosti, kterou Rogers nazýval *fully functioning person*, která se může, nebo mohla by se, rozvíjet v terapii. Z této státi jsem konečně pochopil, proč mnozí psychologové považují tento směr za mírný až mělký a ne právě zajímavý. To, co jsem zde četl, vypadalo jako fata morgana. Je zde popisována nějaká neskutečná lidská bytost a mnoho jsem se divil: tento člověk by nemusel pochýbovat o svých rozhodnutích, důvěřuje vlastním pocitům, nezpracovává informace patřičí minulostí atd. Tento krátký popis svádí k nejasným závěrům a představám o nějakém ideálním člověku, který neexistuje.

Důvěřovat a rozumět vlastním pocitům je bezpochyby známkou psychického zdraví (Rogers, 1995, 1985 b) za předpokladu, že nejsou rušeny intrajekcemi (Nykl, 2004), ale to ještě neznamená, že si tato osoba (*fully functioning person*) je vždycky jistá svým rozhodnutím. To ukáže často až čas. Jistě mohou vzniknout stále častěji situace ve vztahu, kdy její intuitivní jednání bylo správné, aniž by to mohla odvodnit, a jistě je pravda, že si tato osoba více důvěřuje. Není ale naprosto zproštěna obav a nejistot. Proces vnímání a rozhodování není tak přímočarý, jinak by osoba byla možná kompulzivní. Osoba, o které mluvíme, ale netrpí neurotickými pocity spojenými s výtítkami a neurotickými představami o povinnostech. Je jisté správné, že vyvíjející se osoba vnímá

a růst významné (pozitivní), a také aby byl daný a možný vztah vyjasněn a akceptován. Pro ukončení terapie nám bude asi stačit, když tato osoba bude schopna ve svém nitru být vyrovnaná; zbavená symptomů a schopna i v konfliktu; sociálně komunikovat se svým okolím. To znamená, že nastoupila cestu samostatného zdokonalování se ve vnímání okolí a řešení přicházejících inkongruencí.

Jeden z důležitých aspektů terapie, jakožto encounterových skupin (Rogers, 1970) je jistě vyjádření vlastních pocitů. Klientovi bycnom však nepomohli, kdyby sice dokazal svoje pocity lépe vnímat, ale nedokázal by je vyjadřovat takovým způsobem, aby se nedostával do dalších zbytečných konfliktů. Každá momentální vztahová situace obsahuje mnoho pocitů a možností jejich vyjádření. Je mnoho možností, jak svým vyjádřením druhého zranit a vytvořit další zdroj nedorozumění. Je ale také mnoho možností jiného vyjádření. V tomto směru prožívají účastníci v terapii a procesu encounterových skupin vědomě nebo nevědomě naprosto nový a konstruktivnější svět vztahů, aniž by se pouze konvenčně učili.

Když čtu státi z knih C. Rogerse, uvědomuji si stále více jeho neuvěřitelnou schopnost čtenáři přiblížit nedirektivně vztahy a procesy jak v terapii, tak ve skupinách i v běžném životě. Profikladem jsou akademická pojednání o směru C. Rogerse. Mám málo pochopení pro tyto popisy, protože se mi nezdá, že by něco řecky o skutečné podstatě takového vztahu, ve kterém může nastat růst osobnosti. Obzvláště když mnohá teoretická propození chybí anebo jsou zkreslena. Často mám dojem, že je osoba terapeuta jaksi paušalizována, obzvláště při popisech výzkumů. Ale právě v osobě terapeuta je podstatu přístupu, bohudíky ne jako naučené techniky, ale jako osoby, která v době před vykonáváním praxe odstranila zavádějící intrajekce (podmínky ocenění) (Rogers, 1991, Nykl, 2004), což ale není cesta běžného učení a výsledek pouhých intelektuálních schopností.

Norcross a Prochaska popisují vznik podmínek ocenění, které jsou zárodkem psychických paruch, tedy inkongruencí, v primárním vztahu. Samozřejmě, že to tak je, jak popisují. In-

kongruence a intrajekce jsou však výsledkem i jiných vztahů. V těchto vztazích se ale naplňují a rozvíjejí i dovednosti vyjadřování a komunikace. Naučený a pevně zakódovaný způsob patologické komunikace zapřičňuje zablokování empatie a problémy ve vztazích. Tyto „dovednosti“ spojené s intrajekcemi mohou dosáhnout hranici, kdy je taková zkreslená komunikace osobou tvrdě vyžadována, a tím si přivozuje patologické podmínky pro sebe samotného. Intrajekce se nerodí jenom v rodině, ale i v dalších vztazích, intrajekce je každý konstrukt, který klade jedinec nevědomě anebo vědomě proti dosažení kongruentního vztahu s vlastním okolím. To může být i manžel nebo manželka. Manžel je například emocionálně nedostupný, protože není schopen obstat tvář v tvář předhazování a vyčítání manželky, nebo manželka ovládá strategii ospravedlihoování se a je tak emocionálně lempaticky těž nedostupná. To vše se dá lehce vyvodit a vyčíst z teorie C. Rogerse, pokud je nevidíme už kopte a z jednoho úhlu pohledu. Pak teprve vstřebáme nekonečné možnosti směru a uvědomíme si, že tento přístup je jak v terapii, tak ve školství (Nykl, Mutschig, 2005, Rogers, 2005), v nápravných institucích ale i v politice a managementu (Ryback, 2000) nejen důležité, ale pro přežití naší planety nezbytný.

Našel jsem mnoho dalších bodů v citované knize, které nejsou v souladu s teoriemi C. Rogerse. Tak například Rogers zdůrazňuje konstruktivní vyjádření negativních pocitů (Rogers, 1992, 2001), nebere tedy ani terapeutovi možnost vyjádřit zlost, i když zároveň říká, že Prochaska vnímá přirozenou tendenci se spojit ve vztahu s ostatními lidmi. Prochaska a Norcross píšou dále, jako by to bylo mínění C. Rogerse: „Hostilita není přirozeným pudem, který je třeba ovládat“.

Pokud hostilitu chápou jako nepřiměřený výraz jakýchkoli emocí obrácený proti druhému, pak je důležité hostilitu ovládat. Lépe řečeno, hostilita nemá místo v konstruktivních vztazích. Pocity zlosti je ale přirozený, je však důležité pochopit, v jakém kontextu se nacházím a jak mohu svou zlost vyjádřit, nebo zda je její vyjádření v daném momentu konstruktivní. Je důle-

žité si uvědomit, zda zde nejsou jiné nezkrasované pocity, které mají teď podstatně větší význam, a zda mohou vyjádřit všechny pocity a též pozitivní vztah a také si nejdříve uvědomit, a to bez komentování, pocit druhého. Právě v takové situaci je moje empatie a akceptace důležitá a zabráňuje zbytečnému útoky, ale i ospravedlnování či komentování, a umožňuje společnou cestu ve vztahu.

Dále považují za důležité vypsát podmínky změny osobnosti v terapeutické situaci v původním znění. Jak jim porozumět, je opět otázka vlastních dlouhodobých zkušeností, na které teprve vyřídí akademická diskuze:

1. Dvě osoby jsou spolu v v kontaktu.
2. První osoba, kterou budeme nazývat klient, se nalézá ve stavu inkongruence, je zranitelná nebo plná strachu.
3. Druhá osoba, kterou budeme nazývat terapeut, je kongruentní ve vztahu.
4. Terapeut pociťuje bezpodmínečné pozitivní přijetí klienta (pozornost, postoj, akceptaci).
5. Terapeut se empaticky dozvídá o obsahu psychických hodnot klienta.

6. Klient vnímá alespoň v malém množství podmínky 4 a 5, totiž bezpodmínečnou pozornost terapeuta ke své osobě a empatické porozumění terapeuta (Rogers 1991, str. 40).

Pokud jsou tyto podmínky splněny a v jisté kontinuitě se opakují, vzniká proces (Rogers, 1985 a). Tím se ale nerozumí, že je nabízený terapeutický vztah stejný vůči všem klientům, ale že by každá manipulace byla škodlivá.

Jak jednoduché je popsat podmínky změny osobnosti v jakékoli situaci, zachytíme v následující modifikaci (Nykl, 2005):

1. Dvě osoby jsou spolu v kontaktu.
2. První osoba se nalézá ve stavu možného dalšího psychického růstu.
3. Druhá osoba je kongruentní ve vztahu.
4. Druhá osoba pociťuje bezpodmínečné pozitivní přijetí k osobě první (pozornost, postoj, akceptaci).
5. Druhá osoba se empaticky dovídá o obsahu psychických hodnot osoby první.

úzkost, ale chtějí porozumět a zlepšit vlastní blízké vztahy a řešit jejich problémy. Lidé, kteří chtějí ze svého života a svého prožívání udělat více, najít cestu odvahy v mezilidských vztazích a více prožívat a více chápat i ve vztazích k přírodě, najdou otevřenou cestu v rogeriánských encounterových skupinách. (Rogers, 1970, 1984, 1997; Nykl 2004).

Odkazy

MOTSCHNIG-PITRIK, R., NYKL, L. (2005). Was hat C. Rogers Wirtschaftsintellektuellen im Zeitalter des Internets zu sagen? Studie zur Einführung der Lehrveranstaltung Personenzentrierte Kommunikation an der Universität Wien. Gruppendynamik und Organisationsberatung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (1/2005, Seite 81-102).

NYKL, L. (2004). „Pozvánka do rogersovské psychologie - přístup zaměřený na člověka.“ Barnister & Prinzipal, Brno

NYKL, L. (2005). Beziehung im Mittelpunkt der Persönlichkeitsentwicklung - C. Rogers im Vergleich mit Behaviorismus, Psychoanalyse und anderen Theorien - Mutter-Kind und andere Beziehungen. IIT-Verlag, Münster - Berlin - Hamburg - London - Wien.

NYKL, L., MOTSCHNIG-PITRIK, R. (2005). „Encountergruppen im Rahmen des ganzheitlichen Lernens an den Universitäten Wien und Brunn“. Zeitschrift für Hochschuldidaktik, ZfHD, Juni 2005. http://www.zfhd.at/index.php?document_id=1000137&view=set

ROGERS, C., R. (1970). Carl Rogers on Encounter Groups. Harper & Row, Publishers.

ROGERS, C., R. (1984). Encounter-Gruppen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

ROGERS, C., R. (1985 a). Therapeut und Klient. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

ROGERS, C., R. (1985 b). Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart, 15. Auflage.

ROGERS, C., R. (1990). Die Kraft des Guten. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

ROGERS, C., R. (1991). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. GwG Verlag, Köln, 3. Auflage.

ROGERS, C., R. (1992). Partnerschaft. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

ROGERS, C., R., FREIBERG, H., J. (1994). Sloboda učít. In: Institut rozvoja osobnosti PERSONA, Modra.

ROGERS, C., R. (1995). On becoming a person. Constable, London.

ROGERS, C., R. (1997). Encounterové skupiny. PERSONA, Modra.

ROGERS, C., R. (1998). Způsob bytí. Portál, Praha.

ROGERS, C., R., ROSENBERG, R., L. (2005). Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart.

RYBACK, D. (2000). Emotionale Intelligenz im Management. GwG-Verlag, Köln.

O autorovi:

Mgr. PhDr. Ladislav Nykl, Ph.D., nar. 1940 v Poříčce. Od roku 1970 žije ve Vídni, dnes jako psychotherapeut s vlastní privátní praxí. Lektor na Univerzitě ve Vídni a v Brně; 1995 získal Evropský certifikát pro psychotherapii; v letech 1995 až 1997 vedení krátkodobého výcviku pro psychology a lékaře v Olomouci, 1999 spolupráce s institutem PCA Praha; 2003 spolupráce na krátkodobém projektu se školními dělníky v Brně; přednáškový a přístup na univerzitách a školách; autor mnoha publikací, knihy: „Pozvánka do rogersovské psychologie“ a „Beziehung im Mittelpunkt der Persönlichkeitsentwicklung“; 2005 účast na La Jolla Program v Kalifornii.

Rozhovor s Walterem Zahndem – nejen o Virginii Satirové

Walter Zahnd (*1938) je profesorem sociální práce na kalifornské univerzitě, poradce fediteiství věznic v Kalifornii, spolupracovník Virginie Satirové. Zasloužil se o založení Institutu

tu V. Satirové v České republice a každoročně se vrací, aby vedl profesionály i laiky v jejich osobním i profesním růstu. Narodil se v Denveru, Colorado, v rodině českých emigrantů z Frýdku Místku.

Patříš mezi přední světové terapeuty pracující v modelu růstu. Co konkrétně děláš?

Co dělám... Od roku 1970 jsem profesorem sociální práce. Pracuji jako poradce fediteiství věznic v Kalifornii a jako poradce v pobytových léčebných programech pro mladistvé. Vedl jsem pobytový léčebný program pro teenagery, založil jsem a vedl léčebné středisko pro adolescentní dívky a koedukované



PhDr. Olga Holubová, zakladatelka IVS ČR, se zahraničními lektory

středisko pro chlapce i dívky. Jako profesor vyučuji kurzy zaměřené na kriminalitu mladistvých, skupinovou a individuální terapii, lidské chování a vedu pregraduální programy sociální práce. Spolupracoval jsem na Masterově korektivním programu a vedl ho.

Model růstu se pomalu dostává do povědomí české veřejnosti. Proč jsi si ty vybral pro svou práci právě tento model?

To je dobrá otázka. Po mnoha letech práce v jiných modelech jsem zjistil, že model růstu je neefektivnější. Rozdíly, které jsou patrné na první pohled, byly navíc podpořeny výsledky výzkumů - které dělala například Wintrová - a výsledky z rodinných rekonstrukcí.

Model růstu je k lidem velmi „přátelský“ a já ho preferuji před ostatními modely. Je interaktivní, respektuje jak klienta, tak terapeuta, pro oba znamená možnost růst a učit se. Lidem „sedí“ lépe, než jiné modely. Je univerzální, použitelný kdekoli na světě a lze jej využít bez ohledu na kontext. Nezaměřuje se na symptomy.

Jak ses k této práci dostal?

Už od 14 let, kdy jsem byl zavřený ve federálním vězení, jsem chtěl dělat něco pro druhé. Rozhodl jsem se, že svůj život zasvěcím pomoci druhým, přestože jsem byl v situaci, která tomu zdaleka nenásvědčovala, a neměl jsem ani tušení, jak na to. Věděl jsem jenom, že to je to, co bych chtěl dělat.

Tehdy jsem byl přesvědčený o tom, že mám na výběr ze dvou možností: stát se ještě větším šmejdem a zapojit se do systému jako kriminálník, nebo se pokusit udělat něco, co systémem změní. No, a rozhodl jsem se pro to druhé. Byl to velmi dlouhý proces se spoustou odboček a slepých uliček, potíží. Je to jedna z mých tvářích částí, které ve mně byly vždy přítomny a projevují se různým způsobem.

Ty jsi osobně pracoval s Virginii Satirovou, máš pravdu?

Virginii jsem potkal v roce 1982. Můj kamarád Jack Dennis mi zavalal a požádal mě, zda bych mu nepomohl s přípravou konference v Chicou (Kalifornie), na kterou pozval svou ka-

marádku Virginii Satirovou. Měl v plánu natočit na této konferenci profesionální výukové video.

Řekl jsem ano, potkali jsme se, ona pracovala a to mě přesvědčilo. Vidět ji při práci a vidět dopad její práce byl úžasný zážitek. Tato konference se nakonec proslavila právě díky video-kazetám. Byly první série kazet s prací Virginie Satirové. Už před tím nějaké existovaly, ale ne v takové kvalitě, navíc byly černobílé.

Po našem setkání jsem nabyl dojmu, že to, co nabízí Satirová, je „výš a dál“ než ostatní teorie, které jsem studoval - například psychoanalýza, neo-psychoanalýza, transakční analýza, terapie realitou, Rogers, gestalt, KBT, Minuchin, Haley a tak dále...

Měl jsem rád Maxwella Jonese a jeho terapeutickou komunitu, Yaloma. Virginii vytvořila holistický koncept vnímání individuality v kontextu self, páru, v triádě, rodině a komunitě. Integrovala komunikační modely a ukázala propojení v rámci individuality, mezi dvěma jedinci a mezi lidmi obecně.

Pokud ti jde o to pomáhat lidem, co víc k tomu potřebuješ? Můžeš zabírat celý život tím, že budeš hledat prostředky a nástroje namísto toho, aby ses pustil do práce.

Model růstu poskytuje mapu osobnosti a jejího světa, která není svázaná kulturními omezeními. Mimo to je model růstu schopen inkorporovat výsledky a výstupy dalších směrů, aniž by je deklarovал, překroutil, ponižil, zničil. Model růstu vnímám jako celostní, konzistentní a nekonzistentní. Současně model růstu je spinitulitá - což není tak docela běžné. Zaměření se na svobodu a pozitivní úmysly - to je esence celého modelu.

Od roku 1982 až do smrti Virginie jsem s ní cestoval po světě a spolupracoval s ní. Vzal jsem si tehdy celoroční dovolenou. Byl jsem poslední, kdo s ní v posledních letech života spolupracoval. Navštívili jsme spolu Rusko, Litvu, Havaj, Kanadu a mnoho dalších států.

Vím, že teď děláme rozhovor s tebou, ale jaká Virginia byla?

Jeden z nejceněnějších poznatků, kterých se mi v té době dostalo - když jsem s ní pracoval i když jsem se dával - byla konzistence a kon-

gruence jejího chování. Během všech našich cest se ani jednou nestalo, že by někdo okolo sebe kritizoval nebo ponížoval. Poznání, že to, co učila, i žila, je pro mě jedna z nejpovětšších zkušeností.

Virginia byla důvěryhodná, kongruentní a milá. Měla neuvěřitelnou paměť na lidi a jména. Když se s někým setkala, třeba i nakrátko, byla schopná si vybrat jméno toho člověka třeba po deseti, patnácti letech. Myslím, že to nebyla žádná dovednost, spíš otevřenost a dostupnost pro ostatní. Byla vnitřně citlivá a zážitek z práce s člověkem, ze setkání v ní zůstával velmi dlouho. Pracovala i sama na sobě a byla schopná se v tutéž chvíli zadat jak ven, tak dovnitř.

Máš lív podíl na založení institutu V. Satirové v České republice. Odkud se vůbec nápad založit organizaci věnující se práci v modelu růstu, vzal? To byl tvůj nápad? Proč věnuješ tolik času a energie, abys každý rok přijel, vedl semináře, učil a pracoval s klienty?

Byl to můj nápad a bylo to tak: Rodina mé matky pochází z Čech - z Frýdku Místku. Její rodiče emigrovali okolo roku 1900. Matka se narodila v komunitě imigrantů v Coloradu, kteří pracovali v uhelných dolech. Babička byla vždycky jiná, než ostatní - mluvila takovým divným jazykem, chodila celá v černém... Když jsem pak ležal s Virginii po světě, řekl jsem si, že bych mohl myšlenku modelu růstu pomoci tím, že budu učit.

Zhruba v té době jsem se setkal s Olgou Holubovou na konferenci IHRN (organizace sdružující terapeuty pracující v modelu růstu) v Mexiku a pozval ji k sobě na návštěvu. Stali se z nás přátelé.

Olga pak v České republice připravila roční tábor a já jsem přijel i se svou matkou a ženou. Těsně před tím jsem byl učit v Litvě a chtěl jsem vzít svou matku do Čech - před tím, než bude na cestování příliš stará. Začal jsem jezdit do Čech (ale i do Litvy a Lotyšska) každý rok. Naše komunita rostla a postupem času jsem v Čechách trávil více a více času. Olga Holubová zpočátku působila jako hlumáčnice. Později jsme spolupracovali a Olga se stala kompetentní a schopná terapeutka.



Walter Zahnd a PhDr. Hana Ščibranyová, ředitelka IVS SR

je. Zajímá mě učební styl, růst, změna a její ukotvení v osobnosti a systému.

Myslíš, že je psychoterapie užitečná i lidem, kteří nejsou „diagnostikováni“ jako pacienty? Máš na mysli to, zda může mít „normální“ člověk nějaký prospěch z účasti na tvých skupinách, na procesové komunitě a podobně.

Samozřejmě, prospěch může mít každý, kdo je ochotný se vyvíjet a měnit. Skupina může facilitovat růst. Osobně si myslím, že individuální terapie je ze všech možností - individuální, párová, rodinná, skupinová - ta nejméně efektivní.

Vím, že vedeš takzvané rodinné rekonstrukce. To je takové divadlo, že ano?

Já bych tomu neřikal divadlo. Pro mě je rodinná rekonstrukce nejvyšší úrovní mé práce. Vyžaduje mnoho zkušeností, dovedností i osobnostních vkladů facilitátora. Rodinnou rekon-

strukci považují za jedno z vyjádření životní síly. Pro mě tato práce znamená harmonické spojení mezi mnou, vyšší mocí, silou hvězdy (klienta) a silou skupiny. Můžeš cítit posvátnost procesu i to, jak dopadá na všechny zúčastněné - nejen na hvězdu.

Víš, ono je docela jednoduché pracovat s lidmi, kteří jsou ve výcviku (sou to profesionálky a vědci, co mají na tvoje otázky odpovídat). Ale když máš v pracovním chápání a práci se ho „jaké to pro tebe je? Jaké to je, cítit se zahánbený?“ - a on ti na to říká „no, tady jsem si zlomil ruku, jel jsem prostě moc rychle a taky si budu muset naučit novou práci“, pak je to mnohem těžší.

Naučit se pracovat v modelu růstu je hodně těžké, protože to vyžaduje přestavbu self a znamená to živoucí proces praxe a práce. Disciplína, zaměření, odevzdání se. Vždy se to může stát jen soborem technik. Přesně to se stalo NLP Bandlera a Grindera.

pohled, strukturu vět a způsob, jakým se klient napojuje na ledovec. Chce to cvik.

Řekl bych, že jeden z největších rozdílů mezi modelem růstu a ostatními psychofrapeutickými školami je v tom, jakou roli připisuje zážitku. Jaká je tedy role zážitku v modelu růstu a proč je tak důležitý?

Zážitek je základem učení. Zážitek je zakotvený v těle a tělo je základem láskvé zkušenosti. Ve své péči o tělo se snažíme vyhnout bolestivé zkušenosti a často tím vytváříme ještě více bolesti prostřednictvím copingu vnitřního procesu. To, na co se může a má soustředit terapie, je primární bolest, která vytváří aktuální prezentaci problému. To znamená, že nejúčinnější je vrátit klienta k původní bolesti. Terapeut, průvodce, poskytuje bezpečí, vedení a oporu na cestě k uzdravení.

Lidé si hodně pamatují tvé meditace a řízené imaginace. Proč je používáš? Jaký má tofo „denní snění“ význam? Jakou roli hraje v procesu změny?

Já bych tomu neřikal „denní snění“. Imaginace používám k tomu, abych lidem pomohl vstoupit do alterovaného stavu vědomí a mohl jim prozkoumat jejich vnitřní svět, který je často za hranicí vědomého. Vnitřní proces je základem terapie v modelu růstu. Svě místo ve změně a v růstu má osobnost terapeuta, ledovec klienta a jejich vzájemné pojetí. Terapeut může poskytnout klientovi potřebnou podporu a směr tím, že monitoruje vlastní vnitřní procesy. Proto se Satirová zajímala o víc, než jen o „kognitivně intelektuální terapii.“

Měl bys nějakou „obecnou“ radu pro ty, kteří mají nebo se chystají mít děti? Na co by si měli dát pozor, aby své ratolesti „nepoškodili“?

Lidé, kteří se rozhodnou mít děti, by měli vědět, že musejí být dětem k dispozici bez ohledu na to, co se mezi nimi - jako partnery - odehrává. Mimo to by měli podporovat vztah dětí a prarodičů. To od rodičů vyžaduje emoční růst a schopnost rozhodovat se na vyšší úrovni.

NLP (neurolingvistické programování - pozn. red.) vyšlo z modelu růstu ale skončilo ve stavu, kdy není schopné ostatní posílit. Tato posílení musí vycházet z hloubi duše. Musí jít ze srdce, ne z hlavy. Nejlepší je, když srdce vede rozum.

Moje další otázka se týká očekávání. Všiml jsem si, že jak ty, tak další lektori věnujete očekáváním mimořádnou pozornost (vyjádření, vyjasňování, ověřování...). Chápu to tak, že to je proces modelování. „Když něco chcete, máte mnohem větší šanci, že to dostanete, když si o to řeknete.“ Myslím taky, že ten proces vyjasňování je velmi důležitý - znovu, jako model komunikace, ověřování významů... Zjištění očekávání klienta a práce s ním je základ a je to velmi důležité na mnoha úrovních. Na úrovni validace, spojení a ocenění jedince, ale i na úrovni self. Tím, že dáš najevo pochopení, posílíš klienta a umožníš mu být zranitelný, vytvoříš prostor pro autenticitu.

Navíc je to způsob, jak posoudit připravenost a ochotu jedince spolupracovat na procesu. Proto je to nezbytné - je to způsob napojení se na jedince kongruentním a silným způsobem. Legitimizuješ tím samu esenci dané bytosti.

Další otázka se týká sebezáchovných pozicí? Řekl bych, že je dost důležité určit klientovu pozici ta zjistit tak například, jak se nejlépe dostat do ledovce... ale JAK? Mně trvalo celé roky, než jsem určit vlastní pozici. Všdycky jsem myslel, že obviňuji (což taky dělám) nebo že jsem superracionální (což jsem), ale primární pozici je rušení (prostě „zdrhnu“).

Takže, jak zjišťovat pozice? Víím, musím to zkusit a ověřit. Když to nesedí, zkusit to znovu a znovu ověřit... ale je něco, co by mi mohlo pomoci?

Na takovou otázku není snadné odpovědět... Zkus sledovat řeč těla, způsob, jakým klient klade otázky, slova, která používá, výraz tváře,


² Sebezáchovné (stresové, copingové) pozice - způsob nakládání (copingu) s realitou na základě tří jejích složek - já, druhí a kontext - obviňování, usmířování, superracionálnita, rušení a kongruence.

ni. Potomek ukončuje dětství rodiče a je třeba, aby rodič upřednostnil dítě před sebou samým.

Řekl bych, že v České republice nemáme tradici „osobních terapeutů“. Zdá se mi, že v Americe je to mnohem běžnější. Myslíš, že jsme psychicky zdravější? Nebo je to tím, že se tolik nestěhujeme, máme okolo sebe stabilnější vztahovou síť - kolegi, kamarádů - takže profesionálního přítele nepotřebujeme?

Waltře, díky za rozhovor. Díky.

Rozhovor vedl a Konfrontacím poskytl Matěj Černý.



INSTITUT PRO SKUPINOVOU TERAPII

otevívá na jaře 2007

2. běh systematického psychoterapeutického výcviku

pro praktiky i adepty terapeutické práce se skupinou či komunitou

Základní – interní výcvik obsahuje minimálně **700 výukových hodin v 5 letech a 3 blocích** (osobní zkušenost, teorie, supervize).
Cena jedné výukové hodiny je 110 Kč.

Studenti dále absolvují cvičnou individuální terapii, intervizní skupiny a jiné externí formy studia, takže celkový počet absolvovaných hodin činí minimálně 890 hodin.

Výcvik je akreditován MZ a MŠMT ČR.

Garantka výcviku: PhDr. Marie Pečená
Supervizorka týmu: PhDr. Marie Henková
Lektorský tým: PhDr. Alena Halamová, MUDr. Elena Křivková, PhDr. Jiří Drahota, PaedDr. Václav Schmidt a PhDr. František Kučera

Bližší informace viz <http://instep.wz.cz>
Příhlášky do 15. listopadu 2006 na adrese instep@cbox.cz

"To se u nás nedělo, aby si lidi prosazovali své já"

Šárka Gjuričová

Některé příběhy o minulých událostech, s nimiž se v terapii setkáváme, mají v rodině zvláštní autoritu, jsou neměnné a nezpochybnitelné. V této podobě představují argument pro udržení status quo. Bývají spojeny s monologickým jazykovým stylem, jehož proměna může být signálem terapeutické změny. Kazuistická ukázka se pokusila tyto fenomény zachytit.

Situace rodin, s nimiž se v rodinné terapii setkáváme kvůli tomu, že jejich dítě příliš často chybí ve škole, má společné rysy. Rodiče věří, že dítě do školy chodit nemůže, bývá mu ráno špatně, nebo bývá skoro stále nemocné, chodí po doktorech. Škola se to nezdá, podzírá rodiče, že dítě krije. Časem se do toho vloží sociální kurátorky. Ve zdravotnickém jazyce jde o školní fobii a tu lze u starších dětí a dospívajících považovat za závažný problém. Děť, které dlouhodobě nechodí do školy, se dostávají do sociální izolace, někdy není pak schopné zařadit se profesionálně, a v důsledcích to může vést až k invalidnímu důchodu.

Terapie bývá v těchto případech pro mne osobně leckdy obtížná. Rodiny k nám nepřicházejí tak docela z vlastního rozhodnutí, a tak tomu bylo také u rodiny Malých. Sice příjeli nabídku sociální kurátorky k terapii, kterou mohli odmítnout, ovšem bylo to v situaci, kdy prostor pro volbu neměl velký. Vězel v síti profesionálů: sociální kontrola nebo pomoc, kdo se v tom měl vyznat?

"Nikdo nám nevěří, bojujeme celé roky". První setkání – konec dubna
Rodinu objednala sociální kurátorka, k setkání přišla menší drobná žena, s ustaraným výra-

zem, vysvětlovala, že se chtěli přeblednat, na sociální jí řekli, že to nejde...syn Šimon totiž dostal antibiotika a také manžel se těžko uvolňuje...Šimon ráno mívá stavy nevolnosti, zvedá se mu žaludek, někdy je zesláblý...už ho všelijak vyšetřovali, myslí, že je to psychické, nebo možná alergie.

"Pořád je nějaká infekce. Míváme večer až teplotu, až 38. To pak druhý den nikam nemůžeme." Zeptám se, kdo všechno.. a paní se smutně usměje, je tak zvyklá mluvit. Šimon bývá rozpálený, nebo tak nešťastně vypadá, ona hned ví, že mu není dobře. Už jim řekli, at už tu teplotu neměří!..

Vlastně už v první třídě dost stonal. Ještě štěstí, že co mají Šimona, zůstala doma. Od páté třídy je to čím dál horší, ráno ho nemůže dostat z postele, ale nikdo jim nevěří, že je mu špatně.

Přám se, s čím podle nich infekce souvisel, paní mne zprudka ujistí, že jen s nákazou. Nadhodím, že člověk někdy onemocní, pokud má starosti, stresy, zas, že pokud je spokojený, bývá zdravší lepší. To paní odmítne, takovou zkušenost rozhodně nemají. Paní Malá svěří, že dětský lékař si myslí, že to je u Šimona psychické, ale jim doma se to nezdá.

"Teď v sedmé třídě Šimon opravdu hodně zameškal, ...škola nás zaskočila, že to nahlásla na sociální, a sociálka teď kvůli tomu na nás útočí" ...Uvažují o zajištění docházky z dětské psychiatrické kliniky a tak se ukáže, že... "hospitalizační vyhořoval psychiatr, máme z toho strach... Nikdo nám nevěří, bojujeme celé roky, nemůžeme nikoho přesvědčit, že je Šimonovi zle."

Žena vyjadřovala, že svět, ve kterém žije, je ohrožuje ze všech stran. Bylo zřejmé, že bojovala se všemi, valčný jazyk to ukazoval. Napadlo mne, že v této logice přišla žena jako průzkumnice neznámého a snad nebezpečného teritoria. Nebo byla vyslána na výzvědy jako nejzdatnější nebo nejodvážnější? Zdálo se mi, že nejde už ani o to, aby byl syn zdravý, ale aby jim věřili, že je mu špatně. Šlo jí o to, aby ostatní uznali její příběh.



Š: Mně to nevadí...no, někdy už se mi to moc nelíbí...

M: (dřívazně) U nás doma se to nedělo, aby si lidé prosazovali své já...

T: Myslíte si, že v téhle vaší rodině přece jen někdo prosazuje svůj názor, stojí si za svým?

M: Ani ne...

Š: Taky myslím, že ani ne...

O: No Šimon... chce se žít po svém. Byl prý obézní... o tom se teď dohadují Šimon s maminkou.

T: Vypadá to, že má Šimon své názory, co mu svědčí, prosazuje si je...

T k Š: O čem se dohadují tatínek a maminka?

Š: (mlčí a vypadá nešťastně)

O: Třeba o táboru pro Šimona, já jezdival... u ženy to bylo jiné...

M: Naši pro tábory nebyli. My jsme to u nás brali tak: proč bych jezdiva, když to nebylo nutné...

Š: Já bych o to stejně nestál...

Já jsem jí naštěstí věřila, že se Šimon cítí špatně a rodiče vidí, že je Šimonovi špatně. A tak jsme se domluvily k setkání.

"U nás doma se to nedělo" –

2. setkání – celá rodina – květen

Krátce nato se setkávám s celou rodinou, jsou tři. Pan Malý, drobný vážný pán, působí starší nežli pětapadesát, Šimon je růžolící chlapec s dětským kulatým obličejem, ale už má trochu akné. Oba rodiče jsou vzděláním inženýři, paní je třináct let v domácnosti.

O=otec, M=mamka, Š=Šimon, T=terapeutka

T: Když už jste jako rodina přijali návrh sociální kurátorky... k čemu by mohlo být to setkání pro vás dobré?

M: ...spíš bysme chtěli poradit, jak jim to vysvětlit...

O: (omluvně) já si nemyslím nic... to spíš žena

T: (překvapeně) aha

Š: Táta si fakt nic nemyslí...

M: My jsme teď stonali...

T: Říkám si, co si o tom "mý" myslí Šimon?

O: My na to nejsme tak docela připraveni...
 M: Ale k nám může přijít, kdo chce, nikoho nevyhodíme...
 Š: ...ale nechodí nikdo...
 O: ...chodili k nám manželé i příbuzní, strýc Franta...
 M: No ten už je pár let po smrti... My máme doma tu nemocnou babičku...
 Š: Máma by se asi styděla, že nemá úklid zena...
 M: Člověk jde z jednoho do druhého...
 T: Kdo by nejvíc uznal, co paní Malá pro celou rodinu dělá?
 M: Oni jsou na všechno moc zvyklí...
 T: Myslí, že paní Malá pro rodinu už hodně udělala. Je to vzdělaná žena, a vzdala se zaměstnání, starala se o Šimona, o rodinu, teď se stará i o babičku. Život ale přinejmenší změny...

Představa, že by do rodiny přišel někdo na návštěvu, vyvolala silnou reakci. Pozice členů rodiny se polarizovaly, Pan Malý se nečekaně stává mluvčím, vyjadřuje pozici rodiny, opatrně pojmenovává problém, ale paní Malá problém bagatelizuje. Šimon však matku nečekaně konfrontuje: nechodí k nám nikdo! Pan Malý zachraňuje image rodiny: chodil strýc Franta, ale to překypavě odmítne jeho žena konstatováním, že strýc je po smrti, a nabídnou přijatelnou verzi sociální izolace: nemocnou babičku. Šimon kritizuje matku v roli hospodyně, a ona kritiku neodmítne, hájí se tím, že je přetížená prací. V této situaci jsem ocenila paní Malou v její tradiční pečovatelské roli. Žena reagovala tak, že se začervenal a celá ožila, rozmluvila se o tom, jak to je s maminkou horší, někdy je zmatená, skoro je ani nepoznává... Kladla jsem si otázku, jestli se tím, že dostala uznání, mohla pootevřít i jiným možnostem svého vlastního vývoje.

Další plánované setkání odpadlo. U Malých prý všichni trochu stonali, a tak jsme se setkali až po novém roce.
„Troufnout si to říct“ – 6. setkání – leden
 T. k Š.: Jak sis užil vánoce, dva týdny bez školy...

také najevo, jaké názory a přesvědčení řídí rodinu. V každém dalším setkání se však také ukazovalo, jak je rodina izolovaná. Pan Malý: Já mívám kamarády na osmiletce, pak už ne... je moc práce... někdy se vidím s nimi tak jednou ročně, když se to hodí... „Měl jsem bratra... teda mám bratra, ale bydlí daleko, až v Budějovicích, nestýkáme se...“
 A s okouzléním jsem slyšela výrazy paní Malé, které vždy znovu uváděly její orientační rodinu jako nepochybnou autoritu, model, jak mají věci v rodině být.

Od paní M. jsem tak vyslechl, že: Já na kamarádky nebyla, doma jsme si vystačili... to u nás nebylo, že by se někdo hádal, my jsme drželi spolu... naši k nám návštěvy moc nechtěli, zbytečně se zvenku nosí infekce... ve škole Šimon kamarády nemá, hraji tam o přestávce karty, a to se u nás nedělalo... Jiné kamarády Šimon ovšem také neměl, a byly k tomu důvody. Tak v létě na chalupě byli prý bud mladší děti, anebo holky. K rybníku nechodili, koupili si bazén.

S taborem se nestalo nic. Toťinek řekl, že se zajímal o šachový kroužek pro Šimona, „to ale žena nerada slyší.“ Ukázalo se, že jde o to, aby měl Šimon dost času na obědy doma, bez oběda doma by ho maminka nikam nepustila. Maminka vysvětlila, že jí jednou u doktora řekl, že je Šimon trochu podvyživený. Zeptám se, jestli se jí to zdá teď? Připustila bez úsměvu, že teď už ne.

Přes prázdniny měl Šimon zdraví lepší, ale paní Malá tušila, že na podzim, až se zas zhorší imunita, bude to všechno nanovo.

„My na to nejsme tak docela připraveni...“ 5. setkání – říjen

V říjnu jsem se dověděla, že Šimon začal konečně chodit do šachového kroužku, o kterém se mluvilo od jara, a vyprávěl, že se ho tam dva kluci zeptali, z které je školy. To byla pro všechny neobvyklá sociální událost, a tak o ní mluvíme.

T: Co kdyby ty kluky někdy chtěl Šimon přivést domů? Kdo by si to uměl představit?

gument chování současné rodiny. Nezdálo se, že by dnes někdo ten příběh o zlatých časech třeba i neverbálně zpochybňoval. Zároveň jsem si kladla otázku, zda je možné, aby v ostatních členech rodiny nežily nebo aspoň nekličily síly nesouhlasu nebo zpochybnění.

Dostředivé a odstředivé jazykové síly

Možný rámec porozumění této situaci nabírá ruský filosof Michail Bachtin.
 Bachtin si všiml, že v situacích mluvení se potkávají protichůdné síly významů, a pohybují odstředivým nebo dostředivým směrem. Dostředivé síly se posilují prostřednictvím paušalizování a „totalizování“, významy se uzavírají, stávají se homogenní a vylučující. Proti tomu působí mocnější odstředivé síly, a ty usměrňují významy tak, že se neuzavírají, jsou heterogenní a otevřené k vnějšímu světu.

V literatuře lokalizuje Bachtin tyto jazykové síly do protikladných stylů: epického a novelistického. Pevná historie epických příběhů neumožňuje prostor k dialogu. V epickém stylu je jediný dominantní hlas, který vážně uvádí do vztahu jednotlivé události, třeba jak dobro zvířetilo nad zlem, kde cesta začala a skončila, kde princ získal princeznu.

Protikladem k epickému stylu je „odstředivá“ mnohohlasá novela, pro kterou jsou příznačné významy otevřené světu. Novela prezentuje řadu hledisek a významy se vyvíjejí v dialogickém procesu.

S využitím Bachtinova rámce lze terapii někdy chápat jako postupnou proměnu zatuhlého či konzervovaného příběhu v mnohohlasý styl novely.

3. a 4. sezení s rodinou

Nechtěla jsem být další člověk, co dohlížela na školní docházku, tak jsem se v dalším setkání dozvěděla jen, že odmítli pozvání k hospitalizaci, kterou doporučil obvodní psychiatr, že se ale sociálka trochu uklidnila, snad, že chodí sem. Zdálo se však, že školní docházky přece jen mírně přibývaly.

Jak jsme se seznamovali a rodina mne přestávala podezřívát a začínala opatrně uznávat jako svého spojence proti sociálce, dávali

A tak podobně celou hodinu. Samozřejmě, byli nedůvěřiví a opatrní. Nic tak neupevňuje vztahovou realitu jako ohrožení. Všimla jsem si kontrastu s prvním setkáním se samotnou ženou. Vyprávění paní Malé o tom, jak „nám nevěří a podezřívají nás“, které jsem poprvé slyšela, vytvářelo z události silný příběh: o nás proti zbytku světa.

Při tomto setkání to bylo jiné. Jakoby nebyli zvyklí mluvit ve formě obsahu jejich sebeorganizací se odrážely emoční potřeby. Zdálo se, že události nejsou zformulované do příběhů. A přece jen se ti tři lišili: Šimon snaživě podporoval oba rodiče, souhlasil, paní Malá vyjadřovala stanoviska, ale pan Malý někdy se ženou mírně dialogizoval.

Podělila jsem se ještě o historii: jednu rodinu, co ke mně chodí, napadlo, že by nechali kus svých starostí u mne, a tak jsem nabídl, že jim je pohlidám. Po téhle sondě jsem viděla lehké zděšení. Honem jsem vysvětlila, že to je taková humorná fantazie. Už se u nich v rodině stalo, že se někdo dokázal dívat na vážné věci s humorem? To žádný z nich nezná, ujistil mne pan Malý, a paní Malá dodala: „u nás doma byla pohoda, my jsme žádný humor nepotřebovali“.

V závěru toho setkání jsem se s nimi podělila o řešení, která znám od rodin v podobné situaci, jako jsou oni: některé se rozhodnou pro hospitalizaci dítěte na dětské psychiatrické klinice, říkají, ať si to tam se školou zařídí, někteří zas se rozhodnou: teď bude chodit do školy, i kdyžby měl mít třeba horečku, musím tam dojít a odsedět, a ještě jiné rodiny se rozhodnou, že to budou dělat pořád stejně, ale těch možných rozhodnutí je jistě víc...

Byla jsem z toho rozhovoru zpacená. Zároveň mne výrazy paní Malé o její orientační rodině fascinovaly tím, jak poukazovaly k minulosti, kdy bylo vše dobré a správné: šlo o příběh o zlatých časech. Takto to u nás v mém dětství bylo, sdělovaly výrocky, a dialog nebyl možný. Zvláštní nebyl jen obsah výroků, ale také způsob, jak je žena pronášela. Vážnost a důstojnost dlece ukazovala, že příběh má vysokou prestiž a autoritu. Bylo zřejmé, že tato zakonzervovaná minulost působí jako ar-

Š: Už jsem se trochu nudil. Nemáme ani počítač...

O: Já ho chtěl už před pěti lety koupit, ale řekly pro to nebyla, ona je vlastnicí většího domu...

T: Je otázka, jestli by dnes reagovala stejně... Š: (směje se) Tě už by to bylo dnes jedno... mě už to štvě, co kdybysme ho koupili a hotovo.

M: (vážně) Takhle se u nás nemluvílo...

T: Vypadá to, že v téhle vaší současné rodině si dítě může troufnout mluvit otevřeně. Když se Šimonovi něco nelíbí, může si troufnout to říct.

Vydvihla jsem kritickou poznámku Šimona jako důkaz toho, že tato rodina ve srovnání s orientační rodinou maminky dokáže poskytnout Šimonovi možnost otevřeně se vyjádřit. Možná se tak podpatily síly, které zpochybňovaly zakonzervovaný příběh o dokonale orientované rodině paní Malé.

„Abych to nezakřikl“ – 7. sezení – únor

T: Leccos se mění, koukám, jak Šimon roste, k Š: možná se dějí i další změny v rodině... Š: Já si ničeho nevším.

M: Ve škole je to snad lepší...

T: Zpocátku tu byla starost se sociálkou...

M: My jsme byli tehdy zoufalí, někdo nám nevěřil, že je Šimonovi špatně, nemohli jsme je přesvědčit... Tady jste nám to trochu věřili...

T: Hm, to byla také změna, nebylo potřeba přesvědčovat. K O: v čem jiném Šimon roste a mění se?

O: Víc si prosazuje svou, někdy se hádá s maminkou, přesvědčuje ji argumenty, ale maminka řekne, bude to tak, a je to...

T: Jistě, maminka je rodič, nejsou s Šimonem zatím v úplně rovnocenném postavení... Stejně by ji nepřesvědčil, přesvědčit někoho, to bývá těžké. Vzpomínáte, vaše rodina nepřesvědčila tehdy... na začátku také nikoho. Někdy pak už není důležité přesvědčovat...

O: (váhavě): Abych to nezakřikl, nevím, jestli to vůbec můžu říct... snad, změna je se školou, u Šimona, chodí vlastně od října do školy. Snad nějaké vitamíny zabraly...

M: I když někdy mu není dobře!

T: To je jistě odvaha od Šimona. Ale je to také odvaha rodičů, maminky, určitě pro ni není lehký pustit Šimona do školy, když víš, že se necítí úplně dobře...

Po čtyřech měsících otec konečně vyslovil, že Šimon chodí pravidelně do školy. Výklad, že to způsobily vitamíny, jsem samozřejmě nekomentovala. Zdůraznila jsem kompetence rodiny, odvahy Šimona i rodičů. Objevit vlastní kompetence je jednou z funkcí terapie.

„O sexu, to už má dávno přečtený...“

8. sezení – březen

T: Uvažuji o tom, co váš muž se synem sdílí

lejí

M: No celkem nic...

O: Že se na nás oba žena zlobí...

K mužům: S čím to vlastně není maminka

spokojená?

O: Že máme všude knihy!

M: Muž nosí z knihovny čtyřicet knížek mě-

síčné, některý nejsou vhodné pro Šimona...

T: Takže oba rádi čtou! K O: Co by tak považovala vaše žena za nevhodné... třeba o sexu?

M (směje se): O sexu, to už má dávno přečtený...

O: (škádlivě): Že jsou na nich bacily...

T: A kdo je na tom u vaší ženy přece jen líp, koho chválí?

O: Asi kočky, máme čtyři.

M: Máme jednu, ale ony se k nám nastěhovaly. U nás bývaly doma vždycky kočičky.

O: Já jsem až poslední za téma kočkama M (směje se): Ty máš řeči!

Poprvé se nesměle objevila téma partner-ského vztahu, které rodiče zatím nepropouštěli. Pokud mám zhodnotit dosavadní průběh:

Během osmi sezení terapie se dlouholeté problémy s docházkou Šimona do školy podstatně omezily, uklidnil se napjatý vztah ro-

diny a institucí školy a sociální péče. Zlepšilo se zdraví Šimona, ubyly návštevny zdravotníků, objevily se známky jeho lepšího sociálního začlenění mezi vrstevníky. Z mého pohledu došlo v průběhu terapie také k proměně jazyka rodiny, a tuto proměnu chápu jako proměnu jimi vnímané reality. Jakoby svět byl pro ně o něco bezpečnější, jakoby si v něm mohli víc troufnout.

Pro čtenáře nejde nejspíš o velkou změnu. Z této rodiny se nestala a nejspíš ani nestane dynamická rodina, kde by se volně diskutovalo o všem. Ubylo však opatrné semknutosti v názorech, objevily se prvky dialogu, přibylo nesouhlasu u Šimona, zpochybňování. Přibylo,

v jazyce Bachtina, odstředivého novelistického stylu.

Mne samotnou okouzlo, jak v této vážné a ustarané rodině náhle vykvetl humor.

Praha, březen 2006

Poznámka redakce: Autorku jsme požádali o upravené a zkrácené znění jejího sdělení, které odeznělo na Sympóziu rodinné terapie „Nebezpečné známosti“ 1. 4. 2006. (O sympóziu - viz reportáž v minulém čísle.) Celé znění přednášky bylo vydáno ve sborníku, který vyšel jako červencové číslo periodika Softforum. Zde přinášíme autorsky upravenou verzi pro náš časopis.

Foto Z. Vybíral

John Money (1921–2006)

Olga Pechová

Dne 7. 7. 2006 zemřel ve Spojených státech amerických ve věku nedožitých osmdesáti pěti let známý a velmi kontroverzní psycholog a sexuolog novozélandského původu John Money. Věnoval se nejen tématům transsexuality, intersexualita a homosexualita, ale i širším teoriím vzniku pohlavní a sexuální identity. Mimo jiné jako první zavedl do odborné angličtiny pojem gender v dnešním slova smyslu. Jeho vliv na myšlení v této oblasti byl obrovský, ale v posledních třech desetiletích se stále častěji objevovaly zásadní pochybnosti o hodnotě a etickém pozadí jeho výzkumných studií.

John Money se narodil v roce 1921 na Novém Zélandu, ale již v roce 1947 se vydal do USA pokračovat ve studiu psychologie, kde později absolvoval doktorandské studium na Harvardské univerzitě. Jeho kariéra měla velmi rychlý spád a již v polovině padesátých let se stal veřejně známý svými výzkumy intersexuálních jedinců. Jako intersexuální jsou označováni takoví lidé, jejichž přirozené biologické charakteristiky nesou znaky obou pohlaví. Money při svých výzkumech dospěl k závěru, že jejich pohlavní identita odpovídá spíše pohlavní roli, ve které byli vychovávaní, než jejich biologickým charakteristikám. Zavedl proto pojem gender, který považoval za nezávislý na biologickém pohlaví (anglicky sex). Původně používal slovo gender pouze ve spojení s genderem I/R (gender identity/role), kterým vyjadřoval provázanost pohlavní identity a pohlavní role.

Právě zavedení tohoto užívání pojmu gender do moderní odborné angličtiny lze považovat

za asi nejtrvalejší Moneyho odborný přínos. Money toto slovo převzal z lingvistiky, kde původně označovalo mluvnický rod. Myšlenka o odlišnosti biologického pohlaví a pohlavní role se sice již objevila dříve například v dílech Margaret Meadové, avšak Money zavedl pro tuto skutečnost speciální pojem, který podložil rozsáhlými výzkumy a prosadil v odborných kruzích. Paradoxem je, že i když se tento pojem objevil v názvu specializované vědecké disciplíny označované jako genderové studie, přesto se v mnoha přehledových publikacích nelze dočíst, kdo byl autorem tohoto termínu. Příčiny lze hledat v dalším Moneyho myšlenkovém vývoji, který byl v rozporu s paradigmaty, které se prosadily v oboru genderových studií. V menší míře se na pomíjení Moneyho přínosu podílela také pozdější diskuse, která zpochybnila nejen platnost Moneyho závěrů, ale i jeho vědeckou poctivost.

V průběhu šedesátých a sedmdesátých let však Moneyho odborná reputace výrazně silila a Money byl mnohými autoritami považován za nejvlivnějšího sexuologa své generace. Na jeho vlivu se podílela mimo jiné i schopnost mediálně se prezentovat v souvislosti s kontroverzními tématy a Moneyho urputná bojovnost v polemikách s odbornými i laickými opONENTY. Moneymu se podařilo jako prvnímu prosadit provádění takzvaných operativních změn pohlaví na území Spojených států amerických. Na základě jeho předchozích studií byly vypracovány rovněž značně sporné standardy pro péči o intersexuální pacienty, přičemž tyto standardy se postupně staly převládajícím odborným názorem a mnohá pracoviště z nich vycházejí dodnes, i když Moneyho původní předpoklady nelze považovat za podložené.

Money vycházel z předpokladu, že lidská pohlavní identita se utváří ve velmi raném věku, přičemž okolo osmnáctého měsíce života je již zafixovaná a stává se neměnnou. Tento názor však byl postaven převážně na spekulacích a bylo velmi obtížné ho nějakým způsobem prokázat nebo vyvrátit. Na konci osmdesátých let se však Moneymu naskytila příle-

žitost přínést experimentální důkaz pro svou teorii. Jednalo se o případ dvou chlapců – jednovaječných dvojčat – z nichž jeden přišel ve věku osmi měsíců o penis. Money navrhl vychovávat chlapce bez penisu jako dívku a tím ho uchránit před traumatem vyplývajícím ze ztráty penisu. Zároveň se pak mělo jednat o důkaz, že pohlavní role-identita je v tomto věku plně ovlivnitelná výchovou. Příklad označovaný jako John/Joane se stal Moneyho největším triumfem a o mnoho let později i největším symbolem neúspěchu jeho teorii.

Zpočátku se zdálo, že operovaného chlapce se daří vychovávat jako dívku, zatímco jeho jednovaječné (a geneticky tudíž shodné) dvojčel vyvíjí podobně jako ostatní chlapci jeho věku. Tak také Money celý případ zveřejnil v několika člancích a ve své asi nejznámější knize *Man & Women, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity*, kterou vydal v roce 1973 ve spolupráci s Anke Erhardtovou. Celý experiment byl prezentován jako senzační úspěch a byl citován v množství dalších sexuologických publikací jako důkaz, že pohlavní identita člověka je v rané fázi života zcela tvárná a je možné ji zafixovat podle potřeby bez ohledu na vrozené faktory. Už na konci sedmdesátých let se však objevily informace, že všechno může být jinak. Britská televize BBC natočila dokument poukazující na skutečnost, že chlapec vychovávaný jako dívka trpí značnými psychickými problémy a snaží se o návrat k mužské pohlavní identitě. Money se k celé záležitosti odmítl vyjadřovat s tím, že jeho postup byl úspěšný a současně nesrovnalosti jsou pouze důsledkem intrik závislivých kolegů a novinářů. Pozoruhodné je, že většina odborné veřejnosti přijala tuto Moneyho verzi a přes jisté pochybnosti byl Moneyho postup citován jako úspěšný až do poloviny devadesátých let.

Money se však od konce sedmdesátých let setkával s rostoucími problémy, které vycházely ze tří zdrojů. Za prvé jeho nekonvenční postupy a okázalý liberalismus vedly k silnému odporu konzervativních odborníků i politiků, který postupně oslabil jeho pozici a nakonec jej dovedl až k uzavření jeho genderové klini-

ky v nemocnici Johna Hopkinse v Baltimore. Za druhé se objevily silící důkazy, že sexuální orientace a pohlavní identita jsou alespoň částečně biologicky podmíněné, což nakonec Moneyho vedlo k určitěmu zmírnění jeho předsvědčení, že homosexualita a transsexualita jsou lény výhradně působením okolí v prvních dvou letech života. Za třetí pak tato korekce Moneyho názorů vedla k odmítnutí jeho teorii ze strany teoretiků vznikajících genderových studií.

Tato třetí záležitost stojí rozhodně za pozornost, protože na počátku sedmdesátých let byl Money autory z okruhu genderových studií ještě velmi hojně citován (typickým příkladem je kniha Ann Oakleyové) Pohlaví, gender a společnost" z roku 1972 – český vydal Portál v roce 2000). Moneyho názor, že gender nemá nic společného s biologií, se stal jedním z opěrných bodů těchto nových teorií. Jelikož však většina významných osobností genderových studií byla značně ovlivněna druhou vlnou feminismu, tak zároveň usilovala o aktivní změnu konzervativních společenských norem a zde byl problémem Moneyho názor, že pohlavní identitu nelze po druhém roce života již významně měnit. Tento rozpor se však vyhroutil až na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let, kdy Money připustil určité biologické vlivy, zatímco převládající paradigma genderových studií se zradikalizovalo. Díky tomu se Moneyho jméno objevovalo v učebnicích tohoto oboru stále méně častěji a dnes se už jen málo v které dočtete o jeho přínosu ke vzniku této disciplíny.

Díky výše popsaným okolnostem se Money začal stahovat do ústraní a odmítl komunikovat s nesouhlasícími kolegy i s novináři. Když se v polovině devadesátých let ukázalo, že případ John/Joane skončil katastrofálním neúspěchem a Money se stal podezřelým ze zatajování či dokonce falšování výzkumných údajů, odmítl se již k tomuto tématu vyjadřovat a články na jeho obranu psali jeho žáci. Případ John/Joane byl podrobně popsán nejspíše v odborných periodících a později se objevil i v laické verzi v knize Johna Colapinta „Jak její příroda stvořila“, která vyšla v českém jazyce (vydal Triton v roce 2001). Pro

5. a 6. a 7. ZRÁNÍ – aneb Dvojtečka, Tečka, Vykríčník

Zrání páté • Zrání páté • Zrání páté • Zrání páté

Zraje k dozrání

kteří je nekonečně konečné (anebo konečně nekonečné) – konečně! Na to právě myslel Arnošt Lulan a smutně pokyvoval hlavou. Díval se na Ester Pindu, sedící vedle něho: byli v kupé vláčku a cestovali z Příboru do Opavy.

Měli za sebou vyčerpávající hledání tvrdého i, které je zaměstnalo tak, že delší dobu nežili život svůj, ale život svého hledání. Nebyli v kupé sami – seděl s nimi ještě muž, kterého objevili na nádraží: byl tam v čekárně a napůl seděl a způli ležel na lavičce, vzdychal a převarcel se z boku na bok. Ester, vždy starostlivá a o druhé pečující (švak i příponu „ová“ odvrhla – jak známo – proto, aby nediskriminovala Arnošta), se onoho muže zeptala, zda něco nepotřebuje. „Ne“, odpověděl nevrle a zhluboka – a, podle dojmu Ester, smutně vzdychl. „Chcete pomoc?“ „Ne!“, zavrčel a natáhl k Ester dlaně. Ester, ač sama byla na pokraji totálního vyčerpání, považovala za svoji povinnost posloužit a vykonat to, co je správné a dobré – vzala proto muže za jeho nataženou dlaně, ukázala na stojící vlak a zeptala se: „A tímhle vlakem jet nechcete?“ „Chci, nestarejte se!“ řekl a držel se jí. Ester poprosila Arnošta o pomoc a společně muze dovlékli do vlaku. Posadili se s ním do volného kupé. Muž mlčky zíral, ale pomoci od znavené Ester a ufaného Arnošta se nebránil – i celou jejich svačtinu jim snědl, když mu ji nabídli...

Arnošt pak na chvíli únavou usnul. A ve snu se znovu objevilo to podivné téma o nekonečném zrání k dozrání. S výkřikem se probudil. Polekaná Ester se zeptala, co se děje. A než mohl Arnošt odpovědět, ozval se nečekaná

onen muž, o něhož předtím pečovali: „Děje se něco, že se něco děje, že?“ zakýval prudce hlavou. „Ale“, zablakotal Arnošt, „co vy víte, vy... měl jsem jenom sen.“ „A co“, náléhal muž, „sen – jaký?“ „Co... jaký – pamatují si jen to, že to byl sen o tom, že zrání nikdy nedozraje.“

Opečovávaný muž se radostně zamračil: „Ano, to je velké téma“, přikývl. „Cože?“ vykřikl Arnošt, který podobná slova od onoho chudáka skutečně nečekal. „Velké téma“, pokračoval od svých, jak zrát v nekonečnu k dozrání, to znám podivná: „Jak to myslíte?“ „Tak, že těmi mými chůvami jsou ti, kteří se nesmířili s nekonečností zrání a s poznáním, že dozrajeme-li, znamená to konec. Tedy: že neexistuje nic zralého. Zralost neexistuje – jen zrání.“ Ester a Arnošt nebyli schopni slova – jakoby jim vzal dech. „A“, pokračoval klidně muž, „a tihle lidé pak – aby měli proč zrát, tedy žít, tedy setrvat, tedy nestat se o sebe – a aby získali čas, títo lidé se pak o mě a o mně podobné starají jako chůvy – chůví se a chůví a chůví kolem mne a kolem nás tak, že už ani dýchat nemohou...“ „Nerozumím“, zamračil se Arnošt. „Ani já nerozumím“, řekla Ester. A pak – pak podala onomu muži ruku a takticky se představila: „Ani nevím, jak vám říkat“, usmála se, „já jsem Ester Pinda – a vy?“ Muž přikývl, stisknul jí dlaně a řekl: „A já jsem Bernát.“ „Bernát...“ opakovala Ester tiše. A muž dodal: „Ano, Bernát – a abych nezapomněl: čtu se burn-out.“ A proto sebně vzdychl. Dvojtečka!

Zrání šesté • Zrání šesté • Zrání šesté • Zrání šesté

A zašesté: zrání k obdivu

– který přináší děti, vtažené do konfliktu se svojí rodinou – tedy vlastně s celým světem. A nebo které obyčejně zlobí: tvoří „áčka“ ve škole lškola pak – místo aby oslavila rodiče – podává oznámení úřadům), nevracejí se včas domů (a někteří rodiče je pak za to mrtí, aniž se zeptají, kde byli – a s kým – a jak a...!) anebo poslušně následují kamarádky a kamarády (kteří na ně mají dost času a nechávají si za to platit třeba vyhleným cigárem či čokoládíčkou ze supermarketu...), takže...

vědeckého výzkumu se nachází v každém případě.

Příběh se uzavírá. David Reimer (onen operovaný chlapec) trpěl řadu let silnými depresemi a v roce 2004 spáchal sebevraždu. John Money v té době již žil řadu let v ústraní a trpěl zhoršujícími se projevy Parkinsonovy choroby. Obhajobu svého díla nechal již zceřit na svých žácích, kteří se snaží hájit alespoň některé části jeho teorii a experimentálních postupů. Jeho práce mají nadále významný vliv, ale i Moneyho následovníci berou jeho výzkumné studie se značnou rezervou. Kromě vcelku dobře popsaného pochybení v případě Johna Joane se objevily kritické názory i na jeho další studie včetně rozsáhlého výzkumu intersexuálních osob, na jejímž základě se stal veřejně známým a zavedl pojem gender.

Závažné pochybnosti o metodologii jeho prvního velkého výzkumu se objevily již na konci padesátých let, ale Moneyho vliv vedl k jejich potlačení a zapomenutí. Výzkum nelze spolehlivě ověřit, ale pokusy o jeho přezkoumání nalezují, že Moneyho výsledky byly silně ovlivněné jednostranným přístupem k výpovědím zkoumaných osob.

John Money nepřestává být jedním z nejvýznamnějších sexuologů dvacátého století, ale zároveň je varovným příkladem, kam může vést přehnaná sebedůvěra a překračování etických norem. John Money sužovaný Parkinsonovou nemocí utrpěl vážný úraz hlavy a 7. 7. 2006, den před svými osmdesátými pátými narozeninami, zemřel. Spory o jeho dílo a o to, jak se utváří lidská sexuální orientace a pohlavní identita, se ale budou nepochybně táhnout i jednadvacátým stoletím.

Autorka vystudovala psychologii na FF UP v Olomouci.

mnoho lidí je tento případ jedinou stránkou Moneyho díla, kterou znají. Vzhledem k jeho významu bych se na závěr ráda zastavila u tohoto neuvěřitelného příběhu. V polovině devadesátých let se ukázalo, že chlapec vychovávaný jako děvče nejen trpěl výraznými psychickými problémy, ale v dospívání odvrhl svou ženskou identitu a identifikoval se jako muž. Teprve v této fázi svého vývoje se od rodičů dozvěděl celý příběh o svojí minulosti. Podstoupil kroky k úpravě právního pohledu a také některé zákroky běžné u transsexuálních lidí (female-to-male (faiicky změna z ženy na muže).

Ve výše uvedeném je nyní mezi odborníky jasná shoda. Otázkou však je, do jaké míry Money vědomě zatajoval či dokonce falšoval výsledky tohoto experimentu. Je jisté, že se Moneyho zprávy lišily od výpovědí ostatních zainteresovaných osob. Chování operovaných chlapců mělo mnohem méně ženských prvků, než Money tvrdil, a také Money do jeho výchovy zasahoval i v pozdějších letech mnohem více, než uváděl ve své zprávě. To by se snad dalo omluvit odborným zápalem, ale jeho další prezentace případu je ještě více pochybná. Již v průběhu sedmdesátých let (tedy mnohem dříve než kdo jiný) prokazatelně věděl, že se případ vyvíjí v rozporu s jeho očekávaními. Když tuto skutečnost objevili novináři z BBC, tak svůj postup hájil jako v zásadě úspěšný a média i své odborné odpůrce kritizoval za neserióznost a pomluvy. Zároveň však přestal o případu psát a odmítl se k němu vyjadřovat. Přitom mu však v nejménším nevadí, že jeho dílo bylo další skoro dvě desetiletí citováno jeho následovníky jako klíčový důkaz jeho teorii. Takový postup možná nelze označit za jednoznačně lhaní, ale za hranici etiky

Celostátní konference „Komplexní terapie psychóz“ v Opavě (27.-28. 4. 2006) aneb Psychoterapeut na psychiatrické konferenci

„Mluvíím jedním druhým jazykem“

RIINA KATAJAVUORIOVÁ

Neodolal jsem slibnému názvu konference „Komplexní terapie psychóz“ - to je přeci to, jak by se práce s lidmi s diagnózou schizofrenie či psychóza měla dělat. Pěkně komplexně. Velmi mě také zajímalo, kolik dostane prostor psychoterapie a psychosociální rehabilitace na něm, co tematicky vypadá jako velmi „psychiatrická“ konference. Zároveň se tam mohu něco přiučit z oboru psychiatrického. Z některých psychiatrů, se kterými jsem se setkal, jsem získal dojem, že jsme si ve způsobu vyjadřování se o lidech s diagnózou či chápání ní pomoci druhému na hony vzdělání. Z některých zase, že pomoc psychiatrická a psycho-terapeutická jde ruku v ruce. Jako určité požitko s těmi, se kterými si rozumím, vnímám to, že jsme absolvovali psycho-terapeutický výcvik. Přemýšlím nad tím, jestli to něco znamená - máme spolu zkušenost se poznání a poznání druhých a také zkušenost toho, že člověk může pomoci druhému rozhovorem, vztahem. Nechybí toto lékařům - zkušenost se sebou samým? Nechybí zase psycho-terapeutům - psychologům hlubší vzdělání ohledně fungování lidského mozku na úrovni neurotransmiterů? Lze řešit potíže lidí s diagnózou psychóza jen prostřednictvím psychoterapie a psychosociální rehabilitace? Lze jejich potíže řešit jen na úrovni chemického fungování mozku? Vnímám psy-

choterapeut skrze své „jazykové okénko“ dlo- věka jinak než psychiatr? A co psychiatrů psy- choterapeuti? Jak to mají oni? Kdo ví. Dosti otázek. Pojdme na konferenci.

Den první

Můj první zážitek byl hudební. Po krátkém přivítání MUDr. P. Tarabou následovalo klavírní vystoupení spojené s nádherným zpěvem. Vnitřně pohnutý jsem si říkal, jak je to pěkně kulturní. Poté následovalo obligátní slavnostní zahájení doc. RNDr. Ing. J. Mrázkem, CSc., náměstkem primátora města Opava, který nás přivítal v univerzitní Opavě, pochlubil se jejím rozkvětem a snažil se dodat i rámec historický. Zmínil pana profesora E. Boecku, který působil v opavské léčebně jako ředitel a také jeho přátelství s T. G. Masarykem.

Po něm dostala prostor pro úvodní slovo prof. MUDr. E. Česková, CSc., která zdůraznila pro léčbu psychóz i dobré lidské slovo a hovořila o psychiatrii jako o perspektivním oboru, který může lidem přinést poznatky ohledně sebe samých. MUDr. P. Taraba připomněl paní profesorku MUDr. H. Raškovou, CSc., která se narodila v roce 1913 a je stále aktivní. Její motto je prý: „Žáci mají předčit učitele“. Měla na konferenci vystoupit s příspěvkem „Historie k současnosti“, ale ve stejnou dobu přebírala ocenění ve Dvoře Králové jako zaslužená občanka. P. Taraba nahradil její příspěvek tím, že promítl několik jejích reálií, pár objevů, které H. Rašková zmiňuje jako české úspěchy a také několik českých osobností v psychiatrii.

Na to navázal prof. MUDr. M. Zapletálek, který nás seznámil s historií čs. psychiatrie, a to především s osobnostmi českých učitelů psychiatrie. Učinil tak poněkud rozsáhlé, včetně osobních vzpomínek „mimo rámec“. Proud vzpomínek se řinul spolu s defilé profesorských tváří a do toho sem-tam nějaká kuloární historka. Pravděpodobně to mělo znít vlně, „domácky“, ale asi nejsem zvyklý dostávat v rámci konferenčních příspěvků až takové podrobnosti, jako s kým se pan profesor měl rád a s kým neměl a proč, případně kdy s kým byl na výletě, kde a kdo byl „chlap“. Vzpomínání

začalo rokem 1940 a skončilo rokem 2006 a omlouvám se čtenářům, že zde nenaleznou podrobný jmenový rejstřík našich předních psychiatrů, stejně tak se omlouvám, že je ušifrováním osobních vzpomínek pana profesora Zapletálka. Každopádně jsem byl rád, že jsem se přece jen něco o historii psychiatrie dozvěděl a že ta historie vyzněla z úst pana profesora tak humanisticky a lidsky.

MUDr. P. Taraba přinesl příspěvek vztahující se k opavskému regionu a jeho zdrojům. Začal poznatkem J. Křivohlavého, že lidé s rozvinutými vazbami mají delší život i lepší fyzický a psychický stav. Vzal to zeširoka od geologie (Moravská brána), pokračoval přes genetický fond našeho národa (máme prý v sobě geny všech národů, které se tu ukázaly od Hunů po Feničany, ale nejlépe máme ke Keltům) až k osobnostem, které se na území Opavy vyskytovaly - J. Mendel, J. Komenský, F. Palacký, S. Freud, T. G. Masaryk, kardinal Tomášek, E. Boeck. Poté nám popřál, aby- chom byli „regionálně zdraví“.

Jako poslední z úvodních referátů vystoupila prof. MUDr. E. Česková s příspěvkem „Léčba schizofrenie a problematika adherence“, který byl pro mne velmi zajímavý. Za prvé paní profesorka zdůrazňovala vztah mezi lékařem a pacientem, který je důležitý pro to, aby byl pacient motivován brát léky. Poukázala na řadu výzkumů, že mnoho pacientů léky nebere z mnoha důvodů - podceňování nemoci, zapo- mínání, odpor proti léčbě, závislost na alkoholu, životní podmínky a další. Studie provedená v ČR také ukázala, že lékaři si myslí, že ten jejich pacient léky bere, ale u ostatních to ne- předpokládá. E. Česková hovořila o adherence - je to něco podobného jako pojem „compliance“ který vyjadřuje to, že pacient souhlasí s lékařem a podrobuje se léčbě.

V pojmu „adherence“ je zdůrazněn aktivní přístup nemocného k jeho léčbě. Adherenci podporují pacientovy zkušenosti s léčbou a kvalita vztahů se zdravotním personálem. Paní profesorka považuje za důležité, aby byl vytvořen vztah v rámci léčby, který napomůže tomu, aby bylo pomoci lékem. Dále zdůraz- nila individuální přístup - „ušit léčbu na tělo

pacienta“. Také se zastávala starých léků - tzv. antipsychotik první generace s tím, že někteří pacienti na ně reagují lépe než na antipsy- chotika generace druhé. Při volbě léků pro léč- bu by mělo být zohledněno, jakou měl pacient zkušenost s lékem a jaký druh léku preferuje, stejně jako klinické charakteristiky a individu- ální náchylnosti ke vzniku vedlejších účinků. Takže hned v prvním bodu se zohledňuje pa- cientova zkušenost a jeho volba! Pro zvýšení adherence (aktivního vztahu k léčbě) jsou do- poručovány strategie jako např. SIMPLE - zjed- nodušení režimu, informovanost, modifikace předstáv pacienta, pacient a komunikace, li- mitování zkresení předstáv, evaluace adhe- rence. Zní to možná pevně složitě, ale když jsem si tam ve své psychoterapeutické mysli dosadil jednoduché věci týkající se vztahu člo- věk-člověk, tedy zájem, povídání, pomoc s ori- entací, empatii, všimati si, jak mě vnímá ten dru- hý, brání jeho názorů v potaz, tak jsem tomu rozuměl. Musí slova psychiatrie znít tak složi- tě? V tomto ohledu by se možná mohli lékaři poučit z psycho-terapie - jak budovat vztah, k čemu je to dobré a jak i jim samotným to může prospět - mohou např. zjistit, že léčit ne- musí znamenat jen najít ten správný prášek, ale také pobýt spolu s druhým. Mám občas i takové odvážné myšlenky, že kdyby se ně- kteří psychiatři postarali o lepší vztahy se svý- mi pacienty, postarali by se také o kus něčeho ze sebe.

Poté následoval zhruba 40minutový výlet do epidemiologie zprostředkovaný olomou- ckým epidemiologem V. Janoušem, který při- znával, že se necítí jistě v této „psychiatrické“ výpravě. Přesto nás zkušeně povodil historií, ukázal nám možnosti orientace v epidemiolo- gické džungli (korelační, kohortové studie, me- taanalýzy), zajímavosti (souvislosti mezi fakto- ry ovlivňujícími pití alkoholu), aby skončil u spo- lečných problémů v psychiatrii a epidemiologii - jak např. vymezit hranice mezi „případem“ a „normalitou“.

Fascinující částí konference pro mne byla přednáška MUDr. L. Hosáka nazvaná „Ge- netika schizofrenie a její odraz v premorbidní osobnosti“. Ozřejmila mi, jak je možné, že se

prevence prelapsu. V závěru uvedl pěkný pří-
měr na obrázku z autoškoly, na kterém de-
monstroval úhel pohledu. Je důležité podívat
se na tu křížovku, na které se octne člověk
během první epizody schizofrenie, nikoliv
ze schematického nadhledu (šorah), ale z po-
hledu člověka tuto křížovku řešícího.

Následoval příspěvek **MUDr. P. Taraby**
„Komplexní přístupy a důvěrní poručníci v pra-
xi“ ve spolupráci s A. Giraškovou a H. Hemza-
lovou. P. Taraba se hlásí k odkazu I. Strossavé
a nemoc chápe především na úrovni poruchy
vazeb a komunikace (neuronální i sociální)
a problematického zpracování informací. Proto
se také řešení potíží musí dělat komplexně –
na úrovni bio-psycho-sociálního modelu. Tedy
nejlép léčit prostřednictvím léků, ale také vidět
člověka ohroženého v oblasti rodiny, bydlení,
práce, společenských kontaktů. S těmito věcmi
pomáhá psychosociální rehabilitace. P. Tara-
ba vyjmenoval množství organizací, se kterými
léčebna spolupracuje – Mens sana, Jordana,
Anima Opava. Do procesu léčby je zahrnuta
také rodina v rámci rodičovského klubu a ro-
dinné terapie.

O pomoci rodinné poskytované léčebnou
referoval **J. Tatarako** (další spoluautoři – E. Kl-
mešová, J. Bartková, V. Kutnohorský, M. Kup-
číková). Tato pomoc má několik cílů – poznat
blízké příbuzné pacientů, umožnit vzájemné
včtení v rodině, poskytnout rodině co nejvíce
informací, umožnit prožití emocí a zpracování
v rodině. Přitom je fokusováno, jak komunika-
vat o nemoci v rodině. J. Tatarako zmínil také
fáze přijetí nemoci podle Kübler-Rossově. Jako
efekty práce s rodinou uvedl lepší komunikaci
o nemoci v rodině, opravení zkreslených před-
stav, zlepšená interakce v rodině, ocenění. Pod-
le J. Tataraky jsou rodiny hodně neoseřetěnou
skupinou a péče o ně je důležitá. Zástupce
sdružení rodičů Amicus pan Závěšek se jistě
v té chvíli radoval.

Jako příklad dobré praxe ze zahraničí pů-
sobil vystoupil **MUDr. D. Kalnické** ohled-
ně péče o nemocné s psychózou v Belgii.
Po shrnutí základních reálií, financování péče
i situace kolem psychiatrické péče a psycho-
sociální rehabilitace se věnovala projektu

„Psychotická porucha a její léčba“. Otevřela jí,
zabodla prst do slovníku vzadu a přečetla,
že psychiatr může k léčbě použít biologické
i nebiologické prostředky. To je přece hrozný,
to je přece proti mezinárodnímu právu, zděsi-
la se. Řekla jsem jí, že doktoři biologicky zbraně
nejspíš nepoužívají, ale že to v té knížce je
fakt tak napsaný, kdo se v tom má vyznat.
Zasmíli jsme se. Řekla, že má ráda lidi z Brna.

Když jsem jí řekla, že jsem z Brna (pak jsem ještě
tě dlouho přemýšlela, jestli jsem jí nepotvrdil
nějaké nadpřirozené schopnosti), byla překva-
pená a dvakrát se ujistovala, jestli si nevymýš-
lím. Povzdechla si a prozradila na sebe, že ví,
že tady ty sestřičky zlobí, ale že ona to tak
nemyslí. Ať vymění je, když to tady nezvládají.
Ví, že občas je provokuje, ale ona neví, co tady
má dělat. Občas ještě ztížíla hlas, když vyprá-
věla o věcech, které pacienti dělají a perso-
nální o nich neví. Pak už jsem musel jít. Bylo těž-
ké se s ní rozloučit, její pohled na mně visel,
slovy mě držela. Vstal jsem, několikrát řekl, že
už musím jít a šel jsem. Ona si začala číst, já
šel na večírek pořádaný konferencí. Uvědomil
jsem si, jak se někdy bojím toho neznámého,
co mi mohou přinést lidi, které ještě neznám
a uvědomil jsem si, co mohu nabídnout druhé-
mu – otevřenost a normálnost situace.

Na večírku jsem se dlouho nezarázel. Podle
toho, co jsem slyšel ráno, tak se zpívalo a tan-
čilo a dobře bylo.

Den druhý

Druhý den začal přednáškou **MUDr. R. Po-**
spšila o první epizodě schizofrenie jako kří-
žovate v životě. Na této křížovce, která
rozhoduje o dalším osudu člověka, hraje roli
několik možných faktorů, jako je předchozí
adaptace, dny neléčené psychózy, úroveň
vzdělání, mladší věk. Včasné indikovaná péče
je nejdůležitější a také pečť jediný ovlivnitelný
faktor u úspěšném léčení schizofrenie. Za dal-
ší faktory se považují psychofarmaceutické in-
tervence, zapojení rodiny a individualní pří-
stup. R. Pospíšil také hovořil o ovlivňování
kognitivních funkcí prostřednictvím antipsycho-
tik druhé generace, která podle něj považují
pacienti za lépe tolerované a lépe působí jako

ní stresu, působit na konflikty v rodině, zabrá-
ňovat zneužívání návykových látek. A to se mi
líbilo – představta psychiatri, který projevuje
starost o dobrý rozvoj dětí a „mixuje“ v sobě
laskavost rodinného lékaře se schopnostmi
sociálního pracovníka. A také se mi líbilo, že
L. Hosák hovořil o tom, že v případě pomoci
dětmi, jehož stav se nám nezdá, se nemusíme
bát použít psychologické prostředky pomoci.
Zdolan četnými glutamátů, dopaminy a ne-
ureginy jsem se šel projít po areálu psychiat-
rické léčebny. Svítilo sluníčko, na hřišti hráli
chlapi nohebal, pár holek fandilo a nějaká
paní v modrobílém oblečku si četla Chvilku pro
Tebe. Ilylka. Jen na nápisích lemujících hřiště
nebylo „Cambrinus“, ale „Zentiva“.

Odpoledne jsem navštívil workshop, kde byl
představen „Program pro dobré zdraví“. Dě-
kuji **L. Kundratovi** a **J. Drndové**, se kterými
jsem strávil příjemnou hodinku a půl povída-
ním doplněným praktickými ukázkami počítá-
ní BMI. Program pro dobré zdraví je projekt
podporovaný firmou Eli-Lilly a zaměřuje se
nejmén na hubnutí, ale také na podporu sociál-
ních kontaktů. Během programu, který trvá 8
týdnů, a poté je po dvou týdnech ještě prove-
dena kontrola, se člověk dozvídá o kaloriích
ve stravě, o cvičení a jsou rozvíjeny vztahy mezi
členy, stejně jako vazby člověka na prostředí,
ve kterém žije.

Po večíři jsem bloumal opět mezi stromy,
obdivoval jsem mohutné duby, rozkvetlé mag-
nólie a rozložitě, smůlou vonící borovice. Sedl
jsem si na lavičku, neměl jsem co dělat a na-
jednou si ke mně přisedla dívka. Přepadl mě
štrach, co je zač? Co po mně bude chitř? Pře-
četla si vizitku, že jsem Šupa a ihned mi sdělila,
že teda žádnou šupu nemám. Přišlo mi to
vtipné, uklidnil jsem se a zeptal se, jak se jme-
nuje ona. Prý J.....á, což znamená statné
a ztepilá lidi. Ukázala si na břicho, že prý čeká
dítě a ztíšeným hlasem dodala, že se to snaží
utulit, ale že jí ho stejně vyškrbnou. Prochá-
zel kolem doktor v bílém a ona najednou zně-
nila téma, plácala páte přes deváté. Pak řek-
la, že už má stejné jedného syna, imenuje se
Marek a ten je moc fajn. Zeptal jsem se jí, co
to drží za knihu. Ukázala mi, že je to brožurka

liktstvo dostalo až ke hvězdám. Vědci zabývá-
jí se genetikou schizofrenie nezdánlivě, nezlom-
né a tvrdšíně hledají důkazy o tom, že schi-
zofrenie je genetické onemocnění a pátrají
po genech zaviňujících toto onemocnění. L. Ho-
sák nás s hlavními „podezřelými“ seznámil
a také promítl počty studií, které buď doka-
zují vliv na vznik onemocnění, nebo ne. Nic
nevadilo, že občas převládají studie, které ne-
prokazují vliv určitého genu na vznik, jen pak
stejně zůstává mezi podezřelými. Počet pode-
zřelých přibývá, bohužel Holmesové v bílých
pláštích začínají jedno zklamání za druhým.

Nemohl jsem neobdivovat houževnatost
postoje vědců, kteří v laboratorních toužích po ví-
tězství nad zrádným a nebezpečným „pacha-
telem“, kteří – dořování farmaceutickými firma-
mi – mohou strávit svůj život v seriálu „radíme,
pátráme, informujeme“. Jsem zvědavý na vý-
sledky. Na druhou stranu si nemohu nevším-
nout svého pobouření v okamžiku prohlášení
L. Hosáka, že výsledky zatím nejsou v praxi
k ničemu, ale že je to dynamicky rozvíjející se
odvětví psychiatrie, kam se investuje spousta
peněz a čeká se, že to jednou k něčemu bude.
Prosím, milí vědci, psychiatri, přesvědčte mě,
že to má smysl, že je to mnohem užitečnější
než dávat peníze na rozvoj sociálních a psy-
chofarmaceutických služeb, že vaše hledání
genetických předpokladů je smysluplné a ne-
jde jen o to, mít spousty peněz na výzkum a že
ve vašich výzkumech nefigurují jiné zájmy, než
pomoc druhému člověku. Budu vám za to vděč-
ný a opět se u mě obnoví důvěra ve vědecký
svět psychiatrie.

Druhá část přednášky L. Hosáka o obrazu
nemoci u premarbidní osobnosti pro mne byla
méně morbidní. Dozvěděl jsem se, že je lepší
člověku, který má špatné známky ve škole,
neslýká se s ostatními dětmi, hůř se vyjadřuje
a možná se v pubertě začne najednou oblé-
kat do černého, případně bílého, zajímat se
o východní náboženství, křesťanství nebo sa-
tanismus, že je pro takového člověka lepší –
hned nedat diagnózu schizofrenie, abychom
ho ušetřili stigmatizace či nežádoucích vedlej-
ších účinků léků. Je ovšem dobré ho sledovat,
zvýt na kontroly, snažit se zamezit se působením

Brussel Night Hospital. Zde se poskytuje péče tzv. „novým chronikům“, kteří jsou rezistentní vůči tradiční farmakoterapeutické léčbě a kvůli rušení lůžek v nemocnicích pro ně není místo v léčebnách. V přístupu věnujícím se této skupině hovoří o koncepci 4 N:

- Non-treatment - neléčit; tj. starat se, dávat léky, poskytovat psychoterapii, pokud chtějí, ale nezkoušet stále něco nového.
- Need specificity - utvoření minitýmu, který se zaměřuje na individuální potřeby lidí v projektu.
- Normalization - „znormailování“ života - vaření, úklid, shánění práce.
- Network - síť - napojovat a propojovat člověka s okolím, rodinou, společeností.

Důraz je kladen také na tzv. holding environment - „držící“ prostředí charakterizované otevřeným přijetím, nikoliv však hyperprotektivitou.

M. Zapletálek na závěr informoval, že existovalo „noční sanatorium“ v devadesátých letech v Olomouci, bohužel bylo pro malý zájem zrušeno.

Na závěr dopoledního bloku vystoupila MUDr. H. Kučerová z Hranic na Moravě. Její téma „Nezvykatelná schizofrenie aneb jak lékaři přicházejí o pacienty“ patřilo spíše do supervize, než na konferenci. H. Kučerová hovořila o tom, jak ji opustili pacienti, kteří k ní chodili na skupinu několik let a ona jim věnovala nadstandardní péči. Oni začali chodit do jiné „konkurenční“ skupiny. S touto skupinou nespolupracuje a těžce nese, že jí pacienti odešli.

Po pauze a zpoždění vystoupil opět doc. RNDr. ing. I. Mrázek, který se rozhovořil o regionu a svém chystaném projektu umístění miniaturní planet Sluneční soustavy v Opavě a okolí. Nedbal hlucícího a odcházejícího publika a zcela zapáleně, uzavřený do svého vesmíru, vysvětloval, jak umístění hvězd v Opavě bude kopírovat vzdálenosti v kosmu a tak se vztahy mezi nebeskými tělesy ozřejmí i pozemšťanům.

Poté jsme opět přistáli na planetě Zemi a MUDr. E. Dragomirecká nás uvedla do problematiky „Jak hodnotit kvalitu života u paci-

entů s psychózou“. Zmínila historii a vývoj pojmu „kvalita života“, patřte se subjektivitou a objektivitou hodnocení, a poté využítí hodnocení kvality života v praxi. Lze jej využít při sestavování terapeutického plánu, vyhodnocování účinnosti léčby, sledování a srovnávání skupin, hodnocení dopadu nemoci na jednotlivé oblasti kvality života, hodnocení komplexních programů, porovnávání kvality služeb, populační šetření. Přesto, že dochází k jistému nadhodnocování v oblastech života u pacientů, lze výsledky brát jako relevantní.

Pěkné vzpomínky bude mít na konferenci také M. Meluzínová, která, byť ještě studentka, prezentovala svou ročníkovou práci o „Terapeutické péči z pohledu pacientů“. Srovnávala v několika kritériích oddělení pro pacienty s psychózou v Kroměříži a Opavě. Prostřednictvím 3 metod - pozorování, rozhovoru a dotazníku - získávala názory pacientů. Pacienti vnímají, jak je o ně postarano, jsou spokojeni s personálem. Všimají si hlavně, jak je postarano o větší podmínky jejich nemoci, tj. co můžou a nemůžou, bohatost programu atd.

Záraveň jí to dovedlo ke zjištění, že na odděleních vznikají vlastní světy „pacientů“, kde si snaží pomáhat, a také, že je důležitou oblastí trávení svého vlastního času. M. Meluzínovou je možné ocenit jak za odvahu, se kterou se pouští do výzkumu v psychiatrických zařízeních, tak také za snahu přinést pohledy na léčbu těch, kteří ji znají na vlastní kůži. Těšme se na její diplomku.

MUDr. M. Bažantová z Hradce Králové přiblížila prostřednictvím obrázků pacientů „Klíčová témata u psychózy - postoj k nemoci, zvládací strategie, sebepečení, vztahy.“ Použití projektivní techniky umožňují znázornit pacientovi vlastní bezmoc, pasivitu, vztek a také vytvořit vlastní zvládací strategie jako sebevědomí, ochranný obal, rozumění sobě atd. Jako hlavní prostředek pro práci s pacientem vidí M. Bažantová KBT, i když na otázku M. Zapletálka, jestli lze ovlivnit prostřednictvím KBT blud, tak odpověděla: napřed léky, vytvoření náhledu a pak s tím pracovat.

Nakonec nám F. Španiel z Psychiatrického centra svým dramatickým hlasem představil

A já si nakonec řekl, jaká je tedy vzdálenost psychoterapeutického a psychiatrického diskurzu? Byť se v hlavních příspěvcích hodně hovořilo „cizími“ slovy lékařských, genetických a farmakologických výzkumů, tak vedle toho vystoupili psychiatři, kteří zmiňovali důležitost vztahů mezi personálem a pacienty a zdůrazňovali nezbytnost péče psychoterapeutické a sociální vedle péče farmakoterapeutické. Nebo tato koexistence patří jen do příspěvků na konferencích, a v psychiatrických zařízeních to vypadá jinak? Co by se muselo stát, aby byla péče individuální a podle preferencí a zkušeností pacienta, jak o tom mluvila E. Češková, a také tak komplexní, jak to pěkně podal P. Taraba? Co dělat, abychom měli taková střediska jako v Belgii, jak o tom hovořila M. Kalnická, a aby v výzkumů studentů a studentek ohledně psychiatrické péče na ni přišly samé pozitivní zpětné vazby?

Poděkování: Děkuji paní ředitelce za možnost se konference zúčastnit. Děkuji D. Kalnické za nečekaně rychlé zasílání materiálů ohledně belgického projektu.

ITAREPS - program na prevenci relapsu schizofrenie, který funguje od října 2005. Relaps, když není včas zachycen, může prohloubit postižení, zhoršit vztahy, zvýšit reziduální příznaky. ITAREPS je preventivní program, který prostřednictvím školy vyplněné a odeslané přes mobil, umožňuje lékařům monitorovat stav pacienta. Data zpracovává počítačový program, který v případě rozpoznání zhoršení stavu oznámí tuto věc přes e-mail lékaři. Dokonce zašle intervenční algoritmus, který lékaři může postupovat. Lékař kontaktuje pacienta a monitoring pacienta probíhá 2x týdně. ITAREPS nemá nahradit osobní kontakt lékaře s pacientem, ale spíše upozornit na prodromální stadia a umožnit okamžitě zareagovat.

Na závěr dostali slovo ředitelé léčeben - pan ředitel Radimský za černovickou léčebnu v Brně si povzdechl stejně jako profesorka Češková nad tím, že je tu málo Brňáků a pan ředitel opavské léčebny prim. MUDr. I. Drábek poděkoval všem za příjezd a vítězně oznámil, kolik peněz se mu podařilo vydobýt pro provoz.

Dynamika duševní nemoci aneb Návrat do budoucnosti IV

Stavros Mentzos: *Dynamika duševní nemoci*. Portal, 2005.

Jiří Šupa

Okurková sezóna prázahin mě přiměla vrátit se k jednomu staršímu titulu z nádhavý nakladatelství Portál, konkrétně ke knize S. Mentzose *Dynamika duševní nemoci*.

S. Mentzos se už jednou představil českým čtenářům knihou nešťastně pojmenovanou „Rozumíte sami sobě?“ (v originále *Neurastische Konfliktverarbeitung*), kolem které jsem chodil bez povšimnutí hlavně díky názvu, který jako by vypadal z psychologických kuchařek časopisů Žena a život či Katka. Překvapením pak bylo, že jsem se setkal s celkem srozumitelným psychoanalytickým modelem, který mi pomohl pochopit pozadí některých lidských potíží. Pak už jsem šel najisto.

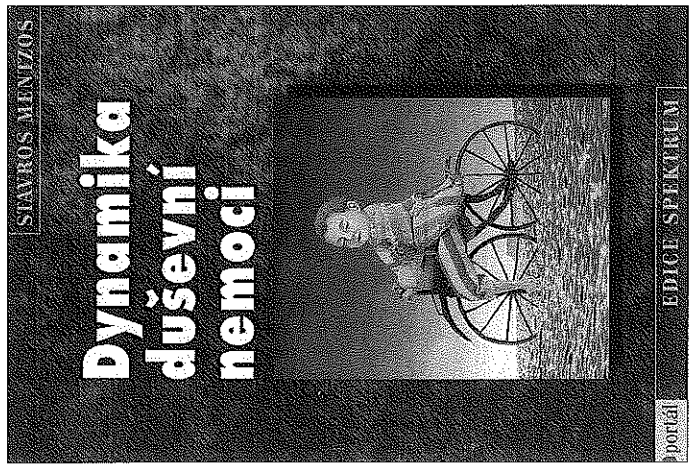
Knihu *Dynamika duševní nemoci* se zaměřuje na hledání příčin duševních nemoci, které bývají často shrnovány pod označení psychózy a popisuje způsoby psychoanalytické práce s nimi. Přičemž psychóza neznamená jen schizofrenii (jak se mnozí laicky domnívají), ale také pod ní patří atektivní psychózy, jako jsou endogenní deprese, maniodepresivní psychózy a schizoafektivní poruchy (str. 16).

Knihu lze doporučit lidem, kteří se zabývají pomocí lidem s diagnózou duševní nemoci na jakémkoliv úrovní. Přes její náročnost na čtenáře, neboť ne každý se orientuje v jazyce psychoanalýzy, obsahuje velmi přístupné a čtivé pasáže. Vzhledem k tomu, že nejsem psychoanalytik, nemohu podniknout složitější rozbor Mentzosových myšlenek, za to se mohu pokusit ve své recenzi vyzdvihnout to čtivé a probudit tak váš čtenářský zájem.

„Odvážná kniha“, to byla vůbec první poznámka, kterou jsem si o Mentzosově knize učinil. Odvážná hned z několika důvodů. Za prvé, nesouhlasí s jednostranným chápáním psychózy jako biologického onemocnění. Místo toho nabízí somatickopsychoanalytický model, kterým psychoanalyticky orientovaná psychosomatická medicína vysvětluje některé těžké somatické příčiny (str. 14): z malých biologických příčin mohou vzniknout potíže psychické, na jejím základě se rozvíjejí další potíže somatické. Tento rámec se mu zdá vhodný i pro endogenní psychózy. Podstatu tohoto modelu vysvětluje na str. 14-15 a na str. 94.

Za druhé – v rámci psychoanalýzy psychózy považuje často proklamovanou tzv. „zakryvatelství“ podpůrnou psychoterapii starého typu za málo dostačující (str. 53).

Za třetí, kniha obsahuje kapitolu „Vztah mezi intrapsychickým a institucionálním násilím“ (str. 117), což není jen lahůtka pro antipsychoanalyticky orientované psychoanalyticky a psychiatry, ale snaží se otevřeně osvětlit některé skutečnosti, které se odehrávají v institucích psychiatrie, na základě psychodynamického modelu.



Mentzos nabízí rámec pro porozumění mnoha zdánlivě nevysvětlitelným projevům, jevům, reakcím, symptomům, které se objevují u člověka v souvislosti s psychózami. Je nutné říci, že tento rámec vychází z psychoanalýzy, okrajově však integruje i poznatky z rodinné terapie. Pro pochopení duševní nemoci nabízí psychoanalytický výklad, že jde o „slabost já“, na jejím základě vzniká v určitém vývojevém období self „primární konflikt“ vůči důležitým vztahovým osobám, který je neustále řešen. Proto se také tak mnoho „psychoického“ projevuje v emocionálních vztazích k druhým. Tato krátká pasáž ilustruje Mentzosův model: „...na základě určitých neznámých biologických a zčásti známých psychosociálních podmínek selhal schizofrenik ve svém raném vývoji při procesu překonání a zrušení bipolarity mezi tendencemi vztahujícími se k self a objektu. Zastavil se na tomto místě s tím výsledkem, že oddělení objektu a subjektu státně jako tvořivé řešení stále znovu vznikajícího konfliktu nemůže být naplněno. Zoufalý pokus pacienta učinit nemožné možným, totiž zachovat distanci k objektu a zároveň s ním udržet kontakt, se mnohdy otevřeně ukazuje v rozporuplném charakteru jeho každodenního spontánního chování...“ (str. 56)

Projevům duševní nemoci (bludům, halucinacím, nepochopitelným projevům) nemůžeme rozumět pouze jako nějaké poruše vnímání či myšlení (něco je poškozeno), ale jako smysluplným reakcím a výtvorům, které mají často obrannou funkci a pokouší se řešit tento základní konflikt: „...psychické příznaky nejsou z větší části pouhými výpadkovými jevy, nýbrž že jsou to biograficky, individuálně podmíněné reakce a kompenzační pokusy těchto deficitů.“ (str. 21) Obrací se tak proti „klasickému“ psychiatrickému pojetí, že psychóza se nedá pochopit, že se do ní nedá „vcítit“. Domnívá se, že „psychotické“ reakce jsou srozumitelné v rámci jeho psychodynamického způsobu myšlení.

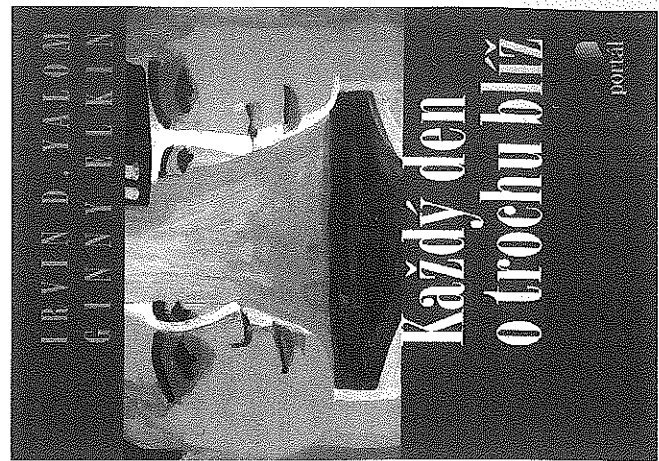
Z něj také vyzvojuje trojdimenzionální psychoanalytický model, který by lépe popisoval a pomohl porozumět psychózám i jiným lidským porážím. Jeho hlavní tři dimenze jsou – struktura já, konflikt, jeho zpracování. Toto třiosé konfi-

num (str. 106-107) umožňuje zachycení všech základních klinických obrazů od psychózy přes neurozy až po poruchy osobnosti. O psychodynamice poruch osobnosti, jejich zařazení v psychiatrických diagnostických systémech, terapii těchto poruch se rozepisuje na stranách 99-116.

Jak už jsem předeslal na začátku, v knize na nás také čekají hutné psychoanalytické pasáže zabývající se vysvětlením vzniku různých podskupin psychózy, z nichž hrají své role kromě již zmíněného oslabeného self, také jeho oběťované části, obrany, nadřadí a další členové psychoanalytického pantheonu. Jazyk psychoanalýzy mě často upomíná na jazyk řeckých mýtů, tragédií a komedií, kde vlastnosti, činnosti, stavy a procesy dostávají svou zhmotněnou podobu a pohybovaly se ve svém vlastním světě.

Podstatné jsou kapitoly týkající se samotné psychoanalýzy (str. 45-62, str. 95). Autor v ní shrnuje její základní body. Za jednu z nejdůležitějších komponent psychoanalýzy považuje „pravdivost lidského setkání, které dá pacientovi možnost odvážit se navázat důvěrný vztah“ (str. 51). Klade důraz na to, že učení se skrze prožitky novým zkušenostem a jako cíl vidí vytvoření zralejších struktur a ohraničení self a objektu. Člověk, „chráněný společným a nosným vztahem, se v terapii učí zralejšímu a zra- vějšímu chování a jednání“ (str. 50). Důležitá není jen empatické vedení, ale také adekvátní po- jmenování „zmatení pocitů“, často prostřednictvím obrazů a metafor a také úsilí v hledání pozitivních aspektů psychotické zkušenosti. V pokročilejších stádiích terapie se také pacienti „pokoušejí nově porozumět svému životu vcelku s pomocí odpovídajících výkladů terapeuta nebo na základě vlastní rekonstrukce.“ (str. 59). Domnívám se, že zde vskusně pojmenovává základní terapeutické příky, které by mohly být obsaženy v jakémkoliv psychoanalytickém rámci, kde nejde o pouhé učení, přeučení, či řízení.

Mentzos píše o třech vhodných typech terapeutického sezení. A typ – mnoho let, každé 2-4 týdny po 20-30 min, ve kterém je důležitější vztah než obsah rozhovoru. B typ – 3-4 roky, 1 hod. týdně, v popředí jsou kromě vztahu také aktuální konflikty, typicky se opakující vzor- ce. C typ – několik let, 2-3 hodiny týdně, kdy



Odvaha se odhalit, odvaha dělat terapii I (aneb jarně hemžící se myšlenky a otázky nad knihou I. D. Yaloma a Ginny Elkinové - „Každý den o trochu blíž“, Portál, Praha 2005)

Jiří Šupa

Není lehké vystoupit na veřejnosti a odhalit svoje niterné pocity a fantazie z průběhu terapie. Není to lehké ani pro terapeuta, ani pro druhého člověka v terapii. Ten první může mít strach - neztratím „něco“? Něco ze své aureoly, něco ze svého obrazu? Neukážu se jako slabý? Neukážu se jako nezajímavý? (A už když se takto ptá, tak možná něco ztrácí...) Jaké to bude, až se ten druhý dozví, kdo já jsem? Co moji studenti a přátelé?

A ta druhá se zase může ptát: Chci, aby se druzí dozvěděli, že jsem byla „pacientka“? Nebudu stigmatizována? Co o mě můžou lidi vědět?

Takové otázky se mi honily v hlavě, když jsem bral do ruky knihu I. D. Yaloma - Každý den o trochu blíž. Napadaly mě takové myšlenky jako: Proč se odhaluje ten první? Pro vědu? Pro poučení? Proč to dělá ta druhá? Proto, aby dokázala, že je „za tím“? Proto, že ji ten první přesvědčil?

Lehký pocit napětí, trochu dobrodružné zvědavosti, šimrání voyeurismu a touha si odpovědět. Co se děje za oponu, co prožívá při terapii někdo jiný, navíc slavný? Bylo to dlouhé čtení. V polovině jsem se začal nudit a těšil jsem se na konec. Ano, terapie Ginny byla systematická práce, občas trochu šedivá, na konec prý úspěšná. Nic zázračného, ale velmi pékná a podrobná demonstrace psychodynamické práce v kontextu 80. let. Dr. Yalom má tolik odvahy, až se mi zdá, že skoro hazarduje - svolí k terapii divky, i když ví o jejím velkém přenosu. Dá jí nabídku, že nemusí platit peníze, ale že bude psát - i když sám netuší, co tím vlastně dělá, a jen očekává, že „něco“ spustí. Dr. Yalom má odvahy brojit proti Esalenu - kde se dějí „rychlé a konfrontační metody“, nevá-

dnosná. Zabývá se formami nátlaku v psychiatrických institucích. Hledá paralely mezi vnitřním útlakem, který pociťuje člověk s psychózou a vnějším útlakem, který způsobuje instituce „psychiatrie“. A obsahuje také „zlatá“ slova, která přepisují pro ty, kteří si třeba ke knize cestu nenajdou, ale pracují v psychiatrických či jiných institucích pomocí (viz rámeček).

Kniha by se dala kritizovat a diskutovat z mnoha úhlů - z úhlu psychoanalytických teorií, z úhlu etiologie psychózy, z úhlu psychoterapie psychózy, z úhlu mnoha otázek, které si Menitzos pokládá a hledá na ně odpovědi. Přetřete si ji podrobně, jestli vás zaujalo to, co oslovilo mě - především snaha po porozumění zkušenosti druhému, praktický a humanistický psychotherapeutický přístup a také otevřeně pojmenování, lidově řečeno „ošemetných“, procesů v psychiatrických institucích pomoci.

Svou recenzi jsem pojmenoval po jednom sci-fi filmu ve kterém se hlavní hrdina vrací z přítomnosti do minulosti, aby „správil“ přítomnost, a poté řeší, jak se vrátit do budoucnosti. Menitzosovy teorie jsou zdánlivě minulosti - kniha vyšla v r. 1994. Mnoho myšlenek, které obsahuje, je však pro řadu v přítomnosti žijících, jednostanně biologicky uvažujících psychiatrů budoucnosti.

„Ohledně nátlaku nejde však jen o náš postup při medikaci, kurtování k posteli nebo nedobrovolnému pobytu na uzavřeném oddělení, nýbrž o náš celkový postoj k pacientovi, proti jehož vlastnímu vnitřnímu útlaku bychom měli nejen bojovat, nýbrž jej také musíme respektovat jako výkon jeho já. To vše snad nejlépe na pozadí stejné přiměřené vlastního pocitu viny, který bychom měli mít jako členové a zástupci společnosti, která nátlak sama vykonává a zčásti je spoluzodpovědná za vznik vnitřního útlaku u pacienta. Otevřený a vědomý postoj k tomu komplexu by nám snad mohl ulehčit úlohu rozlišovat mezi zbytečným a nutným násilím a v určitých situacích skutečně použít nátlak jako nouzovou reakci, aniž bychom se ocitli v pokušení zneužít jej k vlastní stabilizaci, k utlačování druhých k vlastnímu prospěchu.“ (Menitzos 2005; str. 122).

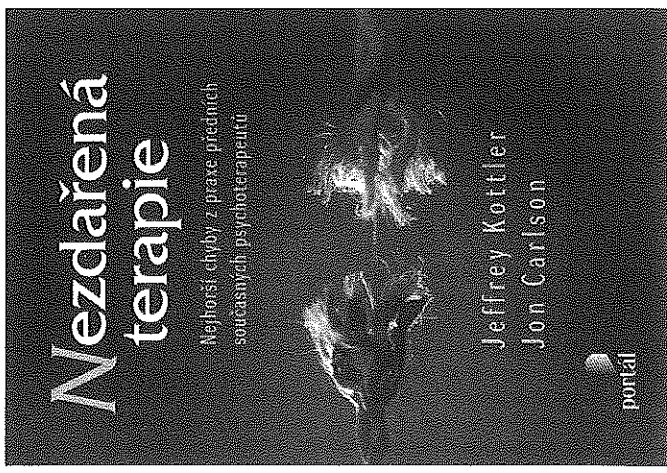
vzniká pevný vztah a v ohnisku terapie se ocitá psychofický přenos. „Terapeut zkouší mnohem spíše přímo a aktivně pojmenovávat přítomnost (radý a teď), vykládá jí, a tím umožňuje rozuzlit pacientovy vztahy a především jeho zmatané emoce.“ (str. 55). Menitzos také upozorňuje, že první typ se zdánlivě nelíší od dnes tak častého docházení pacienta za psychiatrem „pro prášký“. Hlavní rozdíl však vidí v teoretickém konceptu psychiatra, který výrazně ovlivní určité kritické detaily setkání a rozhovorů (str. 55).

Jako tři nevhodné formy psychoterapeutického setkání označuje „zakrývající podpůrnou psychotherapii starého typu, která spočívá jen na racionálním uklidnění a konejší pacienta“. I když uznává, že na těchto přístupech je „zrnko pravdy“, tak je proti argumentům, že „obraně mechanismy psychoficků se nemají uvolňovat a rozpouštět, nýbrž naopak posílit“ (str. 53). Domnívá se, že pacient stejně svoje „výtvory“ nabízí a je třeba se jimi zabývat. Zajímavé je srovnat jeho přístup s přehledem výzkumu otevřených terapií uvedených v článku Psychotherapeutické přístupy psychózy, Práško, Horáček, Škrdlantová (2003) (http://www.fligis.cz/PSYCHIAT/psych403/Ob-sah_f.htm). Podle těchto výzkumů dynamické směry selhávají. Jako druhou formu odmítá nemodifikovanou psychoanalytickou standardní techniku. Za třetí vylučuje „neomezenou grafickaci infantilních přání a zřeknutí se poměrně pevného a zdrženlivého terapeutického sezení“, i když v těchto pacientů upozorňuje na větší potřebu „holdingu“ (emocionální péče) a podpory (containing) (str. 54). Medikaci považuje za důležitou při všech typech terapeutického setkávání, i když se jedná o „mikrodávky“. Domnívá se však, že při jím navrhovaných psychotherapeutických postupech terapie poměrně snižovat dávky léků, neboť odpovídají úzkosti, afektivní bouři atd.

Psychotherapeutické přístupy, stejně jako jeho rozpracování teoretického modelu, doprovázejí četné kazuisťky, na kterých demonstruje svoje myšlenky. Poslední kapitola v knize je již zmiňovaná kapitola „Vztah mezi intrapsychickým a institucionálním násilím.“ Krátká (s. 117-124), ale pří-

ls. 110-113), ohlasy na recenzi najdete rovněž v rubrice „Z dopisů a e-mailů“ v tomto čísle.
Nedlouho potom, co jsem dopsal zamýšlení nad knihou I. D. Yaloma „Každý den o trochu blíž“, se ke mně dostala kniha amerických párů J. Kottlera a J. Carlisona „Nezdařená terapie“.

Napadlo mě pak pár dalších myšlenek ohledně „odhalování“ a odvahy.
Tato kniha pro mě (a podle ohlasů mých kolegů a známých i pro ně) prolamuje jakési tabu. Mohou si říci ty, kteří se deklarují jako terapeuti/terapeutky a mají za sebou mnoho let studia a praxe, dovolit mluvit o svých neúspěších nejen na supervizi? Nebo je nutno se v Čechách bát, že tím, že si dovolím přiznat nezdar na veřejnosti, ztrařím autoritu a popularitu u svých nynějších a možná budoucích „klientů“? Šli byste za terapeutem/terapeutkou, o kterém byste se dočetli, že se přiznal/a, že se jí terapie nepovedla? Je jasné, že pokud by to bylo často, tak asi ne. Je to totiž otázka pověsti, která se šíří kolem osoby terapeuta/terapeutky. Čím více nezdařených příběhů by se vyprávělo, tím méně lidí by chodilo. Na druhou



otázka také je, pro koho je vlastně kniha určena? Pro laickou veřejnost, pro terapeuty? Jaký obrázek si z této Yalomovy knihy o psychoterapii udělá člověk, který o ni nic neví?
Otázky se hemží, ale odpoví si asi každý sám, podle svých zkušeností a představ.

Ríkám si, že kniha I. D. Yaloma může jednou sloužit jako dokument o tom, jak se odhaluje psychodynamicky a existenciálně uvažující praktik z 80. let a leckterý výzkumník se v textu může prosřednictvím kvalitativních metod mnohemu dobrat.
A ještě mě napadá, jak by asi vypadal takový pečlivý zápis zástupce např. kognitivně-behaviorální terapie z 21. století a člověka, se kterým pracuje? Gestalt-terapeuta? Transakčního analytika? Jaké ti mají asi „tajné“ myšlenky a co si říkají jejich pacienti? Jsou „tajné“ myšlenky terapeutů tolik odlišné, stejně jako jsou odlišné psychoterapeutické směry? Tedy odlišně, a přitom tak nějak stejné...

Přijde mi, že kniha „Každý den o trochu blíž“ může být hlavně posestlým pro ty, kteří začínají a zbavují se falešných představ o psychoterapeutické práci - dozvídají se, že ne všechna sezení jsou skvělá, některá jsou šedá, některá průměrná. Ne vždy je terapeut dobře naladěný. A že stále, přes všechny výcviky, supervize je stále člověkem chybujícím a pracujícím na sobě. Že je dobré být otevřený a připravený k setkání člověka s člověkem. Že terapie není zázrak, ale setkání. Terapie začíná u odvahy k setkání.

Odvaha se odhalit, odvaha dělat terapii II
(aneb letně hemžící se otázky a myšlenky nad knihou J. Kottlera a J. Carlisona „Nezdařená terapie“)

Jiří Šupa

Pozn. red.: Recenzi na knihu jsme pod názvem „Kniha o nezdařených terapiích se ne zcela zdařila“ zařadili do minulého čísla Konfrontací

stranu lze „přiznáním nezdarů“ (nejlépe v knize nebo odborném časopise) zvýšit svoji prestiž, protože pak budete patřit do skupiny těch odvážných. Ovšem jen za předpokladu, že už si vlastní jste a nějakou tu knihu máte na kontě. Sebeodhalení se cení více u těch, kteří jsou známi nebo jsou v oboru považováni za autority. Pokud k nim nepatříte, nebude to takový trháč, neboť nás často zajímá, jak to mají ti slavnější. Když se to stalo i JEMU/JÍ, tak to se mnou nebude přeci tak zlé.

Avšak nezdarů a neúspěchy číhají a mohou nahledávat sebevědomí, zvláště začátečníkům. Jak mluvit o svých nezdařech bez pocitu hanby? Jak se z nich poučit? To jsou otázky, na které hledají pánové Kottler a Carlson odpověď. A vytahují tak na světlo „červíky“, na které se dá cnytit dobrá ryba. Neboť nezdarů, to je téma, které často zůstává uzavřeno u supervizních setkáních a my, mladé rybky, se snadno necháme nacyhat na „blbý“ pocit, že neúspěch se stát nesmí. S kolegy jsme se však shodli, že je osvobozující o tom hovořit. O tom, že se nám také v práci občas něco nepodaří, o tom, jaký tlak na sebe máme a jak chceme být dobří. Při tomto sdílení však nejde jen o to, vypovídat se, ale je důležité také slyšet, že i ten druhý to má zrovna teď podobně. V tom je možná rozdíl mezi kolegialním a supervizním setkáním. Pořádáme se ve stejných zákopech. A k čemu mi to je? Nechtím se sám. Nevyvíjím pak tolik tlaku na sebe. A zároveň se necítím tak zahábený ze srovnávání se s druhými, kteří mi přijdou zkušnější. Samozřejmě, že oba mnohem raději vyprávíme o svých úspěších. Vzpomínám, jak jsem jako frekvantant výcviku „luštil“ osoby lektorů a cenil si okamžiků, kdy jsem je viděl reagovat tak nějak „jinak“, když se zavřená dvířka jejich duší pootevřela. Chtěně i nechtěně. Ted jsem rád, že jsem viděl, že i to patří k terapii. Přemýšlel jsem také, jak já mohu být otevřený, odhalený. Snažím si samozřejmě také uvědomit, jak to na druhého

v té situaci zapůsobí, neboť terapeutovo odhalování by mělo být užitečné, jinak není hezké. Mám samozřejmě na mysli pouze odhalování psychických procesů a stavů-).

Často se mi stalo, že to bylo dobré pro vytvoření a upevnění vztahu. Někdy se mi stalo, že to dobré nebylo - vybočení z role bylo sankcionováno neobětřivým zvednutím obočí. Zřejmě jsem nezapadl do „její“ představy o „jejím“ terapeutovi.

Je zřejmě, že když si dovolím psát malou úvahu o sebeodhalování a lehce „exhibovat“ před vámi se svou reflexí, tak bych měl přidat něco ze svých zkušeností. Bohužel pro tento článek, ale bohudík pro mne, nemám ještě na svém kontě zážitek, který by mě pronásledoval v myšlenkách, že jsem způsobil něco dobrého, nebo že jsem naopak nezpůsobil něco vyloženě dobrého. Ale pár zaplavení pocitem „ježišmarjá, já jsem to zkonil“, už na svém kontě mám. Už se mi stalo, že se mi nepodařilo navázat kontakt s člověkem, který si přišel pro pomoc. Už se mi stalo, že jsem nerozluštil, pro co si ten druhý člověk přišel. Už se mi stalo, že jsem nepochopil, o co během kontaktu s druhým šlo. Už se mi stalo, že mě po sezení zavali pocit, že jsem celou dobu dělal něco špatně. Už se mi stalo, že jsem spěchal. Už se mi také stalo, že jsem byl lehce naštvaný na člověka, „protože kdyby nebyl tak zabeđený, tak bychom přece mohli spolu dělat celkem solianí terapii.“ A pak jsem si uvědomil, že ten zabeđený jsem byl já. Jenže ten člověk už nepřišel. Mohu říct, že jsem se (snad) vždycky poučil.

A co vy? Jak moc jste při svých terapiích neúspěšní? Jak moc vám to nejde? A co s tím děláte, když vám to nejde? Štve vás to? Kde hledáte chyby? Na sobě? V druhých?

Napišete o tom?

P.S Leto končí, a tím snad i moje „odhalovací“ období. Příště snad něco o úšankách, svařáku a barvách podzimů.

Ad) „Kniha o nezdařených terapiích se ne zcela zdařila“

Konfrontace 2006: 110-113.

11. 7. 2006

Milý pane docente,

včera jsem si četl Vaší recenzi Nezdařené terapie, dnes jsem jí ještě jednou prošel s knihou v ruce. Musím říci, že se mi moc líbila. Nejprve po stránce jazykové - líbí se mi Váš způsob vyjadřování, ačkoli jsem se nejprve musel dopracovat k tomu, abych jej vůbec dokázal ocenit. Tíse závidím... Za druhé oceňuji práci, kterou jste si při čtení dal. Pravděpodobně jste dohledával spoustu dalších informací. Recenze je poměrně podrobná a velmi přiléhavá. (Jedinou výhradou je, že pokud bych knihu četl až od str. 121, pak bych se nesešel s příspěvkem V. Oaklanderové, který mě hodně oslovil.) Takle tedy k prvním dvěma stránkám, které považuji za vynikající.

Třetí část je pro mě poněkud sporná. Jistě, překlad je poměrně odfláknutý, ale je opravdu nutné přesně vypíchnout některé podivné formulace, aby se ukázalo, jak moc? Buďte-li k té třetí části přístupovat z pozice čtenáře, tak mi dává pouze informaci o tom, že jeden člověk odvedl špatnou práci a druhý si toho všiml - takže bych tu část vnímal jako rozvláchnou. Pokud bych se měl vztít do pozice překladatele, tak mě to naštve a postavím se vůči Vám do opozice, protože ze mně veřejně děláte vola. Myslím, že takový (a ještě podrobnější) rozbor by měl význam, kdybyste pročetl přímě nehotový rukopis a dával zpětnou vazbu přímě překladateli. V podobě, ve které je otištěn v Konfrontacích, mi připadá jako nadbytečný. Tím ovšem nechci říci, že informace o kvalitě překladu do textu nepatří. Zcela

jednoznačně si myslím, že pokud je překlad špatný (anebo naopak skvělý), určitě to stojí za zmínku!

Poměrně dlouho jsem se rozmýšlel, zda Vám mám svou výhradu napsat. Nechci si říci k Vám zavřít cestu - vážím si Vás a domnívám se, že mě můžete hodně obohatit a naučit. Nicméně s podobným „rozbořem“ překladu jsem se s Vás setkal již poněkalkrát a vždy jsem měl z toho podobný pocit. Takže jsem Vám chtěl svůj názor jasně sdělit.

Byl bych moc rád, kdybyste mi na můj mail odpověděli.

Přeji krásné letní dny a vyřizují pozdravy od Moniky.

David Kuneš

12. 7. 2006

Milý Davide,

děkuji za porozumění pro recenzi i za řádky, v nichž vyjadřujete jiný postoj k upozornění na nedostatky překladů. Z Vašich řádků čtu, že máte jiný názor na to, jak moc, jak konkrétně, v jaké míře, jak stručně (a že ne rozvláčně) upozorňovat na pochybení překladatelů. Vždycky o tom přemýšlím.

Myslím si, že naše hodnotící soudy by měly být podloženy, proto uvádím příklady. Nedovolil bych si bez příkladu, bez ukázky napsat, že překlad je sporný, odbytý, nedotažený. - Máme na míru „konfrontování“ jiný pohled. Pro mě těch ukázek bylo málo... Ale to je v pořádku.

Překlady jsem se zabýval hodně, pracoval jsem s překladateli i tak, jak píšete, ve stádiu zrodu textu. Sám jsem se učil překládat, učil jsem se i z vlastních chyb, sám jsem byl zkritizován i pochválen.

Co dělat, když vycházejí knihy, kde překladatelská odbytost je „do očí bijící“? V případě Nezdařené terapie je to hodně očividné. Pro- to jsem o tom mluvil i se šéfredaktorem Portálu p. Jančářkem (nepřekvapilo ho to - v případě této knihy), mluvil jsem o tom i před ředitelem Portálu. Podnikám takové kroky (mimo jiné píšu velmi ostré recenze), aby takto pokazené

a dojem i četba a někde i porozumění kazící překlady nevycházejí. Kdybych znal překladatele, obrátím se na něj. - Nevím, jestli jste už četl Sullivana. Tam je to „neumění“ překlada- telky opravdu tristní. A stydět by se měl někdo v TRITONU.

S několika překladateli jsem si psal, rád i ocením či vyjádřím svou radost. Jednu výbor- nou překladatelku potěšila před lety moje po- hlednice - to když krásně přeložila beletrii. Nebránilo mi to napsat jí po pár letech ote- vřené o chybách, které udělala v překladech pro Psychoanalytickou revue. Odpověděla mi (mohu-li to tak napsat: se studem a souhlasně): Ano, ví prý o tom, neměla tu práci přijmout, protože byl na ni vyvinut neúměrný časový tlak, ví, že to odbyla. - Snad nebude hodně takov- ých jako já, kteří by si toho tak detailně vši- mali... No jo...

Někdy si připadám, že jsem prokletý (mož- ná je to moc silné slovo, nevím). Beru do rukou odborné knihy (překlady) a strašně si přeju, aby se mi četly dobře, plynule, tak, aby ve mně nikde nevznikla pochybnost, nebo abych ne- viděl nedodělek.

Díky, že jste napsal o tomto. Nevím, Davide, a nemohu vědět, jak na koho působí moje ně-

kdy detailní výtky. Možná na někoho působí jako protivné štourání. Je pár lidí, kteří to schva- lovali a schvalují, určitě jsou na druhé straně lidé, kteří si myslí, že jsem divný nebo že chci třeba exhibovat, co já vím.

Já jen vím, že za takovými recenzemi je vždycky hodně času, práce s formulováním, dohledáváním, hodně přemýšlení - dělám to nejlíp, jak umím. A jistě mů styl recenzování odpovídá tomu, jaký jsem. Ovšem nejenom tomu. Chci, aby odpovídal (sloužil) tomu, co chci. Já si přeju, aby tu vycházely dobře přeložené knihy. Ať se za to někdo proti mně zatvrdí, nebo ne.

Přeju hezké dny a těším se na setkání a po- vídání a společné plány, snad koncem prázdnin...

Vás i Vaši ženu zdraví

Zbyněk Vybíral

14. 7. 2006

Milý pane docente,

děkuji za Vaši odpověď. Myslím, že už víc rozumím Vašemu postoji, nicméně určitě si mů- žeme někdy (nejen o tom) popovídat.

David (a Monika)

... Davida Skorunky

Match Point – Hra osudu Woody Allena (2005)

Hrají: Jonathann Rhys Meyers,
Scarlett Johansson, Bill Cox, Emily
Mortimer

Hráli jste někdy tenis, nebo snad ping pong? Pokud odpovíte ano, pak si jistě vzpomene na nervy drásající moment, kdy v průběhu dramatického boje o každý cenný fifthán míček zavádí o síť a setinu vteřiny balancuje na její hraně, aby pak k úlevě jednoho a rozhořčení druhého hráče dopadl na tu či onu stranu sportovního kolbiště. Náhoda, osud, nebo snad úkaz vyšší moci? Pro poraženého soupeře smůla a pád do zapomnění, pro vítěze nepochybně zážvábivý štěstí vedoucí k zapísní do historie, zvláště pokud jde o finále Wimbledonu.

Vrlokavé štěstí, jež může v míčku změnit průběh života, symbolizované tzv. tenisovým prásátkem, je nosným tématem posledního filmu Woody Allena Match Point – Hra osudu. V zatím posledním snímku si režisér s významem šťastného momentu zálibně pohrává. Nejen že vybočil z typického žánru, neobsadil sám sebe do žánru z rolí, ale především vyměnil oblíbený newyorský Manhattan za Londýn. Zvláště poslední změnu uvítají především anglofilové, byť z kosmopolitní atmosféry hlavního města Velké Británie mohl Woody Allen vytěžit více. I tak ale londýnská zákoutí (např. Embankment, West End) společně s anglickým venkovem dokonale dotvářejí tak britskou atmosféru filmu, tak konzervativní mentalitu tzv. upper class, kterou si tu režisér bere přiměřeně na paškál.

O co ve filmu jde? Příběh není složitý, dal by se shrnout do věty „jak chudý ir v Londýně

ke štěstí a bohatství přišel“. Ale takové zjednodušení si napíná, po „allenovsku“ pečlivě budovaný příběh s předvidatelnou zápletkou a obřízně představitelnou pointou, vůbec nezaslouží. Mladý ir Chris Wilton v podání charismatického Jonathanna Rhys Meyerse (např. Alexander Veliký, Blatuj jako Beckham) získává první tenisového instruktora v prestižním londýnském klubu. Pouze z náznaků tušíme obřížekající na irského „přistěhovalec“ při shánění siušného místa v Londýně. V pozadí jsou také dřímající, ale zpočátku nevykrytalizované ambice, které v dalším průběhu filmu Chris odhalí. Brzy se talentovaný instruktor spřátelí s jedním ze svých tenisových „žáků“. Tom Hewett pochází ze sportádné, značně movité rodiny z vyšší vrstvy, jež zachovává tradiční britské zvyky a oddává se uslechtilým zájmům, jako je pořádání honů, společenských večírků a návštěvy opery. Právě zájem o hudbu a operu je příležitostí ke sblížení mezi Christem a Tomovou rodinou, takže pozvání do volné lože (otec Toma jako správný mecenáš operu sponzoruje) a následně na nedělní oběd a střelní holubů nenechá na sebe dlouho čekat. Navzdory do očí bijícím sociálním rozdílům se Chris celé rodině zamlouvá, zejména Tomově sestře Chloe. Ač z lepší rodiny, Chloe lidově řečeno Christe sbalí, čemuž se on vůbec nebrání, a tak se brzy obo začínou pravidelně účastnit rodinných akcí. Chloe se přimluví u otce a ten zařídí Christovi perspektivní místo v jedné z prestižních obchodních firem. Sblížování je tedy nejen romantické, ale brzy i rodinně-obchodní a chvílemi se zdá, že z Christovy strany i částečně pragmatické.

Nemělo by to chybu, kdyby... Kdyby se během jedné návštěvy na rodinném sídle Hewettových Chris nepotkal s Tomovou snoubenkou Nolou. Typická femme-fatale je mimořádně přesvědčivě ztvárněna Scarlett Johanssonovou (např. Ztraceno v překladu, Zafikávác koní). Uhrančivá Američanka z Colorada, s přesně vyměřenou dávkou vyzývavosti a sex appealu, padne Christovi v míčku do oka. Erotické jiskření je oboustranné a tak je na problémy zaděláno. Zvláště když se Tom po čase s Nolou rozejde, k radosti svých rodičů, jimž

nebyla provokativní a nepříliš úspěšná začínající herečka po chuti. Pak už nic nemůže bránit tomu, aby Chris s Nolou naplno podlehli smyslné touze.

Tedy kromě toho, že se Chris mezitím stihl „šťastně“ oženit s milou a starostlivou Chloe, která od svatby nemá v hlavě nic jiného než okamžitě otěhotnět. Snad ještě lehce snobskou zálibu v naprosto účesném britském moderním umění. Umění vůbec hraje ve filmu významnou roli, zejména operní hudba Giuseppe Verdiho a Gioacchina Rossiniho, již autor využívá k dokreslení dramatického vývoje v partnerských vztazích.

Chris si uvědomuje, že po žebříčku společenské hierarchie vystoupal nezvykle rychle pouze díky „šťastku“ v podobě přízně rodiny Hewettových a sratku s Chloe. Na vzrůstající životní standard se snadno zvyká, stejně jako na zaměstnanecké výhody zahrnující mimo jiné osobního řidiče a vůz značky Jaguar typ XI-Executive v ceně 45.020. Dilema je navýsost jasné: Vášnivý vztah s chudou, přitažlivou ženou a nejistou perspektivou anebo manželství s milou, bohatou leč poněkud mdlou manželkou a jistotou finančního zázemí i života na vysoké noze? Možnost „svobodné“ volby se v takovém případě může zdát horší, než neovlivnitelné peripetie osudu.

Připomíná Vám situace hrdinů něco z vlastního života? Jaké rozuzlení byste hlavním aktérům přáli? A jak to všechno „na plátně“ dopadne? Nabídně nám zaujatým divákům

Woody Allen nějaké překvapení nebo snad morální ponaučení, pro které je příslibem již v úvodních sekvencích filmu Dostojevského Zločin a trest v rukou jednoho z hrdinů? To budete muset zjistit sami návštěvou kina, tedy pokud tuto poněkud staromódní zálibu v době záplavy DVD a filmů stahovaných z internetu ještě provozujete. Jisté je, že snímek Match Point – Hra osudu patří k tomu lepšímu z grafie fenomenálního režiséra – herce nepomenutelných postav „neurotiků“. Drobná výtka by mohla směřovat k kusně, ale místy až příliš cudně natočeným potenciálně erotickým scénám. A to je při atraktivitě obou hlavních protagonistů trochu škoda, byť je zdrženlivost režiséra pochopitelná a v záplavě pornografie nejen z dílny reality show v podstatě vítaná. Film zabírá výkony zatím nepřilís známých herců, řada komických momentů postupně narůstání napětí a samozřejmě tu mrzivé, tu vtipné dialogy. Byť nejsou vždy tak absurdní a „kousavé“ jako v jiných Allenových filmech, některé opravdu stojí za to, např. škádlení Christe s Nolou, rozhovor Chloe s Christem u snídani, či závěrečná debata policistů. Pokud se chcete dozvědět ke komu se štěstí – ta muška jenom zlatá obrátí čelem a ke komu zády, nevdhejte a JDETE DO KINA. Woody Allen je ve svých 70 letech stále při síle!

Davíd Skorunka
V Hradci Králové na Den děr 1. 6. 2006
skor@fhk.cuni.cz

Vydavateľstvo F – psychiatria, psychoterapia, psychosomatika
Staničná 20, SK- 911 05 Trenčín
fax: +421 (0)32 7440 972,
03216592844; 0904446239 (Mgr. Viera Červeňová)
e-mail: vydavatelstvo@post.sk
www.vydav-f.wz.cz

Zásilková služba cez Vydavateľstvo F je pružná, ceny sú výrazne nižšie, než v knižkupectvách (ceny, ktoré uvádzame v tomto ozname platia len pre zásielkový predaj a priamy odber z Vydavateľstva F). Poštovné a balné podľa platných taríf. Prepočet na Kč podľa aktuálneho kurzu. Zásilky vybavujeme aj do ČR za vnútroštátne poštovné.

- Argelander H.: **Prvé interview v psychoterapii**. 82 strán. Ako viesť prvý rozhovor v psychodynamickú psychoterapiu, čo si všimame, ako tvoríme hypotézy o pacientovom probléme. 90,- Sk
- Backhaus J., D. Riemann: **Poruchy spánku**. 136 strán. Pokroky v psychoterapeutickej liečbe. 170,- Sk
- Beck D.: **Krátkodobá psychoterapia**. 120 strán. Úvod pre psychiatrov a psychoterapeutov, ktorí chcú vo svojej praxi liečiť pacientov krátkodobou psychoterapiou. 140,- Sk
- Benkert O., H. Hippus: **Príručka psychiatickej farmakoterapie**. 460 strán. Možnosti využitia liekov pri liečbe duševných porúch. 250,- Sk
- Blaser A., et al.: **Na problém orientovaná psychoterapia**. Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapie. 302 strán. Čo je dôležité v krátkodobej psychoterapii? Odpoved na túto otázku nájdete rôzne zameraní psychoterapeuti, psychiatri, psychológovia; zaujme ako začiatočníkov, tak aj pokročilých, psychoterapeutov. 100,- Sk
- Bleuler E., a M.: **Učebnica psychiatrie**. 356 strán. Jedna z najslávnejších učebníc psychiatrie. Vybrané kapitoly. 235,- Sk
- Blumenfeld M., M. L. A. Tiamson: **Konzultačná Liaison psychiatria**. Consultation-Liaison Psychiatriy. Praktická príručka. 225 strán. Táto príručka je pre tých, ktorí liečia psychiatické poruchy u somatických a chirurgických pacientov. 271,- Sk
- Bohus M.: **Borderline porucha osobnosti**. Pokroky psychoterapie. 152 strán. Diagnostika, utváranie vzťahu a konkrétne terapeutické techniky empiricky overeného integratívneho, „diagnosticko-behaviorálneho“ prístupu. 150,- Sk
- Busch F. N., M. Rudden, T. Shapiro: **Psychodynamická terapia depresie**. Z recenzii: „Nepoznám lepšie uvedenie do psychodynamickej psychoterapie... mimoriadne jasná... výnimočná kniha...“ Newyorskí autori ilustrujú každý významný krok na mikrokazuistikách. 204 strán, 252,- Sk
- Dührssen A.: **Dynamická psychoterapia**. Príručka hlbinné orientovaného prístupu k pacientom. 118 strán. 100,- Sk
- Dührssen A.: **Biografická anamnéza z hlbinné-psychologického aspektu**. 94 strán. Ako súvisí história pacientovho života s jeho ťažkosťami? 100,- Sk
- Dulcan M. K., D. R. Marini: **Detická a dospelá psychiatria**. Stručný sprievodca. 280 strán. Suverénny prehľad o amerických pedopsychiatroch na vysokej odbornej úrovni. 360,- Sk
- Eikelmann B.: **Sociálna psychiatria**. Základné poznatky a prax. 172 strán. 225,- Sk
- Erdelyi Z. E.: **A skutočnosť predsa iestvuje**. 138 strán. Psychoanalytické aspekty vývinu superega a smerovania k prirodzenej ľudskosti. 140,- Sk
- Gabbard G. O.: **Dlhodobá psychodynamická psychoterapia**. Základný text. Jadrové kompetencie v psychoterapii. 208 strán. 263,- Sk
- Hahnweg K., M. Dose: **Schizofrénia**. Terapeutická príručka. 122 strán. Určená terapeutom, ktorí sa starajú o liečbu pacientov so schizofrenickým ochorením. 205,- Sk
- Haško J.: **Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti**. 300 strán. Všetko podstatné, čo vieme o vzťahovej väzbe (attachement) a pripútaťavcom správaní, význam pre zdravie, psychoterapiu a prevenciu. 294,- Sk
- Haško J.: **Autogénny tréning**. Návik koncentratívneho uvoľnenia. 2. doplnené vydanie. 36 strán. Využíva sa ako v psychohygiene, tak aj v liečbe niektorých psychických a psychosomatických porúch. Východisko pre meditačné cvičenia vo vyššom stupni AT. 25,- Sk
- Haško J. (ed.): **Terapia depresii**. Prehľady, tabuľky a schémy pre prax. 78 strán, rozobratá (dostupná v krajinských knižniciach)

- Haško J., P. Breier, P. Černák, A. Rakús, et al: **Reforma psychiatickej starostlivosti v SR**. 88 strán, rozobratá (dostupná v krajinských knižniciach)
- Hautzinger M.: **Depresia**. 86 strán. Ako sa prejavuje depresia, ako ju diagnostikujeme, aké sú terapeutické možnosti? Ťažisko je na popise kognitívno-behaviorálneho spôsobu psychoterapeutickej liečby. 100,- Sk
- Heil D., D. Schüpbach: **Schizofrénia. Základy pre porozumenie a orientáciu**. 112 strán. Ako sa prejavuje schizofrénia, čím je podmienená, ako prebieha, ako sa lieči? Určená pacientom, ich príbuzným a priateľom. 150,- Sk
- Hochgerner M., V. Pokorný (ed.): **Konzentratívna pohybová terapia v teórii a praxi**. 233 strán. 200,- Sk
- Horowitz M. J.: **Liečba syndrómov podmielených stresom**. 111 strán. Od popredného znalca PTSD, predstaviteľa kognitívno-psychoanalytickej školy v San Francisku. 150,- Sk
- Jürgens U., D. Ploog: **Od etológie k psychológii**. Základné pojmy porovnávacieho výskumu správania. Reprezentatívne príklady. 63 strán. 95,- Sk
- Kind H.: **Psychiatrické výtrenie**. 156 strán. Pre študentov medicíny, lekárov a psychiatrov. 190,- Sk
- Kockott G., E. M. Fahrnerová: **Sexuálne poruchy u mužů**. 178 strán. Sexuálne poruchy sa vyskytujú často, výrazne znižujú kvalitu života a ich riešenie často bráni ostých a nerozhodnosť. Ako postupovať? Popísané sú overené, osvedčené, efektívne riešenia. 60,- Sk
- Kühner C., I. Weber: **Predchádzanie depresii**. 204 strán. Preventívny program zameraný na zvýšenie emocionality pohody hlavne pomocou cieľových aktivít a kognitívnych zmien. 290,- Sk
- Lavie P., G. Pillar, A. Malhotra: **Poruchy spánku**. Diagnostika, manažovanie a liečba. Učebnica pre klinickú prax. 177 strán. Popredným svetovým výskumníkom a klinikom v oblasti spánkovej medicíny sa vydarila stručná a pútavá učebnica. 170,- Sk
- Levenson H., S. F. Butler, T. A. Powers, B. D. Beitman: **Krátka dynamická a interpersonálna terapia**. Americký autorový tím poskytuje výberom a návody. Stručný sprievodca. 174 strán, 266,- Sk
- Mentzos S.: **Psychodynamické modely v psychiatrii**. 150 strán. Konfliktový model a psychická dynamika. Individuálna psychoterapia pri psychických poruchách. Psychodynamika afektívnych porúch. Poruchy osobnosti. To sú názvy niektorých kapitol. Jedinečnej knihy nemeckého psychiatra a psychoanalytika gréckeho pôvodu. 150,- Sk
- Nawka, P., P. Černák, J. Haško (ed.): **Reintegrácia sociálne postihnutých do spoločnosti**. Súčasný stav a perspektívy. (Zborník). 208 strán. 40,- Sk
- Novalis P. N., S. J. Rojewicz, R. Peele: **Klinická príručka podpornej psychoterapie**. 421 strán. Americkým autorom sa tu podarilo opísať efektívny a v praxi najvýznamnejší postup pri liečbe pacientov s duševnými poruchami. 345,- Sk
- Rief W., W. Hiller: **Somatizačná porucha a hypochondria**. 125 strán. Psychosomatické ťažkosti a ochorenia sú v centre pozornosti. Ako ich diagnostikovať a liečiť? 100,- Sk
- Robinson D. J.: **Poruchy osobnosti - podľa DSM-IV - vysvetlené**. 128 strán. Stručný a jasný opis ako sa prejavujú poruchy osobnosti (povahové zvláštnosti), a ako sa liečia. 150,- Sk
- Schaub A., B. Bernhard, L. Gauck: **Kognitívno-psychoedukačná liečba bipolárnych porúch**. Terapeutický manuál. 186 strán. 350,- Sk
- Schlegel L.: **Základy hlbinné psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu**. Diel I-III v jednom zväzku. Teória obrany pri neurozách. Prístup z hľadiska psychológie pudov a potrieb. Význam sociálnej frustrácie. 538 strán. Najobľúbenejšie poznatky a koncepty, o ktoré sa opierajú psychodynamické psychoterapie. 495,- Sk
- Spar J. E., A. La Rue: **Geriatrická psychiatria**. Stručný sprievodca. 239 strán. Americkým autorom sa podarilo didakticky výborne zvládnuť zložitú problematiku gerontopsychiatrie. Kniha obsahuje aj kapitolu o normálnom stárnutí. 295,- Sk
- Trenckmann U., B. Bandelow: **Psychiatria a psychoterapia**. Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných a priateľov. 270 strán. Každá významnejšia psychiatická a psychosomatická porucha má svoju kapitolku, rovnako aj takmer každá terapeutická metóda. 290,- Sk
- Wetzig-Würth H., P. Müller: **Psychoanalytický rozhovor**. Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi. 224 strán. Metodika psychoterapeutických rozhovorov a psychodynamické teoretické pozadie. Ako utvárať rozhovor napr. s psychosomatickými, suicidálnymi, borderline, starými pacientami? Špecifika rozhovoru pri sexuálnych problémoch. Ukážky prepisu rozhovoru a komentáre k nim. 220,- Sk
- Wiston A., R. N. Rosenthal, H. Pinsker: **Úvod do podpornej psychoterapie**. Jadrové kompetencie v psychoterapii. 202 strán. 262,- Sk

Elgie R. et al

!! Objavte cestu, ako ísť ďalej. Podpora a rady pre každého, koho postihla schizofrenia.

96 strán.

Keď človek ochorí, potrebuje rýchle, presné, prehľadné a spoľahlivé informácie o svojom ochorení. Len tak môže prísť aj on sám k svojej primeranej liečbe a k spolupráci s profesionálmi, ktorí mu pomáhajú.

Kniha je nepredajná. Dostanete ju zdarma vďaka podpore firmy Bristol-Myers Squibb.

Nehradíte ani poštovné a balné. Objednať si ju môžete na tel. č. 032/6592844, 0904446239 (Mgr. Viera Červeňová), alebo e-mailom: vydavatelstvo@post.sk

Veríme, že umožníte, aby ju využili aj ďalší ľudia vo vašom okolí.

Ak je to v súlade s Vaším prianím, budeme Vám posilať informácie o nových knihách Vydavateľstva F.

S pozdravom

Mgr. Viera Červeňová
za Vydavateľstvo F

KONFRONTACE – minulé čísla

za symbolickou cenu. Ročníky 2000 – 2001 – 2002 – 2003: niekoľko desiatok zbylých čísel (i celé komplety) s výraznou slevou 66 až 75 %.

Zaplatíte iFetinu, nebo jen čtvrtinu daného ročníku (i jednotlivá čísla) plus poštovné.

Objednejte si na adrese: vybiral@fss.muni.cz

Předplatné

17. ročník (2006) za 296 Kč, předplatné 18. ročníku 2007 ve stejné výši.

Od roku 2007 název **PSYCHOTERAPIE**.

Od 1. ledna 2007 320 Kč (jednotlivá čísla za 90 Kč).

DOPRODEJ KNIH se 40 až 50% slevou

Rieger, Výcháňková: Ostrov rodiny

Willi: Párová terapie

Asen, Jonesová: Systemická párová terapie a deprese

Rushkoff: Manipulativní nátlak

Vybíral: Výcháňková: Manipulativní nátlak

Bartošová: Jako v zrcadle

Kocábová: Zpráva odjinud

ny 145 Kč

ny 105 Kč

ny 115 Kč

ny 150 Kč

ny 90 Kč

ny 45 Kč

ny 35 Kč

Při objednávce 3 a více knih neplatíte žádné poštovné, ani balné.

Platí do vyprodání.

Objednávky na adrese: Zbyněk Vybíral, Čápkova 1, 602 00 Brno,
nebo e-mailem: vybiral@fss.muni.cz.



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

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

Objednávky na internetu: www.portal.cz

Prodejny: Jindřišská 30, Praha 1, tel. 224 213 415, 724 635 658

Dominikánské n. 8, Brno, tel. 542 213 140, 724 635 660

Robert B. Oxnam

Roztržitěná mysl

Strhující popis odvážného boje mezinárodně uznávaného specialisty s jeho často nepochopenou nemocí. Kniha osloví zájemce o beletrii, dočítající se témat duševní nemoci, o populární psychologii a příběhy slavných osobností.

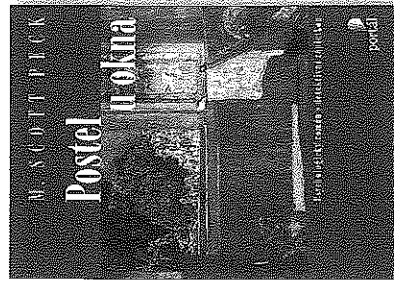
váz., 272 s., asi 349 Kč

A. Freud

Já a obranné mechanismy

Klasické dílo dcery S. Freuda se zabývá prostředky, kterými se já brání nelibým stavům a úzkostmi a kterými se pokouší zvládat afekty a pudové nároky.

brož., 120 s., 199 Kč



M. Scott Peck

Postel u okna

V psychologickém románu s detektivní zápletkou se známý autor zabývá problematikou dobra a zla, duchovního růstu a hledání sebe sama, mezilidských vztahů a lásky, která mění život jednotlivce, a tím trochu i celý svět. Také v této knize autor využívá bohatých zkušeností své dlouholeté psychotherapeutické praxe.

váz., 340 s., asi 339 Kč

L. Müller, A. Müller (ed.)

Slovník analytické psychologie

Slovník mapuje srozumitelnou formou jak základní myšlenkové koncepty Junga a jeho analytické psychologie, tak klasické psychoanalýzy.

váz., 496 s., 635 Kč

K. Hájek

Práce s emocemi pro pomáhající profese

První část knihy se věnuje řešení závažnému prožívání emocí, druhá část objasňuje vedení emočně podpurného rozhovoru.

brož., 104 s., 179 Kč

Ch. Lister-Ford

Transakční analýza

v poradenství a psychoterapii

Základní prvky práce s klientem v transakční analýze – ego stavy, transakce, hry a scénáře. Popis každého konceptu či techniky je zasazen do poradenského či psychotherapeutického procesu, v němž je užiti žádoucí, a je ilustrován na praktických cvičeních.

brož., 224 s., 339 Kč

K. Thorová

Poruchy autistického spektra

Komplexní pohled na poruchy autistického spektra. Kniha přidává nové tematické okruhy (raná diagnostika, diferenciální diagnostika z pohledu psychologa, vzdělávání a terapie, prognóza, specifika vývoje poruchy, školní a sociální problematika aj.).

váz., 400 s., 549 Kč

Na vydávání ročníku 2006 sponzorsky přispěli:

MUDr. Jiří Bláhovec (Plzeň) hlavní sponzor
MUDr. et PhDr. Jan Poněšický (Berggiesshübel)
Renate Ehm (Bremerhaven)
MUDr. J. Zvoníček (Kroměříž)
PhDr. Ilona Kofátková (Ostrava)
MUDr. Pavla Rozmarová (Praha)
PaedDr. Mgr. Petr Parma (Praha)
MUDr. Hana Fířková (Praha)
Sdružení SCAN (Tišnov)
PhDr. Ilona Friesová, Ostrava

ISSN 0862 - 8971

Cena tohoto čísla 75 Kč