

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 12. ročník, 2018, číslo 2

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Jakub Hučín – soukromá psychoterapeutická praxe, Praha

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – soukromá praxe Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. – Katedra Psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D. – Klinika adiktologie, I. Lékařská fakulta UK, Praha

Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

MUDr. David Skorunka, Ph.D. – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Psychiatrická klinika, I. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Prof. Louis Castonguay, Ph.D. – The Pennsylvania State University (USA)

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. – Psychologický ústav AV ČR, Brno

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

PhDr. Šárka Gjuríčová – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

Doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D. – soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava

Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN, Trenčín (SK)

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická nemocnice, Praha–Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Prof. PhDr. Petr Macek, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

Prof. Pavel Machotka, Ph.D. – University of Santa Cruz, California (USA)

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. – 1. lékařská fakulta UK, Praha

Doc. PhDr. Ivo Plaňava – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

Prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timufák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Prof. PhDr. Jan Vymětal – 1. lékařská fakulta UK, Praha

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty: romhyt@gmail.com, +420 549 497 970

Ing. Kateřina Holčáková, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čeveliček, Ph.D., Bc. Jana Takáčová, Patrik Rudolf

Adresa redakce:

Redakce Psychoterapie, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 2/2018 byla 16. 10. 2018, recenzní řízení bylo uzavřeno 5. 10. 2018. Vychází v říjnu 2018.

Příspěvky procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR EBSCO, Erih Plus

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Roman Hytych - - - **101**

TEORIE / THEORY

Jan Poněšický: Srovnání procesu změny během psychoterapie z hlediska neuropsychologie a dynamické psychoterapie (The comparison of changes during psychotherapy from the point of view of neuropsychology and dynamic psychotherapy) - - - **102**

VÝZKUM / RESEARCH

Lucia Polakovská, Zbyněk Vybíral: Nežádoucí účinky psychoterapie (Adverse effects of psychotherapy) - - - **115**

PRAXE / PRACTICE

Petra Vondráčková: Terapeutický vztah jako významná komponenta psychoterapie (Therapeutic relationship as an important component of psychotherapy) - - - **132**

Zuzana Navrátilová: Prenos, protiprenos, odpor - práce s nimi v katatýmne-imaginativnej psychoterapii (Transference, countertransference, resistance – work with them in guided affective imagery) - - - **146**

KONFERENCE / CONFERENCE

Jan Benda: Výzkumy všímavosti míří do hloubky i šíře (Mezinárodní konference o všímavosti, Amsterdam, 10.–13. července 2018) - - - **159**

OHLÉDNUTÍ / LOOKING BACK

Zbyněk Vybíral: Za naším spolupracovníkem Danem Pokorným (4. 8. 1951–29. 11. 2017) - - - **162**

DISKUSE / DISCUSSION

Jan Šíkl: Symbol - - - **164**

RECENZE / REVIEWS

Joseph, S.: Autenticita (2018). Jak být sám sebou a proč na tom záleží. Praha: Portál. (Jan Vymětal) - - - **169**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

I EDITORIAL

Milí čtenáři,

považujete se spíše za praktiky a současný výzkum vás moc nazajímá? Pokud jste dosud rubriku Výzkum většinou jen zběžně prolistovali, rád bych vám tentokrát doporučil, abyste jí přeci jen dali šanci. Aktuální číslo totiž nabízí explorativní studii, která mapuje nežádoucí účinky psychoterapie. Přestože jde o téma, o kterém se ve výzkumné literatuře dočtete jen zřídka, týká se všech praktikujících terapeutů. Kdo z nás někdy nezapochoyboval, zda byla naše intervence skutečně užitečná a jestli našemu klientovi ve skutečnosti neublížila? A je přitom zřejmé, že od klienta nikdy nemůžeme získat dokonalou zpětnou vazbu. Výzkum Zbyňka Vybírala a Lucie Polakovské tuto mezeru zaplňuje: podrobně popsanou zkušenost osmi respondentů následuje tematická analýza, která výsledky třídí do osmi oblastí negativních dopadů psychoterapie. Jako předkrm alespoň nabídnu oblast nejobsaáhlejší – jde o nepříznivé dopady spojené s „vrtáním se v sobě“.

Rubrika Praxe se tentokrát zaměří na stálici našich terapeutických principů – fungující terapeutický vztah. Petra Vondráčková se ve své případové studii práce s hraniční klientkou zaměřuje na tři hlavní komponenty terapeutického vztahu: pracovní alianci,

přenosové a protipřenosové elementy a reálný vztah. Práci s přenosem a protipřenosem se věnuje i Zuzana Navrátilová, ovšem z ne úplně známého pohledu katativně-imaginativní psychoterapie. Nejste-li s tímto terapeutickým přístupem úplně obeznámeni, vůbec nevádí – i tak můžete v textu nalézt nemalý kousek inspirace.

Prolínání neurověd a psychoterapie se stalo tématem článku Jana Poněšického. Autor ukazuje, že neurofyziologické poznatky potvrzují oprávněnost psychodynamického pojetí terapie kladoucího důraz na novou emocionální zkušenost.

Ačkoliv tedy v rukou nedržíte tematické číslo, sešly se v něm články, které se z odlišných perspektiv zabývají jednou z nejdůležitějších proměnných úspěšné terapie, kterou je fungující terapeutický vztah a zároveň i důkladné poznání jeho limitů.

Za přečtení stojí i vzpomínka na Dana Pokorného, reportáž Jana Bendy z Mezinárodní konference o všímavosti v Amsterdamu i literární třešnička nakonec – poetický text Jana Šikla o symbolu, který nás zavádí do míst, kde se psychoterapie setkává s uměním.

Přeji vám příjemné podzimní čtení.

Roman Hytych, 24. 10. 2018

SROVNÁNÍ PROCESU ZMĚNY BĚHEM PSYCHOTERAPIE Z HLEDISKA NEUROPSYCHOLOGIE A DYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE

The comparison of changes during psychotherapy from the point of view of neuropsychology and dynamic psychotherapy

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

Psychosomatická klinika MEDIAN v Bergjesshuebelu, D; e-mail: ponesicky@aol.com

Psychotherapie. 12 (2), 102–114; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Psychodynamicky zaměřený autor se zabývá současnými poznatky neuropsychologie a neuropsychoterapie a rozvíjí další možnosti jejich využití v praxi. Výzkum mozku poukazuje na limity možností změn během psychoterapie, také ale otevírá nové horizonty. Neurofyzilogické poznatky v podstatě potvrzují oprávněnost psychodynamického pojetí psychoterapie kladoucí důraz na novou emocionální zkušenost. V druhé části svého příspěvku popisuje autor tento interakční a intersubjektivní proces s jeho typickými úskalími.

Klíčová slova: Neuronální procesy, neuropsychoterapie, interakce, psychodynamika, nová zkušenost.

ABSTRACT

Psychodynamically focused author is examining current findings in neuropsychology and neuropsychotherapy and outlines their practical applications. The study of the brain points not only to the limits of changes during psychotherapy, but also opens new horizons. In essence, neurophysiological findings confirm the justification of the psychodynamic approach to psychotherapy, which emphasizes

new emotional experiences. In the second half of his paper, the author describes this interactive and intersubjective process and its typical drawbacks.

Key words: Neuronal processes, neuropsychotherapy, interaction, psychodynamics, new experience.

Existuje nápadná shoda mezi neurobiologickým a psychodynamickým (psychoanalytickým) pojetím fungování psychické činnosti. Tímto tématem se též zabýval neurobiolog a nositel Nobelovy ceny E. Kandel (2008), který k tomu dodává, že psychoanalýza reprezentuje nejkoharentnější a intelektuálně nejvydatnější porozumění naší psychice.

ÚVOD

Neurovědci charakterizují mozek coby sociální orgán, do kterého se zapisují všechny naše zážitky a zkušenosti. Zapisování psychického prožívání do tělesnosti (embodiment) začíná již v mozku. Teprve ten reguluje tělesné procesy a reakce prostřednictvím periferního nervového systému jakož i humorálně. Přesto nelze vyloučit, že tělesné buňky či orgány reagují bezpro-

středně na vlivy prostředí. Již zde vyvstává (filozofická) otázka (Roth, 1997), zda je člověk – jeho bytí – identické s existencí a funkcí jeho mozku a těla. Zda lze například i spiritualitu chápat jen jako různé psychické stavy vzniklé mozkovou činností.

Už prenatálně jsou zakódovány embryonální zážitky a zkušenosti do mozkových neuronálních sítí. Pozitivní symbiotické zkušenosti tlumí negativní stresové stavy. Tak je tomu i v dalším životě, neboť zvýšená hladina oxytocinu a serotoninu v důsledku láskyplného kontaktu blokuje produkci stresového hormonu kortizolu. Již během kojení vzniká tělesně-emoční vzorec pro štěstí. Toto „zapisování“ zážitků a zkušeností je pochopitelné u vědomí extrémní vulnerability a plasticity dětského mozku.

Tak je možno aplikovat **psychosomatiku** již i na mozek: embodiment psychiky do mozku (a dále do těla). Poněšický (2011) hovoří o „psychosomatóze mozku“. Vtělovány jsou nejen emocionální interakce v dětství, nýbrž i emocionální chování vztahových osob. Zajímavý je i opačný vliv: psychika, vznikající z tělesných zážitků, tělesného já, nemůže tuto tělesnost nikdy transcendovat. „Reason is shaped by the body, is not radically free.“ (Lakoff & Johnson, 1999, s. 5).

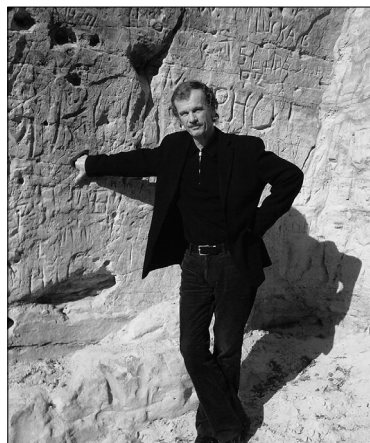
ZRCADLOVÉ NEURONY A EMPATICKÉ PROCESY

Objev zrcadlových neuronů podpořil psychodynamický koncept internalizace (včetně embodimentu) emocionálních interakčních zkušeností, které se odehrávají na tělesně-emoční úrovni i mezi pacientem a terapeutem (Bauer, 2007; Staemmler, 2009). Obzvláště děti (zrcadlové neurony dětského mozku) vnímají a simulují emocionální výraz (mimiku i tělesný postoj)

druhých lidí, zvl. jejich úmysly (vnitřně si to „domyslí“, prožijí) a mohou se dle toho zorientovat. Aplikováno na psychoterapii je možno tento intersubjektivní vliv na proces změny následovně roztřídit:

Internalizace interakcí a identifikace s nimi

V anamnézách našich pacientů se opakuje následující zkušenost: tak, jak jednájí vztahové osoby s dítětem, jedná posléze dítě samo se sebou i s ostatními. To znamená, že empaticky přejímá interakce (interakční



**Jan
Poněšický**

Doc. MUDr. PhDr., Ph.D., je emeritním primářem s částečným úvazkem na Psychosomatické klinice MEDIAN v Berggishübelu, SRN. Autor je odborným lékařem pro psychiatrii a psychosomatiku a klinickým psychologem, cvičným psychoanalytikem i skupinovým terapeutem, supervizorem, vede Balintovské skupiny, vyučuje psychoterapii a psychosomatiku na PVŠPS v Praze, přednáší a superviduje na Drážďanském psychodynamickém institutu a na Lipském psychoanalytickém institutu.

vzorce, „program“, „organizační princip“ (Orange, 2004)) včetně jeho emočního významu od druhých, ale i sebehodnocení a životní postoje. To je však příliš zjednodu-

šující. Dítě sice přejímá intence a poselství např. od rodičů, avšak ihned na ně reaguje, takže **internalizuje výslednou interakci. Tak dochází nejenom k přejímání reakcí a chování vztahových osob k sobě a tím i k druhým, nýbrž i k přejímání jejich zrcadlení sebe sama, jejich obrazu o sobě.**

Tak může přejmout pacient i během terapie tolerantnější, kritičtější či sebeexplorativní, empatický způsob zacházení se sebou (stanou-li se pro něj tyto hodnoty významné). (Cave: on přejímá skutečný (i nevědomý) postoj terapeuta k sobě. Ten nelze utajit, s ním musí terapeut počítat.)

Tak jedna terapeutka velmi energicky analyticky interpretovala narcistické chování svého pacienta, aby ho (na vědomé úrovni) ochránila před zhroucením jeho velikášských plánů. Ze zvukového záznamu její interakce s pacientem vyšlo najevo, že jí šlo o to, mít nad ním („nad tím náfukou“) převahu, na což právě pacient reagoval torpedující její terapeutickou ctižádost. Ta si v supervizích stěžovala divíc se, proč si pacient na to, o čem hovořili na minulém sezení, nic nepamatuje. Reagováním na terapeutku zrcadlil pacient její postoj k němu, což ona přisuzovala jeho psychopatologii.

Zde je možno hovořit o psychoterapii postojem, který pacient automaticky přejímá (event. po předchozí konfrontaci), samozřejmě jen v situaci vzájemné akceptace a též jen tehdy, když není v příkrém rozporu s jeho dosavadním přesvědčením. Pacient se např. učí vést dialog sám se sebou a navazovat k sobě kladný vztah, což je důležité jak u depresí tak i u psychosomatických onemocnění. Proto je mnohdy vhodné, když terapeut pacientovi zároveň zprostředkuje vlastní prožívání a tím podpoří jeho empa-

tii, což se ve skutečnosti děje již skrze jeho nonverbální i dialogické chování.

Během psychoterapie dochází u pacienta k interiorizaci výsledných interakcí, které by měly být pro něj nové a uspokojivější – a dále k postupnému převzetí nového sebepojetí. To není ze dvou důvodů snadné: jednak přisuzuje pacient terapeutovi jemu známou komplementární roli, a jednak může být osobnost, resp. postoj terapeuta, příliš podobný či příliš vzdálený postoji pacienta.

Hojivý zážitek setkání

Zároveň se jedná během vzájemné empatie o zkušenost rezonance, můj svět rezonuje se světem druhého, jde o hojivý zážitek souznění oproti pocitu izolace. To v sobě zahrnuje i **zkušenost vlastní sebepůsobnosti,** dosažení reakce (později chtěné a předvídatelné) od okolí, potvrzení vlastní existence, jak získat zájem a respekt apod. (Důležitý terapeutický faktor u depresí.)

Tvorba společného významu

Dochází-li mezi pacientem a terapeutem ke vzájemnému vcitování a k přebírání perspektivy protějšku, k obohacování, rozšiřování vědomí o svět druhého, pak vzniká společné označení světa, **vytváření společné významovosti** (oproti jednostrannému vnímání a posuzování reality, např. i ohledně vlastní biografie či nynější rodinné situace; v duchu narativní psychoterapie jde o novou společnou naraci). A opět: podmínkou je vzájemné vcitění a tím otevření se pro spoluprožívání vnitřního světa protějšku. Z toho mohou mít jak pacienti, tak i terapeuti strach, neboť jde o velkou blízkost s nebezpečím konfluencí, ztráty vlast-

ního já, vlastní pozice. Není divu: když bychom byli stále empaticky otevření a přejímali způsoby jednání i afektivitu druhých, bylo by tím ohroženo naše vlastní hledisko (s možností psychotherapeutického ovlivňování) či dokonce i naše vlastní identita.

V terapii přejímá pacient naše představy a zacházení s nimi, jistě ve spojení i konfrontaci s vlastním postojem a pak se chová určitým způsobem k terapeutovi – a jak on může rozeznat, že neanalyzuje vlastní vztahové vzorce chování, jež pacient převzal od něj? (Viz. uvedený kazuistický zlomek).

Setkávám se s druhým a zároveň se sebou samým v něm zároveň.

Terapeut je pozorovatelem i účastníkem psychotherapeutického procesu. I on stojí před problémem, jak pracovat na sobě (vlastním přenosu) v interakci se svými pacienty (např. se nenechat využívat, nerivalizovat či reagovat odvážněji, beze strachu z narušení vzájemné harmonie).

PROCES ZMĚNY Z NEUROPSYCHOTERAPEUTIC- KÉHO HLEDISKA

Problém, zvláště co se týče účinnosti psychotherapie, tkví v tom, že náš mozek disponuje různými paměťovými systémy, které jsou podřízeny odlišným funkčním principům a které ovlivňují naše vědomé reflexivní vzpomínání, myšlení i jednání. **Vědomí** a jeho kapacita reprezentuje pouhý zlomek informačních jednotek (7); i jednoduché chování, jako např. chůze, jich potřebuje daleko více. **Nevědomí** lze uvést do spojitosti s důležitým tělesně-emocionálním **implicitním paměťovým systémem**, jež převažuje v raném dětství, neboť pyramidové buňky v kortexu a hipokampu (v sídle explicitní deklarativní paměti) jen po-

malu dozrávají. Tím je vysvětlena dětská amnesie, nepřístupnost k těmto tělesným a emočním zážitkům, jež tudíž zůstávají v nevědomí a tím neustále ovlivňují fungování naší osobnosti. LeDoux (1996) např. poukazuje na fakt, že emoční – úzkostný – zážitek spojený s určitým objektem (zevní situací) se nikdy nerozpojí (amygdala nezapomíná). Časový posun mezi podnětem a reakcí vede k vědomému vnímání (tvorbě JÁ). Když se to nezdaří (např. při podprahové expozici vystrašených obličejů), tak je aktivováno basolaterální jádro amygdaly, jež je přímo spojeno s kortexem, což vyvolá intenzivní úzkostnou reakci. Naproti tomu vědomé vnímání zúskostněných obličejů aktivuje centrální část amygdaly, která komunikuje s hypothalamem, autonomním nervovým systémem, aktivizující hypofýzu a nadledvinky, což vede k aktivnímu jednání útěku či boje (Kandel, 2008).

Procedurálně se však kódují i **traumatické zážitky** v pozdějším věku, neboť traumatický stres blokuje činnost hipokampu i PFC (prefrontálního cortexu), což má za následek snížený metabolismus v kůře mozkové, rozvolňování synaptických spojení a zánik buněk v hipokampu, sídlo deklarativní paměti. Zážitková scéna je fragmentovaná (což je možno chápat jako selhání jejího zpracování a integrace, ale i jako obrana proti jejímu plnému uvědomění), nesymbolizovaná, jedná se o „unrepresented states“, což je na psychické úrovni prožíváno jako depersonalizace a de-realizace či pocit prázdnoty. Emoční reakce na podněty zůstávají vězet v amygdale, patřící k procedurální paměti, a tudíž i embodimentu. **Tělo reaguje na stres jako první a zapomíná jako poslední.**

Leuzinger-Bohleber (2014) je poněkud op-

timističtější. Tvrdí, že tyto zážitky mohou být rozpoznány, spojeny s odpovídajícími obrazy a afekty a nakonec verbálně uvědoměny a spojeny s původní traumatickou situací, to znamená uloženy (již v narativní formě) do **explicitní, deklarativní paměti**.

Zásadně lze říci, že v normálních situacích jsou oba paměťové systémy aktivovány zároveň. Zejména emocionální a subliminální podněty se ukládají přednostně do procedurální paměti a jsou modifikovány kontrolní a tlumící aktivitou PFC (JÁ), vědomím, resp. přispůsobovány **realitě** (princip reality v psychoanalýze), na druhé straně se stále nevědomě i vědomě prosazuje princip **slasti a strasti** (který je nám vlastní, a jež bývá též označován jako systém přibližování se příslibu uspokojení či vyhýbání se frustraci, viz primární a sekundární proces v psychoanalýze).

Úspěšné psychoterapie mají za následek zvýšenou aktivitu v PFC, jež reprezentuje kontrolní interakční funkci, což je identické s **integrační funkcí našeho JÁ**.

Obecná neuropsychologická představa ohledně procesu změny během psychoterapie se týká neurogeneze a vzniku nových synapsí v mozku (jeden bilion mozkových buněk násobeno 10 000 nervových výběžků na každém neuronu). Prvým krokem je nová (korektivní) zkušenost, jež musí být uspokojivější nežli dosavadní (habituální) reagování na problémovou situaci. Podobně jako při úspěšném zvládnutí stresové situace dojde **epigeneticky** k ovlivnění genové aktivity a tím k produkci neurotrofních hormonů, které podnítky neurogenezi, růst neuronálních výběžků a tvorbu nových synapsí. Aktivace genů rozhodne o tom, v jakém množství budou vyplavovány určité neuromodulátory a vytvářeny jejich receptory.

V ontogenezi jsou geneticky, **fázicky**, v dětství i v průběhu dalšího života, připravovány neuronální sítě do určité vhodné konstelace (neuronální podklad vývojových fází popsané Freudem či Eriksonem). Geny však nejsou naším osudem, působí na ně vliv prostředí včetně stresu a sociálních zkušeností, což mění humorální prostředí buněk a působí epigenetické změny (metylací či acetylací spínačů aktivity genů). Právě proto, že mozek (zvl. PFC) po narození teprve dozrává, je citlivý a **formovatelný zevními vlivy**, a tyto zážitky a zkušenosti se ukládají do nevědomé implicitní paměti. Neurobiolog Edelman (1990) označuje následek těchto procesů jako „vzpomínková současnost“, psychoanalytici jako **přenos**.

Psychické poruchy z neurobiologického hlediska vznikají tím, že lokální neuronální sítě jsou v limbických centrech následkem traumatických událostí chybně propojeny a že je narušena rovnováha mezi limbickými (emocionálními) a kognitivními centry (Roth, 2017), což odpovídá i psychoterapeutické praxi.

Účinná psychoterapie, zahrnujíc nové interpersonální zkušenosti, způsobuje změny v genové expresi, jež vedou ke strukturálním změnám v mozku. Musí dojít k emocionální restrukturalizaci (i když emoce a kognice jsou jen „učebnicově“ separovány – KBT s důrazem pouze na kognici pomůže jen krátkodobě či tam, kde dojde i k aktivaci emocionálního systému (Roth, 2017)). Tento autor rozděluje psychoterapii do dvou fází: v **prvé fázi** vytváření pozitivního terapeutického vztahu je posílen vazebný systém, mající za následek vyplavování oxytocinu a serotoninu, antagonisty stresového hormonu kortizolu, což má uklidňující účinek. Proto mají v prvním roce

krátkodobé, dlouhodobé i mezi sebou odlišné terapie stejný blahodárny účinek. (Zde může, zvl. v akutní fázi, zklidnit tělesný kontakt, snad i terapie objetím).

K tomu přistupuje taktéž nespecifický vliv určitého koherentního pojetí člověka a uspokojivého života (životní filozofie, jež stojí v pozadí každého psychoterapeutického směru). Takovéto pochopení „postavení člověka ve světě“ (Poněšický, 2006), ať psychoanalytické, daseinsanalytické či rogeriánské, pomůže smysluplně uspořádat dosud odštěpené či konfliktní části osobnosti včetně často subjektivně nepochopitelných příznaků.

Teprve v **druhé fázi** jde o práci na změně vztahových vzorců chování. Z neurobiologického hlediska existují dle Rotha tři představy o změně:

1. Posílení synaptických spojení a neurogeneze v cingulárním a orbitofrontálním kortexu (odpovídá integrativní funkci JÁ, u strukturálních poruch osobnosti dovytvoření deficitních jáských funkcí).
2. Rozpojení neuronální sítě v amygdale vyvolané novými a intenzivními korektivními emocionálními zkušenostmi.
3. Vytvoření kompensatorní nervové sítě (karty), která obklopí dosavadní amygdalová propojení.

Další představou je odblokování alternativního (např. autentičnějšího) emocionálního chování (práce na obranách). Komplexněji řečeno, jde o zprostředkování averse vůči maladaptivnímu obranému (např. jednostranně přispůsobivému) či kompensatornímu (např. narcistickému) jednání a o představu nových možností, což musí být spojeno s vlastní iniciativou a identitou.

(Zde by bylo možno diskutovat o účinku **meditace**, při které je zvýšená aktivita v PFC. Do jaké míry může člověk sám formovat svůj mozek? Dochází např. během terapeutické techniky všímavosti k uvědomování a rozpojení starých vzorců chování? Jak účinná je **imaginace** s představou alternativního postoje a plánu jednání, (který nesmí podrýt současný obranný tělesný postoj, např. prosazení se se skloněnou hlavou)?

Neuropsychoterapie počítá s faktem, že nervové buňky hledají přístup k podnětům a konkurují mezi sebou. Jaak Panksepp (1998) označuje motiv tohoto chování **SEEKING** system (odměňovací a sebestimulační systém), **který nikdy nespí**. Biologickým podkladem je produkce a funkce motivačního hormonu dopaminu, který vzbuzuje optimistická očekávání a pocit smysluplného zacílení na interakce se světem, zkoumá veškeré potencionální zřídla slasti, vše co může uspokojovat momentální potřeby (odstraňování poruchy homeostázy (Hüther, 2009)). Úspěšnost (aktivace opioidního systému a vznik nových synapsí) či neúspěch je posléze vědomě regulován a asociován s objekty, a reprezentován v deklarativní paměti. Tento seeking systém je identitický s psychoanalytickým pojmem **libida**.

S tím souvisí i tvrzení neurobiologa a filozofa G. Rotha (2017), že náš **limbický (emocionální) systém rozhoduje** o tom, co v interakci s terapeutem přijmeme: nesmí to být v příkrém rozporu s naším dosavadním sebeobrazem a přesvědčením a musí to být překvapivě uspokojivější než dosavadní způsoby uspokojování našich potřeb.

Na rozdíl od pudové teorie vylučují neurobiologové existenci pudu smrti, zdůraz-

ňující, že lidský mozek byl formován za účelem lepšího přežití a úspěšné reprodukce (jsme vydáni naší sexualitě). Ovšem naše přežití zajišťují i další pudy (vrozené motivy) resp. neuronální systémy: CARE, FEAR, LOSS (PANIK), RAGE a PLAY, v interakci se SEEKING a CONTROL. Vznik neurotických onemocnění vidí neurobiologové (Solms, 2017) stejně jako **S. Freud: Jde o nezdařené vytěsnění** impulzů a představ vycházející z výše zmíněných pudových oblastí (**nezdařená integrace**, dysbalance mezi limbickým systémem a kontrolní, integrační (vědomou) funkcí PFC).

Pro výše popsané poznatky navrhuje Roth (2017) **neurobiologickou motivační teorii osobnosti**, sestávající z několika neuronálních úrovní:

1. Vegetativní autonomní úroveň
2. Spodní limbická úroveň: temperament, emoce a stresový a sebeuklidňující systém.
3. Střední limbická úroveň: vazebný systém – imprinting a podmiňování, systém očekávání a odměňování
4. Horní limbická úroveň: smysl pro realitu a kontrola impulzů.
5. Kortikální úroveň: vědomé ovládnání, racionální kontrola, plánování, tvorba JÁ a sebevědomí, morální úvaha o důsledcích našeho chování na okolí (empatie).

Zajímavý je rozdíl oproti teorii osobnosti „big five“:

1. Extroverze – introverze
2. Tolerance a empatie – chlad a hádavost
3. Svědomitost, pečlivost, plánování – libovůle, nezodpovědnost

4. Neuroticismus, napětí, úzkostnost – spokojenost
5. Otevřenost, kreativita, zvědavost – obyčejnost, jednoduchost

Dle neurobiologa Hüthera (2009) má terapeut pacienta motivovat a inspirovat, nadschnout pro práci na sobě. D. Stern (2007) zdůrazňuje terapeutický faktor intenzivního emocionálního setkání, psychoanalytik Boesky (1990) se domnívá, že terapie, během které nedošlo k emočnímu otřesu u pacienta, ale i u terapeuta, nebude úspěšná. Podobně tvrdí Kernberg (1985), že interpretace jsou jen tehdy hodny svého názvu, když způsobí emoční otřes vedoucí ke změně chování.

INTERAKCE V PSYCHOTERAPEUTICKÉ SITUACI A PRÁCE NA VZTAHU Z HLEDISKA PSYCHODYNAMICKÉ (A PSYCHOANALYTICKÉ) PSYCHOTERAPIE

Co se děje během psychoterapie mezi pacientem a terapeutem a jak je to možno terapeuticky využít? Psychoterapie je (nejen) dle mého názoru vždy interakčním a intersubjektivním procesem. Cítuji k tomu neurovědce zabývajícího se psychoterapií Gerharda Rotha (2017): „Konec konců není důležité, zda se někdo vydává za kognitivního behaviorálního psychoterapeuta či psychoanalytika, důležité je to, co v praxi dělá, což většinou není moc rozdílné... proto bychom se měli více zamýšlet nad tím společným a zároveň akceptovat metodickou rozmanitost“.

1. Od začátku se odvíjí **testování**, zda budou uspokojeny základní potřeby **jistoty i svobody projevu**: akceptance (má mně terapeut rád, důvěra), tolerance a odolnost (mohu vše sdělit a spolehnout se na to, že

to terapeut vydrží, na jeho resilienci), a testování **zájmu** o můj osobnostní růst, o moji problematiku, či zda se terapeut nechá ukonejšit povrchním líčením každodenních trampot (s následným vznikem společného odporu proti zabývání se hlubší problematikou). (V širším slova smyslu se jedná o snahu po potvrzení a pozitivní hodnocení vlastní existence.) Pakliže terapeut tento test úspěšně absolvuje, vznikne **terapeutická aliance**, která již sama o sobě působí léčebně (coby placebo či v intencích rogeriánské psychoterapie). Psychoanalytici zde hovoří o přenosovém vyléčení, resp. zlepšení psychického stavu na počátku terapie (viz vylučování oxytocinu a serotoninu v předchozím textu). To je pochopitelné, pakliže si uvědomíme, že lze chápat psychické poruchy jako následek frustrací bazálních potřeb po láskyplném vztahu a osobnostním růstu, které jsou nyní, většinou ve fantazii skrze idealizaci terapeuta, uspokojovány.

2. Přenos v širším slova smyslu znamená externalizaci (realizaci) získaných (internalizovaných) vztahových vzorců chování. (Ty pokládáme jako folii na realitu, která jí potvrzuje či koriguje, což opět internalizujeme a znovu „odzkoušíme“ atd.) Vše vnímáme a na vše reagujeme subjektivně. V užším původním psychoanalytickém pojetí se jedná o nevědomé a stále virulentní opakování dětských vztahových zkušeností. Terapeut na ně reaguje nejen komplementárně protipřenosem, nýbrž i vlastním přenosem, subjektivně, na což opět reaguje pacient protipřenosem zabarveným vlastní subjektivitou atd. (Ermann, 2016). Čistý, nekontaminovaný přenos tudíž neexistuje (Orange, 2004). **Pacient reaguje od počátku i na osobnost terapeuta** (jeho přenos, jeho subjektivitu) a terapeut se musí snažit

rozlišit, co spíše pochází od pacienta a co jsou spíše reakce na něj, na terapeuta, aby pak neanalyzoval sebe sama (tj. reakci pacienta na sebe či vlastní projekci do pacienta, viz uvedený kazuistický zlomek). Proto musí rozprostřít svou pozornost zároveň na pacienta, na sebe a na to co se děje mezi námi. Naše (terapeutova) osobní historie zabarvuje, obohacuje ale i redukuje naši dostupnost pro pacienta. **V oboustranných přenosech se zračí jak tendence k opakování tak i k řešení** (se strachy z neznámého, z retraumatizace, ale i s přáními a fantaziemi). Tak se dostává někdy do popředí apel a naděje, jindy jde pacientovi o to něco rozvinutím jeho vztahového vzorce ukázat či nechávat to prožít (externalizací) terapeutem. Jedná se **vždy i o nový vztah** (styčný bod s daseinsanalýzou), takže jeho modulace rezultuje z naší odlišnosti (kterou musíme dát najevo tak, aby pomohla (Bion, 1997). Löschel (2013) zdůrazňuje, že nejvíce zapůsobí takové intervence terapeuta, které pocházejí z práce na jeho vlastních konfliktech. To znamená nevzdávat se své subjektivity.

3. Jak pracujeme s přenosem? Rozlišujeme práci s obsahy (slouží novému náhledu) **a s procesy** (slouží změně) (Körner 2014). Jinými slovy jde o práci na přenosu pacienta či práci v přenosu, tj. na vzájemném vztahu. To, že se již nacházíme ve vzájemném přenosovém vztahu, který nám pacient více méně vnucuje, vnímáme především emocionálně jako přitažlivost, averzi, iritaci, manipulaci a bezmoc, nutnost být stále k dispozici, strach apod. Pacient zavezme (použije) terapeuta k řešení vlastního problému, často jen k dosažení určité interakce, potvrzení, dožaduje se od něj odpovědi. Terapeut se tím ocitá pod

tlakem. Ten je způsoben často i tím, že se jedná o nesymbolizované zkušenosti zapsané do implicitní paměti buď z preverbální doby života či na základě desymbolizace následkem traumatu. I když se odehrávají interakce zároveň jak na úrovni procedurální tak i deklarativní paměti, může jedna z nich převažovat. Je-li to ta první, pak působí daleko více meziosobní zkušenost, vzájemné zacházení se sebou (tak je možno posuzovat i účinek autentických setkání, jak je popisuje D. Stern, (2007)). Jedná se pak o neverbální dialog kdy pacient sotva vnímá verbální, obsahovou stránku rozhovoru jako práci na vhladech, komentáře či interpretace, nýbrž vnímá jeho terapeutickou práci pod zorným úhlem vzájemné interakce, coby reakci terapeuta na něj, dialog jako jednání. Zde je přínosné, ale i obtížné, se zkusmo **nechat použít, (manipulovat) a tím pochopit, o co jde.** Teprve poté je možná **mentalizace** dosavadní implicitní interakce mezi pacientem a terapeutem. Nejedná se tudíž o něco co je drženo v tzv. dynamickém nevědomí různými obranami a co je třeba zvědomit, nýbrž o uvědomění si zřejmého chování. Kromě této klarifikace (a nikoli interpretace) je možno přivést pacienta k nazření jeho chování včetně jeho interpersonálních důsledků psychoterapeutickou metodou interakční psychoterapie (Heigl-Evers 1997; Streeck, 2007), zvl. selektivními emočně-kognitivními odpověďmi na pacientovo chování i jeho postoje. **Cílem** je uspokojení důležitých potřeb jiným způsobem, nežli tím, kterým trpí on sám či jeho okolí.

Kazuistický příklad: mladá psycholožka v psychoterapeutickém výcviku představila v Balintovské skupině cca 30letého pacienta. Zprvu v ní vyvolával soucit tím,

že neuspěl v zaměstnání kvůli konfliktům s nadřízenými a je již dva roky bez práce. Žije se starší ženou s jejími třemi dětmi, s tím nejstarším má konflikty. Chtěl by v terapii pracovat na zlepšení jeho sociálních kontaktů. Důvodem supervizního představení byla výrazná změna v jeho chování: zprvu si přál, aby mu terapeutka pomohla, a najednou jí i celou terapii devaluje, což jí zlobí, cítí bezmoc. Terapeutka neví, co – i od ní – vlastně chce. I v Balintovské skupině se rozhostily rozpaky a iritace. Podotknul jsem, že to co chce, leží před námi, stačí otevřít oči. To, čeho chce dosáhnout, se právě událo: změnit bezmoc v moc a roli bezmoci indukovat svému protějšku. Ve zpětném pohledu se opakovaně dostával do bezmocné role: již jako malé dítě během rozvodu rodičů, v zaměstnání ve vztahu k nadřízeným, v současnosti ve své výchovné funkci a nyní ve své patientské, závislé roli ve vztahu k terapeutce. Terapeutka by mohla např. říct: „zpočátku jsem si myslela, že bych vám mohla být ve vaší nezáviděníhodné situaci nápomocná a teď se cítím nepotřebná. Možná zažívám něco, co je vám známé“.

Terapeut se musí otevřít pro starou i novou interpersonální zkušenost, změna se musí udát napřed u něj. Tato změna u něj se týká takového porozumění pacientovi, které mu umožňuje se chovat jinak než doposud, terapeut v sobě např. otevře prostor pro to, aby se mohl v takovém vztahu pacient svobodněji či adaptivněji chovat. Předává zkušenost, jak psychický materiál smysluplně zorganizovat. To se dotýká odpovědi na otázku po definici člověka, jeho osobnosti, coby **dynamické organizaci dosavadních internalizovaných zkušeností a z nich vytvořených přesvědčení, norem**

a hodnot, resp. organizačních principů týkajících se vnímání reality i chování (které bývají označovány jako self, sebe-reprezentace a sebepojetí, kompas).

4. Spoluagování, enactment, oboustranné odehrávání jde na vrub nedostačného kontejnování a detoxikace (Bion, 1977), resp. transformace a obohacení terapeutem. Terapeut se ocitá pod tlakem, který je třeba vydržet až do doby, kdy se konkretisticky prožívaný vzorec chování dostane do symbolizované formy – obecně jde o stálé **napětí** mezi přáním pacienta a terapeutickou intencí terapeuta. (Tak si např. depresivní pacient přeje od terapeuta bezpodmínečnou lásku, kterou nikdy od matky nedostal, a terapeut zastává názor, že se s tím musí pacient vyrovnat, projevit zlost i smutek, a dostane jen to, co si nějak zaslouží). Zároveň se jedná o nepřirozenou, disociativní a dekonstruující dialogickou situaci. Dalším zdrojem odehrávání jde na vrub nevědomé **aktivace vlastního problému**. Je třeba uznat, že subjektivita, spontaneita a **vulnerabilita** terapeuta jsou všudypřítomné komponenty terapeutického procesu. Když není terapeut dříve nebo později **emocionálně zasažen** situací, kterou neočekával, tak terapie nebývá úspěšná. Odehrávání je tudíž i **stálou behaviorální částí** interakce, dialogu. Proto je eminentně důležité se znovu a znovu vracet k vlastnímu hledisku, nezávislému postoji. Často zde jde i o tutéž všudypřítomnou intersubjektivní problematiku **moci a bezmoci** ve smyslu potvrzování oboustranné tendence po vjemové i myšlenkové identitě (Sandler, 1999). Terapeut se má naučit oscilovat mezi empatií (konkordantní protipřenos) a vnímáním své role coby protějšku (komplementární protipřenos), mezi autentici-

ty a otevřeností na jedné straně a teorií, resp. úsilím zjevované smysluplně organizovat. Optimální přístup by se dal charakterizovat jako postoj nevědění, zájmu a zvědavosti.

5. Interakční proces vyjednávání se týká toho, o čem budeme hovořit, co je důležité a co ne, a toho, jakým způsobem budeme spolu jednat (harmonicky, konfrontativně, s humorem atd.). Je třeba počítat s tím, že obě strany stále něco svými reakcemi posilují, na něco reagují aversí, a něco nechávají stranou (touto interakcí na pozadí principu učení by se měla zabývat KBT). Následkem toho se můžeme více méně nevědomě shodnout na interakci, která produktivně rozvíjí terapeutický proces, či která naopak onen proces brzdí (tzv. společný odpor). Tak např. na počátku terapie umožňuje bezkonfliktní a harmonická interakce otevřenost, později může stát v cestě potřebné konfrontaci. Jde tudíž o to, aby se terapeut zprvu otevřel pro blízkost a posléze otevřel svůj vnitřní vjemový prostor i konfrontaci (např. „uvítal“ negativní přenos na sebe coby pokrok v léčbě pacienta).

6. Vzniká a proměňuje se interpersonální pole, (Altmeyer, 2011; Ermann, 2016; Kunzke, 2011) které má svojí vlastní intersubjektivní existenci. Ta ovlivňuje prožívání i chování obou účastníků a je třeba ji ozřejmit coby **společný** výtvar. Vztahová psychoanalýza (na rozdíl od psychoanalytické teorie objektních vztahů, která se zabývá vztahovými vzorci chování pacienta) to označuje jako „to třetí“, „to mezi“, což je třeba objasnit a uvědomit si, jak to vzniká. Zastánci tohoto pojetí zdůrazňují, že tuto společnou realitu spoluvytváří i psychoterapeut, o čemž by neměl mlčet. Mnohdy to

lze považovat za terapeutický fokus, když přijde pacient např. s otázkou jak dosáhnout vzájemného respektu, blízkosti, důvěry či proč vzniká v terapii i mimo ní atmosféra nedůvěry, distance apod.

7. Podstatnou roli hrají **vzájemné empatické procesy**, internalizace nových interakcí i obrazu o sobě, napojení se na sebe a zkušenost vzájemnosti (sebevzájemnosti – že jsem), rezonance, vytváření nového společného významu (viz předchozí text) a momenty setkání s novou zkušeností (D. Stern, 2007). Terapeut – jako matka s dítětem – je vždy o vývojový krůček dále, kterým dítěti otvírá cestu k další fázi jeho osobnostního růstu.

8. Problémem zůstává **individuální i vzájemné energetické působení**. Zde je možno pomyslet na topické, energetické (ekonomické) a strukturální hledisko v psychoanalýze (Rappaport, 1970), či na jistou nesourodost mezi přístupy zabývajícími se uvolňováním a prouděním energie a přístupy ozřejmující vztahové vzorce chování. Je možno namítnout, že spojnicí obého jsou emocionálně zabarvené vztahové internalizované vzorce, které mají motivující vliv na chování. Jednáme dle individuálního kognitivně-emocionálního konstruktů světa, ve kterém žijeme. Podobným integrativním pojmem týkajícím se cíle psychoterapie je revitalizace vztahů (Chodorow, 2001). Rozličné názory se týkají zdroje psychické energie. Faktem je, že nedostatek energie vzniká následkem chronického stresu, který jde na účet implicitního maladaptivního vztahového vzorce chování, např. s cílem vše perfektně či výborně zvládnout, všemu se přizpůsobit atp. Energetický přístup preferují i japonské a čínské přístupy, jakož i tibetská a indická medicína. Zde bude za-

potřebí mnoho teoretické a integrativní práce.

RESUMÉ

V psychodynamické (včetně psychoanalytické) psychoterapii jde o to, **jak zlomit moc minulosti a otevřít se pro přítomnost a tím i pro budoucnost**. Neurobiologické i psychoterapeutické poznatky a zkušenosti poukazují na fakt, že vzhled bez nové emocionální zkušenosti nevede k podstatné změně. Změna se může udát i bez vědomého náhledu. Vědění o mozkové činnosti poskytuje vědomí o možnostech i hranicích (limitech) změn během psychoterapie. Jedna nepřekročitelná hranice, na kterou poukazují neorovnědci i psychoterapeuti (Orange, 2004) je naše subjektivita, interpersonální zkušenost, dle které posuzujeme naše pacienty a stanovujeme si terapeutické cíle. (Tak je třeba chápat i předložené pojednání). Nezodpovězená je neurofilozofická otázka, zda lze (materialisticky) definovat (chápat) osobnost jako tělesnou a mozkovou činnost (v které panuje determinismus), či zda existuje emergentní duchovní vrstva našeho bytí, ve které panuje svoboda, autopoiese, kreativita a spiritualita.

LITERATURA

- Altmeyer, M. (2011). Soziales Netzwerk Psyche. Versuch einer Standortbestimmung der modernen Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse, Band 27, Heft 2*, s. 107–127.
- Balint, M. (1968). *Primary love and psychoanalytic technique*. Chicago: London Univ. Chic. Press.
- Balint, M. (1968). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bauer, J. (2007). *Warum ich fühle, was du fühlst*. München: Heyne.

- Berndt, Ch. (2015). *Resilienz*. München: DTV.
- Bettighofer, S. (2000). Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bion, W. R. (1977). *Elements of psychoanalysis*. NY: Aronson.
- Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *Psychoanal. Quart.* 59.
- Bowlby, J. (1975). *Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Coldwell, L. (2015). *Stress*. Jim Humble Verlag.
- Ermann, M. (2016). Prozedurale Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung. Übertragung und Enactment aus intersubjektiver Sicht. *Forum der Psychoanalyse*, Band 32, Heft 1.
- Fenichel, O. (1987). *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Frankfurt: Ullstein.
- Ferencí, S. (1964). Weiterer Ausbau der aktiven technik. In: *Bausteine der psychoanalyse*, Band 3. Bern-Stuttgart: Huber.
- Freud, S. (1982). *Studienausgabe*. Band 1–9. Frankfurt: M. Fischer.
- Fromm, E. (1967). *Der Moderne Mensch und seine Zukunft*. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt.
- Grawe, W. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heigl, F.; Heigl-Evers A.; Ott, J. (1997). *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Fischer.
- Heimann, P. (1950). Über die Gegenübertragung. *Forum Psychoanal.* 12, 179–184. 1996.
- Hüther, G. (2009). *Männer. Das schwache Geschlecht und sein Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kandel, E. (2008). *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1985). *Objektbeziehungen und die Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kohut, H. (1973). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Körner, J. (2014). Arbeit „in“ der Übertragung. *Forum der Psychoanalyse*, Heft 4. Heidelberg: Springer.
- Kunzke, D. (2011). Grundlegende Merkmale interpersoneller, intersubjektiver und relationaler Ansätze als Ausdruck aktueller Entwicklungstendenzen in der Psychoanalyse. *Psyche*, Heft 7, 65. Jahrgang, s. 577–616. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Psychoanalyse und Neurowissenschaften*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Löschel, E. (2013). Ringen um psychoanalytische Haltung. *Psyche* 12. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mahler, M. (1972). *Symbiose und Individuation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Maslow, A. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Olten: Walter.
- Mentzos, S. (1991). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mitchell, S. A. (2002). *Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze*. Praha: Triton.
- Mitchell, S. A. (2004). *Vztahová psychoanalýza*. Praha: Triton.
- Orange, D. M. (2004). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Poněšický, J. (2001). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2003). *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2006). *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2008). *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2010). *Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton.
- Quindeau, I. (2008). *Verführung und Begehren. Die psychoanalytische Sexualtheorie nach Freud*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rapaport, D. (1970). *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roth, G. (1997). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Roth, G.; Strübel, N. (2017). *Wie das Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sandler, J.; Sandler A. M. (1999). *Innere Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stammler, F. M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (2007). *Der Gegenwärtmoment*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Streck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sullivan, H. S. (1947). *The interpersonal Theory of Psychiatry*. NY: Norton.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 10. 5. 2018. Revidované znění došlo 30. 8. 2018, k publikaci přijato 5. 9. 2018.

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PSYCHOTERAPIE

Adverse effects of psychotherapy

Lucia Polakovská^a, Zbyněk Vybíral^a

^aKatedra psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;
e-mail: polakovská.lucia@gmail.com; vybiral@fss.muni.cz

Psychoterapie. 12 (2), 115–131; ISSN 1802-3983

Tato studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1024/2016, kterou poskytlo MŠMT.

ABSTRAKT

Kvalitativní explorativní studie zkoumala některé nežádoucí účinky psychoterapie v ČR. Vzorek tvořilo osm respondentů se zkušenostmi z psychoterapie, data byla získána z rozhovorů. Tematickou analýzou jsme identifikovali sedm hlavních témat: negativní efekty vznikající „vrtáním se v sobě“, přenechání zodpovědnosti na terapeutovi / posílení pasivity klienta, negativní reakce vyvolané terapeutem, terapie negativně zasahuje do pracovní/školní oblasti, do vztahů a každodenního života, zkušenost s terapií odrazuje od dalších sezení nebo terapií, terapie nevede ke zlepšení a terapie přispívá k negativnímu sebeobrazu. Výzkum ukázal, že v průběhu psychoterapie se objevují různě vnímané negativní dopady a že je potřeba jejich výskytu a porozumění věnovat pozornost.

Klíčová slova: psychoterapie, negativní účinky, závislost, terapeut, deteriorace

ABSTRACT

This qualitative explorative study is focused on the topic of adverse effects of psy-

chotherapy. The aim was to explore the negative effects in Czech Republic. Individual interviews were conducted with eight participants in order to get the research data. The use of thematic analysis led to identification of seven main themes, which reflect the clients' experience with negative effects: negative effects emerge from intense self-observation; leaving responsibility to therapist reinforces client's passivity; therapist elicits negative reactions in client; therapy causes difficulties at work/school, in social relationships and in everyday life; psychotherapy experience results in rejection of further treatment; therapy does not lead to improvement, and therapy contributes to building a negative self-image. The results of the study indicate that the different negative effects are needed be taken very seriously, and as a topic of further research.

Key words: psychotherapy, negative effects, dependence, therapist, deterioration

ÚVOD

Není pochyb o tom, že psychoterapie funguje a že může mít blahodárné účinky na duševní zdraví člověka (Lambert & Ogles, 2004). Méně pozornosti se dosud věnovalo negativním účinkům psychoterapie. Americká psychologická asociace (2002) ve svých

„Criteria for Evaluating Treatment Guidelines“ zformulovala, že je potřeba zkoumat i vedlejší nebo negativní výsledky, jestliže souvisejí s léčbou. Výzkumníci se proto dnes věnují také zhoršení stavu pacientů, jejich poškození nebo dalším negativním dopadům terapie (Crawford et al., 2016; Vaughan et al., 2014; Barlow, 2010; Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2009). Přičemž zpravidla odlišují mj. mezi krátkodobými nepříjemnými zkušenostmi a prožitky, jež jsou často s psychologickou léčbou spojeny, a přetrvávajícím nežádoucím dopadem psychoterapie (Crawford et al., 2016). K dispozici dnes máme řadu studií, které se zaměřily na vedlejší účinky a negativní dopady specifických druhů psychoterapie, např. vyskytujících se při psychoanalýze mladých dospělých (Werbart et al., 2014) nebo v rámci pomoci poskytované na internetu (Rozenal et al., 2015). Výzkum v České republice je v začátcích; vznikla první studie věnovaná problému předčasného ukončení terapie (Blažková, 2016) a pozornost se obrací k etickým principům psychoterapie (Miovský & Danelová, 2010; Mauzer, 2012; Vybíral, 2012; Vybíral, 2017). Jakubů (2011) se zaměřil na subjektivní vnímání neúspěchu samotnými terapeuty, nebyla však dosud publikována žádná studie založená na klienty uváděných negativních dopadech psychologické léčby.

Negativní účinky po ukončené psychoterapii se týkají 5–10 % klientů (Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995; Swift et al., 2010; Warren et al., 2010; Shimokawa et al., 2010; Saxon et al., 2016; Crawford et al., 2006). Ve srovnání s popisy nežádoucích účinků psychofarmakologické léčby nejsou negativní dopady psychoterapie dostatečně definované. Každý výzkum by však měl mít

operacionalizován klíčový termín „nežádoucí účinky“ (Vaughan et al., 2014).

V souladu s řadou autorů (Hatfield et al., 2009; Swift et al., 2010; Rozenal et al., 2016; Parry et al., 2016) chápeme nežádoucí účinek psychoterapie jako zřetelné zhoršení symptomů spojené s poklesem subjektivně vnímané pohody nebo vedoucí ke snížení schopnosti přiměřeně sociálně



Lucia Polakovská

Absolventka magisterského studia psychologie. Momentálně působí na Katedře psychologie FSS MU v Brně jako doktorská studentka a zároveň částečně pracuje v Centru pro výzkum psychoterapie. Mezi tématy, kterým se věnuje, patří negativní efekty psychoterapie a prožitková změna klientů s psychosomatickými potížemi po podstoupení psychoterapie.

fungovat v jedné či více oblastech života, který se objeví v průběhu nebo jako následek psychoterapie. Tato „základní“ deteriorace psychického nebo psychosomatického stavu je měřitelná monitorovacími dotazníky v průběhu léčby nebo katamnesticky; spíše přehlíženy ovšem zůstávají další, často velmi individuální negativní účinky a zkušenosti (Boettcher et al., 2014).

Klasifikaci vedlejších účinků terapie-

tických intervencí je také potřeba odlišit od situací, kdy klient na léčbu nereaguje (*non-response*), od deteriorace plynoucí z progredování onemocnění, ale i od zřetelné eticky chybné či pochybné léčby (*malpractice*). V naší studii se zaměřujeme na negativní účinky vznikající v průběhu terapie, která, jak předpokládáme, byla vykonávána *bona-fide*. Stranou zůstaly postupy potenciálně škodlivé „samy o sobě“ (Lilienfeld, 2007).

Řada autorů třídí negativní účinky psychologické léčby různě (Linden, 2012; Bystedt et al., 2014; Rozental et al., 2016). Linden (2012) představil originální metodu identifikování nežádoucích účinků (*The unwanted event to adverse treatment reaction [UE-ATR] checklist*). Zdůraznil, že rozpoznání nežádoucího účinku není automaticky důkazem špatné terapie, nicméně jeho rozpoznání terapeutem a následně zvládnutí má přispět k vyšší kvalitě péče. Linden rozlišuje:

- *nežádoucí událost* – jde o jakoukoliv událost, kterou si klient nepřál;
- *reakce na terapii* – jde o reakce vynořující se v průběhu terapie; přičemž tyto reakce mohou být dvojího druhu: a) *nežádoucí reakce na terapii* v případě, kdy terapie je pravděpodobně prováděna správně; b) *reakce na pochybení*, kdy je reakce způsobená nesprávně prováděnou terapií;
- *nereagování na terapii* – jde o nežádoucí jev, protože terapie nevede ke zlepšení;
- *zhoršení onemocnění* – může, ale nemusí být nežádoucí reakcí na terapii; některá z přechodných zhoršení mohou někdy indikovat i žádoucí průběh léčby;
- *samo „riziko terapie“* – spadají sem všechny známé potenciálně škodlivé reakce; klient má právo být o rizicích terapie infor-

mován, přičemž opět zdůrazníme, že některé nežádoucí vedlejší účinky psychologické léčby jsou vlastně nevyhnutelné; nelze si myslet, že psychoterapie bude jen příjemná (Strauss et al., 2012);

- *kontraindikace* – vede vysoce pravděpodobně ke škodlivé reakci v daném individuálním případě.

Lindenově klasifikaci lze vytknout, že nenabízí jasně odlišitelné kategorie. Bystedt et al. (2014) rozdělili negativní dopady psychoterapie konkrétněji, a to na základě výpovědí terapeutů. Rozlišili:

případ, kdy léčba nemá žádný efekt, od deteriorace, samostatně vytkli závislost na psychoterapii a nežádoucí dopad na jiné oblasti života. V rámci naší studie jsme použili dotazník NEQ (Rozental et al., 2016), jejichž autoři dospěli faktorovou analýzou k šesti hlavním faktorům:

Deteriorace v psychoterapii. Jde o zhoršení zdraví nebo duševního stavu klienta, nebo objevení se nových symptomů (např. insomnie, snížení sebevědomí aj.).

Kvalita poskytované psychoterapie. Klient může vnímat psychoterapii jako nekvalitní z řady důvodů. Musíme brát v úvahu: neporozumění terapii (terapeutovi), nízkou důvěru vůči terapii/terapeutovi a nevytvoření blízkého vztahu, nenaplněná očekávání nebo malou motivaci na straně klienta. Jako nekvalitní prožívá klient takovou terapii, která mu „nesedla“. Rovněž Medau et al. (2013) zdůraznila především vztahové deficity, jež snižují kvalitu léčby.

Závislost. Pěstovat závislost na terapii nebo terapeutovi je nežádoucí. Vyšší riziko vzniku závislosti vykazují klienti se závislým osobnostním stylem, omezenou sociální podporou nebo v chronickém stavu

(Berk a Parker, 2009); větší sklon k závislosti vykazují ženy než muži (Parker et al., 2013). Ze strany terapeutů může závislost posilovat „mateřský“ přístup nebo přístup „zachránce“, podsouvající implicitně, že bez terapeuta by si klient neporadil; závislost je přitom často pro klienta nesrozumitelná, nechápe např., jak k ní mohlo v takové míře dojít.

Prožitek stigmatu. Subjektivně prožívané stigma může u klienta vést k pohledu na sebe v „negativním světle“ (Overton a Meidna, 2008). K subjektivní, k sobě vztahované stigmatizaci dochází zpravidla ve stádiích, kdy klient zvnitřňuje stereotypy ve společnosti: o duševních onemocněních, o pacientech s psychickými problémy. Přejímání předsudků může vést k výraznému snížení kvality života. Naopak ti, kteří se rozhodnou pro *coming out*, tj. s duševními problémy se svěří, prožívají stigma většinou lépe (Corrigan et al., 2010).

Zoufání si. Nežádoucí vedlejší účinky mohou souviset s tím, že si klient jasně uvědomuje své těžkosti, že se konfrontuje s obtížemi a získává na ně náhled. To může v některých případech vést ke snížení emoční pohody, až k zoufání si. Řečeno termínem z psychodynamické tradice, klient v léčbě podstupuje riziko ohrožení ega. Dalším druhem zoufání je nenaplnění naděje spojené s psychoterapií; prožitek toho, že mi terapie neprospívá (Strupp, Hadley & Gomes-Schwarz, 1977). Moritz et al. (2015) zjistili, že mezi pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou přibližně každý pátý pacient tvrdil, že ztratil naději spojenou s psychoterapií. 60% z nich tak usoudilo proto, že se jejich stav po absolvované léčbě nezlepšil.

Pocity selhání. Posledním faktorem, kte-

rý identifikovali Rozental et al. (2016) je selhání. Má úzký vztah s faktorem předchozím. Klient, který si prožije, že psychoterapie selhala, má nižší sebevědomí, ztratí důvěru v sebe, má pocit nižší kompetence.

Příčiny negativních dopadů v psychoterapii

V této studii ponecháváme stranou nesprávné chování psychoterapeuta, které je ve zřejmém rozporu s etickými standardy (Strauss et al., 2012); této problematice se hodláme věnovat v budoucnu.

Řada autorů (viz Bystedt et al., 2014; Hersoug et al., 2010; Saxon et al., 2016) se dnes shoduje v tom, že negativní účinek psychoterapie mohou způsobit: nezkušený nebo v dané oblasti léčby nekompetentní terapeut; zhoršující se terapeutický vztah; přehlédnutí somatického onemocnění; emocionální stres, který může terapie plodit; ale také řada externích faktorů jako jsou např. potíže s financováním terapie. Dosud neexistuje průkazný konsenzus nad vztahem mezi určitými osobnostními dispozicemi klientů (např. hraničně organizovaní) a negativními účinky psychoterapií; potenciální vztah se zkoumá (Mohr, 1995) a výsledky jsou doposud nejednoznačné. Saxon et al. (2016) se např. domnívají, že takovým prediktorem je vyšší věk klientů, zatímco jiní výzkumníci zjistili pravý opak (Crawford et al., 2016). Leitner et al. (2012) naznačili, že ve hře může být i aranžmá terapeut – muž a klientka – žena, které podle nich může nejsnáze vést k vedlejším účinkům terapie.

Je možné měřit nežádoucí účinky psychoterapie?

Tomu, jak měřit účinnost psychoterapie, se věnovala pozornost již v historii: (viz

Garfield, Prager & Bergin, 1971; Strupp, Hadley, 1977a). Od zaznamenávání změny terapeutem se přitom přešlo k monitorování změny klientem. Měřit negativní dopady přesto zůstává problematickou součástí výzkumů účinnosti. Shimokawa et al. (2010) např. upozornili na to, že je často obtížné odlišit, zda k negativní změně klientova stavu přispěla psychoterapie, nebo hlavní příčinou byla kupř. patogeneze onemocnění. Ve výzkumech se ukazuje, že dočasná deteriorace může být někdy funkční, jinými slovy, že např. zhoršení některých symptomů i negativní účinky terapie samotné jsou někdy očekávatelné, ale po čase odezní; dokonce právě dočasné zhoršení může vést někdy k hlubší (žádoucí) změně (srov. Dimidjian, Hollon, 2010; Rozental et al., 2015; Schmidt, Carlbring, 2015). Je tedy potřeba dlouhodobého sledování klienta, aby bylo zřejmé, zda se jednalo jen o krátkodobé zhoršení symptomů nebo o dlouhodobě přetrvávající dopad (Bystedt et al., 2014).

V praxi se terapeuti uchylují ke klinickému úsudku, kterým detekují případné zhoršení. Jejich schopnost rozpoznat deterioraci je však velmi často nedostatečná (Hannan et al. 2005); terapeuti v jednom výzkumu neuměli správně identifikovat nejenom mírné, ale ani výrazné zhoršení (šlo o zhoršení o více než 30 bodů v monitorovacím dotazníku OQ-45; viz Hatfield et al., 2009). Bez spolehlivých metod indikujících výrazné změny je klient vystaven riziku dalšího zhoršování.

Náš explorativní kvalitativní výzkum se zaměřil na zkušenosti klientů z terapie, která měla mimo jiné i vedlejší účinky. Výzkumná otázka zněla: „Jaké zkušenosti mají lidé v České republice s negativními účinky psychoterapie?“

METODA

Negativní efekty psychoterapie jsme zkoumali z pohledu klientů, což považujeme ve shodě s dalšími autory (Hardy et al., 2017; Henkelman & Paulson, 2006) za významný zdroj informací. První autorka vedla individuální polostrukturované rozhovory.

Respondenty jsme získali pomocí dotazníku *Negativní účinky psychoterapie* (NEQ; orig.: Rozental et al., 2016). Je určen těm, kdo podstupují nebo v minulosti podstoupili psychoterapii.¹ Není určen pouze pacientům, kteří u sebe zaregistrovali negativní dopady psychoterapie; dotazník může vyplnit každý klient psychoterapie. Při tvorbě překladu do češtiny jsme měli k dispozici čtyři nezávislé překlady dotazníku z angličtiny a k jejich posouzení jsme přizvali dalšího psychoterapeuta; zpětný překlad pracovní verze pak posloužil kontrole s původním zněním; po tomto kroku byla vytvořena finální česká verze NEQ. Dotazník byl šířen pomocí sítě Facebook, na řadě internetových diskusních fórech a na vývěsce Informačního systému Masarykovy univerzity. Dotazník byl inzerován krátkým textem obsahujícím základní informace. Klíčová část textu zněla následovně: „Shromažďujeme zkušenosti lidí, kteří podstoupili psychoterapii, a přesto se jejich fyzický nebo psychický stav zhoršil. Naším cílem je získat od respondentů data, která nám pomohou porozumět lépe potenciálně negativním dopadům psychoterapie.“ Vyplňován byl online. Od dubna

¹ Za psychoterapii považujeme psychoterapeutické sezení u psychologa, psychoterapeuta nebo psychiatra, tedy u odborníka s psychoterapeutickým výcvikem. Pokud šlo o návštěvy psychiatra, naší podmínkou bylo, aby kromě ambulantního vyšetření došlo i k psychoterapeutické léčbě.

do října 2017 začalo dotazník vyplňovat 372 osob, kompletně ho vyplnilo 96 osob. Respondenti měli možnost uvést kontakt pro případ následného rozhovoru; této možnosti využilo 16 osob.

Všechny respondenty, kteří byli ochotni pokračovat rozhovorem, jsme obeslali a nabídli jim možnost podrobněji promluvit



**Zbyněk
Vybíral**

Zakladatel a bývalý šéfredaktor časopisu, přednáší na Katedře psychologie FSS MU. Věnuje se výzkumu nežádoucích účinků psychoterapie. Vyučuje historii i současnost psychoterapie, dějiny psychologie, etiku v psychoterapii a poradenství. V roce 2016 vydal v Portálu knihu Jak se stát dobrým psychoterapeutem a v roce 2017 v Nové besedě knížku Co je nového v psychologii. V minulém ročníku časopisu publikoval stať „Psychoterapeuti chybují I: historický přehled“.

o zkušenostech z psychoterapie. Na naši nabídku zareagovalo 11 osob. Jednoho muže jsme vyřadili, protože na všechny položky sytící negativní dopad v NEQ odpověděl „ne“; jedna respondentka se z rozhovoru omluvila a jeden muž se v e-mailové komunikaci odmlčel. Výzkumu se tedy zúčastnilo 8 respondentů (7 žen a 1 muž) ve věku 24–47 let. Rozhovory se konaly v září až prosinci 2017. Jména jsou fiktivní a některé údaje jsou přibližné; ne všichni respondenti si byli schopni vzpomenout na dél-

ku, rok absolvování nebo druh terapie (viz tabulka č. 1).

V rozhovorech dala první autorka klientům prostor pro volné vyprávění o zkušenostech s psychoterapií. Pokud respondenti zmínili negativní dopady jak v rozhovoru, tak již v dotazníku, bylo cílem rozhovoru získat co nejdetailnější popis takové zkušenosti. V rozhovoru byly probrány také všechny odpovědi „ano“ z NEQ s tím, že respondenti byli vyzváni, aby k dané položce uvedli podrobnosti nebo byli konkrétní. Všechny rozhovory trvaly půl hodiny až hodinu. Všichni respondenti podepsali před rozhovorem informovaný souhlas; v rámci něho jsme je ujistili, že hovořit mohou jen o tom, co považují za vhodné. Protože jsme se rozhodli poskytnout ochranu i zmiňovaným psychoterapeutům, explicitně jsme respondenty požádali, aby nejmenovali terapeuty, k nimž na psychoterapii docházeli.

Rozhovory byly nahrány, přepsány a analyzovány pomocí induktivní tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006). Analýzou rozhovorů jsme dospívali k tématům sémantickým přístupem, v rámci něhož se nehledají „skryté“ významy, ale výzkumník se soustředí na explicitní, zřejmý význam řečeného (Willig, 2014). Při analýze získaných dat jsme postupovali induktivně, aby kódy vycházely přímo z dat, ve kterých jsou témata pevně zakotvená (Braun & Clarke, 2012; Willig, 2014). V rámci analýzy jsme postupovali po jednotlivých krocích tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006). Nejdříve jsme se podrobně obeznámili se získanými texty, podrobně a opakovaně pročítali přepisy. Následujícím krokem byla generace prvotních kódů, které probíhalo simultánně se sběrem dat. Z vytvořených kódů jsme v třetím kroku analýzy dospěli

Tabulka 1: Respondenti

Respondent	Pohlaví	Věk	Rok absolvování psychoterapie (přibližně)	Délka psychoterapie (přibližně)	Druh psychoterapie
Miriam	Ž	47	1997	9 měsíců	Kognitivně-behaviorální terapie
Ema	Ž	24	2012-2014	2 roky	
Dana	Ž	39	2016 (terapie 3)	6 měsíců (terapie 1) 6 měsíců (terapie 2) 1 rok (terapie 3)	Psychoanalýza (terapie 1, 2) Kognitivně-behaviorální terapie (terapie 3)
Nela	Ž	25	2015 – současnost (terapie 2)	14 roků (terapie 1) 2 roky (terapie 2)	Gestalt terapie (terapie 2)
Petra	Ž	26	2007-2011	4 roky	<i>Nespecifikovaná</i>
Lea	Ž	27	2008-2011	2-3 roky	Integrativní psychoterapie zaměřená na tělo
Rita	Ž	28	2016	6 měsíců	Kognitivně-behaviorální terapie
Teo	M	27	2009	5 měsíců	Kognitivně-behaviorální terapie

k prvním tématům, která jsme po následném opětovném čtení transkripce několikrát měnili. Konečný soubor témat byl podroben detailní revizi, abychom se mohli přesvědčit, že jsou jednotlivá témata dobře reprezentovaná zkušenostmi respondentů, a že vytvářejí koherentní model. Dalším krokem bylo nalezení vhodného názvu pro každé téma. Při některých názvech jsme se inspirovali pojmy, které při popisu své zkušenosti použili respondenti.

Pro zvýšení validity výstupů jsme předběžné výsledky elektronicky zaslali všem respondentům. Všichni dostali možnost zkontrolovat to, co jsme z přepisů využili, a seznámit se s naší interpretací. Pět respondentů z 8 analýzu dat odsouhlasilo, 3 se neozvali.

VÝSLEDKY

Na základě tematické analýzy rozhovorů jsme identifikovali sedm oblastí, do kterých jsme mohli „umístit“ zkušenosti klientů s negativními dopady psychoterapie (viz tab. 2).

1. *Negativně prožívané „vrtání se v sobě“*

Klienti popisovali nepříjemné pocity spojené s intenzivní introspekci v terapii slovy jako *babráání se, rýpání se v sobě, hrabání se* nebo *vrtání se*. Klientky si uvědomují, že terapie „to stokrát pročišťuje“ a že zhoršení osobní pohody je dáno tím, „že si uvědomuju věci, který jsem si třeba nechtěla uvědomovat...“ (Nela) nebo které „už jsem měla zazděný“ (Dana). Klientky doma přemýšlejí nad tím, co se „otevřelo“ v terapii

Tabulka 2: Negativní účinky psychoterapie vnímané klienty

Téma	Podtéma	Příklad
Negativní dopady vzniklé „vrtáním se“ v sobě	Prožívání nepříjemných pocitů	„často se mi stávalo, že jsem na tom potom byla ještě hůř“
	Přetrvávající nepříjemné myšlenky	„přišla jsem úplně v klidu, neměla co řešit, a odešla jsem úplně rozhozená, a další dva týdny jsem strávila přemýšlením nad spoustou věcí“
	Zhoršení osobní pohody, zhoršení fyzického nebo psychického stavu	„to není možný, že když jsem takhle dobrovolně z toho chtěla dostat, tak jsem na tom asi ještě hůř nakonec“
Přenechání zodpovědnosti na terapeutovi posiluje klientovu závislost		„neměla jsem takovou potřebu nad tím přemýšlet sama a hledat východiska sama“
Negativní reakce vyvolaná terapeutem	Negativní reakce vyvolaná terapeutovou interpretací nebo komentářem	řekl jsem jí, že jsem to nedělal, tak na mě byla... zlá, najednou přísná hrozně, a jako proč, a to musíte, a, a... opravdu to bylo nepříjemný hrozně“ „no jo, ty první vztahy – bagatelizovala to“ „občas jsem z ní měla dojem, že pokud neřeším něco, co by jí zajímalo, tak mě tak jako utřela“
	Negativní reakce vyvolaná tím, jak se terapeut chová	„napsala jsem jí esemesku a ta esemeska absolutně bez odpovědi“; pocit, že terapeutka neposlouchá; T mluví o jiných klientech
Terapie negativně zasahuje do každodenního života, vztahů, pracovní (školní) oblasti		„do rána jsem jenom ležela na posteli, a nebyla jsem schopná se hnout“; „mluvení s lidmi šlo do háje“
Zkušenost s terapií odrazuje od dalšího sezení (od pokračování v terapii)		„odradilo mě to od další práce“
Terapie nepřináší zlepšení		„nezpůsobilo to, že by zmizela ta deprese“
Terapie přispívá k vytváření negativního sebeobrazu		„problém je ve mně“

a výsledkem může být prožitek hněvu („byla jsem naštvaná, že mě otevřela nějaký šíleností“). V terapii si klientka chtěla pomoci a nyní je jí hůř. Někteří uvádějí, že nespí tak dobře jako před terapií.

Psychoterapie vede u některých klientů k vynoření se událostí a myšlenek, na které by chtěl člověk zapomenout. Zaslouží si pozornost, kdo nepříjemné myšlenky a pocity do terapie přináší a „vrací“. Jak uvedla Lea, „znovu a znovu to nastartovávalo nějaký myšlenky a pocity lítosti a vzpomínky a tak je aktivovalo, který není nutný už furt vytahovat dokola, jo, takže v tomhle to bylo takový, že mě to furt, pořád a pořád připomínalo věci, který vím, že byly, ale vím, že už je nějak nevyřeším (...) Ale terapie mě furt pořád dokola nutila si je připomínat, přesto, že byly neřešitelný.“ (Lea)

Z přetrvávajících negativních prožitků se noří kritika psychoterapie. Taktó ji zformulovala Lea: „Nemyslím si, že to často pomáhá, takový zcitlivování neustále k těm svým bolístkám, ty jako máte vždy... Nemusí se furt dokola otevírat znovu a a furt se do nich sypat ta sůl.“ Jakoby navzdory terapii si klientka připomíná formy pomoci, které jí připadají lepší než psychoterapie: „Někdy je prostě lepší, já nevím, jít si zaběhat.“

Negativní pocity, které přetrvávají po skončení psychoterapie, mohou vyvolat dojem, že odborník nepomohl:

„Jak jsem skončila tu terapii, tak jsem si uvědomila tu svoji chybu, se kterou mi..., necítila jsem nějakou pomoc od té psycholožky, a jako by v tomhle směru jsem na tom byla hůř, předtím jako bych nepřemýšlela nad tím a nějak jsem si ten život žila, a po terapii jsem najednou přemýšlela, co

s tím budu dělat, a nevím, jak z toho ven.“ (Ema)

Řadu nepříjemných prožitků klientů v psychoterapii můžeme označit za nevyhnutelné vedlejší účinky léčebného procesu; např. z psychodynamického hlediska (a nejenom v této tradici) lze uvažovat o jejich funkčnosti či nevyhnutelnosti. Přesto tam, kde klient označí „výsledný“ psychický stav, v němž se ocitl po psychoterapii, jako „horší než před začátkem“, řadíme takové zkušenosti k negativním účinkům.

2. Upadání do závislosti na terapeutovi/terapeutce

Některé klientky vypovídaly o závislosti na psychoterapeutce. Lea závislost prožívala tak, že jí psychoterapeutka „dovolila, ... abych se sama tolik nesnažila, abych si jako by nad tím problémem umyla ruce (...) vlastně to někdo vyřeší za mě.“ Člověk se upíná k terapeutovi a naléhá, aby mu (jí) pomohl. Toto upínání může být velmi intenzivní, jak je vidět z následujícího úryvku:

„Měla jsem pocit jako...musíš mi pomoci, prostě mě musíš pomoci, musíš mě zase říct, co dál, musíš mi zase dát novou myšlenku do hlavy...“ (Rita)

3. Negativní reakce způsobená terapeutových chování (komentáři)

Klienti reagují negativně na to, co podle nich terapeut udělal špatně. Některé chování mu vyčítají. Emu zklamalo, že jí terapeutka neodpověděla na esemesku:

„A postupně jsme se dohodli na tom, že až budu něco chtít, tak ať napíšu (...) tak jsem jí napsala esemesku a ta esemeska absolutně bez odpovědi do teď...já jsem z toho byla

rozhozená, protože ona mi řekla „až bude něco, tak se ozvěte (...), byla jsem strašně zklamaná (...) a naštvalo mě to, protože když něco řeknu, tak to dodržím.“

Teovi se na terapii nechce chodit, protože neplní domácí úkoly a terapeutka to nepřijemně komentuje. Popisuje pocity zahanbení a ponížení, protože psychoterapeut na něho působí jako kontrolující učitel:

„...mně se tam nechtělo chodit, protože ona na mě byla vždycky nepřijemná (...), na jednu stranu to bylo zahanbení a na druhou stranu hněv (...) cítil jsem se zahanbený, trochu ponížený..., jako kdyby byla nějaká učitelka, a já jsem neudělal domácí úkol...“

Zevšeobecňující komentáře terapeutů prožily klientky jako bagatelizaci („no jo, ty první vztahy...“), resp. jako devalvací pocitů. Klientky byly citlivé na zevšeobecňující komentáře („on mi říkal, že to je úplná ptákovina“; Miriam). Klienti prožívají úkorně i prožitky nezájmu. Petra pak měla fantazie o tom, že by terapeutku zaujala jen tehdy, kdyby např. mluvila o sebevraždě, protože na její „blbosti“ terapeutka reaguje tak, že ji to „netankuje“ („To si potom člověk říká: Ty jo, tak já asi řeším fakt kraviny, nebo co.“) Jiná klientka popisuje prožitek viny indukovaný direktivní otázkou („Co tady vlastně ode mě chcete?“); v tu chvíli měla pocit, že se málo snaží.

Za negativní reakci považujeme ztrácení důvěry: „Zmiňovala ostatní pacienty, což byl okamžik, kdy jsem si řekla, ty jo, to je docela blbý, co když takhle mluví o mně? Tady dělá, že ji to hrozně zajímá, a potom se mi vysmívá za zády.“ Úkorně je bráno

doporučení, že by klient měl vyhledat psychiatra. Nela vypověděla, že ji ta poznámka „úplně pohltila“.

4. Terapie negativně zasahuje do každodenního života, poškozují ho, zhoršuje.

Rita popisuje, jak se po dobu terapie stranila lidí; už o svých problémech neříkala kamarádům (řeší si to prostě jinde) – až si uvědomila, jak se izoluje a před druhými nemluví, jak se od druhých „odřízla“. V průběhu terapie dala v práci výpověď a začínala „od nuly“.

„V podstatě tou terapií jsem se práci přestala aktivně věnovat úplně, do té doby jsem třeba [děkala] nějaký home office, když mě bylo hodně jako špatně, anebo jsem se nějak třeba držela bokem, ale pracovala jsem, a tady jsem pak už měla i odpor vůbec pracovat.“ (Rita)

Ema měla v době, kdy chodila na terapii, pocit, že nestíhá: najednou měla další povinnost. Navíc se musela stále vymlouvat, kam odchází ze školy. I Petra uvedla, že řešení „psychologických problémů“ ji zatěžovalo tak, že na školní problémy nezbyvala motivace. V psychických problémech klientovi pomáhá psychoterapie, ale v práci nebo ve škole si připadají neschopné.

5. Zkušenost s terapií odrazuje od dalšího sezení

Nežádoucím účinkem je to, že klient začíná hledat výmluvy, proč na další sezení nejít, jak se omluvit, jaký důvod najít, aby nemusel v psychoterapii pokračovat. Pod vlivem nepřijemných prožitků se mu nechce na terapii docházet. Jsou to „subjektivní“ důvody, jak si uvědomoval Teo. O subjektivním podílu na negativní reakci hovořila Petra:

„...to tak jako demotivuje, člověk ztratí chuť, nebo já, já prostě taková jsem, že se mi často stane, že prostě po jedné zkušenosti vždycky uzavřu, že jako ne.“

Klienti zažívají ztrátu smyslu psychoterapie; Dana uvedla: „Když jsem se té terapie neúčastnila, tak jsem měla jako víc, víc klidu.“ Další klientka, nespokojená s psychoterapií, uvedla:

„Možná mě to odradilo i od nějaké další práce s nějakým školitelem, že jsem si od té doby opravdu radši řešila věci samostudiem literatury a introspekci a podobně (...), obvykle se pokládá za dobré, když vám to někdo vysvětlí a dozoruje vás, [ale] mě to tak vyplašilo, že už jsem si prostě řekla, že ne.“ (Miriam)

6. Prožitky, že terapie nevede k žádnému zlepšení (prožitky zklamání)

Klienti hovořili o tom, že se v terapii nelepšili. Někdy byli v hodnocení skeptičtí až radikálně.

„Uvědomila jsem si, že to je úplně k ničemu, mám velké problémy, které si myslím, že řeším tím, že chodím na tu terapii, a oni se vůbec neřešily,“ uvedla Nela. Uvádí, že si nic neodnášela ze sezení. Ano, je s to připustit, že to byla také její chyba. Terapie jí však připadala jako „popovídání s babičkou“. Sítilo přesvědčení, že terapii ztrácí čas.

Pocit vyjádřený totožnými slovy „k ničemu to nevede“ uvedly Rita, Petra a Lea; Miriam terapie „nic nedala“, Dana uvedla, že terapie pro ni „neměla konkrétní přínos“, že vše bylo „úplně bez efektu“, proto psychoterapii sama ukončila.

Uvedla, že v jejím případě skupinová psychoterapie nebyla správně indikovaná:

„Já jsem od toho čekala zlepšení psychického stavu, což toto nezpůsobilo, k nějakým traumatům jsme se dobrali, ale vlastně to nezpůsobilo ten efekt, že by zmizela ta deprese, já (...) ty léky beru doteď na tu depresi. [O terapii:] tam ty přínosy nebyly podle mě vůbec žádné, protože to byla skupinová terapie, na můj případ podle mě asi vůbec to nemělo jako žádný efekt.“ (Dana)

Miriam nebyla spokojená s průběhem psychoterapie:

„Ta psychoterapie mi nakonec ani nic nedala, protože pokud já tam jenom něco vyprávím (...) a je to bez zpětné vazby, tak to nemá vůbec v podstatě žádný smysl.“

Psychoterapie, kterou klient prožívá tak, že „k ničemu nevede“, může vést např. k uzavření klienta do sebe, k tomu, že hledá sám v sobě, co dělá při psychoterapii špatně.

„Uvědomila jsem si, že to nikam moc nevede, že se vůbec neposouvá, to, kvůli čemu jsem tam šla, že naopak se v tom jako by zapouzdřuju (...) To byl takový úplně obrat, kdy jsem si uvědomila, že tohle nechci dělat, protože to k ničemu není.“ (Lea).

Klienti hodnotí psychoterapii také s odstupem, a jsou někdy příkří:

„Když už jsem to pak zhodnotila po dvou letech, když jsem skončila, tak jsem si to pak jako rekapitulovala, jak jsem byla na začátku a jak jsem teď, a tam nebyl žádný jako posun (...) necítila jsem nějakou pomoc od té psychologičky.“ (Lea)

7. Posilování negativního sebeobrazu jakožto negativní účinek psychoterapie

Klientka si říká, že musí být něco špatného na ní, když právě jí terapie nepomůže („když ostatním pomůže, třeba já jsem divná“ uvedla Ema. Ukazuje se, že je časté klientovo hledání chyby v sobě („připadala jsem si neschopná“). Petra uvedla:

„...asi je problém ve mně, že to neříkám dostatečně jako jasně a že nemám dostatečný vyjadřovací schopnosti.“

Výhrada Miriam zněla následovně: „Jediný negativní efekt byl v tom, že byly snižovány moje kompetence, tak nějak opravdu jsem si připadala jako blbec.“ Také Petra se trápila pochybnostmi, jestli není chyba v ní; „terapeutům [jsem] říkala, že... mi to moc nic nedává, že úplně nevím, jestli je to jako mnou, jestli je někde chyba ve mně, nebo co.“

Negativní sebeobraz doprovázelo v jednom případě sebelitování: „Byla jsem v takovém skoro až sebelitostivém stavu,“ popsala negativní účinky psychoterapie Lea.

DISKUSE

Jak ukazují výpovědi respondentů této naší studie, nežádoucí účinky psychoterapie jsou úzce spojeny s prožíváním nepříjemných emocí. V rámci psychoterapie dochází k **intenzivnímu emočnímu prožívání** a psychoterapeut má citlivě klienta doprovázet i „určit“ přiměřený čas pro práci s intenzivními emocemi. Carrier a Greenberg (2010) jsou toho názoru, že vyjadřování silných emocí klientem by nemělo optimálně překročit jednu čtvrtinu sezení, jinak může terapie přispívat ke zhoršování psychického stavu. Bystedt a jeho tým (2014), který

zkoumal negativní účinky psychoterapie z pohledu terapeutů, formuloval **prožitky dyskomfortu**, jež mohou vést ke krátkodobým negativním dopadům. Klienti, kteří nejsou připraveni na „nával“ emocí, častěji ukončují psychoterapii. V našem souboru si některé klientky uvědomovaly, že nebyly připraveny otevírat nová témata, ani na intenzivní prožitky, které s tím souvisejí. Na druhou stranu je třeba připomenout, že někteří klienti, kteří v terapii prožijí pláč, hněv, úzkost, nemusejí terapii hodnotit negativně nebo jako neúčinnou. Ladwig et al. (2014) zjistili, že negativní hodnocení terapie je často nezávislé na úspěšnosti nebo neúspěšnosti léčení symptomů.

Dalším problémem je prožitek **role pasivního klienta**, resp. identifikace s touto rolí. Pokud terapeut závislost posiluje nebo ji nekoriguje, ohrožuje to žádoucí změnu klienta v psychoterapii označovanou někdy jako fáze aktivity (*action*) – viz např. Norcross, Krebs a Prochaska (2010). V této fázi psychoterapeutického procesu má docházet k převzetí zodpovědnosti a k aktivnímu modifikování toho, jak se klient chová. Řada klientů se do fáze vlastní aktivity nedostane a pasivitu zažívá negativně. Může to být často problém nedostatečně dlouhých nebo předčasně ukončených, ale také dlouhodobých, málo strukturovaných terapií; srov. Levenson, 2017.

Při reflexi negativních dopadů psychoterapie klienti v našem souboru vnímali jako **klíčový faktor terapeuta**, resp. terapeuta. Je nutné brát v potaz, že klienti mohou být výjimečně citliví na znevažující komentáře a na subjektivně „odečítaný“ projev nezájmu. Miriam kvůli nevhodné poznámce ukončila terapii. Slovní komentáře terapeuta mohou být zdrojem stresu.

Osobnost terapeuta je součástí léčby a nežádoucí vedlejší účinky mohou vycházet z jeho, po staru řečeno *protipřenosové* části osobnosti (Gregurek, 2009; Vybíral, 2017).

Řada výpovědí nás přivádí k dnes vzdvihovanému faktoru „matchingu“ – toho, jestli a jak dobře si klient s terapeutem „sednou“. Např. styl práce, který je direktivnější a „přísnější“, nemusí každému vyhovovat; Teo se cítil jako žák vztahující se k učitelce. Nilsson et al. (2007) uvádějí výpověď klienta, který sezení v kognitivně behaviorální terapii (dále KBT) přirovnával k vyučovací hodině. Také Ladwig et al. (2014) nebo Hardy et al. (2017) obracejí pozornost k tomu, že klientům KBT nemusejí vyhovovat všechny intervence. Klienti psychodynamických terapií si zase někdy stěžují na to, že terapeut s nimi stále rozebírá minulost. Intervence, které si klient nepřeje, identifikovali Hardy a jeho tým (2017) jako jeden z rizikových faktorů vzniku nežádoucích účinků psychoterapie.

Negativní dopad nevhodného terapeutova komentáře zařadili autoři dotazníku INEP do kategorie **nesprávná terapeutická praxe** (*therapeutic malpractice*) (Ladwig et al., 2014). Vhodnost či nevhodnost poznámky nebo interpretace je samozřejmě sporná; je triviální připomínat, že terapeut ji může mít promyšlenou a že může věřit v to, že nejenže poznámkou neublíží, ale naopak pomůže; klient ji může naopak vnímat jako devalvující.

Většina klientů v našem souboru nabyla dojmu, že terapie není účinná. V Rozen-talové (2016) dotazníku schází položka, která by zachytila klientův dojem, že nebylo dosaženo žádného efektu v léčbě. V jiných výzkumech se však s takovým dojmem a klientovým závěrem počítá (Bystedt et al.,

2014; Linden, 2012). Jistě je diskutabilní, jak chápat neúčinnou terapii z pohledu klientů. V každém případě se ukazuje, že klienti se na účinnost (efektivitu) zaměřují a terapii takto posuzují. Na psychoterapeuta se přece obrátili proto, aby se jejich stav zlepšil. Při analýze terapií, jež nevedly ke zlepšení, formulovali nedávno Werbart et al. (2014) kategorii „nedochází k žádnému pokroku navzdory vynaloženému úsilí“. I s touto možností je potřeba počítat: terapeut či terapeutka dělají, co dovedou, v psychoterapii vedené *bona fide*, přesto se klient nelepší. A co víc: některý klient se cítí „být na tom“ hůř. Není tomu přitom tak, že by klienti vždy nevěděli, co měl terapeut dělat. Z výzkumu Nilssona et al. (2007) víme, že si nespokojení klienti přáli důkladnější terapii, která by zašla více do hloubky. Také v našem souboru pojmenovaly Nela a Ema nespokojenost s povrchností terapie.

V průkopnické studii založené na zkušenostech klientů označil Elliot (1985) jako nápomocné ty momenty v psychoterapii, ve kterých dochází k **objasnění a vyřešení** problému. Neřešení hlavního problému vede klienty k ukončování terapie, jak ukázal také první podobný průzkum uskutečněný v ČR (Blažková, 2016). Pokud se symptomy nelepší nebo dokonce se zhoršují, proč by měl klient v terapii pokračovat, ptají se výzkumníci nad výpověďmi klientů (srov. výzkum: Simon et al., 2012).

Jak také může vypadat negativní dopad psychoterapie, ukázali Ladwig et al. (2014) na příkladu klienta, kterému se díky terapii podařilo zmírnit depresivní symptomy, ale zároveň začal mít více konfliktů s rodinou a přáteli, protože se naučil vyjadřovat své potřeby a stát si za svým. Podobnou zkušenost prožila v našem souboru Petra; Ritě

se interpersonální vztahy zhoršily, protože se začala izolovat od druhých.

Prožitky nespokojenosti s terapií vedou k poklesu motivace docházet na sezení nebo vyhledat jinou, novou terapii. Klienti zkušenost často zevšeobecní: psychoterapie je zbytečná, nikam nevede, nemá smysl na ni chodit. Ztráta přisuzovaného smyslu (Blažková, 2016) nebo dříve identifikovaná ztráta naděje spojená s psychoterapií (Strupp et al., 1977) mohou vyvolávat i prožitky **vlastního selhání**. Za potenciálně devastující můžeme označit takové **změněné vnímání sebe sama**, které se projevuje vyčítáním a sebe-obviňováním, že za neúspěšnou nebo neúčinnou terapii může sám klient. Rozental (2016) zvolil pro podobné prožitky termín **zoufání si**. Je jistě nežádoucí, aby se po psychoterapii cítil klient **méně kompetentní**.

Limity výzkumu

Limitem studie je velikost souboru. Protože lze předpokládat širokou heterogenitu zkušeností klientů, bylo by záhodno kontaktovat a vést rozhovory s větším počtem respondentů (Ritchie & Lewis, 2014). Díky použití NEQ „ve veřejném prostoru“, kdy měl možnost dotazník vyplnit kdokoli se zkušeností s psychoterapií v ČR, jsme se pokusili hledat „nežádoucí dopady“ napříč různými případy a různými psychoterapiemi. Řada výzkumníků se shoduje v tom, že je v této oblasti komplikované získávat data (srov. např.: Henkelman a Paulson, 2006). Lidé s negativní zkušeností z psychoterapie se o ní často zdráhají mluvit; naproti tomu ochotně spolupracující respondenti mohou mít různé motivace k tomu, proč o terapii, která jim, dle jejich vlastních slov, nic nedala nebo jim stav zhoršila, mluví. Limitem

je i samotný fakt retrospektivního zkoumání. Jsme si vědomi toho, že vzpomínky mohou být nejenom rekonstruovány, ale i konstruovány, a že obsahy paměti podléhají distorzím (Schacter et al., 2003).

Za limit studie považujeme i poměr žen a mužů (7:1), třebaže poměr odpovídá tomu, že přibližně 85% dotazníků vyplnily ženy. Po ukončení tematické analýzy jsme zpracování rozhovorů zaslali všem respondentům (z nich dva vyjádřili explicitní souhlas; pět nereagovalo); přínosné pro validitu výsledků by byly nové rozhovory s nimi. Jakkoliv se první autorka ptala i na jiné události (nikoliv nutně na psychoterapii), které mohly ovlivnit subjektivně prožitý negativní účinek, uvědomujeme si, že důkladnějšími rozhovory by bylo možné objevit další souvislosti.

Implikace pro praxi a další výzkum

Zatímco uživatel léků musí mít přístup ke všem důležitým údajům týkajícím se rizik (Zákon č. 378/2007 Sb.), tak i ten, kdo podstupuje psychoterapii, má mít právo vědět o vedlejších účincích. Systematické monitorování pokroku v terapii není u nás běžně rozšířeno, přestože se ví, že samotné sledování progresu může mít léčebný efekt. Naše studie ukazuje, že by terapeut měl věnovat pozornost jakýmkoliv odchylkám od očekávaného průběhu psychologické léčby, každým zklamáním a každé nespokojenosti klientů. K tomu může sloužit i širší využití NEQ (Rozental, 2016); ve sběru dat dále pokračujeme. Zůstává otázkou, zda může být užitečné – a pro klienta ve svém důsledku prospěšné – pokud by terapeut povzbuzoval klienty, aby o případných negativních zážitcích otevřeně mluvili.

Před námi je také výzkum zkušeností psychoterapeutů a jejich pohledů na momenty, kdy se terapie nedaří nebo se nezdařila. Uvědomujeme si, že podnikáme první pokusy směřující k otevření diskuse nad nežádoucími a vedlejšími dopady psychoterapie prováděné terapeuty v České republice. Rádi bychom věřili tomu, že mimo jiné i tímto prvním pokusem povzbudíme jak klienty, tak také terapeuty, aby se do diskusí, reflexí a výzkumů zapojili. Věříme, že zabývání se „odvrácenou stranou psychoterapie“ povede k jejímu lepšímu, kvalitnějšímu poskytování.

LITERATURA

- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052–1059. doi:10.1037/0003-066x.57.12.1052.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13–20. doi:10.1037/a0015643.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The Elephant on the Couch: Side-Effects of Psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794. doi: 10.1080/00048670903107559.
- Blažková, A. (2016). *Předčasně ukončení terapie z pohledu klienta*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno, Czechia. Retrieved from https://is.muni.cz/auth/th/429232/fss_m_b1/Blazkova__Predcasne_ukonceni_terapie_z_pohledu_klienta.pdf.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using the matic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' Perspectives on Negative Effects of Psychological Treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319–331. doi:10.1080/16506073.2014.939593.
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 190–199. doi: 10.1037/a0018401.
- Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., . . . Rüsich, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 259–275. doi:10.1002/jcop.20363.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., ... & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265. doi: 10.1192/bjp.bp.114.162628.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307–322. doi:10.1037/0022-0167.32.3.307.
- Garfield, S. L., Prager, R. A., & Bergin, A. E. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 307–313. doi:10.1037/h0031962.
- Gregurek, R. (2009). Side effects of psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 129–129. Retrieved from <http://hrcaak.srce.hr/32805>.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. doi:10.1002/jclp.20108.
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., ... & Parry, G. D. (2017). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1–12. doi:10.1080/10503307.2017.1393575.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? an investigation of the rapists' ability to detect negative client chan-

- ge. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 17 (1) doi:10.1002/cpp.656.
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 139–150. doi: 10.1080/09515070600788303.
- Hersoug, A. G., Hřglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 145–159. doi:10.1348/147608309x471497.
- Jakubů, J. (2011). Nezdar v psychoterapii. Jak psychoterapeuti prožívají a zvládají nezdar v psychoterapii (výsledky výzkumu). *Psychotherapie* 5 (3–4), 152–167.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252–263. doi:10.1159/000367928.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, NY: Wiley.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., & Schnyder, U. (2012). Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95–105. doi:10.1007/s10879-012-9215-.
- Levenson, H. (2017). *Brief dynamic therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on *Psychological Science*, 2(1), 53–70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x.
- Limesurvey GmbH. / LimeSurvey: An Open Source survey tool /LimeSurvey GmbH, Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>.
- Linden, M. (2012). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286–296. doi:10.1002/cpp.1765.
- Mauer, M. (2012). Autonomie pacienta v psychoterapii z pohledu etiky. *Psychotherapie*, 6 (2), 82–91.
- Medau, I., Jox, R. J., & Reiter-Theil, S. (2013). How psychotherapists handle treatment errors – an ethical analysis. *BMC Medical Ethics*, 14(1). doi:10.1186/1472-6939-14-50.
- Miovský, M. & Danelová, E. (2010). Etické aspekty psychoterapeutické práce. In: Vybíral, Z. & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1–27. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x.
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., . . . Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61–66. doi:10.1016/j.jocrd.2015.02.002.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553–566. doi:10.1080/10503300601139988.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2010). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. doi:10.1002/jclp.20758.
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143–151. doi: 10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x.
- Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Research*, 206(2–3), 293–301. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.026.

- Ritchie, J., & Lewis, J. (2014). *Qualitative research practice a guide for social science students and researchers*. London: SAGE.
- Rozental A, Kottorp A, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. (2016). Negative Effects of Psychological Treatments: An Exploratory Factor Analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. *PLoS ONE 11*(6): e0157503. doi:10.1371/ journal.pone.0157503.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(3), 223–236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033.
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(2), 160–177. doi:10.1037/ ccp0000158.
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2016). The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24* (3), 575–588. doi: 10.1002/cpp.2028.
- Schacter, D. L., Chiao, J. Y., & Mitchell, J. P. (2003). The Seven Sins of Memory: Implications for Self. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1001*(1), 226–239. doi:10.1196/annals.1279.012.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 298–311. doi:10.1037/a0019247.
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is Dropout After a First Psychotherapy Visit Always a Bad Outcome? *Psychiatric Services, 63*(7), 705–707. doi:10.1176/appi.ps.201100309.
- Strauss, B., Linden, M., Haupt, M.-L., Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlenentwicklungen. *Psychotherapeut, 57*, 385–394.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist, 32*, 187–196.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: Aronson.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Heath, C. J., Herbert, G. L., & Levine, J. C. (2010). Applications of the psychotherapy phase model to clinically significant deterioration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(2), 235–248. doi:10.1037/a0019787.
- Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., & Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Comprehensive Psychiatry, 55*(4), 849–855. doi:10.1016/j.comppsy.2014.01.001.
- Vybíral, Z. (2012). O etice inzerování. *Psychotherapie, 6* (2), 82–91.
- Vybíral, Z. (2017). Psychotherapeuti chybují I: historický přehled. *Psychotherapie. 11* (3), 178–189
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144–155. doi:10.1037/a0018544.
- Werbart, A., Below, C. V., Brun, J., & Gunnarsdottir, H. (2014). “Spinning ones wheels”: Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research, 25*(5), 546–564. doi:10.1080/10503307.2014.989291.
- Willig, C. (2014). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Maidenhead: Open University Press.
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů: zákon o léčivech.

TERAPEUTICKÝ VZTAH JAKO VÝZNAMNÁ KOMPONENTA PSYCHOTERAPIE

Therapeutic relationship as an important component of psychotherapy

Petra Vondráčková

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, CZ; e-mail: vondrackovapetraa@gmail.com

Psychoterapie. 12 (2), 132–145; ISSN 1802-3983

Studie vznikla díky institucionální podpoře Univerzity Karlovy v Praze v rámci programu Progres No. Q06/LF1.

This article was supported by the Institutional support program Progres No. Q06/LF1.

ABSTRAKT

Terapeutický vztah je jednou z neefektivnějších komponent psychoterapeutické péče. Výzkumy ukazují, že faktory s ním spojené korelují s výsledkem psychoterapie mnohem více než to, jaké specializované psychoterapeutické intervence jsou používány. Každý psychoterapeutický vztah je bez ohledu na teoretické zaměření terapeuta tvořen třemi komponentami: pracovní aliancí, přenosovým a protipřenosovým vztahem a reálným vztahem. Cílem případové studie je popsat psychoterapeutickou práci s klientkou s hraniční strukturou osobnosti z pohledu terapeutického vztahu a jeho tří komponent (pracovní aliance, přenosového a protipřenosového vztahu a reálného vztahu). Hlavním tématem psychoterapeutických sezení byly vztahy s blízkými lidmi, včetně terapeutického vztahu. Blízké vztahy měly zároveň velkou zásluhu na její postupné stabilizaci. Terapeutický vztah je jednou ze základních komponent efek-

tivity léčby především u osob s vážnější psychopatií a narušenou schopností mezilidské vztahovosti.

Klíčová slova: psychoterapeutický vztah, přenos, protipřenos, pracovní aliance, reálný vztah

ABSTRACT

The therapeutic relationship is one of the basic and most effective components of psychotherapeutic treatment. Research shows that the factors associated with it correlate with the outcome of psychotherapy much more than what kind a specialized intervention therapist uses in psychotherapy. Each psychotherapeutic relationship, regardless of the theoretical focus of the psychotherapist, consists of three basic components: working alliance, transference and counter-transference, and real relationship. The aim of this case study is to describe a long-term psychotherapeutic work with a client with a borderline personality from the therapeutic relationship point of view and its three basic components. The main topic of the psychotherapeutic sessions was the relationships with loved ones, including the therapeutic relationship. Close relationships also significantly influenced her gradual

stabilization. The therapeutic relationship is one of the basic components of treatment effectiveness. It is particularly important for people with more serious psychopathology and impaired interpersonal skills.

Key words: psychotherapeutic relationship, transference, counter-transference, working alliance, real relationship

1. ÚVOD

Mezilidský vztah má pro fungování člověka klíčový význam. Člověk je naroden do vztahu a prostřednictvím vztahu s blízkou osobou se stává člověkem (Clarkson, 2009). V rámci pečujícího vztahu si člověk osvojuje zkušenosti a dovednosti, které jsou klíčové pro kvalitu jeho budoucího fungování (vztah k sobě, k druhým lidem a ke světu, schopnost regulace emocí). Důležitost raného vztahu mezi pečující osobou byla podrobně zmapována některými teoretickými koncepty: například teorie dost dobré matky (Winnicott, 1986), teorie vztahové vazby (Bowlby, 2010) nebo vývojová teorie Margaret Mahlerové (Mahler, 1979).

Terapeutický vztah je jednou ze základních a nejefektivnějších komponent psychotherapeutické péče. Výzkumy ukazují, že terapeutický vztah a faktory s ním spojené korelují s výsledkem psychoterapie mnohem více než to, jaké specializované intervence terapeut v rámci psychoterapie používá (Lambert & Barley, 2001). Norcross (2011) zařazuje mezi výzkumně podložené efektivní elementy terapeutického vztahu na straně terapeuta alianci v individuální, rodinné a párové terapii a v terapii s dětmi a adolescenty, kohezi ve skupinové terapii, empatii, společné stano-

vení cílů a spolupráce, pozitivní ocenění a ujištění, kongruenci, získání zpětné vazby od klienta, opravení narušené aliance a práce s protipřenosem.



Petra Vondráčková

PhDr., Ph.D. Je klinická psycholožka a psychotherapeutka, která pracuje v psychologické ambulanci a externě přednáší na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Kahn (2001) uvádí, že jeden z důvodů, proč má vztah mezi terapeutem a klientem takový potenciál, je to, že jde o jediný vztah v klientově životě, který se aktuálně děje v rámci psychotherapeutického sezení, zatímco ostatní vztahy v klientově životě jsou vždy trochu vzdálené. V rámci tohoto terapeutického vztahu pak může klient zažít korektivní zkušenost blízkého mezilidského vztahu a v bezpečném prostředí prozkoumat své problémy, získat zpětnou vazbu od terapeuta a osvojit si nové zkušenosti a dovednosti ve vztahu k sobě a druhým lidem (Bohart & Tallman, 1999; Wallin, 2007). Terapeutický vztah se svými charakteristikami v některých ohledech podobá vztahové vazbě, kterou si dítě vytváří v raném dětství k pečující osobě a jako dospělý k blízkým lidem kolem sebe. Tera-

peut obvykle bývá pro klienta jistou a bezpečnou základnou umožňující sebeexploraci jeho bolestivých emocí, vzpomínek, destruktivních obranných mechanismů nebo maladaptivních myšlenek a chování. Klient u terapeuta hledá podporu, ochranu a útěchu ve stresových situacích. V rámci terapeutického vztahu klient s terapeutem zažívá mezilidskou blízkost a případně separační úzkosti z představy náhlého ukončení tohoto vztahu (Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011; Mallinckrodt, 2010; Mikulincer & Shaver, 2007). Podle Bowlbyho (2010) v blízkém vztahu s rodiči a později s dalšími významnými lidmi si člověk osvojí tzv. vnitřní pracovní model o tom, jak funguje on samotný, svět a lidé kolem něj. V rámci psychoterapeutického vztahu si pak člověk jeho dysfunkční části opravuje do adaptivnější podoby.

Podle Gelsa a Cartera (1994) je každý psychoterapeutický a poradenský vztah bez ohledu na teoretické zaměření psychoterapeuta tvořen třemi základními komponentami: pracovní aliancí, přenosovým a protipřenosovým vztahem a reálným vztahem.

1.1. PRACOVNÍ ALIANCE

Pracovní aliance je definována jako klientova schopnost využít rozumnou, zdravou část svého já a terapeutova terapeutizujícího já za účelem splnění terapeutických úkolů (Gelso & Carter, 1994; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Její síla je dána třemi základními komponentami: tím, do jaké míry klient a terapeut souhlasí s cíli jejich společné práce, způsoby jejich dosažení a jak zažívají vzájemné emociální pouto založené na důvěře, respektu a na vzájemné úctě mezi sebou (Bordin, 1979). Pracovní aliance se vyskytuje univerzálně

ve všech psychoterapeutických směrech. Ty se jen liší tím, na jaké komponenty kladou důraz. Gelso a Carter (1994) uvádí, že síla pracovní aliance na začátku léčby koreluje s její efektivitou na konci léčby. Pracovní aliance je obvykle na pozadí psychoterapeutického procesu a vystupuje do popředí v krizových situacích. Síla pracovní aliance se často mění v rámci sezení i mezi nimi v důsledku jejího narušení. Podle Safrana a Murana (1996) tato narušení vznikají v důsledku komunikačních nedorozumění mezi terapeutem a klientem (klientových pocitů v důsledku nedorozumění, kritizování, odmítnutí terapeutem nebo klientova naštvání či oddálení v důsledku neuspokojení potřeb, přání a fantazií v rámci terapie). Tato narušení jsou běžnou součástí terapeutického procesu a jsou spojena s dobrými léčebnými výsledky za podmínky, že jsou terapeutem reflektovány a opraveny (Horvath et al., 2011).

1.2. PŘENOSOVÝ A PROTIPŘENOSOVÝ VZTAH

Koncepce přenosového vztahu prošla od dob Sigmunda Freuda několika revizemi. Novodobější širší pojetí přenosového vztahu dle vztahových analytiků definuje přenosový vztah jako nevědomé rigidní chování klienta na aktuální terapeutovo chování v důsledku jeho selektivní pozornosti a citlivosti, s jakou obvykle vnímá vztahy ve svém okolí (Mitchell & Blacková, 1999). Gelso and Carter (1994) popisují tzv. předformovaný přenosový vztah v raných fázích terapie, který vychází hlavně z klientových představ o terapeutech a osobách v autoritativních pozicích. Podle Mertona a Gilla (1984) leží hlavní význam přenosového vztahu v tom, že klient má mož-

nost znovu prožít staré pocity a očekávání s jinými přiměřenějšími reakcemi terapeuta. Protipřenos lze definovat jako nevědomé reakce terapeuta na klientovo chování a materiál, který do terapie přináší (Gelso & Carter, 1994). Clarkson (2009) rozlišuje proaktivní a reaktivní protipřenos. Proaktivní protipřenos zahrnuje původní pojetí protipřenosu, které spočívá v tom, že terapeutovy reakce na klientovo chování jsou ovlivněny jeho vlastními nevyřešenými konflikty a problémy. Reaktivní protipřenos zahrnuje terapeutovy reakce na klientovo chování, případně jeho neuvědomované prožitky v rámci terapie. Zatímco proaktivní protipřenos může ohrozit průběh psycho-terapie a je žádoucí, aby si ho terapeut byl vědom a pracoval s ním, sledování reaktivního protipřenosu může obohatit terapeutický proces tím, že se do pozornosti dostanou neuvědomované prožitky klienta nebo lidí z jeho okolí. Přenosový a protipřenosový vztah se objevuje fakticky v rámci každého psychotherapeutického procesu. Záleží však na teoretickém zázemí terapeuta, zda s ním bude systematicky pracovat, nebo zda mu bude věnovat méně pozornosti (Gelso & Carter, 1994).

1.3. REÁLNÝ VZTAH

Reálný vztah se vztahuje k dimenzi terapeutického vztahu, která je bez přítomnosti přenosu a protipřenosu. Terapeut a klient se vnímají realisticky. Gelso (2009) rozlišuje dvě základní charakteristiky reálného vztahu: opravdovost a realismus. Opravdovost definuje jako schopnost být ve vztahu opravdový, autentický, otevřený. Zahrnuje bezprostřednost (schopnost být tady a teď), intimitu (vzájemnou empatii a přijetí) a afektivní autenticitu (vyhnutí se klamu

a sebeklamu). Realismus definuje jako vnímání a zažívání druhého způsobem, který je mu vlastní. Tím, jak se terapeut a klient více poznávají, se reálný vztah v průběhu terapie prohlubuje a na konci terapeutického procesu by v ideálním případě měl na sezeních převažovat (Gelso & Carter, 1994). Reálný vztah je také přítomný v každém terapeutickém vztahu a v rámci jeho procesu se liší v intenzitě, v míře, v jaké se aktuálně vnímají terapeut a klient realisticky. Čím silnější tato komponenta ve vztahu je, tím je psychotherapeutický proces efektivnější. Cílem každé terapie je směřovat k tomu, že reálný vztah bude během sezení převažovat.

2. PŘÍPADOVÁ STUDIE

V následující případové studii psychotherapeutické léčby Hany bude ilustrováno, jak psychotherapeutický vztah hrál významnou roli v léčebném procesu. Hanu jsem měla v psychotherapeutické péči s několika měsíčními přestávkami sedm let. Zpočátku docházela jednou týdně, po několika letech jsme frekvenci sezení zvolnily na jednou za dva týdny, ke konci terapie jsme se vídali jednou měsíčně.

2.1. PRVNÍ SEZENÍ

Na první sezení Hanu objednala její matka. Osmnáctiletá Hana ke mně dorazila s 20minutovým zpožděním. Byla doporučena do léčby svojí psychiatrickou pro problémy se sebepoškozováním. Hana se začala sebepoškozovat v 15 letech. Nejprve se řezala žiletkou, později přidávala i alkohol a nadužívání léků, které měla doma předepsané od psychiatrů. Když se necítila dobře, vzala si několik NeuroLů nebo Rivotrilů najednou. Ze začátku si ublí-

žovala každý den, někdy i vícekrát denně. Těšila se na okamžik, až přijde domů ze školy a bude si moci ublížit. Aktuálně se poškozuje jednou měsíčně v situacích, kdy se necítí dobře. Nejčastějšími důvody jsou pocity samoty a úzkosti, které sebepoškozováním ztrácí intenzitu. V rámci psychoterapie by se chtěla sebepoškozování zbavit. Sebeпоškozování bylo poměrně závažné, obě dvě paže měla plně jizev.

Hana docházela v minulosti k několika psychologům. Kolem šestého roku ji rodiče objednali poprvé k psychologovi z důvodu dlouhodobé neschopnosti usínat sama. S doktorkou si rozuměly a problém se spaním se postupně vyřešil. K další psycholožce chodila od 12 do 16 let. Vzala ji k ní sestra poté, co se jí svěřila se svou homosexuální orientací. V její péči se cítila dobře, ale matce se nelíbilo, že nesouhlasila s důsledným zákazem sebepoškozování. Měla pocit, že tento benevolentní postoj sebepoškozování dále podporuje. Poté docházela k psycholožce, která si velmi rozuměla s jejím otcem. Sezení po půl roce ukončila sama psycholožka. Vadilo jí, že se Hana vůbec nemění a většinu sezení mlčí. Pro Hanu to byla velmi negativní zkušenost, díky které nechtěla vyhledat dalšího psychologa. Hana také prostrídala několik psychiatrů.

S Hanou jsme se domluvili na tom, že se budeme vídat jednou týdně a hlavním cílem našich sezení bude omezení sebepoškozování.

2.2. VZTAHY V RODINĚ

Hana je ze dvojčat, která se narodila předčasně v sedmém měsíci. Její sestra zemřela ve třech měsících vedle ní v inkubátoru. O její existenci se dozvěděla až ve svých 15 letech ze svého rodného listu. Hana

na své dvojčce občas myslí, a přemýšlí, jaké by to bylo, kdyby její sestra žila, jaký by spolu měly vztah.

Matku popisuje jako hodně přecitlivělou a nejistou. V dětství se na ní upnula a byla s ní doma do jejích 13 let. Když byla Hana menší, hodně se o ni bála. Měla vždy různé katastrofické scénáře, co se Haně může stát. Hana to zažívala podobně i vůči ní. Například nechtěla večer chodit spát sama a čekala, až půjde spát matka. Občas si stěžovala, že jí bolí břicho, aby jí byla nablízku. S dospíváním se začal jejich vztah komplikovat. Během prvních let našeho setkávání měla Hana pocit, že se na ni matka hodně upíná a má tendenci jí zasahovat do života. Často se hádaly, matka jí stále za něco kritizovala. Po hádkách měla Hana výčitky svědomí, že se k ní chová zle. Tohle téma se jí opakovaně objevovalo i ve snech. O velmi propleteném vztahu s její matkou svědčí i fakt, že první roky mi případné změny v docházce sdělovala po telefonu její matka. Hana se bála telefonovat a matka jí velmi ochotně v tomto vycházela vstříc. Jejich vztah se poměrně uvolnil po dvou letech terapie, kdy se Hana za pomoci matky odstěhovala do nového bytu. Ještě předtím přišly společně na sezení. Hana chtěla, abych matce vysvětlila podstatu jejích depresivních epizod, díky kterým pro ni bylo těžké ráno vstát z postele a fungovat. Celkově jsem ze sezení měla pocit, že jedna od druhé vzájemně očekávají péči a porozumění. Odstěhováním se jejich vztah zlepšil. Hana začala být k matce více tolerantní a ona jí zase méně vstupovala do života. Matka si také hodně rozuměla s její poslední přítelkyní Alenou a Hana si pochvalovala, jak si společně všichni rozumí.

Otec se s matkou rozešel, když Haně

bylo 14 let. Dalších pět let všichni žili ve společné domácnosti. Jejich manželství nebylo příliš harmonické. Otec je pedant a cholerik. Tráví většinu času v práci, která je pro něj hlavním smyslem života. Pro otce šlo již o třetí manželství. Z předchozího manželství má dceru, se kterou má Hana docela dobrý vztah. S otcem se Hana vídá několikrát ročně. I přes svůj důchodový věk žije prací. Když se vidí, mluví prakticky jen o své práci. Klade na ni velké požadavky a stále jí za něco kritizuje. Hana například mluvila o tom, že jí několikrát poslal zpět její SMS s opravenými pravopisnými chybami. Po dvou letech terapie přišel její otec i na naše sezení. Chtěl, abychom Haně společně vymluvili možnost dvouměsíční hospitalizace na psychoterapeutickém oddělení. Tuto možnost jí nabídla její současná psychiatrická a Haně i mně se zdála jako dobrá příležitost, jak se zase někam v léčbě posunout. V tomto období totiž měla časté depresivní rozlady, díky kterým měla početné absence ve škole. Otcí nepřišla hospitalizace vhodná, protože Hana měla za půl roku dělat maturitu a měl obavu, aby neztratila další rok studia. Mluvil opakovaně o tom, že Hana je přece inteligentní a měla by si poradit ve svých těžkostech sama. Komunikace s otcem pro mě byla poměrně obtížná. Na vše měl jasný názor, který nehodlal změnit, ačkoliv jsem se mu pokoušela nastítnit další možné pohledy na situaci. I já jsem měla příležitost zažít jeho nadměrný perfekcionismus. Na začátku sezení komentoval, že často používám slovo „jako“. Postupem terapie Hana začala mít větší odstup od otcova perfekcionismu, který si během let zvnitřnila. Začala ho také více vnímat u sebe, včetně vzteku či depresivních rozlad, které byly reakcí na její

nedostačivost nebo nedostačivost druhých lidí. Její silně negativní vnímání sama sebe se začalo postupně proměňovat a Hana byla schopná postupem času se více přijímat a více vnímat i své pozitivní stránky.

S bratrem se Hana vídala spíše výjimečně. Svoji sestru potkávala také velmi málo, přestože měla vždy velký zájem s ní být v častém kontaktu. Sestra se stejně jako otec hodně seberealizuje v práci, a přestože spolu žijí ve stejném městě, vídají se tak jednou do roka na rodinných oslavách.

2.3. IDEALIZUJÍCÍ VZTAHY

Jedním z hlavních témat našich sezení byly Hany aktuální i minulé vztahy. Hana popisovala, že od dětství vytvářela závislé idealizující vztahy s různými lidmi kolem sebe, především k ženským autoritám. Později to vysvětlovala tím, že tyto vztahy jí poskytovaly toleranci a jistotu v okolních nejistotách a hledala v nich jakýsi vzor pro své fungování, který jí v matce chyběl. Velkým tématem prvních let našich sezení byl intenzivní vztah k její učitelce na střední škole Jarmile. Jarmila byla mladá učitelka, která byla ve škole mezi ostatními studenty poměrně oblíbená za své vřelé a občas i alternativní učitelské chování. Hana na ní oceňovala to, že je empatická a citlivá, tedy tak trochu opak jejích rodičů. Jarmilu měla zpočátku hodně idealizovanou a velmi jí záleželo na tom, aby jejich náklonnost byla vzájemná. Popisovala, jak vlastně někdy ani neví, co jí Jarmila říká, protože se velmi zaměřil na to, jak se tváří a zda se na ni usmívá, nebo ne, a tím vlastně sleduje, jaký k ní má Jarmila vztah. Když se na ni během rozhovoru neusměje, začne mít velkou obavu, že jejich vztah skončí. V minulosti se jí totiž několikrát stalo, že intenzivní vztah, který

s někým měla, zničehonic skončil. S Jarmilou si vyměňovaly různě osobní emaily a chodily spolu na kávu, občas se ve škole o přestávce objaly. Jeden konflikt s Jarmilou na maturitním plese také předcházel její psychiatrické hospitalizaci. Jarmila jí na plese naznačila, že má partnerské problémy. Hana ji v podnapilém stavu tlačila, aby jí o nich řekla více a ona jí tak mohla pomoci. Skončilo to pláčem, odchodem domů a výčitkami svědomí, které druhý den chtěla zapomenout sebepoškozováním. Nakonec byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení. Oproti předchozím idealizujícím vztahům byla ve vztahu k Jarmile i fyzická přitažlivost. Tu si Hana začala více připouštět po roce jejich vztahu a začala se jí vyhýbat. Kontakt s ní ji po následujících několika let vždy vyvedl z míry. Po Jarmile na krátkou dobu přešel idealizující vztah na mě. Hana říkala, že díky tomu, že jsem ve vztahu dávala pevné hranice, nenabyl tak intenzivní formy jako s Jarmilou. Brzy byl nahrazen Lídou, její nadřízenou v práci, který také začal mít lehce erotickou formu. Po nějaké době se Hana s Lídou začala přátelit a začala ji vnímat jako reálnou ženu se svými pozitivními, ale i negativními vlastnostmi. Díky tomu idealizující vztah zmizel a byl nahrazen reálným vztahem. Od té doby si již Hana nevytvořila k dalšímu člověku idealizující vztah. Sama si to vysvětluje tím, že poprvé měla možnost poznat, že její ideální objekt je vlastně obyčejný člověk jako ona sama.

2.4. PARTNERSKÉ VZTAHY

Vedle těchto idealizujících vztahů byla Hana schopná navázat partnerské vztahy, kde k takovéto idealizaci partnerů nebo partnerek nedocházelo. Na začátku terapie

měla partnerský vztah s Vandou. Vanda byla o něco starší než Hana. Seznámily se v internetové skupině o sebepoškozování. Vanda trpěla psychotickou poruchou a byla i několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Když se s ní poprvé Vanda rozešla, Hana byla hospitalizována na psychiatrii. Nakonec se spolu po čtyřech letech rozešly po maturitním plese kvůli jejímu citu k Jarmile.

Po několika měsících navázala partnerský vztah se svým kamarádem Ivanem. Ten jim vydržel půl roku. Hana v něm nebyla spokojená. Ivan by introvertní a málo vřelý. Potřeboval hodně prostoru pro sebe. Haně chybělo potvrzení toho, že jí má rád. Po půl roce na seznamce potkala Alenu, která bydlela ve městě vzdáleném asi 100 km. Začaly se vídat, byla to láska na první pohled. Hana se rozešla s Ivanem a Alena se za ní po několika měsících přestěhovala. Alenu líčila jako stabilní klidnou osobnost, která má Hanu opravdu ráda a svoji lásku jí dává najevo. Ve vztahu s ní byla Hana prakticky od začátku velmi spokojená. Po roce jejich vztahu spolu uzavřely registrované partnerství. V tomto období měla Hana na internetu flirt s nějakou ženou přes seznamku, pravděpodobně v souvislosti s emocemi spojenými se svatbou. Obě to ale velmi dobře ustály. Před ukončením terapie začaly uvažovat o tom, že budou společně vychovávat děti. Alena dala Haně zázemí, po kterém vždy toužila. Předtím nebyla moc schopná chodit dlouhodobě do nějakého zaměstnání. Po několika týdnech začala mít absence a po dvou až třech měsících v každém zaměstnání skončila sama nebo s ní byl rozvázán pracovní poměr ze strany zaměstnavatele. S Alenou začaly společně chodit do práce, díky její podpoře

v zaměstnání tam Hana vydržela do té doby, než jsme ukončily psychoterapii, tedy tři a půl roku. V práci vydržela i přesto, že Alena po dvou letech změnila v zaměstnání pozici a už spolu nebyly na stejném pracovišti.

2.5. SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Hlavním cílem naší práce bylo omezení sebepoškozování. Společně jsme detailně rozebíraly situace, ve kterých docházelo k sebepoškozování. Pojmenovávaly jsme emoce, které mohly s tímto chováním souviset. Hana po půl roce terapie sebepoškozování omezila a začala si více všimát pocitů smutku a vzteku a své bezradnosti, jak se s nimi vypořádat. Věnovaly jsme tedy pozornost tomu, jak více pracovat s negativními emocemi. Opakovaně zmiňovala, že jí při zvládnání negativních emocí pomáhá náš terapeutický vztah. Když je jí zle, tak si vzpomene, že se máme vidět a odpoutá tím pozornost od těchto negativních emocí. Se sebepoškozováním skončila, když začala bydlet s Alenou. Za dalších půl roku vysadila všechny psychiatrické léky. Naposledy se řízla okolo jejich svatby ve vyhrocené situaci s flirtem. Na posledním sezení Hana mluvila o tom, že mívá pořád chvíle, kdy má chuť si ublížit. Někdy jen pro ten pocit bolesti, udělat to „jen tak“.

2.6. REFLEXE PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VZTAHU

Tato část se skládá ze dvou podkapitol: reflexe terapeutického vztahu z pohledu terapeutky a reflexe psychoterapeutického vztahu ze závěrečného setkání z pohledu klientky.

2.6.1. REFLEXE TERAPEUTICKÉHO VZTAHU Z POHLEDU TERAPEUTKY

Hlavním tématem našeho sedmiletého psychoterapeutického procesu byly Haniny vztahy. V počátcích to byly vztahy k rodičům, k sobě a k idealizované Jarmile. V prostředku terapeutického procesu začal být tématem náš psychoterapeutický vztah. Ke konci sezení jsme řešily aktuální problémy v partnerských a mezilidských vztazích. Hana docházela jednou týdně. Během našeho vztahu byla dvakrát hospitalizovaná vždy v souvislosti s problémy ve vztazích (rozchod ze strany Vandy, konflikt s Jarmilou). Po čtyřech letech jsme frekvenci sezení prodlužovaly na jednu měsíčně a nakonec jsme se domluvily na ukončení.

Terapeutická aliance

Na úvodním sezení jsme se dohodly, že hlavním cílem naší práce bude ukončení sebepoškozujícího chování. Během první části terapie jsme si postupně ujasňovaly, jakými prostředky dosáhneme změny v psychoterapii. V prvním roce měla naše sezení podobný charakter. Hana dorazila, sedla si a čekala, že se jí budu vyptávat na různé věci. Na tuto strategii jsem přistupovala první měsíce. Pak jsem začala cítit, jak je to pro mě velmi náročné a že se během našich sezení děje něco, co je typické pro její fungování – předávání zodpovědnosti na druhé lidi. Později jsem nechávala Haně více prostoru a na našich sezeních se častěji mlčelo. Hana měla obavu, abych s ní kvůli její malé aktivitě nepřerušila terapii. Vždy jsem ji ubezpečovala, že je to její čas a pokud ji aktuálně nic nenapadá, můžeme spolu jen mlčet, protože i pouhé mlčení pro ni může mít léčebný efekt. Vysvětlovala

jsem jí opakovaně, že hlavním terapeutickým nástrojem nejsou sdělované obsahy a interpretace, ale zažití si nové vztahové zkušenosti. V jejím případě šlo zejména o zažití si vztahu, kde bude přijímána taková, jaká je. Nebude hodnocena, ale zase zároveň jí nebude ve vztahu dovoleno vše. Někdy mlčení na sezení souviselo s tím, že mi chtěla sdělit něco důležitého o sobě, ale bála se, že ji za to odsoudím. Na druhou stranu Hana byla velmi otevřená již od prvního sezení. Během prvních sezení mluvila ochotně o velmi osobních věcech.

Na úvodním sezení jsme se také domluvily, že se budeme vídat každý týden. V začátcích terapie se stávalo, že Hana na sezení nedorazila, neomluvila se předem, a ozvala se poté za několik dní, někdy i pár týdnů. Zpočátku jsem nevěděla, co se děje, zda Hana terapii ukončila, nebo zda se ještě ozve. Důvodem absencí byly jednak nemoci, pak ale také občasně obavy, zda by sezení, které promlčela a mě by tím nudila, mělo smysl. Dalším důvodem bylo i to, že bych se o ní něco dozvěděla, za co bych jí měla méně ráda nebo s ní dokonce přestala pracovat. Toto téma jsme na sezeních opakovaně diskutovaly. Snažila jsem se jí vymluvit její obavy a laskavým způsobem nastítnit negativní důsledky, které z její neomluvené absence pro mě plynou, včetně toho, že jí nabízím sezení až za delší dobu. Později se začala omlouvat dopředu. Dalším tématem byla její emailová korespondence. Hana mi jednou až dvakrát měsíčně posílala maily, kde popisovala své vnitřní stavy. Maily jí umožňovaly lépe ventilovat nějaké věci, které neměla odvalu říci osobně na sezeních. Nastavila jsem hranice v tom, že maily vnímám hlavně jako zdroj informací než další komunikační kanál a odpovídala

jsem na ně pouze ve výjimečném případě. Terapeutická aliance dle mého názoru fungovala celou dobu procesu. Mírná narušení v podobě nedostavení se bez omluvení či mlčení na sezení z důvodu, že bych se o ní mohla něco dozvědět, za co bych jí přestala mít ráda a ukončila s ní spolupráci, byla na sezení diskutována. Poté, co navázala vztah s Alenou, se začal náš terapeutický vztah pomalu rozvolňovat. Nejdříve jsme se vídaly jednou až dvakrát za měsíc. Po necelém roce jejich vztahu začaly být mezi sezeními i několikaměsíční pauzy – Hana byla nemocná nebo se jí termín nakonec nehodil. To se také projevilo v tom, že mi přestala psát pravidelné maily. Po mých dvou odchodech na mateřskou dovolenou se mi opakovaně ozývala a vždy se po jejím skončení (půl roce) vrátila zpět do terapie s docházkou jednou měsíčně. Nakonec jsme se po třech letech takového režimu dohodly, že se cítí dobře a že si nebudeme domlouvat sezení, ale ozve se, kdyby náhodou potřebovala.

Přenosový a protipřenosový vztah

V rámci přenosové komponenty psycho-terapeutického vztahu Hana očekávala, že stejně jako jiné blízké osoby v jejím okolí (zejména matka) budu aktivní a převezmu zodpovědnost za obsah terapeutických sezení, budu přinášet témata do našich sezení a budu se jí stále na něco vyptávat. Toto téma jsme opakovaně řešily a já si dávala pozor, abych za ni nepřebírala zodpovědnost jak v životě, tak během sezení a nechávala jí v těchto oblastech postupně čím dál víc prostoru. Hana zpočátku mluvila o tom, že je ráda, že chodí ke mně, že mi věří a cítí se se mnou bezpečně. Později začala tematizovat obavy, že s ní přestanu

pracovat. Tyto obavy částečně souvisely se zkušeností s minulou terapeutkou, která s ní podle jejích slov vztah ukončila, protože byla na sezeních pasivní a mluvila příliš málo. Dále také pravděpodobně souvisely s jejím očekáváním, že k ní budu přistupovat jako její rodiče (zejména otec) velmi kriticky a uvidím to, jak je v jádru špatná. Hana se mě opakovaně ptala na to, co by se stalo, kdyby mi řekla něco, s čím neumím pracovat, kdyby mě přestala bavit, něčím by mě naštvála nebo se na mě stala závislá. Vždy jsem velmi oceňovala, že Hana je schopná takto hovořit o tom, co ke mně cítí. Mluvila jsem o tom, že si aktuálně nedokážu představit, co by se mělo stát, abych s ní ukončila terapii, a že si myslím, že s hranicemi umím dobře pracovat.

Po roce terapie začala mluvit o svých obavách, že se na mně stane závislá a že se její závislosti zaleknu. O tomto procesu svědčí dva sny, které mi v tu dobu vyprávěla. V jednom jsem jí říkala, že ji nemám ráda a že mé chování k ní byla jedna velká přetvářka, ve druhém snu mě oslovila Petro a já jsem na to reagovala tím, že takto se ke mně chovat nebude. Podle jejích slov na mě začala více přenášet idealizující vztah poté, co se přestala vídat s Jarmilou. Tento vztah však nabyl spíše slabé intenzity a byl později nahrazen její nadřízenou Lídou. Sama Hana si to vysvětlovala tím, že jsem jí ve vztahu dávala pevné hranice. Projevovalo se to tím, že začala být předemnou více nervózní z toho, jak vypadá a co si o ní myslím. Mluvily jsme opakovaně společně o tom, jak předejít závislostnímu chování na druhých lidech. Pro Hanu bylo překvapující zjištění, že si lásku a pozornost může dávat sama a tím omezit závislost na druhých lidech.

V rámci protipřenosového vztahu jsem občas zažívala pocity naštvání. Rozčillovalo mě to, jak Hana pasivně přistupuje ke svému životu, což se projevovalo mlčením na sezeních nebo problémy s docházkou do školy, později do zaměstnání. Své pocity naštvání jsem vnímala hlavně jako proaktivní protipřenos jejích vlastních pocitů vzteku vůči sobě, vůči tomu, že není dokonalá a nezvládá věci v životě, tak jak by měla. Zároveň jsem si uvědomovala, že pocity naštvání mohou částečně pramenit i z reaktivního přenosu daného mým osobnostním naladěním na aktivitu a dodržování pravidel. V situacích, kdy se její psychický stav výrazně zhoršil, jsem zažívala pocity bezmoci. Říkala jsem si, zda je vůbec možné, aby Hana někdy ve svém životě začala fungovat a nestala se z ní chronická psychiatrická klientka. Na začátku našich terapií jsem občas měla obavu, aby se Hana vzhledem k jejím předchozím vztahovým zkušenostem na mě nestala závislou, což mohlo částečně reflektovat její obavy, o kterých opakovaně mluvila.

Reálný vztah

Během našich terapeutických sezení jsem se pokoušela empaticky vcítit do Hany a snažila jsem se vidět svět jejíma očima. Porozumění tomu, jak vnímá svět, mi opakovaně pomohlo zvládnout mé negativní emoce, které se týkaly hlavně zpočátku pasivního přístupu na terapeutických sezeních a opakovaných neomluvených absencí. V lepším porozumění jejímu světu mi pomáhalo podrobné dotazování se na to, jak se cítí a cítila v různých situacích i studium některých odborných psychoterapeutických textů. Díky empatickému vcítění jsem se také pokoušela Hanu přijímat takovou, jaká

je, a respektovat její aktuální chování. Sama jsem se snažila také autenticky hovořit i o svých pocitech ve vztahu k ní. Mluvila jsem zejména o pozitivních pocitech ve vztahu k ní. Negativní pocity týkající se zejména docházky do terapie, jejího pasivního přístupu k životu a nadměrné (sebe)kritiky jsem se snažila velmi citlivě tematizovat.

Postupem času začal v našich sezeních převazovat ze strany Hany reálný vztah. Hana mě začala vnímat jako dobrou známou, se kterou se jednou měsíčně vidí, probere se mnou, co se jí děje aktuálně v jejím životě, a získá ode mě můj názor na své fungování. Mluvila o tom, že velmi oceňuje to, že ji respektuji a беру takovou, jaká je včetně nedokonalostí, že mi může říci cokoli a já se na ni nenaštvu a neodsoudím ji.

2.6.2. REFLEXE TERAPEUTICKÉHO VZTAHU Z POHLEDU KLIENTKY

Při závěrečné rekapitulaci psychotherapeutického procesu Hana popisovala momenty, které pro ni byly v terapii důležité. Jako první mluvila o mojí toleranci, zejména k jejímu mlčení. Díky předchozí negativní zkušenosti byla nejistá ohledně toho, co by na sezení měla, a neměla dělat. V průběhu terapie začala nabírat jistotu, že ať udělá cokoli, nebude to pro mě důvod ukončit terapii. Naučila se, že nemusí být dokonalá k tomu, abych ji měla ráda a chtěla s ní pracovat. Postupem času se jí díky terapii začal „přehrávat magneták v hlavě“. V krizových situacích přestala slýchat vlastní kritické já nebo tátova kritická slova. Ta byla postupně nahrazena pečujícími, laskavými a neodsuzujícími slovy a větami, která jsme si říkaly na terapii. Využívá toho doteď

a mluví o tom, že za ty roky již dokáže odhadnout, jak bych na danou věc zareagovala. Například pokud se někdy rozčiluje nebo se kritizuje, naskočí jí v hlavě: „Co by mi na to asi tak řekla Petra? Řekla by mi třeba, že to nevádí, no a co, že každý dělá chyby a podobně“. Díky tomu, že jsem ji přijímala takovou, jaká je, se naučila víc brát a mít ráda sama sebe takovou jaká je. V začátcích pro ni také bylo důležité zjištění, že jsem na její straně. Při sezení s rodiči měla pocit, že jen nekývám na jejich názory o Haniných chybách, ale že se snažím situaci podat tak, aby byla pochopitelná a přijatelná pro všechny strany. Hana také oceňovala i možnost mi psát emaily mimo oficiální sezení. Připadalo jí, že „dostává něco navíc“. Dále jí hodně pomohlo i pevné nastavení hranic v našem vztahu. Naučila se, že lidi k sobě mohou mít hezký vztah, který nemusí být úplně závislý a spoutaný a vyhrocený.

3. DISKUZE

V rámci kazuistiky je prezentována sedmiletá psychotherapeutická práce s klientkou Hanou. Hlavním tématem psychotherapeutických sezení byly její vztahy s blízkými lidmi, včetně terapeutického vztahu. Vztahy také zároveň měly hlavní zásluhu na její postupné stabilizaci.

Hana podle psychodynamické diagnostiky (McWilliams, 2011) spadá do kategorie depresivního typu hraniční struktury osobnosti. Hana se primárně vnímala jako špatný, nedostatečný člověk a zažívala časté pocity viny (internalizace nadměrné rodičovské kritiky). Její negativní postoj vůči sobě se ve vyhrocených situacích projevoval sebepoškozujícími až sebevražedným chováním (obrácení negativního

afektu vůči sobě). Na druhou stranu měla vybrané lidi v okolí zidealizované a k některým z nich měla tendence vytvářet závislé a idealizované vztahy, protože cítila, že jí dávají do života jistotu (idealizace). Tato depresivní dynamika se projevovala i v našem terapeutickém vztahu. Hana opakovaně mluvila o svých obavách, že pro mě nebude dost dobrá, že ji budu kritizovat, budu na ni naštvaná za její nedokonalost a že díky tomu s ní nakonec ukončím terapii. Zároveň zmiňovala své obavy, že se na mě stává závislá. Hraniční struktura byla patrná v patologické hloubce jejích depresivních obtíží. Hana měla problémy se zvládnutím silných emocí. To se projevovalo jak v podobě sebepoškozujícího chování, tak v běžných aktivitách, kdy silné emoční reakce narušovaly její běžné fungování. Nekonzistentnost self se zase projevovala tím, že zpočátku vnímala pouze negativní aspekty své osobnosti.

Podle typologie vztahové vazby Hana svým vztahovým chováním odpovídala úzkostně zapletenému typu vztahové vazby, který je typický pro hraničně strukturované osobnosti (Mikulincer & Shaver, 2007; Wallin, 2007). Hana vnímala sama sebe velmi negativně. Blízké vztahy s druhými lidmi pro ni byly velmi důležité, protože skrze ně očekávala své přijetí, které si neuměla dát sama. Od blízkých lidí kolem sebe požadovala nadměrnou pozornost a péči. Ve vztazích měla silnou potřebu blízkosti a splynutí. Nenaplnění těchto potřeb druhými lidmi podporovalo ještě více její negativní sebepojetí a pochybnosti o tom, zda ji mohou mít lidé opravdu rádi. Hana těžce zvládala své nadměrné emoce, které často pramenily ze vztahové oblasti.

Pro hraničně strukturované osobnosti

jsou hlavním tématem vztahy jak mezilidské, tak vztahy k sobě samým. Cílem terapie pro hraničně strukturované klienty je vytvoření integrovaného já s pozitivní hodnotou, podpora schopnosti regulovat silné emoce a získání důvěry sama k sobě a k druhým lidem (McWilliams, 2011; Wallin, 2007). Pro Hanu v terapii bylo důležité to, že jsem ji přijímala takovou, jaká je, stála jsem na její straně, byla jsem empatická a nastavila jsem v našem vztahu pevné hranice, což jsou dle Wallina (2007) charakteristiky terapeutického přístupu důležité pro osoby s hraniční strukturou osobnosti s ambivalentním typem vztahové vazby. Díky těmto vztahovým zkušenostem se její sebehodnocení postupně posunulo pozitivním směrem (méně se kritizovala a začala se více přijímat, více si věřila) a díky tomu začala lépe zvládat své silné emoce.

V souladu s Bordinovou teorií pracovní aliance (1979) byly v rámci terapeutického sezení stanoveny cíle (zbavení sebepoškozování) a postupně ujasněny prostředky k dosažení cílů (přebírání zodpovědnosti za aktivitu na sezení, přijetí toho, že i mlčení má velký léčebný význam, omluva absence). Pouto se vytvářelo postupně prostřednictvím důvěry a vzájemného respektu. Narušená pracovní aliance se projevovala ve výkyvech v docházce (z důvodů nemoci a obavy z promlčeného a tím pádem „zbytečného“ sezení) a v některých případech mlčením na sezení (obavy z toho, že se o ní něco dozvím a díky tomu ji budu mít méně ráda a přestanu s ní pracovat). Reflektování a prodiskutování těchto obav přispělo k upevnění pracovní aliance a k celkovému zpevnění terapeutického vztahu (Horvath et al., 2011).

V úvodních fázích léčby byl u Hany patrný tzv. předformulovaný přenos (Gelso & Carter, 1994) daný její negativní zkušeností s předcházející terapeutkou, která s ní ukončila terapii díky její malé aktivitě na sezeních. V rámci přenosového vztahu Hana ode mě očekávala převzetí aktivity a zodpovědnosti na sezeních a její „nadměrnou“ kritiku. Vedle těchto očekávání na mě promítala své ideální představy o blízkých lidech. Všechny uvedené přenosové obsahy jsou typické pro depresivní struktury osobnosti (McWilliams, 2011). Tyto projekce se také projeví v protipřenosových reakcích (naštvaní pro pasivní přístup k životu, obavy ze vzniku nadměrné závislosti i pocity bezmoci v situacích zhoršení).

Na vytvoření reálného vztahu se podílely obě dvě charakteristiky reálného vztahu dle Gelsa (2009): opravdovost a realismus. Přítomnost reálného vztahu byla podporována empatií ze strany terapeuta, která pomohla k lepšímu porozumění klientky a k jejímu realistickému vnímání, a autenticitou terapeuta týkající se nejen pozitivních pocitů, ale citlivě i těch negativních.

Sama klientka udávala jako nejeftektivnější komponentu psychoterapeutického procesu pozitivní přijetí a empatii na straně terapeuta, tedy faktory, které byly opakovaně výzkumně ověřeny jako účinné komponenty psychoterapeutického procesu (Norcross, 2011). Vedle toho popisovala proces změny svého vnitřního pracovního modelu (Bowlby, 2010): začala sebe sama vnímat realističtěji a laskavěji a také se naučila to, že lidé spolu mohou mít hezký vztah, který nemusí být spoutaný, závislý a vyhocený.

Během terapeutického procesu se aktivovalo vazebné chování: psychoterapeutické

sezení pro ni bylo místem, kde si dovolila postupem terapie stále více přemýšlet a mluvit o svých vzpomínkách a nejnítěnějších myšlenkových pochodech, obracela se k terapeutovi pro podporu ve stresových situacích a vyjadřovala obavy z předčasného ukončení vztahu (Bordin, 1979; Mikulincer & Shaver, 2007). V rámci vazebného chování došlo ke změně jejích vnitřních pracovních modelů (Bowlby, 2010) týkajících se sebe (změna negativního sebepojetí, omezení nadměrné sebekritiky) i druhých lidí (očekávání jejich kritiky, idealizace vybraných osob a vytváření závislých vztahů k nim).

4. ZÁVĚR

Terapeutický vztah v rámci psychoterapeutického procesu je jednou ze základních komponent efektivity léčby. Tato složka léčby vystupuje do popředí především u osob s vážnější psychopatií s narušenou schopností mezilidské vztahovosti. Při psychoterapeutické práci s klienty s hraniční strukturou osobnosti je klíčové se zaměřit na terapeutický vztah a korekci předešlých vztahových zkušeností.

POUŽITÁ LITERATURA

- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*: Portál.
- Clarkson, P. (2009). *The Therapeutic Relationship*. London: Whurr Publishers.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a

- postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, 19(3), 253–264.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296.
- Gill, M. M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11(2), 161–179.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Kahn, M. (2001). *Between therapist and client: The new relationship*. USA: Holt Paperback.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work II* (pp. 377–401). USA: Oxford University Press.
- Mahler, M. (1979). The selected papers of Margaret S. Mahler: *Separation-individuation*, 2.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 262–270.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. A., & Blacková, M. (1999). Freud a po Freudovi. *Praha: Triton*.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. London: Oxford University Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 447.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. USA: Guilford press.
- Winnicott, D. W. (1986). The theory of the parent-infant relationship. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations* (pp. 233–253). USA: NYU Press.
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 19. 7. 2018. Revidované znění došlo 29. 9. 2018, k publikaci přijato 4. 10. 2018.*

PRENOS, PROTIPRENOS, ODPOR – PRÁCA S NIMI V KATATÝMNE-IMAGINATÍVNEJ PSYCHOTERAPII (kazuistická štúdia)

**Transference, countertransference, resistance – work with them
in guided affective imagery. Case study.**

Zuzana Navrátilová

Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava, oddelenie klinickej psychológie, Katedra sociálnej práce UK v Bratislave, SK; e-mail: navratil.zuzana@gmail.com.

Psychoterapie. 12 (2), 146–158; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

V kazuistickej štúdiu autorka prináša svoje skúsenosti zo psychotherapeutickej liečby klienta prostredníctvom použitia metódy katatýmne-imaginatívnej psychoterapie (KIP). Zameriava sa pri práci s klientom na fenomény prenosu, protiprenosu a odporu a možnosti ich analýzy a potenciál využitia v procese KIP. Autorka objasňuje motiváciu k použitiu KIP metódy. Na obrázkoch z imaginácií klienta ukazuje priebeh terapie aj prekonávanie odporu klienta k zmene. Kazuistika prináša tiež informácie o klientovi, prvý kontakt s ním, anamnestické údaje a diagnostickú úvahu. V závere hodnotí dosiahnuté výsledky terapeutickéj liečby.

Kľúčové slová: prenos, protiprenos, odpor, katatýmne-imaginatívna psychoterapia, imaginácia.

ABSTRACT:

In this case study the author is introducing her own experience with psychotherapy treatment of the client by using the method of Guided Affective Imagery. The process of psychotherapy treatment is focused on transference, countertransference and resistance, possibilities of their analysis

and potential of their use in the process of Guided Affective Imagery. Author also explains the motivation to use Guided Affective Imagery. In pictures from client's imaginations, author shows the therapy development and overcoming of client's resistance to change. This casuistic study also provides information about the client, first psychotherapeutic contact with him, anamnestic data and diagnostic considerations. In the conclusion, author evaluates the results of therapeutic treatment.

Keywords: transference, countertransference, resistance, Guided Affective Imagery, psychotherapy, imagination.

V kazuistickej štúdiu prinášam pohľad na prenos, protiprenos a odpor a prácu s nimi v katatýmne imaginatívnej psychoterapii (KIP). V chápaní uvedených pojmov vychádza KIP z klasickej psychoanalýzy (Kernberg, 2017), ale základným špecifikom KIP pri práci s nimi je, že najdôležitejším projekčným plátnom nie je terapeut ale priestor denného sna – imaginácie. Tam dochádza k symbolickému znázorneniu, čo pre ego klienta predstavuje ochrannú funkciu. Rozhodla som sa priniesť svoje

skúsenosti so psychoterapeutickou liečbou klienta s použitím KIP a na obrázkoch z jeho imaginácii ilustrovať priebeh terapie a prenosové a odporové konštelácie.

Klient: 31 rokov, ženatý, bezdetný, pracuje ako manažér v zahraničnej firme. V psychoterapii u mňa od mája 2016 do mája 2018, setting 1x týždenne, samoplatca.

Prvé stretnutie: Klient si kontakt so mnou a prvé stretnutie dohovára cez email. Na prvé stretnutie prichádza presne na minútu, čo ostatne pri každom stretnutí. Pri vstupe do miestnosti mi dynamicky podáva ruku, úchop je pevný, ale nie nepríjemný, so zdvihnutým obočím na pozdrav. Celkovo jeho príchod a prvé pôsobenie na mňa je dynamické, tvrdé. V prvom kontakte je pomerne aktívny. Spontánne a veľa rozpráva, nepotrebuje, aby som sa ho pýtala, nedáva priestor pre otázky. Je z neho cítiť napätie, mierne sa potí.

Klient spontánne a otvorene popisuje svoj **aktuálny problém**. Prežíva úzkostné stavy cca 2 roky od prevalenia nevery jeho manželky. Manželka ho podviedla na služobnej ceste s kolegom, s ktorým viedla paralelný milenecký vzťah asi 4 mesiace, kým na to sám prišiel. **Aktuálna popisovaná symptomatika:** trpí trasom rúk a nôh večer v posteli, nemôže spať, má problémy sa sústrediť v práci, má žalúdočné problémy, schudol niekoľko kíľ. V návale najväčšieho hnevu bije sám seba do hlavy. Najväčšie úzkosti prežíva keď ide okolo miest, kde sa manželka stretávala s milencom, alebo keď odchádza na služobnú cestu (pomerne často, min. raz za mesiac). Deklaruje, ako veľmi sa on snaží, aby vzťah zase dobre fungoval. Na asi desiatom stretnutí sa od klienta dozvedám, že s manželkou od prevalenia nevery sexuálne nežijú.

Môj prvý dojem z neho bol, že sa snaží dobre vyzerieť, aktívne, výkonovo, aby bolo vidieť, ako veľmi sa snaží, koľko energie vydáva zo seba. Pôsobí to skôr ako obhajoba seba a obviňovanie manželky. Ženu opisuje hneď na úvod ako egoistku, myslí len na seba, je málo emočná, nerieši veci, nerozpráva sa o problémoch. Odvracia pozornosť od seba na ňu. Od začiatku mám pocit, ako svojou aktivitou získava moc nad situáciou. Cítim, ako valcuje, ako ma pocity zatlačujú do stoličky s cieľom od neho o kúsok odstúpiť. Vnímam, že jeho aktivita má obrannú funkciu a slúži odporu.

Rodinná anamnéza: Ranný psychomotorický vývin bol bez pozoruhodností. Navštevoval jasle asi od cca 2 rokov a neskôr škôlku. Prvá spomienka v živote sa mu viaže na hru na škôlkarskom dvore. Po nástupe na základnú školu začal navštevovať logopedičku. Mal problémy s čítaním, ťažšie číta dodnes, mal zlé známky z čítania, diktátov, prežíval okolo toho veľký stres. Vyštudoval 8 ročné gymnázium a vysokú školu v odbore politológia s výborným prospechom. Škola sa mu stala druhou rodinou, bol v nej za výkon uznávaný a chválený. Chvály a uznania sa mu doma ale nikdy nedostalo. Oboma rodičmi bol permanentne trestaný. Pravidelne jeho aj jeho o 2 roky staršieho brata rodičia bili, niekoľkokrát za týždeň aj denne. Bitky boli u nich od oboch rodičov bežné. Klient spomína, že aj ich rodičov jeho starí rodičia bili, že to bolo brané ako bežné a normálne. Bili ho najčastejšie za známky, za hádky s bratom, ale aj za bežné veci, ktoré sa rodičom nepáčili. Bili ho po zadku, po hlave, facky, aj remeňom. Najväčšiu bitku, ktorú si od rodičov pamätá, dostal za to, že si v škole v prvej triede, mal asi 7 rokov, s chlapcami a dievčatami

na WC ukazovali pohlavné orgány. Mama keď sa to od učiteľky dozvedela, ho doma zbila tak surovo, že na ňom zlomila varechu. Vníma to ako jeden z najhorších svojich zážitkov. Od tejto udalosti už mama nikdy neveril, stratil dôveru. Rodičov sa bál a vzťah k nim postupne úplne ochladol. Bitky prestali v čase, keď ako 18ročný odišiel z domu na VŠ.



Zuzana
Navrátilová

Mgr., Ph.D. Študovala psychológiu na Katedre psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Doktorandský titul zo psychológie získala na Fakulte sociálnych a ekonomických štúdií UK v Bratislave. Študuje v špecializačnom odbore klinickej psychológie. Pracuje ako psychologička na oddelení klinickej psychológie v Nemocnici sv. Cyrila a Metoda v Bratislave. Akademickej činnosti sa venuje ako odborná asistentka na Katedre sociálnej práce UK. Má ukončený psychoterapeutický výcvik v katóymne-imaginatívnej psychoterapii. Venuje sa klinickej praxi a pedagogickej činnosti.

Intímne vzťahy začal nadväzovať v 18tich rokoch, ako odišiel z domu. Prvý intímny sexuálny vzťah trval 1,5 roka, s Polkou, bol to vzťah na diaľku. Neskôr žili spolu niekoľko mesiacov. Postupne vo vzťahu začal mať pocit, že ho ona využíva a týra. Všetko

bolo vo vzťahu tak, ako ona chcela. On sa jej vo všetkom prispôboval, vyhovel jej, aj v sexuálnej oblasti. Uvedomil si, že to bolo viac o nej a o tom, čo ona chcela, ona rozhodovala, ako o nich dvoch. Na rozchode sa dohodli. Veľmi ho to vzalo, trápil sa. Potom mal niekoľko, asi 5, krátkodobých vzťahov, ktoré vždy po 2–3 mesiacoch ukončil. Potom stretol manželku. Po roku vzťahu ju podviedol, mal jednorázový sex s kamarátkou. Neskôr si manželku vzal, chcel mať deti. Ona ho však po roku manželstva začala podvádzať.

Diagnostická úvaha: Uklienta ide v osobnostnej organizácii o poruchu štruktúry osobnosti s depresívnymi rysmi a poruchou vývinu autonómie. Je prítomné narcistické zranenie, úzkostne depresívna symptomatika s podielom somatizácie. Štruktúrna úroveň osobnosti je stredná (podľa Kernberga, 2017), s malým podielom ranného poškodenia. Pre túto úroveň svedčia viaceré znaky (podľa Ladenbauer, Dieter, Ermann): je prítomná potreba riadiaceho objektu (matka, manželka, terapeutka), na ktorom je závislý. Štruktúra vzťahov, ktoré vytvára je dyadická. Pri vzdialení sa objektu dochádza k ustrnutiu vo vývoji (manželka na služobnej ceste, klient na ňu doma čaká, nevenuje sa sebe a vzdialeniu). Vzťahovou témou je túžba po objekte verzus sklamanie. Organizácia Ja má potenciú k ambivalencii. Obranné mechanizmy pomáhajú pretrvaniu závislosti a zabraňujú krokom k autonómii (klient vytesní hnev na manželku, aby neohrozil vzťah). Super-ego je prísne a rigidné (v rôznych situáciách je na seba klient rovnako náročný, tlačí na osobný výkon, má byť dobrý, silný a sebatrestajúci). Reálne self je zameniteľné s Ja ideálom a veľikášskym self. Agresia má

autodeštruktívne črty (pri prerazení potlačených pudových impulzov bije sám seba do hlavy). V pudovej zložke sú orálne konflikty odlúčenia a závislosti (prispôsobí sa manželke v sexuálnej abstinencii, zároveň ho to hnevá, je frustrovaný, pudy potlačí, aby neprišiel o vzťah). Je prítomný strach z odlúčenia, zo straty objektu, z opustenia, z vlastnej zodpovednosti. V pudovej oblasti sú prítomné potreby kontroly. Tá ak zlyhá, impulzy prerazia v ohraničených oblastiach s pocitmi viny. V terapeutickom vzťahu je spočiatku prítomné agovanie (svedčí pre nižšiu štruktúrnu úroveň). Neskôr je udržanie vzťahu náročné, je prítomný boj proti závislosti (manifestujú sa narcistické črty – on to nepotrebuje, lebo keby prijal pomoc, potvrdil by, že je slabý). Zároveň sú ale prítomné aj orálne nároky, závislosť, potreba riadiaceho objektu. Protiprenosové pocity sú spočiatku veľmi silné (môj pocit, že ma klient valcuje, je toho na mňa príliš, čo musím uniesť svedčia pre nižšiu štruktúrnu úroveň). Je prítomná schopnosť symbolizácie na úrovni reprezentácie (na začiatku terapie viac ako na úrovni identifikácie).

Výraznú úlohu vo formovaní osobnosti a v symptomatológii zohráva dlhodobé, opakované a permanentné trestanie oboma rodičmi vo forme denných bitiek. Klient bol chronicky traumatizovaný, emočne zanedbaný, týraný pod rúškom dobrej rodiny (pekný, slušný, dobre vychovaný chlapec v nábožensky veriacej rodine). Viera v Boha bola v rodine uprednostňovaná pred záujmami detí. Bola ospravedlnením pre chronické týranie.

Hlavným intrapsychickým konfliktom v popredí je konflikt závislosť vs. autonómia. Základný konflikt autonómie spraco-

váva klient normatívnym vzorcom (podľa Hašto, 2005, str. 217) pri ktorom subjekt zdôrazňuje, že všetko je tak ako je a nie je dôvod to spochybňovať a zaoberať sa alternatívami (klient zotrúva vo frustrujúcom vzťahu s manželkou, nepripúšťa iné alternatívy). Používa hyperkompenzačný aktívny vzorec spracovania konfliktu. Vtedy je v popredí aktivita, činnosť, výkon (podľa Hašto, 2005, str. 217). Klient prežíva málo slasti, čo súvisí s chýbajúcimi nárokmi na autonómiu, s reštrikciou telesného a sexuálneho prežívania, chýbaním skutočného prežívania osobnostného jadra. Má k dispozícii jeden pevný štruktúrny bod – manželku, aj ten je však obsadený ambivalenciou a úzkosťou. Podľa OPD 2 (2013) sú čiastočne prítomné aj znaky pre konflikt podriadenie/kontrola (moc – bezmoc).

Vzťahová väzba je neistá – ambivalentná. Prejavuje sa úzkostným naviazaním na objekt. Dochádza k smútku a zlej nálade pred odlúčením (keď má manželka odísť na služobnú cestu). Počas odlúčenia je prítomný distress, nevie načerpať z objaveného sa priestoru autonómie. V kontakte je prítomná tendencia ale aj odpor k priblíženiu (podľa Hašto, 2005, str.83, 120).

Motivácia ku KIP psychoterapii: Od prvého stretnutia som vnímala klientovu potrebu pomoci. Verbalizoval svoje trápenie aj motiváciu ku zmene. Mal však svoju predstavu, ako by k zmene malo prísť a nepredpokladal, že to bude také náročné. Chcel cestu k vylicčieniu vidieť jednoduchšiu. Jeho emocionálne prežívanie som vnímala ako bolestné a blokované. Používal veľké množstvo obranných mechanizmov, aby nemusel byť konfrontovaný so svojimi pocitmi. Jeho sebaobraz som vnímala ako problematický, a jeho konanie a prežívanie

značne nevedomované. Rozhodla som sa preto pre terapiu pod ochranou symbolov. Tá mohla klientovi priniesť možnosť najšť kontakt so sebou samým tak, aby to bol schopný zvládnuť, uniesť a profitovať z toho.

Objednávka do terapie znela: zbaviť sa úzkostí a aby jeho manželstvo bolo opäť funkčné. Chcel by sa tiež venovať pocitom hnevu – trápi ho, ako sa v návale hnevu búcha do hlavy.

Prenos a protiprenos: Vychádzam z definícií týchto pojmov tak, ako ich uvádza Schlegel (2005, str.112–114). Prenos definuje ako situáciu v psychoterapii, keď klient (analyzant v analytickej terapii) nevedome prežíva svojho terapeuta (analytika) tak, ako prežíval významnú vzťahovú osobu v detstve. Sú to potom všetky postoje a pocity klienta voči svojmu terapeutovi. Protiprenos naproti tomu definuje ako prenos terapeuta na klienta. V užšom zmysle sú to vnútorné reakcie, postoje a emócie terapeuta na prenos klienta. Tie môžu byť čiastočne uvedomované.

V prenose som si uvedomovala klientovu tendenciu k sebavedomému vystupovaniu, s čiastočnou nedôverou, ostražitosťou a istým seba chrániacim odstupom. Za to, že on bude na terapiu chodiť a platíť si za ňu, očakával aj adekvátny výkon a výsledok z mojej strany („value for money“). Jeho prvotná predstava bola, že za prvých 5 stretnutí vyriešim jeho problém. Bol jasne výkonovo a výsledkovo nastavený a podobne očakával aj odo mňa. Chcel vedieť, čo ja pre neho spravím. Svoje výkonové nastavenie aj verbalizoval ako svoju snahu riešiť nefungujúci vzťah s manželkou. Tu som cítila jeho výraznú snahu ukázať seba v dobrom, pozitívnom svetle. On je ten dobrý, manželka tá zlá. On sa snaží, manželka sa nesnaží.

On je aktívny, manželka pasívna. On má záujem o ňu, manželka o neho nemá. Vnímala som tak jeho potrebu byť dobrý. Aby som ho vnímala ako dobrého, výkonného, snažiaceho sa. Tu sa môžeme domnievať, že išlo o klientov prenos skúsenosti s rodičmi. Musel plniť ich príkazy, musel byť výkonný. Mal strach, že bude vnímaný ako zlý a zlyhávajúci a dostane trest. Že ho ja budem vnímať ako zlého a potrestám ho. Preto sa snažil vykresliť seba v dobrom svetle. Mala som pocit, že ma potrebuje presvedčiť, aby som ho vnímala dobre, ako by mi chcel dokázať, že on nič zlé neurobil. Lebo by mohol prísť trest, tak ako to pozná od rodičov. Tak ako uvádza Steiner (2018), traumatické zážitky spojené s násilím v klientovom prostredí vedú k internalizácii násilných objektov, ktoré mu zároveň slúžia ako vhodné nádoby na projekciu vlastnej deštruktivity.

Zároveň svojou aktivitou, deklarovanou snahou a výkonnosťou zaplavil celý priestor, nedal mi priestor na otázky. Mal jasnú svoju predstavu smerom k terapeutickému procesu a ja som mu ju mala splniť. Prišiel s nastavením, že ja mám byť taká, akú ma on potrebuje mať. Ak som mu očakávania nespĺnila, prinieslo mu to hnev na mňa. Zaplavovanie priestoru aktivitou sa mu v živote opakuje aj vo vzťahu k manželke. Vnímam to ako jeho strach zo straty kontroly a z pocitov bezmocnosti. Jeho očakávania na môj výkon som vnímala v protiprenose ako tlak.

Klient sa ku mne vzťahoval ambivalentne. Aj chcel byť blízko, túžil po blízkosti, aj mu to naháňalo strach a cítil sa ohrozený a neistý. Vtedy sa pred úzkosťou stiahol späť do azylu vnútorného obranného systému, ktorý Steiner popísal ako psychické

útočisko (2018). Na stretnutia pravidelne chodil, zároveň ale prejavoval nespokojnosť s priebehom. Bol nespokojný, keď som neplnila jeho očakávania. Vyvolávalo to v ňom zmätok, neistotu a hnev. Aj sa mi chcel odhaliť, ale keď som ho uvidela, zľakol sa a útočil. To je tiež opakovaním ranej skúsenosti s rodičmi, hlavne matkou. Keď bol sám sebou, keď sa ukázal, nebol ocenený a bol potrestaný. Naučil sa neukazovať seba, aby ho matka nepotrestala. Mne sa tiež bál ukázať, aby som ho nepotrestala, nemyslela si o ňom, že je slabý. Ukazoval mi svoje falošné self. Strach z blízkosti v terapeutickom vzťahu som vnímala ako strach z ublíženia trestajúcim vzťahovým objektom. Zároveň som vnímala silnú ambivalenciu vo vyjadreniach klienta, ktorá bola pre mňa mäťúca. Vyvolávala vo mne zmätok, nejasnosti a pocit, či sú veci naozaj tak, ako klient hovorí. Niekde vo mne sa zrodil pocit nedôvery k tomu, čo klient navonok deklaruje. Niekde som mala podozrenie, že je to inak, ešte som ale nevedela ako. To bol môj protiprenos na klientov prenos ponúknuť mi svoje falošné self. Svoj protiprenos som vnímala prevažne ako konkordantný. Tak ako ho definuje Kernberg (2017) ako analytikovu emocionálnu identifikáciu s pacientovým centrálnym subjektívnym pocitom v danom momente. Vo svojom protiprenose som hneď na začiatku vnímala, ako ma svojou aktivitou valcuje, akoby potreboval získať nado mnou moc, ako ma zatlačalo do stoličky v mojej snahe trochu odstúpiť. Mala som pocit, že potrebujem cúvnuť, nebyť zaplavená. Myslím si, že to bol aj klientov nevedomý zámer, aby ma svojou aktivitou dostal do bezpečnej vzdialenosti. To sa mu na časť terapeutického procesu aj podarilo.

Neskôr počas terapeutických stretnutí som pociťovala, že sa musím veľmi nadrieť, aby som sa ku klientovi mohla trochu priblížiť a mohla vidieť kúsok z neho samotného. Nepúšťal ma k sebe, držal ma v bezpečnej vzdialenosti. Často som sa po stretnutiach s klientom cítila vyčerpaná, zmätená, zamotaná. Mala som pocit, že sa chcem ku klientovi dostať bližšie, ale nedarilo sa mi to. Niečo mi stálo v ceste. Bola to nepriepustná hradba, ktorú si klient okolo seba vytvoril a ktorú som identifikovala ako odpor. Klient sa ku mne zo začiatku vzťahoval ambivalentne, aj chcel chodiť a chodil, aj prejavoval nespokojnosť s priebehom, polemizoval o ukončení terapie. Jeho tendencia manipulovať s termínmi stretnutí a sám ich určovať vo mne vyvolávala hnev. Pýtala som sa sama seba, čo robí a prečo to robí. Súčasťou terapeutickéhoh dohody bolo stretávanie sa pravidelne raz týždenne. Sám však začal termíny predlžovať na dva týždne, s tým, že si chce vyskúšať, aké to pre neho bude. Vedela som, že to je otázka odporu, ktorú bude treba osloviť.

Klient vystupoval od začiatku výrazne bezemočne, ani na jednom stretnutí neplakal, aj keď hovoril o ťažkých témach, rozprával bez prítomnosti emócií. Dochádzalo k izolácii afektu zo strachu pred zaplavením. Na stretnutia prichádzal vždy s úsmevom a úvodnou vetou mám sa dobre. Bol to je ho naučený spôsob, ako skryť to, že ho niečo trápi, ako vytvoríť dojem, že je silný. Viackrát sa stalo, že emóciu, ktorú klient iba verbálne popisoval bez prislúchajúceho emočného doprovodu, som ja cítila, za neho. Preniesol na mňa pocity, ktoré nemal spracované a pomenované. Takto som cítila hnev na jeho manželku, ktorý on iba popisoval, že by ho možno mohol cítiť.

Cítila som jeho smútok v situácii odmietania. Cestu k nemu som si našla cez to, ako som mu začala sama verbalizovať, čo cítim, keď on hovorí, začala som mentalizovať. Že vnímam a prežívam emóciu, ktorú on nemôže prežívať. Ponúkla som mu mnou spracované jeho vlastné emócie, ktoré vedel prijať. Cítila som, že som sa mu cez to mohla viac priblížiť, že sa náš vzťah stal hlbším, že mi dovolil vidieť a cítiť kúsok zo seba. Postupne sa na stretnutia začal viac tešiť. Začal vnímať ich dôležitosť pre seba, dovolil to sám sebe. Dovolil, aby som mu pomohla a začal moju pomocnú ruku prijímať.

V neskorších fázach terapie došlo u klienta k rozvoju prenosu vo forme prenosovej neurózy. Vnímal mňa ako svojich rodičov, ktorí mu nedovolili ísť tam, kam on chcel. Prenášal preto na mňa hnev, ktorý patril im. Tento prenos mi priniesol pocit viny, že som tá zlá, ktorá mu bráni, a klientovi strach, že sa na neho budem hnevať. Práca na tomto prenose nám priniesla otvorenie a prehĺbenie vzťahu a klientovi korektívnu skúsenosť, že som ho za jeho hnev na mňa nepotrestala, tak ako to poznal od rodičov. Zároveň sa tak otvorili dvere k slobodnejšiemu sebavyjadreniu klienta, čo sa prejavilo aj v obrazoch z imaginácií. Prestal zaplňať obrazy.

Ako uvádza Kernberg (2017) je prenos v situácii terapie v centre manifestácie pacientových nevedomých konfliktov, prevládajúcou obrannou činnosťou, ktorá funguje v klinickom settingu ako odpor, ale aj ako základný zdroj informácií o pacientových nevedomých konfliktoch. Prenos môžeme definovať ako nevedomé opakovanie patologických konfliktov z minulosti tu a teraz a analýza prenosu je hlavným zdrojom špecifickej zmeny, ktorú prináša psycho-terapeutická liečba. Prekonávanie odporu

prirovnal Freud (2000, str.226) k odomknutiu dverí, k ich otvoreniu potom už stačí iba stlačiť kľučku.

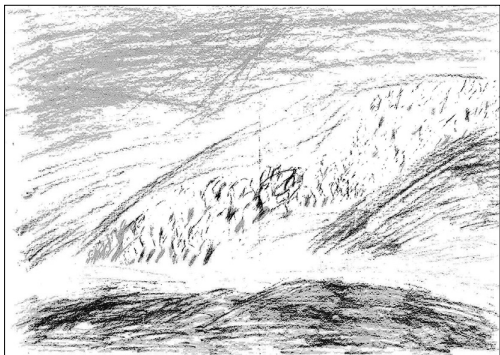
V katatýmne-imaginatívnej psychoterapii sú podľa jej zakladateľa Leunera (2007) projektívne sily (projektívny tlak) klienta, ktorými prenáša svoje ranné detské vzťahy na terapeuta, rozsiahlo viazané na projektívne plátno denného sna (imaginácie). Denný sen je vo vedomí oveľa dôležitejším projekčným plátnom než terapeut sediaci vedľa.

Prejavy odporu som u klienta identifikovala takto: neustály tlak na výkon a aktivitu vo vzťahu k sebe aj k terapeutke plnil nevedomú ochrannú funkciu. Taktiež snaha zaplniť priestor do posledného milimetra, či už v rozhovore alebo na obrázkoch z imaginácií. Prítomný bol odpor ku kontaktu so sebou samým, s terapeutkou, s konfliktnými témami, s emóciám a celkovo odpor k zmene. Tieto fenomény sa premietali do denných snov klienta v procese symbolizácie (tak ako to popisuje Uhrová, 2005) a budem ich ilustrovať v stretnutiach s použitím KIP.

Priebeh stretnutí s KIP: V obrázkoch z imaginácií, ktoré prinášam v postupnosti tak, ako boli realizované, je jasne vidieť minimálne v prvých piatich obrazoch výrazná bezkonfliktnosť scén a sýtenie narcistických potrieb. Bezkonfliktné scény, ako uvádza Leuner (2007), môžu byť priestorom uspokojovania archaických potrieb, aktivácie zdrojov a oslovovania témy primárneho narcizmu. Z hľadiska hlbínne psychologickéj teórie sú tieto scény však ničím iným než obrannými mechanizmami proti konfliktným obsahom, úzkosti a depresívnej opustenosti. Ide o motívy kvet, lúka, potok, hora, dom. Ich poradie bolo určované tak, aby reflektovali základný stupeň KIP, ako

ho uvádza Leuner. Sú sprevádzané výrazným narcistickým sýtením a uspokojovaním archaických a zmyslových potrieb, ktoré na začiatku terapie kopírujú normálny a zdravý (psychosexuálny) vývin. Následné motívy na strednom stupni, okraj lesa, boli zvolené so zámerom priamo ponúknuť možnosť, aby vystúpili konfliktné obsahy a aby sa s nimi mohol klient konfrontovať. Motív leva bol zvolený ako ponuka konfrontácie so svojou vlastnou pudovosťou, agresivitou. Motív dvoch zvierat reflektoval tému partnerského súžitia. A motív sopky bol ponukou na znovuprepracovanie témy pudovosti a hnevu (aj na rodičov).

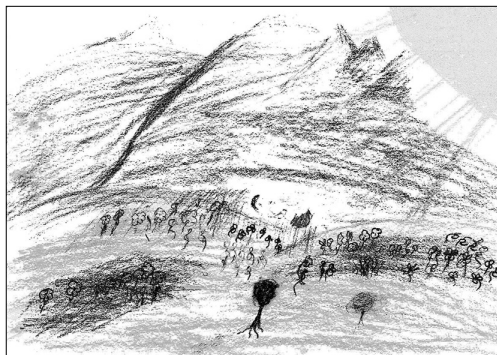
Motív č. 1 KVET: *Objavil sa biely kvet, veľký, má hrubú zelenú šťavnatú stonku. Povrch je príjemný na dotyk, jemný, cíti, ako v kvete pulzuje život, ako cez vnútorné cievy prechádzajú šťavy. Preniesol sa v predstave na ostrov, je tam pláž, kvet rastie na pláži, zrazu sa naklonoval, je ich tam mnoho tých istých kvetov, je to celá alej, rastie od pláže až do kopcov. Vyvoláva to v ňom príjemné pocity, harmóniu.* (Obr.1)



Obr. 1

Motív č. 2 LÚKA: *Je leto, teplo, príjemne sa cíti. Ide dolu z malého kopčeka, rukami prechádza po vrcholoch trávy a kvetoch, je to príjemné na dotyk, lupene sú jemné*

ako povrch broskyne. Rozbehne sa po lúke a urobí kotrmelec letmo dopredu a dopadne na trávu na chrbát, teší sa z toho, usmieva sa, leží rozťahnutý na tráve, pozerá na nebo. Je to príjemné, oddychuje, cíti harmóniu, pokoj. (Obr. 2).



Obr. 2

Motív č. 3 POTOK: *Voda je čistá, priehľadná, vidí na dne biele kamienky. Vyskúša ľavou rukou vodu, je ľadová, studená. Napije sa, je to príjemné, osviežujúce. Cíti, ako voda preniká cez prsty, ako prúd vody unáša ruku. Cíti sa dobre. Počuje hukot vody, ako šumenie. Má taký pocit celistvosti, prúdenia, jednoty. Ide cez les. Cíti vôňu ihličia, cíti sa v lese bezpečne. Na lúke sa cítil byť vystavený, videný. Potok je už v lese stále hlbší. Cíti sa príjemne, má svižný krok. Zrazu vidí, že ho zozadu dobehol jeho pes. Teší ho to, že ho tam má.* (Obr. 3)

Motív č. 4 HORA: *V imaginácii s motívom hory si predstavil Kriváň. Chcel by na neho vyliezť, už raz sa o to pokúšal, nevylietol však až na vrchol, kvôli zlému počasiu. Už je pod kopcom, už na neho vylieza. Ide sa mu dobre, počasie je krásne, modrá obloha, je asi koniec leta. Prejde rýchlo cez kosodrevinu a už ide po skalách, dostane sa do hmly. Má svoje turistické topánky, legíny, bundu. Ide cez hmlu, cíti na tvári jej*



Obr. 3



Obr. 4

chlad, cíti sa príjemne, osviežuje ho to, lebo je rozhorúčený. Lahko sa mu šliape. Už je na vrchole. Sadne si, oddýchne si. Ale len veľmi rýchlo a už uteká dole. Skáče zo skaly na skalu, rýchlo, svižne. Dobre sa cíti, že vyliezol až na vrchol, urobil si pomyselnú fajku, že dosiahol cieľ. Je rád. Už je dole pod kopcom na parkovisku pri aute. V aute ho čaká manželka, sadne si k nej, dá jej bozk. Teší sa, že ho tam čakala. Idú autom preč. (Obr.4).

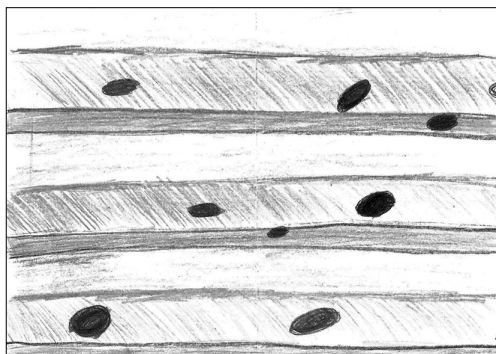
V obrázkoch, ktoré prináša, sa objavujú jasné známky odporu: sám seba kreslí veľmi malého a nejasného, takmer ho nie je vidieť. Kvet na 1.obrázku sa nedá identifikovať. Postavy seba na 2. a 3. obrázku sú takmer úplne neviditeľné, zbokú, alebo úplne zozadu. Veľkú časť obrázkov zaberajú

stromy (les ako symbol nevedomého života). K istej zmene dochádza pri motíve č. 5 DOM: *Predstaví si chatu vsadenú v kopci. Je to horská chatka, akú vždy chcel. Strecha je plechová, špicatá, úzka. Sám ide do domu, bez vyzvania. Obzerá si vnútro. Na dolnom poschodí/prízemí je kuchyňa a obývačka. V obývačke je gauč, sadne si na neho. Pozerá sa po miestnosti, je tam krb. Steny sú natreté na bledo-oranžovo. Je to tam príjemné, teplé, dobre sa tam cíti. Ide sa pozrieť hore, bez vyzvania. Schodisko je nové, precízne, presne vyrezané. Je z bledého dreva, pekné. Na zábradlí je guľa, chytí ju, pomyslí si, že to dobre urobil, že to on vyrezával. Ide po schodoch hore. Kráča sa mu dobre. Horná časť je tiež stará, ako spodná. Schodisko je však nové. Na čo má chuť? Ísť sa pozrieť von. Sedí na terase, pozerá sa do prírody. Pofukuje vetrič, je príjemná jar, svieti slnko. Užíva si to. Pri ukončovaní imaginácie vidí, ako spoza rohu z domu pribiehajú jeho dve deti (imaginárne) a lezú na stromy. Prichádza aj manželka. Idylka. Nechce sa mu z imaginácie odísť. (Obr.5).* Na obrázku znázornil schody s fokusom na vzor dreva. Pretrvávajú výrazné narcistické sýtenie, ale zmenou je práve zameranie pozornosti na detail. Akoby môcť vidieť zblízka. Môcť popustiť obrany a prísť bližšie. Zároveň aj téma narábania s vnútornými konštruktami, niečo chce prerobiť, niečo spraví nové a cíti sa na to hrdý, pochváli sa.

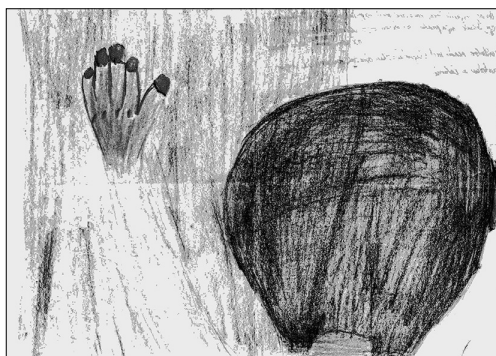
Motív č. 6 OKRAJ LESA. *Nachádza sa na lúke. Pozerá sa na okraj lesa, ktorý je tmavý a hustý. Sedí od neho asi 20 metrov. Počuje zvláštne ticho. Pôsobí to na neho tak sterilne. Čaká, či niečo z lesa vyjde. Je netrpezlivý. Nič nevychádza. Cíti sa frustrovaný a nepokojný. Chce, aby niečo vyšlo, ale nič nevychádza. Je mu na tom slnku už*

horúco, chcel by ísť do tieňa. Chcel by ísť do lesa. Podíde bližšie k okraju lesa. Oprie sa rukou o prvý strom a pozerá sa do lesa. Z lesa na neho vykúkajú rôzne postavičky. Červená čiapočka, pozrela sa na neho, on na ňu, ale hneď sa zase schovala za strom. Potom vykukol vlk na neho, ale opäť sa hneď schoval. V lese prechádza okolo poľovník s puškou, ale ani si klienta nevšimne. Aj nejaký medveď na neho vykukne, ale opäť sa schová za strom. Chcel by ísť do lesa. Zbadá medzi stromami svietiť oči. Jedny, druhé, tretie. Tri páry. Zrazu sa vynoria z očí traja vlci, idú akoby k nemu. On im pozerá do očí. Cíti trochu strach, aby mu neublížili. Pred klientom však v lese odbočia a obídu ho. On sa ich už nebojí, sú to takí vlčkovia. Opäť by chcel ísť do lesa. Na lúke ho to nebaví. Odstúpi od stromov pár krokov. Les opäť vyzerá tmavý a hustý. (Obr.6). V porozhovore hovorí, ako som ho nahnevala tým, že som mu nedovolila ísť do lesa. Že to je prvýkrát, čo voči mne v imaginácii cítil hnev. Cíti ho aj v porozhovore. Cítil sa frustrovaný, že nič k nemu nevychádza. Cítil sa na lúke sám. Na mňa cítil hnev, že som zopakovala to, čo pozná od rodičov. Nedovolila som mu ísť ďalej tam, kam on chcel ísť. Len tak čakať sám je pre neho neznesiteľné. Tu môžeme uvažovať, že ide o prejav neurotického prenosu, ktorého zvládnutie nám v terapii prinieslo väčšiu blízkosť a pocit bezpečia. K neumožneniu klientovi vstúpiť do lesa ma viedla úvaha o tom, že les symbolicky znázorňuje klientove nevedomie. Bolo prítomné riziko, že by sa v lese mohol stretnúť so zúskostňujúcimi podnetmi. Tak ako uvádza Leuner (Leuner, 2007), nie je ani vhodné, aby klienti na základnom stupni KIP terapie vstupovali do lesa, práve pre možnosť

úzkostných, prekvapivých stretov. To, že nebolo možné, aby postavy vystúpili na lúku, vnímam ako formu odporu. Postavy nemohli ku klientovi vystúpiť, nebolo im to umožnené, pre ich nebezpečný a zúskostňujúci potenciál. Klient ostal na lúke sám a frustrovaný. Tak ako v živote. K obrázku č.6: Na obrázku je zvýraznená ruka. Znázorňuje moment, keď sa ňou opieral o strom a pozeral na život v lese. Symbolizuje mu to zastavenie, stopku, prekážku, zábranu. Ruka môže ukazovať stoj, ale aj to, že narazila na prekážku. Cítil pri tom veľkú frustráciu. Opäť znázorňuje seba odzadu, čo môže byť prejavom odporového fenoménu.



Obr. 5



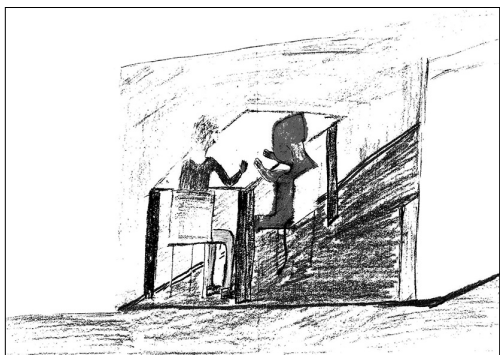
Obr. 6

Následne sme s Motívom č.7 OKRAJ LESA pokračovali na ďalšom stretnutí. Tu

už bolo možné vydržať frustráciu z čakania a z lesa vybieha biely kôň – jednorožec. Dá sa s ním do kontaktu, hladí ho, je to príjemné, pohľad do očí je pokojný. (Obr. 7). Motív č. 8 LEV: Vidí obraz leva, zavesený na stene. Zoberie si ho do auta, prevezie si ho domov, dá si ho na stenu. Lev na stene ožije, pozerá sa mu do očí, vyčkáva, čo spraví, čaká na reakciu, ježia sa mu chlpy, on drží v ruke golfovú palicu, lev sa zlakol, on tiež. Lev si sadol za stôl, on odložil palicu, sadol si k levovi za stôl, debatujú spolu. (Obr. 8). Je už prítomná možnosť konfrontácie s ohrozujúcimi elementmi, oslabujú odporové fenomény. „Ó áno, tu som vám ponúkal také pekné, ničím nezaujímavé bezpečné krajinky.“



Obr. 7

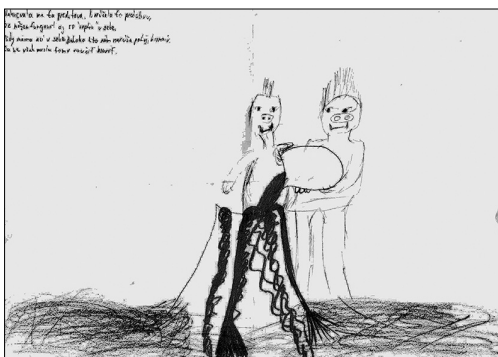


Obr. 8

Motív č. 9 DVE ZVIERATÁ: Biely kôň a mláďa leva, je medzi nimi čierna stena. Mláďa sa labou načahuje cez otvor v stene ku koňovi, chce sa hrať. Kôň ignoruje leva, otvor sa zavrie, lev ostáva na ľavej strane, kôň na pravej, medzi nimi je čierna opona. Lev odchádza do savany, stáva sa z neho dospelá levica, opona klesá, kôň ju preskočí, „aké jednoduché“, ide za levicou. Obaja sa stretnú pri jazierku, pijú spolu vodu, „akoby v raji“. (Obr. 9). Klient seba identifikoval ako koňa, manželku (v prenosovom vzťahu terapeutku) ako levicu, oponu ako výraz odporu vo vzťahu k nej. Zobrazil seba na obrázku ako koňa, ktorý skáče cez oponu a vydáva sa na cestu za manželkou. Po vyše troch rokoch od nevery začali manželia spolu znova intímne žiť. Ako posledná ostávala otvorená téma hnevu. Motív č. 10 SOPKA: Sopka je v džungli, láva buble, občas vyšplechne, vylieva sa cez okraj. Klient ako vták lieta okolo nej v bezpečnej vzdialenosti, cíti horúci vzduch z nej. Pozerá sa do sopky zhora, láva začne pulzovať. „Nerozhodná sopka“, nevie sa rozhodnúť, či ide vybuchnúť, alebo nie. Irituje ho to, ľudia v okolí sopky nevedia, či sa majú báť výbuchu. Obraz sa zmení, dvaja obri sa objavili nad sopkou, kováči, prilievajú žieravinu do sopky, je nahnevaný, vyzerajú ako diviaci. V očiach majú výsmech, pripomínajú mu rodičov, nadviaže očný kontakt, chce, aby odišli. Pozrie sa do sopky, láva zmizla, rozhrabáva ju rukami, „kde je láva“?. (Obr. 10). Posledná imaginácia prináša rozsiahlu tému hnevu na rodičov a jeho narábania s ním. Klient sa postupne učí neotáčať hnev proti sebe, ale môcť si dovoliť prejavovať ho navonok.



Obr. 9



Obr. 10

ZÁVEREČNÁ ÚVAHA A ZHODNOTENIE VÝSLEDKOV PSYCHOTERAPIE

Zo začiatku bola práca s klientom náročná. Bolo pre mňa ťažké vyznať sa v klientovi a jeho pocitoch, ktoré ani on sám nevedel identifikovať. Často som sa cítila zmätená. Klient prejavoval veľký tlak na svoj aj môj výkon v terapii. Cítila som, že potrebujem klienta upokojiť v jeho nárokoch a očakávaníach. Postupne sme zrealňovali jeho predstavy o rýchlosti riešenia jeho problémov. Popisované úzkostné prežívanie a symptómy po cca 10tich sedeniach odzneli a objavila sa klientova nespokojnosť s terapiou. Chcel sám seba lepšie spoznať, prežíval však zmätok a nevedel, na čo sa za-

merať. Nosil na stretnutia svoje masky „som v pohode“, „nič nepotrebujem“, „zvládnem to aj sám“. Ponúkal mi svoje falošné self. Snažila som sa klientovi poskytnúť pocit istoty cez vytvorenie bezpečného, chápaného a prijímajúceho vzťahu. Klient si potreboval voči mne vytvoriť dôveru, že mu budem vedieť pomôcť lepšie, než si vie on sám. Tá sa vytvárala pomaly a postupne. Len veľmi pomaly bol klient schopný odhodiť svoje masky a dovoliť mi vidieť, čo je pod nimi. Vidieť, aký on je a ako sa naozaj má, keď to ani on sám dobre nevedel. Spoločne sme spoznávali jeho skutočné ja tým, že som sa mu snažila zrkadliť emócie, ktoré sám nevedel pomenovať. Sám klient považoval za dôležité odlíšiť jeho staré ja a nájsť odvahu pre nové, tvoriace sa ja, medzi ktorými viedol polemiku plnú pochybností a sebatrestania. Podarilo sa nám presmerovať jeho pozornosť z manželky a jeho výkonu na neho samotného. Výdatne nám v tom pomohli imaginácie.

Ciele, ktoré sme si stanovili na začiatku terapie sa nám podarilo úspešne dosiahnuť. Úzkostná symptomatika po niekoľkých úvodných stretnutiach odznela. Po dvoch rokoch terapie si klient našiel znova cestu k manželke a ich vzťah je opäť emocionálne aj intímne funkčný, snažia sa o bábätko. Prišlo k rozvoju autonómie do takej miery, že je klient schopný ísť na dovolenku s kamarátmi, bez manželky, prípadne úplne sám. Prepracovali sme aj tému hnevu, ktorý vie viac prežívať a používať ho vo svoj prospech.

LITERATÚRA

Feud, S. 2000. *Spisy z let 1892–1899*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000. S. 474.

- Hašto Jozef. 2005. *Vztahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. S. 300.
- Ladenbauer, Dieter, Emann - Gegenüberstellung der Struktur-Niveaus. Orig.: <http://www.wolfgangoswald.net/wp-content/uploads/2016/10/Schema-der-Struktur-niveaus-20140921.pdf>
- Leuer, H. 2007. *Katatymně imaginativní psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. Vydanie prvé. S. 247.
- Kernberg, O. F. 2017. Základné komponenty psychoanalytickej techniky a odvodených psychoanalytických terapií. In *Imaginácia-identita-kreativita*. 2017. Nové Zámky: Psychoprof. S. 9–24.
- Mitchell, S., Black, M. 1999. *Freud a po Freudovi*. 1999. Praha: Triton. Pracovní skupina OPD (Eds.). 2013. *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2.*, Praha: Hogrefe – Testcentrum. S.365. ISBN 978-80-86471-45-7.
- Schlegel, Leonard. 2005. *Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu I, II, III*. Trenčín: Vydavateľstvo F, S. 538.
- Steiner, J. 2018. *Psychická útočisko*. Praha: Triton, Česká psychoanalytická spoločnosť, 2018. Vydání I. S. 191.
- Uhrová Eva Dorota. 2005. *Imaginácia ako zrkadlo*. Nové Zámky: Psychoprof, 2005. Vydanie prvé. S. 144.
- Došlo do redakcie a prijato k recenznému řízení 27. 7. 2018. Revidované znění došlo 25. 9. 2018, k publikaci přijato 29. 9. 2018.*
- Informovaný súhlas: Klient poskytol autorke informovaný súhlas s publikovaním článku. Roly autorov: Mgr. Zuzana Navrátilová, Ph.D. – 100 % autor.*

VÝZKUMY VŠÍMAVOSTI MÍŘÍ DO HLOUBKY I ŠÍŘE

Mezinárodní konference o všímavosti, Amsterdam,
10.–13. července 2018

Jan Benda

ÚVOD

650 účastníků ze 42 zemí světa dorazilo počátkem července na Amsterdamskou univerzitu na Mezinárodní konferenci o všímavosti. Bohatý program konference – čítající na 200 příspěvků – probíhal většinu času paralelně v sedmi sekcích. K tomu bylo prezentováno 152 posterů. A samozřejmě proběhla i řada workshopů. Byla to tedy poměrně velká akce! Pojďme si jí přiblížit v několika odstavcích.

ŘEČNÍCI

Začněme se dvěma klíčovými řečníky, jejichž jména dnes již českým čtenářům většinou nejsou neznámá, totiž s Jonem Kabat-Zinnem a Markem Williamsem a přidejme k nim ještě tři další „hvězdy“ této konference – Ajahna Amaro, Judsona Brewera a Martine Batchelor. Tito řečníci (a ještě několik dalších) měli vždy hodinový prostor (všichni ostatní obvyklých 15 minut). O čem mluvili? **Jon Kabat-Zinn** (skrze video) připomněl buddhistické kořeny všímavosti a apeloval na přítomné odborníky, aby nedopustili přílišné zpovrechnění pojetí všímavosti, k němuž inklinuje laická veřejnost. **Mark Williams** vyzýval k pokračování dialogu mezi vědci a zkušenými praktiky a učiteli meditace. Mnich **Ajahn Amaro** mluvil o dlouhodobějších důsledcích meditační praxe, jež jsou v rámci buddhistické psychologie popisovány jako jednotlivé stupně „osvícení“. **Judson Brewer** popisoval mechanismus,

díky němuž nám všímavost pomáhá zbavit se nejrůznějších závislostí – ovšem nejen např. na alkoholu, ale i na nezdravém jídle nebo na Facebooku. ;-) A také **Martine Batchelor**, bývalá buddhistická mniška, diskutovala detailně vliv všímavého uvědomování si vlastních elementárních pocitů (v páli *védaná*) na osobní spokojenost. Všechna tato témata přitom jako by předznamenala vyznění celé konference – tentokrát se půjde do *hloubky*!

ATMOSFÉRA

Dodejme, že celková atmosféra byla velmi vzrušená a nabitá. Jen si to představte! Několik stovek vědců ze všech možných světových univerzit se zatajeným dechem „hltalo“ přednášku bývalé mnišky o prastaré buddhistické psychologii, aby se pak na ní po přednášce vrhlo a zahrnulo jí dotazy. Výzkum prahnoucí ověřovat tradiční moudrost! A vskutku naprosto drtivá většina příspěvků konference prezentovala výsledky výzkumů. Pojďme si nyní shrnout nejčastější témata. Řekl bych, že byla zhruba čtyři:

VÝZKUM ÚČINNOSTI

1. Řada výzkumů pochopitelně ověřovala účinnost nejrůznějších na všímavosti založených programů u nejrůznějších klinických skupin, ale také např. u manažerů, vojáků, policistů, zdravotníků apod. Z příspěvků bylo jasné, že všímavost většinou funguje, a tak se zkrátka šíří dál a dál. ;-)



1. Ajahn Amaro, 2. Judson Brewer, 3. Martine Batchelor, 4. Jenny Gu, 5. Clara Strauss, 6. Ruth Baer, 7. Vicky Wang, 8. Andrea Grabovac, 9. Harald Walach, 10. Yuval Hadash, 11. Henk Barendregt, 12. Jan Benda

MĚŘENÍ VŠÍMAVOSTI

2. Poměrně rozsáhlé diskuse budila také otázka, jak všímavost a příbuzné konstrukty jako je soucit nebo vyrovnanost (equanimity) měřit. A zde se rýsuje více možností: a) Řada příspěvků kriticky zkoumala již existující dotazníky (např. dotazník Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ od **Ruth Baer** a kol.). Představeny byly ale i nástroje teprve vytvářené. **Clara Strauss** a **Jenny Gu** například prezentovaly dvě zajímavé nové škály na měření soucitu k druhým (Sussex-Oxford Compassion for Others Scale – SOCS-O) a soucitu k sobě samému (Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale – SOCS-S). **Philippe Goldin** prezentoval Multidimenzionální škálu soucitu (Multidimensional Compassion Scale – MCS), **Amit Bernstein** nový konceptuální model vyrovnanosti (Decoupling Model of Equanimity), **Catherine Juneau** Dotazník vyrovnanosti (Equanimity Questionnaire), **Sarah Chan** pak Škálu moudrého všímavého rozlišování (Self-constructed

Discernment Scale) b) Mnoho výzkumů se však snažilo zachytit procesy související se všímavostí také objektivněji, tedy především s využitím neurozobrazovacích metod. Nejrůznější studie zkoumaly např., co se děje v mozku u různých druhů meditace (soustředění x všímavost x laskavost x soucit), a to jak u různých klinických skupin, tak například i u mnichů nebo zkušených meditujících. Výsledky byly více než zajímavé. Chcete-li, vygooglujte si např. práce autorů jako jsou **Heleen Slagter**, **Judson Brewer** (zkoumal aktivitu v zadní části cingulární kůry – posterior cingulate cortex, PCC), **Amit Bernstein**, **Yuval Hadash**, **Antonino Raffone**, **Gunes Sevinc** – dozvíte se víc. c) Tématem byla ale i behaviorální vodítka rozvinuté všímavosti nebo výkonové testy. **Harald Walach** např. navrhl 4 skupiny indikátorů, jak odhadovat míru všímavosti podle pozorovatelného chování a jednání subjektu, totiž podle různých projevů duchapřítomnosti, řeči těla, pozitivních projevů ve vztahu k druhým lidem

a etičnosti jednání. **Yuval Hadash** představil počítačový test ověřující schopnost jedince zpracovávat přítomnou zkušenost bez vztahování této zkušenosti k já (Single Experience and Self Implicit Association Test – SES-IAT) a test všímavého uvědomování (Mindful Awareness Task).

MECHANISMUS VŠÍMAVOSTI

3. Velmi žhavý trend představuje dále snaha výzkumníků objasnit *mechanismus* všímavosti – jak přesně všímavost způsobuje změnu v prožívání i jednání člověka? Příspěvky z tohoto tematického okruhu se týkaly nejčastěji všímavého oddělení (decoupling) samotného ne/příjemného zážitku (dis/liking) a následného ne/chtění (not/wanting), změny perspektivy (decentering, selfless processing), ale i porozumění pomíjivosti (impermanence) a neuspokojivosti (unsatisfactoriness) každé prožívané zkušenosti (Judson Brewer v této souvislosti vtipně citoval Jaggerovo „I can't get no satisfaction :-). I zde, s dovolením, odkáží na autory – **Brian Ostafin, Mike Keesman, James Walsh, Inka Papenfuss, Katleen Van der Gucht, Ivan Nyklíček, Vicky Wang** (zkoumala mechanismus transcendování utrpení během zážitků osvícení) a již zmíněná **Martine Batchelor, Judson Brewer, Heleen Slagter**.

ŠIRŠÍ KONTEXT

4. Poslední (ale neméně důležitá) kategorie příspěvků se týkala širšího kontextu všímavosti. **Willem Kuyken, Frits Koster,**

Erik van den Brink, Maja Wrzesien, Christina Ewert a mnozí další se věnovali soucitu. **Martine Batchelor, Brian Ostafin, Nicole Geschwind a Barney Dunn** diskutovali vliv všímavosti na rozvíjení pozitivních emocí. Tématem byla také etika (**Ruth Baer, Andrea Grabovac**), větší propojení s druhými lidmi skrze všímavost (**Winnie Mak, Ben Yu, Amanda Fu**) či rizika spojená s meditací (**Willoughby Britton, Jared Lindahl**). Můžeme konstatovat, že výzkum všímavosti se tedy rozvíjí i do jisté šíře a postupně prověřuje a vstřebává další elementy původní buddhistické psychologie. Osobně věřím, že právě proto má potenciál západní psychologii ještě velmi obohatit.

A ČEŠI?

Česky jsem si na konferenci popovídal jen s Holanďanem Ivanem Nyklíčkem a k mému velikému překvapení trochu i s Kanaďankou Andreou Grabovac (její články dávám studentům jako povinnou četbu). Jinak ale Česko na konferenci reprezentoval jediný poster „Soucit se sebou a tendence k prožívání studu u čtyř různých duševních poruch: Srovnání se zdravými kontrolami“ (**Jan Benda a kol.**). Jestli vás to tedy, milí čeští kolegové, povzbudí k větší účasti v budoucnu, vězte, že to stálo za to. Máte-li o všímavost zájem, budu se s Vámi těšit možná na viděnou na té příští Mezinárodní konferenci o všímavosti, tentokrát 23.–26. června 2020 na Aarhuské univerzitě v Dánsku! ;-)

ZA NAŠÍM SPOLUPRACOVNÍKEM DANEM POKORNÝM (4. 8. 1951–29. 11. 2017)

Zbyněk Vybíral



Když se Dan Pokorný, člen poradního sboru našeho časopisu, v průběhu listopadu a prosince minulého roku odmlčel, bylo to znepokojující. Na přelomu roků – minulého a letošního – pak zpráva dorazila i k nám. V německém tisku vyšel nekrolog. Výzkumný pracovník Kliniky pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii při Univerzitní klinice v Ulmu, nositel titulu „Privatdozent“, tehdy také úplně čerstvě docent na soukromé vídeňské Univerzitě Sigmunda Freuda (posouval se blíže k Brnu), ale hlavně neskutečně optimistický, pracovitý, vstřícný a vlídný doc. RNDr. Dan Pokorný už nežil. Četl jsem si

znovu jeho poslední e-mail, který mi poslal 4. listopadu 2017: „Moc děkuji za nesmírně milý email před několika týdny, který mě úžasně potěšil, ba dojal.“ (...) A pak suše: „(...) Našli mi novotvar v tlustém střevu, který se ale naštěstí dá operovat (...) naštěstí jsem ve velice dobré nemocnici. Celé to bude ještě něco trvat...“

Upínal se na štěstí, zalil optimismem i své okolí. Dvě slova „naštěstí“ za sebou; další slova, která v tom mailu jsou: „je paradox, že se mi vedlo dobře, Vídeň je kousek od Brna...“

S Danem Pokorným jsem se setkával hlavně na konferencích a kongresech světové Společnosti pro výzkum psychoterapie. V Bolzanu v roce 2009, v Asilomaru u Monterey v roce 2010, v Portu na podzim roku 2012, pak v Bernu... Pozvali jsme ho do Brna na 3. mezinárodní psychoterapeutické sympóziu (v květnu 2011); druhý den sympózia přednesl hlavní přednášku nazvanou „Slovo má slovo. Analýza textových prepisů terapeutických sezení“. Byl to vhled do výzkumu v katatymně imaginativní psychoterapii. A odpoledne téhož dne ukončil sympóziu workshopem s tehdejší studentkou Zuzanou Lakoštkovou. I název workshopu byl výmluvný: „Co je podstatné, to se opakuje. Analýza repetitivních vztahových vzorců v systému CCRT-LU.“ Pamatuji-li se dobře, od složitého názvu sklouzl velmi rychle k textům lidových písní, jeho didaktické postupy byly velmi, velmi tvořivé; účastníci se usmívali, ba smáli. A za úsměvu a smíchu se učili...

Jen rok před tím (v létě 2010) zvládal sám rozpad vztahu, smutek v sobě, vypořádával se s tím, že něco z toho, co bylo podstatné v jeho životě, se už nezopakuje. – Kdysi jsem byl posluchačem jeho zážitků z úplně originální dovolené na jednom z neturistických ostrovů v Karibiku. V Kalifornii se s jednou podstatnou ztrátou vyrovnával tak, že si před kongresem hned na letišti nechal přistavit Forda Mustanga (Cabriolet) a po kongresu s ním projížděl krajinou, nadechoval se vzduchu z Pacifiku, ubytovával se ve vesnických hotýlcích a motelech... Než se zase vrátil do Německa... Budu mu nadsmrti vděčný za cestu z Asilomaru do Esalenu a zpět, do uší foukalo, naše spolecestující Ester Danelová mi půjčila šátek, hnali jsme se po Highway 1 jižním směrem (na L. A.), minuli jsme odbočku k Jeffersově věži v Carmelu, zůstali jsme v horách, nahlédli do Esalenu, zastavili u Henry Miller Memorial Library v Big Sur

a zase jsme se vrátili zpět do Steinbeckova Monterey... Americké pivo a hovor dlouho do noci, zdál se neunavitelný.

Dan Pokorný učil své studenty a spolupracovníky – mimo jiné – možnostem co a jak zkoumat; zajímaly ho metody a smysl statistických procedur (co nám výsledky říkají?). Přispěl výzkumem k precizování Luborského metody identifikace základních interpersonálních vzorců, toho, co chce člověk říct a co říká (...*slovo má slovo*...); je podepsán a spolupodepsán u řady článků se sofistikovaným matematickým aparátem. Sám byl výborný vypravěč i pozorný posluchač. Účastník dialogů, kterému ustavičně na mysl přicházejí nápady. Včetně „bláznivých“ (=vtipných); v tomto směru se nebral tak vážně. Měl prostě pořad vědecké nápady i lidské. A jeho zapojení do dialogů korigovala ustavičná tolerance jiných názorů a přístupů – i lidská pokora.

SYMBOL

Jan Šikl

SYMBOL

Chci, aby se text zkusil dotknout symbolu, nebyl jen řečí o něm, ale pozvolna – z ticha a z poezie – se jej pokusil dotknout. **Kam za ním? Viděl ho někdo? A pokud – je si jistý, že to byl on?**

Předpokládám, že by stálo za to jej hledat někde v prostoru mezi filosofií, mytologií, hlubinnou psychologií, poezií, magií, uměním... nevím. Také by se za ním asi dalo vydat do změněných stavů vědomí, možná do snu. Možná není tak exotický, možná žije nepoznán mezi námi, možná je všude.

... osaměle přetrvává věčnost

lidem všem na dosah

za obzorem cesty

Zkusím k němu a o něm z různých stran... uvidíme, zda jej potkáme. Předpokládám ale, že jej nepotkáme. Snad nějaké podrápané stromy nebo peří, možná se vydávám úplně špatným směrem, asi je to spíše pravděpodobné. Nejspíš to skončí jako průsečík povrchní filosofie, mizerné poezie a psychologizujících pseudořečí... Pojďme začít poezií, přijde mi to nejjistější.

***Utajením svět se klene,
pojmenovat bezejmenné,
toť před stvořením světa být.***

V. HOLAN

Trochu hřích interpretovat poezii, ale snad oblíbenému verši neublížím, když si řekneme, že před boží výzvou Adamovi, aby dal věcem jména (zdá se, že měl schopnost řeči, tedy vládl symboly) ležela skutečnost – nejméně v Adamovi – bezejmenná,

nerozlišená, jaksi před stvořením lidského vědomí, o světě. Také moci nad ním – zdá se, že ji máme jaksi „od Boha“. V tajemném, „tak jemném snění“... sem by mohly patřit různé teologické úvahy, že nás Bůh stvořil, aby nebyl sám se svojí dokonalostí, i „dokonaností“. Že chtěl sdílet, dát někomu také vědomí... asi to budou jen projekce.

HOLD SYMBOLU

Fascinující téma. Ale vážně: myslím, že charakteristikou symbolu je fascinace. Ve smyslu, že rozbíjí a překračuje porozumění stávajícího. Překračuje jednoznačný obsah pojmu symbol, symbolické. Představuje **to**, ale ještě něco **jiného**. Provazuje – už tím je blízký pojmu re-ligio: znovu svázat, propojit.

Symbol narušuje řád stávajícího porozumění, ukazuje, že věci jsou ještě i jinak. Propojené, celistvější, transcendentní, ne tak ohraničené a jednoznačné, jak by se mohlo zdát. (Roztomilý jazykový nonsense – vždyť právě zdání nás učí, že tomu tak přeci není.)

Už svojí povahou je symbol neuchopitelný v celku, byť právě „vzájící do celku“. Paradoxně vyjadřuje nevyjádřitelné: odkazuje a tlačí na tajemství, podstatu, aby se vyjevila.

Znáte silnější pojem? Silnějšího průvodce na cestě k celistvosti, silnějšího přímluvce člověka, který odkazuje za věci – k cíli?

Symbol je takový hřimající Jan Křtitel s jeho: „Srovnejte cesty Páně.“ Když už jsme symbolicky vzato na prahu jiného

symbolu – adventu – zase ta antropomorfizace „času, který přichází...“.

Vrcholně lidské téma. Je zřejmé, že schopnost vztahovat se k symbolu, je pro člověka zásadní. Možná právě tím pojedl ze stromu poznání. Možná právě tím se už dotkl nesmrtelnosti.

Prolíná všemi vrstvami člověka. Subjektem, tělem (zde platí oboustranně – slovo se stalo tělem a tělo slovem) zvířetem, sněním, bá-sněním, pohádkou, hrou, tvorbou, rodinou, místem, časem, skupinou, kmenem, národem, mýtem, náboženstvím, religiozitou... Cítíte, jak se to všechno doslova nadouvá možným symbolickým obsahem? Možná jsem si mohl ušetřit práci s výčtem, možná lepší se ptát, kde jistě není. Myslím, že je schopen sestoupit všude. Mám naději, že i v podmínkách, kde člověk nepřežije, do „sedmých pekel“ třeba.

Měl bych chuť tvrdit, že právě schopnost vytvářet a vnímat symbol, je (druhou) antropologickou konstantou, základní lidskou schopností. Či snad klíčovým obdarováním?

Kurt Vonnegut píše přeci ve Snídani šampiónů: „...když Kilgort Trout domočil, všiml si, že na zdi nad mušlí je vyryto do omítky: být očima, ušima stvořitele vesmíru!“

... ale brzdím se.

Téma symbolu je z povahy věci neúplné. Nevyjádřitelné plně, odkazující na celost, ale vzpírající se hotovosti – uzavřenému tvaru. Tím také uchopení člověkem, jeho vlastněním.

Se symbolem je to těžké v modu „mít“. Nemáte jej, proměňuje se a vzpírá uchopení, jak říční bůh v zápasu s Heraklem. A když jej máte a držíte – máte klišé, kýč, stereotyp, modlu... podle místa výskytu.

Možná to, s čím symbol propojuje, není „vně“ ale „uvnitř“ nás, ne v **ono** ale v **já**. A nelze tak o symbolu hovořit objektivně, ale jen osobně, řeč o symbolu je pak vždy trochu vyznáním a každá situace se může stát „symbolickou“ – skrze Tebe.

Je tedy nutno přijmout, že pokud jde o symbol, vždy se jedná jen o dílčí, osobní poznámky a inspirace k tématu.

Symbol a sen považuji za poslední bašty nevědění, neuchopitelného, tajemství... a to i v našem oboru. Protože, kde je jen vědění a jistota, není prostor pro tajemství. Ani pro člověka, ani pro duši. Nevěřím, že je z kauzální skutečnosti. Symbol je také bašta otázky oproti převaze odpovědi.

INSPIRACE Č. 1

Malvillova Bílá velryba. Poslouchal jsem nedávno pořad k výročí vydání této knihy, autorovi vydělal 1 dolar a 25 centů... prodala se jedna. Stala se symbolem. Čím, proč a jak? Jak se „to dělá“? Jak se „to stane“?

Věděl autor, co píše? Vytvářel – pracoval se symbolem? Vložil jej tam, či příběh měl schopnost stát se symbolem, když na něj „padlo světlo“ ze správné strany? O-světlil se tím? Vy-světlil? Zazněl jako rezonanční dřevo? Čekal na čtenáře nebo na kontext doby? Či symbol prostě leží a čeká v příběhu?

Čeká imanentně – všudypřítomně v realitě, je v ní stále a všude potenciálně přítomen. Je to skryté sdělení, které čeká na hledače, inspirace svinutá ve světě jako had v písku u studny a nohou Exupéryho prince. Jako pohánějící pérko v hodinách – pointa, význam či smysl. Jak se tam dostal?

Pokud nám nejsou po srsti symbolické výklady, které možná ztratily schopnost vyjadřovat symbol, jako třeba prozřetelnost,

či „boží záměr“, použijme jiné, z jiného výkladového (symbolického) schématu.

Třeba ty stojící na **in-formaci**, tedy schopné formovat, vložit obsah do formy. Aby se stal „uchopitelný“, či schopný formace?

Nebo stojící na **in-spiraci**, nádechu, na duchu? Vložené původní platónské ideji, která sestupuje do věcí a zase se vrací ke svému stvořiteli.

INSPIRACE Č. 2

Psychoanalytická Fenichelovská konference – povídání kolegů z Vídně (naprosto „jungiaňský“ příspěvek) o Abrahamovi a Izákovi, o svázaném Izákovi. Prý o tom existuje v Izraeli celá literatura. O Abrahamovi, který zde byl popisován jako reprezentant „narcistického“ otce, který se bojí staré symbolické kletby, že bude zabit svým prvorozeným. Mýtus smrtelného konfliktu mezi otcem a synem, opakující se od řeckého Urana, přes Oidipa, Mojžíše, až k Izákovi a Hospodinu, který zadrží ruku Abrahamovu, ukončí obětovávání „prvotín stvoření – tedy i prvorozeného“ a nabídne oběť „zástupnou“ – nekrvavou a symbolickou. Beránka. Prozatím jen tohoto – chyceného v křoví.

Spleť křoví propletených větví, prolínajících se symbolů, kde jeden odkazuje na druhý, až vzniká specifická řeč mýtu.

Nechci a neumím jít po systematickém výkladu této části Starého zákona, ani po všech větvích fascinujícího opakování tohoto příběhu v různých mytologiích vedoucích až k otci psychoanalýzy Freudovi a jeho textu Totem a tabu a výkladu oidipského komplexu.

Chci zmínit něco jiného: inspiraci opakující se, stále tradovaným a interpretovaným příběhem, který se přetváří v symbol,

co svým opakováním a převypravováním spoluvytváří kulturu, která se kolem něj točí a krouží.

Představoval jsem si blízkost, kterou osamělý člověk může ucítit, pokud by tvář v tvář úplného osamění – v cizí zemi či ztracení ve vesmíru – potkal druhého člověka, se kterým by sdílel společný mytologický příběh. Byl jsem zasažen do blízkosti propojující silou společně sdíleného symbolu.

Odkud mají takové příběhy svoji sílu? Jsou to základní – universální, archetypální příběhy, nebo každý příběh má schopnost a „potenciál“ stát se symbolem, symbolizovat se – proměnit v mýtus? Kultura se otáčí kolem společných sdílených příběhů jako kolo kolem svého středu. V centru kultur stojí příběhy.

INSPIRACE Č. 3

I ve středu psychoterapie stojí symbol.

Děje se něco podobného v psychoterapii s osobní historií? Je psychoterapie symbolutvorná, mýtotvorná a tím identitotvorná? Tvoří v psychoterapii člověk převypravováním svého příběhu „novou skutečnost“ svého života tím, že určité momenty se vyzvednou z banality a stávají se do jisté míry symboly nového „porozumění“ – interpretací, která propojuje minulé do přítomného a přetíná tak provaz spoutání neurotického opakování?

Některé situace, vzpomínky, sny, přenosové aktualizace starých témat, se dostávají do středu porozumění. Stávají se individuálním mýtem, skrze který integrujeme své nové porozumění starému.

Pracuje tedy psychoterapie v individuální rovině s podobným mýtotvorným a identitotvorným fenoménem jako „velké“ příběhy kultur?

Jak se malý i velký příběh zvedá z banality do mýtu? Jak se profánní, běžné – „sakralizuje“, stává posvátným? Symbol je skrytý v banalitě, symbol ruší banalitu.

Jak symbol vzniká, jak vystupuje z reality?

Jsou nějaké charakteristické prekurzory lidské symbolizace?

Třeba uvnitř – vně.

Nahore a dole. Uvnitř.

Země, nebe, matka, otec, ruka, obličej.

Já. Já a Ty.

Jsou to archetypové obrazy?

Jsou lidské, či univerzálnější? Symbolizace jiných bytostí (třeba zvířat) by, stejně jako jejich řeč, vypadala jinak? Odvozena z jejich jevového světa? Přitom podobná, jako archetypální příběhy různých kultur hovoří o obdobném? Vychází symbol z jevové reality, nebo „mluví“ o základním, universálním v pozadí, za scénou, odkud realita má svoji podstatu?

Na zemi – v krajině (rovině) je to kopec (temenos), jeskyně, strom, háj, studna, řeka... chápeme všichni.

Na nebi, na obloze – souhvězdí a padající hvězdy, úplňky a slunovraty. Tady se to dotýká času a jeho symbolizace, smrtelnosti, věčnosti a pomíjení. Zde na vzdálených průmětnách, vhodných k symbolizaci, kde se ve „věčném a nekonečném“ zrcadlí pomíjejícím smrtelníkům časné...

V mořích a hlubinách – kde symbolicky vidí své zavržení a ztracení spolu s Jonášem. Také blesky z čistého nebe a vulkány z hloubi země. (Ostatně i Jehova byl původně bohem vulkánů a zmiňovaný Zeus vládcem hromu).

„Jaro, léto... podzim, zima – v každé chvíli je mi prima“ recituje můj 4 letý synek Kryštof.

V narační rovině – příběhy skupin, kmenů, rodin, rodů, národů, vyvolených národů...

V rovině událostí – bolest, krev, přechodová zkušenost nového stavu, nově dosažené identity, která je symbolizována, uchopována rituálem. Třeba poutí, cestou do Delf, ale třeba také speciální novodobou cestou do nitra a k proměně sebe sama – formou s intrapsychickým individuálním cílem – výše zmíněnou, naší milou na milost nám danou sestrou... psychoterapií.

Ale zpět od vyvolených... znovu hájím, není to „ono a žádné jiné“.

Každá situace má potenciál být výjimečnou, být vyzdvíhena z roviny na kopec, stát se kamenem úhelným. Třeba skrze inspiraci – k básni, k obrazu, hudbě. Fotka, která se stane součástí alba, příběhem kolem situace a člověka. Každý okamžik uvědomění, vhledu, pokání, obrácení, osvícení... každá chvíle má potenciál stát se výjimečnou – symbolickou.

Nebo poetičtěji: Z. Neubauer, I. Havel a M. Palouš v knize Svatojánský výlet vypráví, jak jsou témata (inspirace) zavěšena ve vzduchu, „visí všude kolem nás“. Před Vánocemi útěšný obraz symbolických dárků, visících nad našimi hlavami.

Vidíme malou část symbolu, či spíše, jen občas jej zahlédneme za fenomény, nebo naopak skrze něj uvidíme za jevovou banalitu a uvidíme věci, jak a čím skutečně jsou.

Symbol je mimo naši běžnou akomodaci. Na jedné straně se nám ztrácí v běžném, nerozlišitelném a banálním, na druhé – opačné straně, v posvátném. Za námi běžně viděnou realitou, spojuje a provazuje do jinak neviditelného celku.

*Ted' se odpíkám.
Před pikolou, za pikolou,
nikdo nesmí stát, nebo nebudu hrát,
už jdu!*

Kudy zpátky do ticha? Před slova, kde utajením svět se klene? Kde utichají slova i myšlení je bezejmenné a jejich šípy se vrací zpět k těživě? Do toulce, do jednoty. Snad báseň umí takový minimalismus.

Škoda dokládat cokoli k básni – symbolické řeči. Sahá po dokonalém a věčném,

nehledě na pomíjení – vyjadřuje nevyjádřitelné, dokonale přítomná, imanentní i transcendentní.

Stará 1300 let, jako by se právě stala. Komu se nestala, kdo jí nerozumí?

*Hladina vodní v dálku rozlitá,
volavka krouží, jíním stříbřítá.
Na hrázi stojím, oči si rukou stíně,
dívám se tiše po krajině.*

(LI-TCHAI-PO, 700–763 N.L.)

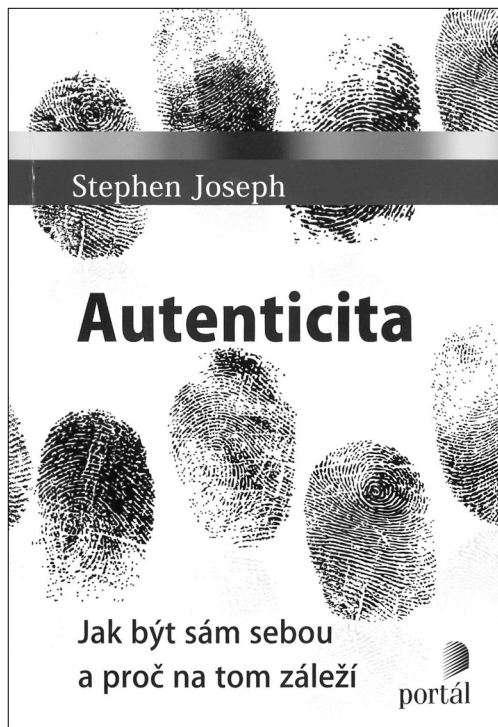
VĚST PLNOHODNOTNÝ A SMYSLUPLNÝ ŽIVOT

**Joseph, S.: Autenticita (Jak být sám sebou a proč na tom záleží).
Praha: Portál, s.r.o., 2018, s. 191, Kč 314. ISBN 978-80-262-1361-1**

Jan Vymětal

Výraz autenticita znamená původnost, jejím opakem je napodobenina. Proti sobě tak stojí originál a falzifikát. V psychologii a psychoterapii považujeme autenticitu za stálější charakteristiku a rys osobnosti související zejména se sebepojetím člověka, jeho osobní identitou a autonomií, tedy i s duševním zdravím. Vyjadřuje ryzost, opravdovost v chování jedince oproti projevování něčeho, co mu není vlastní (kupř. pouhé naplňování role). Zde může být zdroj nesouladu a vnitřních (ale i vnějších) rozporů, případně konfliktů. Jinak řečeno: autenticita je komplexní psychologickou proměnnou (a konstruktem), vystihující, do jaké míry je člověk subjektivně „sám sebou“ a zároveň, zda je jeho projev vůči okolí ve shodě (nerozporný) s jedincovou povahou, hodnotovým systémem apod.

Autorem recenzované knížky, která je především prací populárně vědeckou a určenou pro širokou veřejnost zajímavější se o společenské a humanitní vědy, je britský psycholog (původem ze Severního Irsku) Stephen Joseph, vysokoškolský pedagog (Univerzita Nottingham), zabývající se zejména psychotraumatologií. V odborných kruzích je považován za významného evropského představitele pozitivní psychologie. Ovlivněn je zejména A. H. Maslowem (1908–1970) a C. R. Rogersem (1902–1987). Upozorňuji, že v nakladatelství Portál vyšla v minulém roce také jeho kniha s názvem „Co nás nezabije“.



Knížka, kterou se zabýváme, je nepříliš rozsáhlá. Na ploše poměrně malé se autor snaží seznámit čtenáře s důležitým psychologickým pojmem, jeho významem a dopadem na člověka a lidské společenství. V publikaci jde ještě dále – umožňuje v tomto směru formou praktických cvičení i částečné sebepoznání.

Stephen Joseph autenticitu vymezuje tzv. rovnici autenticity, sestávající ze třech charakteristik: poznání sebe sama, včetně vlastních potřeb a motivů, převzetí odpovědnosti

za svá rozhodnutí a věnost sobě, tedy být sebou samým. Jde o život prostý stylizace a přetvářky. Lidé s vyšším vyjádřením této charakteristiky jsou důvěryhodní, autory svých životů a realizující (rozvíjející) svůj potenciál (možnosti), jenž je pozitivní. Zmíněný růst a pohyb nastává, máme-li uspokojené základní potřeby a nebrání nám v něm nepříznivé sociální podmínky, kupříkladu prostředí nás odmítající, ovládající či chaotické.

Autor vychází z filozofie a antického pojmu eudaimonie. V jeho pojetí (pokud recenzent textu správně porozuměl) je eudaimonie snahou po rozvíjení a naplnění vlastního potenciálu, což znamená vedení dobrého a plného života, jenž je zároveň našim cílem. O správnosti či nesprávnosti této cesty jsme informováni „vnitřním hlasem“, tedy něčím jako „instinktem“ či svědomím, kterým se lze spolehlivě řídit. Ovšem u osob sobě odcizených tomu tak není. Důležitá pasáž se týká psychických obranných mechanismů, jimiž se bráníme proti úzkosti. V rámci sebepoznávání je třeba tyto mechanismy u sebe identifikovat, jinak nás ovládají a tvoří bariéru vůči autenticitě, již jsou pravým opakem.

Psycholog Stephen Joseph upozorňuje, že tam, kde lidé žijí, je třeba vytvářet prostředí, které napomáhá aktualizovat zmiňovaný lidský potenciál. Tím mimo jiné zabraňujeme vzniku problémů souvisejících s duševním zdravím. Dle jeho názoru je proto žádoucí změnit sociální systém. Zde jeho úvahy přesahují až do oblasti politiky. Upozorňuje na Rogersovo vyjádření o „tiché revoluci,“ doplnil bych o Rogersovo pojetí psychologie jako „subversivní vědy“. Stephen Joseph proto považuje autenticitu i za „nebezpečnou myšlenku“.

V této souvislosti si vzpomínám na terapeutické společenství (tzv. socialistický patientský kolektiv), jež vzniklo počátkem 70. let minulého století v rámci psychiatrické polikliniky univerzity v Heidelbergu. Považovalo „nemoc za zbraň“ k dosažení „beztrždní společnosti“. Nezůstalo jen u teoretizování, a proto byly jejich aktivity velmi rychle zlikvidovány policií se soudní dohrou. Není bez zajímavosti, že s tímto společenstvím sympatizoval i Horst E. Richter (1923–2011), významný německý neuropsychiatr, psychoanalytik, jeden ze zakladatelů německé psychosomatické medicíny a rodinné terapie. V té době v našich podmínkách působily komunitní systémy spíše ve směru „ostrůvků pozitivní deviance“.

Recenzovaná kniha je plná filozofování a nápadů, jež na sebe ovšem příliš nenavazují. Popularizace filozofických pojmů a vůbec filozofování totiž v sobě skrývá mnohá úskalí, nejenom teoretická, ale i překladatelská. Výkladové a informační pasáže knihy jsou prokládány kazuistickými zlomky, odkazy na výzkumy (z nichž některé jsou z dílny autora) a prostoupeny humanistickým optimismem.

Autor práci rozčlenil do tří hlavních kapitol a řady podkapitol. Závěrem knihy nalezneme „Poznámky“ s bohatým odkazovým materiálem. Samostatný seznam literatury však chybí. Na druhou stranu jsou zde zařazeny odkazy k dalšímu studiu a dvě přílohy s příznačnými názvy: „Jak jste šťastní?“ a „Rady pro vyhledávání pomoci“.

Recenzovanou knížku čtenářům dále přiblížím uvedením jejího stručného obsahu: (1) Jak být sám sebou, (Vzorec autenticity, Jsme zrozeni, abychom byli sami sebou, Jak se odkláníme od sebe samých, Naučit se na-

slouchat svému vnitřnímu hlasu moudrosti, Poznejte své obrany), (2) Proč je autenticita důležitá (Vzkvétající život, Škála autenticity), (3) Tři kroky k autenticitě: 30 praktických cvičení (Poznejte sami sebe, Patřete sami sobě, Buďte sami sebou).

Hlavní přínos práce vidím ve zvoleném tématu pocházejícím z oblasti humanistické – pozitivní psychologie. V dnešní době není nikdy dost podnětů vedoucích k zamyšlení nad lidskou přirozeností. Sympatická je akcentace eudaimonie – tedy snahy a nutnosti vést plnohodnotný a smysluplný život, na rozdíl od hedonismu stavějícího na jednoduchém požitku a zábavě, jak je tomu v případě konzumní kultury a konzumního stylu života. Chvályhodná je i snaha čtenáři žádoucí oblast (autenticitu a z ní plynoucí styl života) přiblížit a rozvíjet zcela názorně formou různých cvičení a dotazníčků. Někdy ovšem vyznívají méně věrohodně a snad i trochu naivně. Rád souhlasím s názorem, že lékař, psycholog, psychoterapeut by měl být v jednání s klientem (pacientem) autentický, čili v projevu nerozporný v tom, co si skutečně myslí a co prožívá. Autenticita společně s přirozenou převahou (autoritou) vedou k utvoření žádoucího pracovního společenství, jehož součástí je atmosféra důvěry a pro klienta (pacienta) naději ve změnu k lepšímu.

Pokud jde o překlad, konstatuji v knize rezervy a nedostatky. Místy je spíše doslovným převodem, než překladem, což jde na úkor srozumitelnosti textu. Patří sem i občasná nečeská syntaxe. Chyby typu

Harvardská univerzita (správně Harvardova univerzita – s. 28), dvojí zápor (s. 57) jsou zbytečné, stejně jako nedostatky v překladu odborných termínů (např. výraz podvědomí je vhodnější překládat jako nevědomí). Zdá se, že byla opomenuta termínová korektura a vzhledem k předpokládanému okruhu čtenářů bylo vhodné knížku vybavit stručným výkladovým slovníčkem základních odborných pojmů. Sporadické poznámky pod čarou jsou jistě vhodné, ale vzhledem k celku nedostatečné.

Při celkovém zhodnocení konstatuji, že se jedná o práci užitečnou, která danou problematiku popularizuje a zjednodušuje, někdy možná až příliš. Rozhojňuje literaturu tematizující osobní rozvoj, porozumění sobě – spolu s kritikou společnosti a doby, v níž žijeme. Není žádným tajemstvím, že podléháme vládě techniky (včetně digitalizace a proměn v meziosobní komunikaci). Veřejnost je až příliš snadno manipulována a řízena (starší lidé klasickými médii, mladší generace za pomoci moderních komunikačních prostředků na bázi internetu), dospívající a dospělí lidé se soustřeďují na získávání peněz a na to, jak je utratit, neboť většinová hodnotová orientace obyvatelstva je konzumní. Knížka ukazuje, že lze myslet a žít i jinak. V tomto směru je přínosná a své čtenáře si jistě nalezne.

*prof. PhDr. Jan Vymětal
Faustův dům
1. lékařská fakulta UK
Karlovo nám. 40
128 00 Praha 2*

PSYCHOSOM

NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r.2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**