

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, PhD.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.:+420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na

www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 4/2017 dne 30. 11. 2017, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 11. 2017
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor stránek Design Point, s.r.o. www.dpoint.cz

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, indexován v [ERIH Plus](http://erihplus.eu)

© [LIRTAPS](http://lirtaps.cz), o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do [Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů. **Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.**

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
 MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
 MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
 MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
 Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
 Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
 Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
 MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Hnízdo zdraví, Praha
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
 PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
 PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gynicare, Praha
 PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



Obsah

Editorial	255
<i>Chvála V.: Kdo všechno nás nemá rád.....</i>	255
Pro praxi	257
<i>Večeřová Procházková Alena: Hůř už se cítit nemůžu</i>	257
Teorie	267
<i>Slaninka Michal: Daseinsanalýza dnes.....</i>	267
<i>Staněk Dalimil: Práce s odpuštěním v rámci psychoterapeutického procesu.....</i>	282
Filosofie, etika	293
<i>Mauer Miloš: Paternalismus a partnerství v medicíně</i>	293
Úvahy, reflexe.....	311
<i>Honzák Radkin: Co se sociálními vlivy?</i>	311
<i>Mertl Jan: Kam se posouvá dominantní model partnerských vztahů?.....</i>	316
Recenze	322
<i>Chvála Vladislav: Každá prvouka není pro prvňáky.....</i>	322
Z konferencí.....	325
<i>Chvála V., Roubal P., Sladká H.: Nástroje (lékaře, psychologa, fyzioterapeuta) v psychosomatice</i>	325
Akce.....	329
<i>17.konference psychosomatické medicíny v Liberci 1.-3. 2. 2018</i>	329
<i>Psychosomatická medicína 2018 Šternberk 13-14.4.2018.....</i>	331
<i>Psychoanalytická psychosomatika v dětství a dospívání 13.-15.4. Praha</i>	331
<i>Intimita v psychosomatice 26.5. Dobříchovice</i>	331
Vychází	332
<i>Naděžda Špatenková a kolektiv: Krize a krizová intervence.....</i>	332
<i>Václav Bělík, Stanislava Hoferková, Blahoslav Kraus a kolektiv: Slovník sociální patologie.....</i>	333
<i>Barbora Vegrichťová: Gangy</i>	334
<i>Autoři Gabriela Vykypělová, Taťána Šimečková: Honzík a zlobivé hovínko“.....</i>	335
Literární koutek	336
<i>Šúsaku Endó: Příběh jednoho odpuštění</i>	336



EDITORIAL



CHVÁLA V.: KDO VŠECHNO NÁS NEMÁ RÁD...

Nedávno jsem se dověděl, že se od psychosomatiky, organizované Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP, distancuje řada lidí:

- Někteří lékaři, protože je příliš psychologická.
 - Někteří psychologové, protože je moc lékařská.
 - Někteří lékaři používající alternativní postupy, protože je moc vědecká.
 - Někteří vědci, protože je moc nevědecká.
 - Někteří psychiatři, protože přece psychosomatika patří psychiatrii.
 - Někteří nepsychiatři, protože psychosomatika nepatří psychiatrii.
 - Někteří z lékařské komory, protože se jim zdá zbytečná a málo organizovaná.
- Ale i někteří „psychosomatici“, protože je moc organizovaná.

Vypadá to jako židovský vtíp, ale není. Kdo tedy bio-psycho-sociálně orientované psychosomatice zbývá? Snad jen ti pacienti a asi 250 členů společnosti, kteří se nenechali dialogem mezi obory odradit. Proč je tomu tak? Nejspíš má pravdu Niclas Luhmann, německý sociolog, když tvrdí, že dialog není určen k domlouvání, ale ke zneklidnění. Jinak se to vysvětlit nedá. Zneklidnění. To se stává, když se setkáme s někým, kdo má jiný názor. Má-li přinést psychosomatická medicína něco nového, musí umožnit dialog mezi těmi všemi, kdo se dnes distancují. A to právě proto, že pacienti stonají bio-psycho-sociálně. A když se nedomluví biologicky vzdělaní lékaři a fyzioterapeuti s psychology



a socioterapeuty, jak se v tom má vyznat pacient? Tu úzkost z odlišnosti bychom měli přece vydržet my.

Asi to nebude s psychosomatickou tak špatné, jak to podle uvedeného výčtu vypadá. Když jsme zvali na 17. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci prof. Žaloudíka, senátora a předsedu Sociálního a zdravotního výboru senátu ČR, divil se, protože už na jednu konferenci o psychosomatice pozván byl. Divil se, že by naše populace unesla dvě psychosomatické konference v roce. A pak se ukázalo, že konference s tématem psychosomatiky se konají jen v první polovině roku hned čtyři: v Liberci, ve Šternberku, v Praze a v květnu ještě v Dobřichovicích. A nou-zi o zájemce ani o přednášející rozhodně nemají. Zdá se, že když vedení Lékařské komory zařadilo mezi témata „vážných a seriózních“ lékařských konferencí témata etická a psychosomatická, bylo velmi překvapené tím, jak velký zájem o konferenci byl. Ať je to, jak chce, atestace z psychosomatiky pokračují. Adepti zpracovávají kazuistiku a jednu z nich si může čtenář přečíst v tomto čísle. Jak jinak ukázat, k čemu je psychosomatika dobrá, než na kazuisti-kách?

Zmatky působí nejen rozdílné skupiny odborníků napříč obory, ale i rozdíly mezi nejrůznějšími teoretickými výcho-disky, odkrývající složitý svět bio-psycho-sociální reality člověka. O jednom takovém pohledu se může čtenář dovědět více ze souhrnného textu Michala Slaninky o současném stavu daseinsana-lýzy. Některé rozdíly v chápání reality je možné jen vydržet a nic jiného se s nimi nedá dělat. Časem se může ukázat, že rozdíl byl důležitý a jeho poznání je obohacující. A pokud zjistíme, že jsme tomu druhému z neznalosti křivdili, můžeme uvažovat o procesu odpuštění. Protože

„odpuštění je jedním ze způsobů, kterými člověk může uzavřít křivdy a nedokončené záležitosti,“ jak začíná další z teoretických textů, tentokrát z pera Dalimila Staňka. Text prošel složitým recenzním řízením mj. proto, že se téma zdálo být vyčerpané, neboť se jím v poslední době zabývali další autoři. V Psychosomu jsme se jím však dosud nezabývali, a přitom jde o téma, které se v konzultacích s psychosomatickým pacientem objevuje.

Při hledání dalších textů, které by měla přátelská část psychosomatické odborné veřejnosti číst, jsem narazil na výborný text o paternalismu v medicíně, který napsal kolega Mgr. Miloš Mauer. Text byl už publikován ve sborníku Lidská práva a medicína, ed. Vojtěch Šimíček, Nakladatelství Masarykovy univerzity Muni-press, Brno 2017. Tam má tento článek jistě důstojné místo, ale k širší psycho-somatické veřejnosti se nedostane, proto jej se svolením editora i autora publikujeme také zde.

V Úvahách a reflexích jsou dva texty. Již tradičně uvažuje neúnavný Radkin Honzák na téma „Co se sociálními vlivy“ a k němu se přidává Jan Mertl, který se rovnou ptá, kam se posouvá dominantní model partnerských vztahů. Pokud vám to připadá daleko od psychosomatiky, tak z hlediska rodinné terapie psychoso-matických poruch je to spíš trefa do černého. Ano, celé se to někam posouvá, a populace se nezdá být ani radostnější, ani zdravější. Pokud si kladete podobné otázky, diskutujte s námi.

Ať se ale posouvají vztahy, kam chtějí, Vánoce jsou svátkem rodiny, a takové budou zase. Tak si je užijte.

V Liberci 1. 2. 2017

Vladislav Chvála



PRO PRAXI



VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ ALENA: HŮŘ UŽ SE CÍTIT NEMŮŽU

SOUHRN: VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ A.: HŮŘ UŽ SE CÍTIT NEMŮŽU. PSYCHOSOM 2017; 15(4), s. 257-266

Biosyntéza je psychotherapeutická metoda, kterou vyvinul David Boadella. Vychází původně z práce W. Reicha a A. Lowena a je obohacena o inspiraci F. Motta i dalších. Předkládaná kazuistika ilustruje psychotherapeutickou práci s využitím biosyntézy u 22letého muže se somatickými příznaky úzkostně-depresivní poruchy. Příznaky se rozvinuly na bázi šokového deprivčního traumatu po úmrtí otce.

KLÍČOVÁ SLOVA: úzkost, deprese, biosyntéza, psychotrauma

SUMMARY: VEČEROVA PROCHAZKOVA, A.: I CAN'T FEEL WORSE. PSYCHOSOM 2017; 15 (4), PP. 257- 266 Biosynthesis is a psychotherapeutic method developed by David Boadella, inspired by works of W. Reich, A. Lowen and F. Mott. This case – report is presented to illustrate the practical use of biosynthesis psychodynamic body psychotherapy in treatment of anxious – depressive and somatic symptoms occurred in 22 yrs man. Client's symptoms developed in a base of shock deprivation psychotrauma after client's father death.

KEY WORDS: anxiety, depression, biosynthesis, psychotrauma



PROČ PSYCHOTERAPIE (INDIKACE)

Pana A. B., 22letého studenta, ke mně na psychiatrické vyšetření doporučila v listopadu 2016 kolegyně neuroložka, a to pro kolísavé obtíže trvající již 1,5 roku. Trpěl prchavými fibromyalgickými bolestmi s diagnózou astenie, únavový syndrom. („Můžeš pro něj něco udělat? Je to slušný mladý kluk.“) Dosud byl přechodně léčen akupunkturou, analgetiky, psychofarmaka byla zvažována, ale nasazena nebyla, pacient byl vůči nim odmítavý. V průběhu diagnostického vyšetření sděluje příznaky deprese, nekonstantně uvažuje o marnosti či nesmyslnosti života, zmiňuje somatické projevy úzkosti, především návaly dušnosti a bušení srdce.

Při vyšetření časové osy vývoje obtíží vychází najevo, že jeho otec před 13 měsíci zemřel na onkologické onemocnění. Pacient netruchlil, rodiče byli rozvedení, neměl pro truchlení prostor. Zázemí má 200 km od Prahy. V rozhovoru sděluje, že to je poprvé, co o úmrtí otce v Praze promluvil, vlastně je rád. Psychoterapii nabízím pacientovi jako metodu volby pro odtruchlení a stabilizaci somatického i psychického stavu. Jeho dominantní kanál je kinestetický,

tělový, proto volím jako metodu biosyntézu, psychodynamický přístup pracující také s tělem. Podpůrně volím též zpočátku menší dávky psychofarmak s cílem zmírnit především aktuálně úzkostné projevy a zastavit vývoj suicidálního myšlení.

Biosyntéza znamená podle Davida Boadelly (2013) „integraci života“. Vychází (kromě učení W. Reicha a A. Lowena) také z konfigurační psychologie Francise Motta. Biosyntéza je založena na předpokladu existence tří základních energetických toků pulzujících v těle. Tyto tři proudy souvisí se třemi embryonálními vrstvami (ektodermem, endodermem a mezodermem), z nichž se formují jednotlivé orgánové systémy. Projevují se jako plynutí pohybu skrze opěrný a pohybový systém, jako plynutí vjemů, myšlenek a obrazů skrze nervový a smyslový systém a jako plynutí emocí skrze orgánové systémy cestou autonomního nervstva. Stres během života narušuje proudění energie, vznikají překážky pro její volný tok, které se projevují jako příznaky psychické i fyzické.

O CO VLASTNĚ ŠLO? (DIAGNOSTICKÁ FORMULACE PROBLÉMU)

Pacient zpočátku pociťuje somatické obtíže: bolesti hlavy, očí, břicha, třes, záchvaty třesu, stavy, kdy nic nemůže, nechce, může jen ležet. Pak to zase přejde, chodí do školy, snaží se sportovat, ale vše s velkým vypětím a bez zájmu, bez radosti. Trpí asi 1,5 roku trvalou únavou, psychickou i fyzickou, spí až moc, ráno není schopen vstát, není schopen se soustředit, odklonil se od lidí, protože hovory s nimi jej vyčerpávají, má pocit, že mu to nemyslí. Upřesňuje, že se soustředěním měl problémy vždy. Taky

nemá chuť k jídlu. Na neurologii kvůli těm bolestem a únavě chodil asi půl roku na akupunkturu. Od září 2016 má „divné pocity“, popisuje jako nárazové „návaly stresu“, je to „jiné“ – dušnost, sevření kolem žaludku až bolest, strašně napětí, potřeba se vykřičet, vybit. Začalo to „z ničeho nic“ a často se to opakuje. Je už v bodě, kdy je mu fakt strašně, uvažuje o smyslu takového života, o jeho marnosti. Nevidí před sebou budoucnost. Myje se, ale nechce si čistit zuby ani se holit. Než měl jít ke mně, trochu se zvedl,



musí to přece zvládnout sám, tak si naplánoval týden. Plán dodržel, ale „návaly stresu“ měl denně, ve škole, v tramvaji. „Hůř už se cítit nemůžu, jednou budu plnit svoje sociální role, chci být šťastný.“

U pacienta jako psychiatr diagnostikují depresivní syndrom odpovídající středně těžké depresi s vyjádřeným somatickým syndromem, dále somatické symptomy úzkosti až v podobě panických atak, které se objevily v posledních dvou měsících předcházejících vyšetření a přispěly k prohloubení deprese. Únavu, která pacienta původně přivedla na neurologii, chápu jako jádrový příznak deprese.

V průběhu úvodních sezení a v rámci vyšetření časové osy sděluje, že jeho otec před rokem náhle zemřel na onkologické onemocnění s metastázami, proces byl „strašně rychlý“, cca 10 týdnů od diagnózy do úmrtí. Rodiče byli rozvedeni, od 15 let žil s matkou, ale otec mu byl vždy bližší, svěřoval se mu, rozuměli si navzájem. Matka mu návštěvy u otce vyčíkala, říkala mu, že k otci utíká před

problémy a zodpovědností, ale on tam „potřeboval chodit“.

V 11 letech měl epileptický paroxysmus, poté byl čtyři roky. léčen antiepileptiky a sledován na neurologii (do rozvodu rodičů pro nevěru otce). Z toho důvodu se pak také obrátil se svými potížemi na neurologii. Otec byl ředitelem podniku, pacient byl jako „ředitelský synek“ na 2. stupni ZŠ svými spolužáky šikanován (dovozují, že to bylo v období předcházejícím rozvodu rodičů, v téže době, kdy bral antiepileptika). Po maturitě zkoušel soukromou VŠ v jiném univerzitním městě, ale nezvládl odloučení, kolejni život a současně rozchod s dívkou ze střední školy, měl adaptační potíže (zažívací obtíže, zvracel, hubnul), vrátil se do rodného města. Kvůli otcovu onemocnění zrušil plánovaný odjezd za prací do zahraničí a po jeho smrti odešel do Prahy, doma nemohl vydržet. Nyní je v 1. ročníku VŠ. Bydlí na privatě, nemá partnerku. Má o pět let staršího bratra, který v době rozvodu rodičů odešel na VŠ, nyní již úspěšně dostudoval. Bratr žije v rodném městě, má svou rodinu.

Z ČEHO TO BYLO? (HYPOTÉZA O VZNIKU POTÍŽÍ)

Jako psychoterapeutka si všímám, že pacient netruchlil, ztrátu otce zpracoval somatizací, která se u něj zdá být zavedeným a opakujícím se vzorcem zpracování těžkých situací (období šikany a hádek rodičů, období prvního pokusu o studium na VŠ, separace). Také zachytávám sdělení, že fungování si vysoce cení. Musí obstát, zvládat to téměř za každou cenu, zvládat to sám, bez pomoci (v době rozvodu rodičů ztratil otce, domov, bratra, k matce má ambivalentní vztah). Zaznamenala jsem disociaci mezi modalitami tělo + akce-myšlení-emoce. V neposlední řadě slyším, že pacient měl lepší vztah s otcem

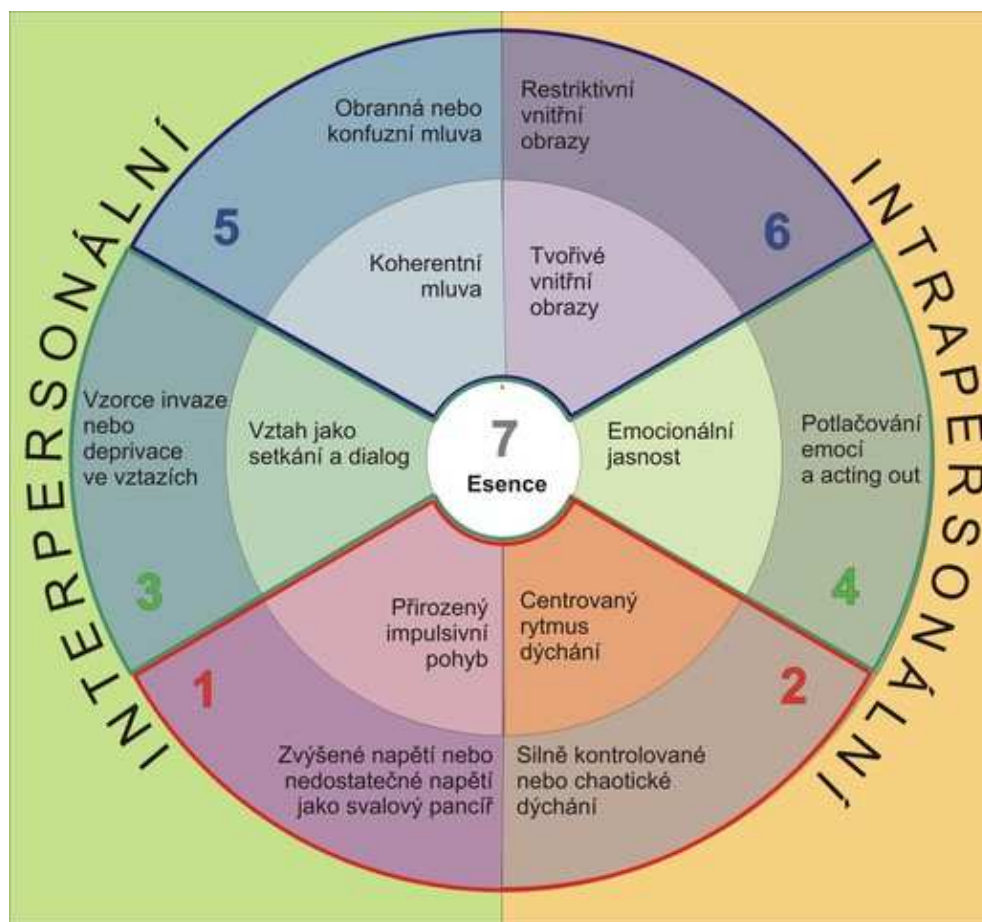
než s matkou. Vztah k matce byl ambivalentní, měl jí být k dispozici v roli magického partnera, svěřovala se mu, chtěla s ním vytvořit koalici proti otci.

Biosyntéza k popisu stavu pacienta používá model životních polí, nazývaný také diagram life-fields (obr. 1). Vnější kruh je kruhem potíží, vnitřní kruh popisuje integrovaný stav propojený s esencí – vitalitou. Pole 1 a 2 popisují tělesný stav – dech a tělo/pohyb – a patří sem též používání vlastní síly. Pacientův dech je spíše slabý, zadržovaný v inspiriu, potíže s výdechem, s uvolněním, je trvale v napětí. Tělo působí slabým a ztuhlým



dojem. Svou sílu používá ke zvládnání výzev a maskování obtíží, k udržení sebeobrazu. Investuje do akce, sportu, výkonu. Jeho dominantní kanál je kinestetický. V současné době tělo masivně hovoří skrze množství příznaků a hovoří o vyčerpání. Pole 3 a 4 popisují vztahové vzorce a emoční jasnost. Jako dominující vztahový vzorec vystupuje potřeba udržet si a ukazovat pozitivní sebeobraz, nedovolit si slabost a být tím, kdo je silný, kdo pečuje a poskytuje. Být kompetentní, identifikovaný s osobou idealizovaného pečujícího otce, být vždy dobře naladěný a optimistický. Na emoční rovině je dominantní disociace negativních emocí a truchlení, zároveň je zaplavován úzkostí, kterou přičítá obavám o zdravotní stav na podkladě

somatických projevů stresu. Pole 5 a 6 v diagramu life-fields popisují řeč a svět mentálních obrazů. Pacientova řeč je z hlediska biosyntézy „mezoderální“ – popisuje akce, události, jejich časové posloupnosti, „dělání“. Prakticky chybí jak emoční vyjádření (přestože se vnímá jako silně prožívající a citlivý), tak metakognitivní sdělení. Ve světě mentálních obrazů aktuálně převažují obrazy katastrofizující, beznadějné, bezvýchodné, jazykem biosyntézy restriktivní (ne konstruktivní) myšlení, zaměřené na potíže. V poli 7 diagramu life-fields je kontakt s vitální životní silou a potencialitou (drive), jazykem biosyntézy nazvaný esence. Při vstupním vyšetření se pacient jeví vyčerpaný, depresivní, bez energie, není v kontaktu se svou vitalitou.



10BR. 1 DIAGRAM ŽIVOTNÍCH POLÍ (LIFE-FIELDS), D. BOADELLA



K ČEMU TO PACIENTOVI BYLO? K ČEMU TO SLOUŽILO? (ÚČELOVÁ STRÁNKA POTÍŽÍ) A ČEHO MĚLO BÝT LÉČBOU DOSAŽENO? (ZVOLENÝ A SLEDOVANÝ CÍL TERAPIE)

U pacienta nalézám ego-obranu ve formě somatizace, v krystalicky čisté učebnicové formě, která slouží k odžívání negativních emocí prostřednictvím tělesných symptomů. Jde o adaptační mechanismus. Zároveň rozvinutím příznaků získává oprávnění být pacientem, být slabý a být ošetřen. Může si říci o pomoc ve zdravotnictví, a přitom sám nemusí dělat změny. Pomoc a podporu hledá jinde než v rodině (kterou nechce, nemůže obtěžovat) nebo u vrstevníků. „Nikdo by to nepochopil“ je z hlediska biosyntézy restriktivní mentální obraz. Z hlediska psychodynamické terapie jde o obranný mechanismus projekce, kdy sám pacient nechápe, co se děje, nedává svůj stav do souvislosti s úmrtím otce a truchlením.

Vzhledem k prohlubující se depresivní a úzkostné symptomatologii, která je aktuálně dominantní a zahlcující, nasazují antidepresiva. V malé dávce, od které u farmakologicky naivního pacienta

očekávám efekt, tedy zmírnění obtíží, zároveň ale nechci blokovat proces truchlení. V psychoterapii je mým cílem umožnit pacientovi truchlení v bezpečném prostoru, doprovodit jej procesem truchlení, a přitom propojit pacienta v doménách myšlení – tělo – emoce psychodynamickým jazykem dosažení kongruence. Biosyntéza podle Carletonové (2012) umožňuje využívat neurovědní poznatky způsobem respektujícím procesy probíhající v lidském těle a k tomu používá facilitační techniky, jako je např. detotalizace (titrace).

Dalším cílem je propojení s esencí, tj. s vlastní vitální silou a se zdroji. Cílem, který v současné konstelaci považuji za ambiciózní, je možnost nahlédnout mechanismus somatizace a odložit false-self, masku onipotentního magického partnera, dovolit si slabost a dovolit si mít potřeby, „obtěžovat“.

JAK JSEM CHTĚLA POSTUPOVAT (HYPOTÉZA O CESTĚ K CÍLI, TERAPEUTICKÝ PLÁN)

Biosyntéza má podle D. Boadelly (2009) tři hlavní nástroje propojování: grounding (uzemnění), centering (centrování) a facing (náhled). Grounding probíhá na úrovni emocionální (přijetí emocí), na úrovni tělové (rozvíjení vnímání těla) i na úrovni myšlení v podobě rozvoje metakognice s využitím edukace a také normalizace prožitků v daném kontextu. Grounding obsahuje vnitřní oprávnění prožívat a vnímat sebe i své vnitřní impulzy. Centering přivádí jedince k zachytávání jemných impulzů k akci, propojení impulzů se srdcem, vnitřní

pravdou a soucitem a k sebeuvědomění prostřednictvím dechu. Facing obsahuje jak vhled, porozumění a přerámování, tak přijetí reality.

V prvních sezeních bylo mým záměrem pracovat více s tělem, a to konkrétními malými intervencemi tak, aby se pacient lépe naučil zvládat a korigovat „návaly stresu“, somatické příznaky úzkosti, pracovat s dechem a rozvíjet sebeuvědomování, jak doporučuje Carletonová (2012). Cílem bylo pacienta edukovat a propojovat tělový zážitek s emočním doprovodem a kognitivním i metakogni-



tivním uchopením. Frankelová (2012) rovněž považuje za nezbytné pracovat se vztahovým polem rodiny. Dalším

záměrem bylo rozvíjet sebe-uvědomování a propojit pacienta s jeho vlastními zdroji a sebeúdržavným potenciálem.

CO SE SKUTEČNĚ STALO? (SKUTEČNÝ PRŮBĚH LÉČBY, ZMĚNY ATD.)

V úvodních sezeních pacient vypráví především o svých potížích a svém zklamání z toho, jak na tom je, podrobně a detailně popisuje jednotlivé symptomy a svoje prožívání symptomů, třídíme, co je úzkost, co je smutek, jaká jsou k dispozici podpůrná opatření. Pacienta učím základní dechová cvičení jako první pomoc při úzkosti, trénujeme uzemněný základní bioenergetický postoj, zažívá přímé zklidnění. To mu vyhovuje, protože rád „zvládá“. U pacienta provedeme časovou osu, vidí souvislosti, ale zatím bez prožitku, koncentruje se na co nejdůkladnější podání informace. Obracím jeho pozornost zvolna k jeho pocitům, potřebám a zdrojům. Zdroj dobrých pocitů má v současné době pouze jeden, hodně čerpá ze sportu, udržuje se v aktivitě – ale i to jej buď přestává sytit a zajímat, nebo to jeho bolesti znemožňují. Bez sportu a udržování svého výkonu padá do pocitů marnosti a beznaděje.

Úzkostné stavy, které byly nejnaléhavější, se postupně zmírňují, učí se je ovládat. Vymizely pocity nesmyslnosti života, po zhruba třech týdnech se projevuje vliv antidepresiv, potíže se zmírňují, zejména „návaly stresu“ již nejsou každodenní. Cvičením se dařilo je ovládnout a zkrátit, ale ne zajistit, aby se často neobjevovaly i nadále.

V dalších sezeních se vynořuje pocit „být pohřbený“, když má stavy ochromení, kdy nemůže nic, jen ležet. Tento pocit již pacienta propojuje s úmrtím otce. Chtěl zemřít s ním, vybavuje si poslední minuty

otcova života a bezmoc a hrůzu tváří v tvář smrti. Nahlíží, že emoce v sobě „pohřbil“. Několik sezení spontánně volně hovoří, abreaktivně pláče, podrobně líčí nejprve otcovu nemoc, umírání, své zamrznutí v šoku, naplno prožívá ztrátu. Sdělování má charakter valící se řeky při jarním tání. Usměřnuji, nabízím containment, přijetí, bezpečný prostor, držím hranice sezení a dbám na to, aby pacient z jednotlivých sezení dobře odcházel. Sděluje, že se psychiatrie i psychoterapie bál, ale je vlastně rád, že má dobré místo pro svoje propojení s otcem. V době obtíží jej plně zaměstnávaly tělesné obtíže, na otce nemohl myslet, „tělo mu to nedovolilo“, nyní si na něj vzpomíná, kdy chce, má povolení. (korekce matčiny výčitek).

Sezení postupně získávají spíše charakter rozhovoru, podporuji práci s vnitřním introjektem otce jako zdrojem vnitřní podpory. Také pokračujeme ve zpracovávání somatických symptomů. I po dvou měsících terapie přetrvávají pocity na zvracení a třes, má často průjmy, což postupně časově propojuje s návštěvami doma u matky, která je vyčítavá a osamělá. Nemůže s ní vydržet, nemá pro ni kapacitu. Dále navštíví otcovy rodiče, kteří jsou sami zamrzlí v šoku ze ztráty syna, otcovi se tam nemluví, nepláče, na své emoce je všude mezi svými blízkými sám. Také se blíží Vánoce, vzpomínky... Postupně se mu více a více daří vybavovat si dobré zdrojové vzpomínky, s otcem se identifikuje jako milovník života, sportu a žen.



UKÁZKA ROZHOVORU (T: TERAPEUT, P: PACIENT)

P.: Otec mi teď bude 50 let chybět, 50 let se s tím budu vyrovnávat (slzí, schoulený v křesle).

T.: To vám bude 72, co bude pak?

P.: Možná se s tím vyrovnám dřív, ale teď jsem strašně sám.

T.: (nabízí princip detotalizace-titrace) Ano, je tu určitá vaše část, která se cítí sama a opuštěná. Možná jsou tu i jiné části.

Je třeba něco, co nesete v sobě jako otcův odkaz, něco, v čem se s ním můžete spojit? Něco, v čem se otci podobáte?

P.: Taky miluju život. Otec miloval život. Měl rád jídlo, rád se smál, já jsem taky takový. A měl rád ženy („rozbalí se“ v křesle, natáhne nohy, plachý úsměv).

T.: (fixuje a zvědomuje pozitivní zdrojový moment v těle. Podle Frankelové a Correy (2009) je důležité nepodporovat spojení prožitků s úzkostí, ale s vitalitou a silou). Je něco ve vašem těle jinak, když vzpomínáte, jak otec miloval život a když se spojujete s tím, že milujete život stejně jako on?

P.: Uvolnil jsem se, narovnal jsem se.

T.: Ještě někde je něco jinak?

P.: Líp se mi dýchá, tady to povolilo (ukazuje na oblast srdce).

T.: Zůstaňte s tím pocitem ještě chvíli. Je tam ještě něco? Barva, pocit, nějaké gesto, které by vyjádřilo, jak vy a otec milujete život?

P.: Cítím teplo tady (=na hrudi), a gesto asi takhle (otevírá náruč, dýchá).

T.: (pomalu shrnuje) Objevila se vaše část, která miluje život, objevilo se propojení s otcem v lásce k životu, pocit

uvolnění, narovnal se vám záda, povolilo srdce, u srdce je teplo a otevřel jste náruč.

Jste propojený s otcem a kdykoli se k tomu pocitu můžete vrátit.

P.: (se zavřenýma očima přikyvuje, prodýchává s otevřenou náručí)

T.: Jaké to je?

P.: Dobré (s úsměvem).

T.: Pojdme udělat ještě jeden krůček, můžeme?

P.: Jo (přikyvuje, paže uvolněně položí na křeslo).

T.: Je nějaká možnost, jak by se tohle propojení mohlo projevit ve vašem životě?

S Novým rokem odeznívají pocity na zvracení, průjmy, pokračuje truchlení a třes. Upravil životosprávu, jídelníček, chodí pravidelně spát, únavu respektuje a už se za ni nestydí, ani si za ni nenadává. Pracujeme s principem pulzace (nádech – výdech, výkon – odpočinek). Pacienta baví třesání (vytřásání) jako další drobná praktická technika práce s tělem, mimovolní třes a chvění postupně mizí.

V lednu 2017 ukončuje studium na škole, která jej nebavila – byla jen záminkou k tomu, aby mohl od matky odejít do Prahy. V Praze se rozhodl zůstat. Matce to sdělil z bezpečné vzdálenosti 200 km, bez dalších komentářů. Sblíží se s bratrem, domluvili si pravidelné návštěvy přímo u něj – a společný sport. Může si s bratrem povídat, otevřít se, mít a sdílet city. S bratrem připravoval sportovní utkání nesoucí jméno otce – memoriál. Užil si bratrskou lásku



i spolupráci a také hrdost na otce i na to, že je jeho synem, leccos z něj nese v sobě a chce předat dál. Smutek trvá, ale už jej nesžírá.

V Praze zůstává, našel si práci. Měl dobrý sen o otci, byli spolu na procházce, povídali si, otec tam byl pro něj. Od února 2017 „žije naplno“, chodí na výlety, plave, vrátila se mu energie, moc si toho váží. Navázal znovu kontakty s přáteli, kamarády. O otci s nimi nemluví, to je jen jeho. Svou lásku k otci střeží jako poklad. V březnu navazuje vztah s dívkou, studentkou. Na otce si vyhradil jeden podvečer v týdnu, kdy se jde projít, na otce myslí, v duchu si s ním povídá

a popláče si. V půlce května vysadil léky poté, co se dívce otevřel a svěřil se jí svým příběhem „jako prvnímu člověku v Praze“, dívka jeho truchlení přijala jako adekvátní, normální. Cítil se potvrzený a přijatý.

„Život nabral pozitivní směr.“ Byl se fotit jako model, vzal přívídělek v komparzu. „Většinu dní si už ani neuvědomuji, že mi bylo někdy špatně...“ V červnu 2017 terapii ukončuje, je spokojený, změnil práci, má vztah, žije naplno a má život ve svých rukou. „Mohl jsem se svěřit, otevřít, cítil jsem bezpečí. Otec mi chybí, ale jsem usazený.“

CO SE VLASTNĚ STALO A PROČ? (POKUS O VYSVĚTLENÍ SKUTEČNÉHO PRŮBĚHU TERAPIE)

Z hlediska biosyntézy se podařilo dosáhnout groundingu, uzemnění a propojení s vlastní silou. Pokud bychom v červnu 2017 kreslili diagram life-fields, došlo v polích 1 a 2 (pohyb a dech) k celkovému zklidnění a zjemnění pohybů. S navázáním partnerského a intimního vztahu také pacient přestává nutkavě sportovat. V polích 3 a 4 (vztahy a emoční prožitky) dochází k otevření a navazování naplňujících vztahů, pacient už má navíc vnitřní povolení starat se také sám o sebe. Dovolí si slabost a má potřeby ve vztazích (kamarádi, bratr, dívka), více připouští a prožívá i pojmenovává emoce, i když má trvale tendenci negativní emoce nevídat a pocit kompetence má tehdy,

pokud je „šťastný“. V polích 5 a 6 (komunikace a vnitřní svět) došlo na úrovni komunikace k otevření a většímu sdílení, na úrovni mentálních obrazů se vynořily pozitivní a nadějeplné obrazy o sobě i o vlastní budoucnosti. Odezněla deprese i úzkostné potíže a somatizace, bylo zpracováno šokové trauma ztráty s reakcí zamrznutí. Pacient se zotavil a na úrovni bio-psycho-sociální se vrátil k běžnému životu mladého muže. Ač nebyl tematizován a oslovován vztah s matkou, pacient pravděpodobně zažil korektivní emoční zkušenost s terapeutkou, která je k dispozici, orientovaná na jeho bezpečí a potřeby.

ČÍM TO BYLO? (ÚČINNÉ FAKTORY – ZAMÝŠLENÉ ČI NEZAMÝŠLENÉ)

Za hlavní účinný faktor považuji skutečnost, že se podařilo vytvořit bezpečný prostor pro truchlení a zpracování šokového deprivativního traumatu. Za druhý významný účinný faktor považuji

terapeutický vztah, podařilo se navázat bezpečnou vazbu mezi pacientem a terapeutkou. Tato bezpečná vazba umožnila korektivní emoční zkušenost.



Pacient netrpí poruchou osobnosti, která by léčení komplikovala, v terapii spolupracuje a snadno zjistil, že individuální terapie mu vyhovuje. Dětství strávil v kompletní a funkční rodině, což dává jeho sebepojetí základní pozitivní a biofilní orientaci. Zvolená metoda biosyntéza jako „psychodynamická metoda pracující také s tělem“ souzněla s jeho dominantním kanálem – kinestetickým.

Biosyntetické techniky práce s tělem, detotalizace, propojování emocí – těla a kognice/metakognice, práce s pulzací a polaritami, techniky groundingu a cateringu, to vše umožnilo sebe-prožívání a sebe-vědomí, navázání na zdroje energie, naučil se účinně se zklidňovat. Pacient mohl opustit obranný mechanismus somatizace, rozvíjel více asertivitu.

JAK JSEM SE SVOU PRACÍ SPOKOJENA? (HODNOCENÍ MÍRY ZDARU A NEZDARU) A JAK TO BUDE DÁL? (PROGNÓZA)

V daném kontraktu považuji vývoj za velmi dobrý.

V současné době (po čtyřech měsících od ukončení terapie) se pacient objednal na konzultaci po rozchodu s dívkou, v telefonátu naznačil, že navazující kontrakt by se mohl týkat jednak odreagování rozchodu, jednak dalšího směřování v životě

(studium? zahraničí?). Předpokládám ale, že bude tematizován ještě vztah s matkou („vztahy se ženami“) a dokončen separační proces. Rovněž nebylo osloveno téma „usilování o štěstí“ („pouze když jsem šťastný, jsem v pořádku“), které se nabízí ke zpracování v rámci nynějšího zklamání.

DALŠÍ NÁVRHY (NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ ČI DOPORUČENÍ)

Pravděpodobně budu pacientovi doporučovat navazující střednědobý psychoterapeutický kontrakt zaměřený na zdroje

spokojenosti a vztahy.

Pozn.: Pro popis a strukturu kazuistiky jsem použila Pokyny pro zpracování psychoterapeutické kazuistiky na stránkách pracoviště klinické psychologie IPVZ.

<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/pokyny-ke-zpracovani-kasuistiky>

LITERATURA

1. Boadella D., Frankel E., Correa M.: Biosyntéza – Výběr z textů, Triton, Praha, 2009, 135 s.
2. Boadella D., Carleton J.A., Frankel E., Rodrigues E.: Biosyntéza – Výbor z textů, Grada, Praha, 2012, 112 s.
3. Boadella D.: Životní proudy, Triton, Praha, 2013, 199 s.

Do redakce přišlo 26.10.2017



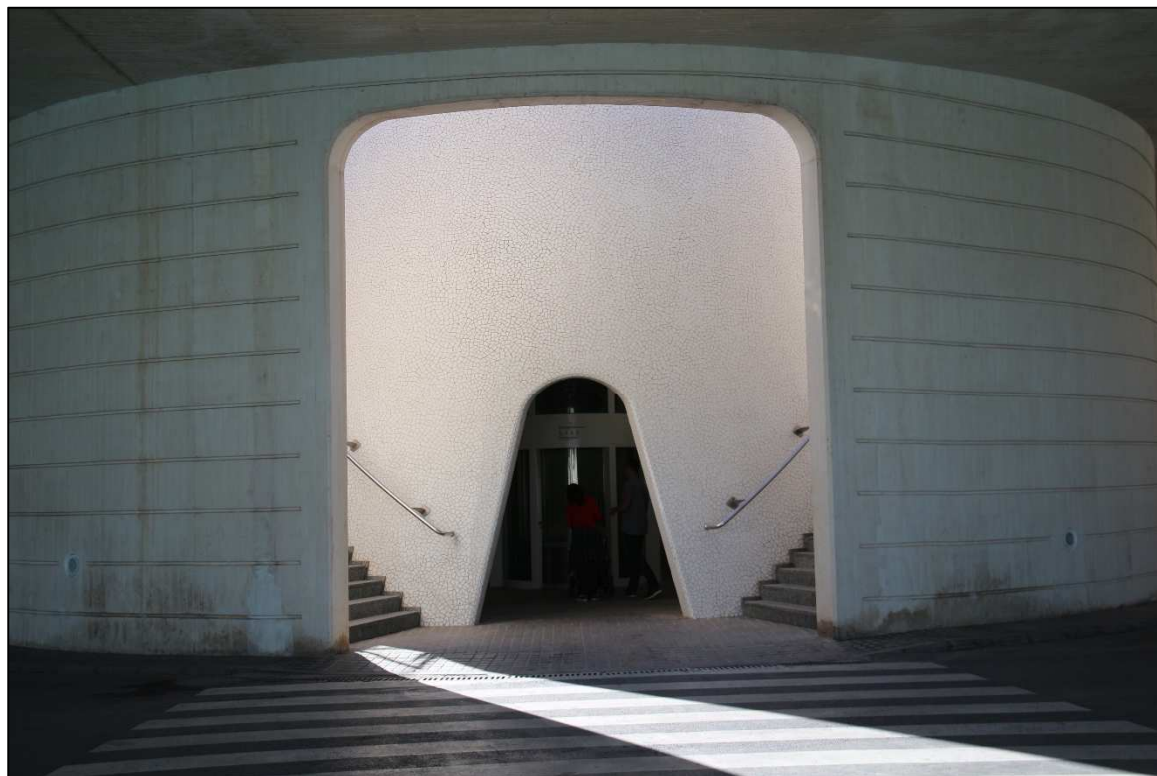
K tisku zařazeno po recenzi 15.11.2017
Konflikt zájmů není znám.

Autorka:

MUDr. Alena Večeřová Procházková pracuje v Psychiatrické ambulanci Praha 4. Poradna pro psychiatrii a psychosomatiku. Psychoterapie a supervize. Praha 1



TEORIE



SLANINKA MICHAL: DASEINSANALÝZA DNES

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

ABSTRAKT: SLANINKA M.: DASEINSANALÝZA DNES. PSYCHOSOM 2017; 15(4),s.267- 281

Uvedený článok pojednáva o súčasnom stave daseinsanalýzy vo svete a taktiež sa pokúša uviesť do daseinsanalytického myslenia, teórie i praxe. Daseinsanalýza sa vracia k bytiu samotnému, k základom ľudského existovania, k ukazovaniu sa, k prirodzenému svetu tak, ako ho odhaľuje Husserl, Heidegger či Patočka. Po teoretickej i praktickej stránke sa v článku zaoberáme existenciálmi, charakteristikami ľudského bytia, o ktoré sa terapeut v porozumení druhého môže oprieť. Venujeme sa základným princípom, a to zotrúvaniu u vecí samých (*zu den Sachen selbst*), starosti (*die Sorge*), základnému metodickému postoju nechať byť (*lassen sein*) i otvorenosti a pravdivosti terapeuta. Poukazujeme taktiež na to, v čom spočívajú limity daseinsanalýzy. Napokon poukazujeme na možný postoj daseinsanalýzy k psychoterapeutickej technike a metodike.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: daseinsanalýza, psychoterapia, existenciál, bytie, otvorenosť, autenticita

ABSTRACT: SLANINKA M.: DASEINSANALYSIS TODAY, PSYCHOSOM 2017; 15(4), PP.267-281

This article deals with contemporary daseinsanalytic conditions in the world and it's introduction to the daseinsanalytic way of thinking, theory and praxis. Daseinsanalysis returns to fundamentals of human being, to phenomenalisation, to being itself, to life world as Husserl, Heidegger and Patočka describe it. We deal with basic principles of daseinsanalytic psychotherapy: existentials as



a basic characteristics of human being, to the things themselves (*zu den Sachen selbst*), care (*die Sorge*), therapeutic attitude of letting be (*lassen sein*) and openness of therapist and authenticity of the client. We shows limits of daseinsanalysis and deal with problem of technic and daseinsanalysis.

KEY WORDS: daseinsanalysis, psychotherapy, existencial, being, openness, authenticity

SÚČASNÝ STAV DASEINSANALÝZY

Účelom tohto príspevku je pokus priblížiť a sprístupniť daseinsanalytický spôsob uvažovania a pojednať o jeho stave vo svete. Ten je pomerne rôznorodý, pričom táto rôznorodosť spočíva v menšom či väčšom odklone od ontologického myslenia, od myslenia bytia, v jedinečnom rozvíjaní daseinsanalýzy u konkrétnych ľudí a v otvorenosti daseinsanalýzy samej. V Čechách ju zaštitujú predovšetkým Oldřich Čálek a Jiří Růžička, ktorí jej otvorili nový, skupinový a komunitný rozmer. Výsledkom sú akreditované komunitne skupinové daseinsanalytické výcviky a vydané publikácie. Nemôžem nespomenúť i rozvinutie metodiky výkladu snov či daseinsanalytického rozhovoru, tzv. vrozumievania, ktoré poukazuje na verné zotrúvanie psychotera-

peuta v situácii druhého človeka (Růžička, 2011). Růžička (2012) vypracoval taktiež metódu klinického koučingu, ktorý má pacientom pomôcť robiť v živote konkrétne kroky smerom k vlastným možnostiam a slobode. Okrem Čiech je daseinsanalýza rozvíjaná predovšetkým v Rakúsku, vo Švajčiarsku, v Maďarsku, v Belgicku, v Brazílii a v Grécku. Okrem toho je fenomenologické a z neho vychádzajúce daseinsanalytické myslenie rozvíjané v USA, v Británii, v Taliansku, v Španielsku a v Izraeli.¹ Na Slovensku tento prístup zatiaľ rozvinutý nie je. Daseinsanalýza vychádza z filozofie, z porozumenia koreňom ľudskej existencie a bytia samotného. Domnievam sa, že dôsledné porozumenie bytiu bez filozofie možné nie. Psychoterapia bez filozofie,

¹ Pripomínam predovšetkým publikácie *Skupinová daseinsanalýza* (Čálek, 2004), *Výklad snů daseinsanalytickou metódou* (Růžička, Čálek, 2016), *Ego-analýza, kritická studie* (Růžička, 2010) či *Péče o duši v perspektívách psychoterapie* (Růžička, 2003). Česká daseinsanalytická spoločnosť (www.daseinsanalýza.cz) vydáva svoj časopis *Existenciály* (www.existencialy.cz). Okrem toho existuje Medzinárodná daseinsanalytická federácia, International federation of daseinsanalysis (IFDA, www.i-f-da.org). Tá vydáva i ročenku *Daseinsanalýze* s medzinárodnými príspevkami. Každá krajina má zároveň svoj vlastný inštitút. Prezidentom medzinárodnej daseinsanalytickej federácie je v súčasnosti Ado Huygens. K hlavným predstaviteľom daseinsanalýzy okrem Ludwiga Binswagera (2016) a Medarda Bossa (1992) je potrebné spomenúť Giona Condreaua (1998) a Aloisa Hicklina (1988). V USA sa fenomenológii a ontológii venuje predovšetkým David Michael Levin (1989),

s presahom do psychoterapie a psychológie sú to predovšetkým Don Ihde (2012), Ernesto Spinelli (2005), Peter Wilberg (2002), Clark Moustakas (1995) a Ron Valle (1998). Môžeme pozorovať variácie daseinsanalýzy ako napríklad jej interpretáciu vychádzajúcu z Freudovej psychoanalýzy, ako je to u Alice Holzhey-Kunz (2014). Fenomenologické porozumenie Jungovej analytickej psychológii prináša Roger Brooke (2015). O pestovanie prirodzeného komunitného spôsobu života u svojich študentov sa stará Pražská vysoká škola psychosociálnych štúdií, v Čechách vychádza *Ročenka pro filosofii a fenomenologický výzkum*. Vo svete sú to predovšetkým vydávané *Journal of phenomenological psychology*, ktorý sa sústreďuje okrem iného i na publikáciu fenomenologických výskumov psychoterapeutického procesu, *Phenomenology and Mind*, *Existential analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, *Journal of British Society for Phenomenology*.



bez gruntu, ktorý ju zakladá, bez kontextu kultúry, ktorá určuje jej spôsob myslenia, ktorý ale samotnou psychoterapiou nie je reflektovaný, zostáva psychoterapiou bez koreňov. Preto na tomto mieste chcem ešte spomenúť filozofov, ktorých uvažovanie a život predovšetkým bol a je starosťou o dušu, ktorá leží v základe českej *daseinsanalýzy*, filozofov, ktorí vychádzajú z fenomenologického spôsobu uvažovania, a to predovšetkým Jan Patočka, vychádzajúci z fenomenológie Husserla a ontológie Heideggera, a jeho žiaci navštevujúci jeho bytové semináre ako Jaroslava Pešková, Radim Palouš či Jiří Růžička. O ontologický a fenomenologický spôsob uvažovania, ktorý podstatne preniká do *daseinsanalýzy*, sa v Čechách stará Anna Hogenová (2012), Jiří Michálek (2017), *daseinsanalýze* sa venuje taktiež Pavel Hlavinka (2008). Na Slovensku sa filozofii Jana Patočku i Martina Heideggera venuje Róbert Stojka (2016) či Vladimír Leško (2016).² Keď sa stretávam s kritikou *daseinsanalýzy*, opakovane narážam na jej nepochopenie (Poněšický, 2003; Prochaska, Norcross, 1999). *Daseinsanalýza* môže byť dokonca odmietaná ako nevedecká, jej štýl vyjadrovania môže pripomínať skôr básnický, osobný, ako striktný vedecký jazyk (Hall, Lindzey, 1999). Fenomenológia, z ktorej *daseinsanalýza* vychádza, rozvíja i svoj vedecky podložený kvalitatívny výskum, zostávajúci verný významom, ktoré sa vo výpovediach skúmaných ľudí objavujú (Giorgi, 2009; Moustakas, 1994; Smith, Flowers, Larkin, 2009; van Manen, 2016). *Daseinsanalýza* i fenomenológia však prekračujú horizont uvažovania súčasnej vedy. Vedecký spôsob uvažovania je voľbou istého konkrétneho spôsobu myslenia v dejinách, je voľbou, ktorej ide o jasnosť a istotu, ktoré sa stali základom

novej, dnes obecné a úplne samozrejme akceptovanej pravdy a objektivity (Patočka, 2009). Jasnosť a určitosť ustanovili novú pravdu. *Daseinsanalýza* odhaľuje vedecký spôsob uvažovania ako len jeden zo spôsobov myslenia, spôsob, ktorý je jednostranný a preto reduktívny, i keď dnes určujúci (Patočka, 2009; Růžička, 2010). *Daseinsanalýza* je založená v bytí, je založená na tom, že už všetko *je*. *Bytie* je predpoklad k ukazovaniu sa čohokoľvek, to znamená, že je i pôvodnejšie ako evolúcia, myslenie či veda. Na to, aby sa niečo mohlo ukázať, prejavíť, skúmať, existovať, musí to *byť*. A *bytie* má rôzne spôsoby otvorenosti, sú rôzne spôsoby *bytia* s určitými „zákonitosťami“, „charakteristikami“

² Pojednanie o tom, kto sa v dnešnej filozofii venuje fenomenológii a kde siahajú jej korene

a odvetvia, široko presahuje rámec tejto práce.



Heidegger, 2001; Heidegger, 2002).³ Daseinsanalýza je psychoterapia, ktorá je založená na základoch ľudskej existencie, *Dasein*, bytia tu, spôsobe ľudského bytia.⁴ Vychádza z fenomenológie

Husserlovej a ontológie Heideggerovej. V tomto ohľade je tiež potrebné odlišiť existenciálnu psychoterapiu od daseinsanalýzy.⁵

ONTOLOGICKÉ A KARTEZIÁNSKE MYSLENIE

Karteziánske, vedecké, takzvané subjekt objektové myslenie je typické tým, že je konštruktívne a kategoriálne. Konštrukty, systémy a metódy prenikajú nielen do vedy, ale vo väčšej alebo menšej miere do celej psychológie a psychoterapie. Bytie je však pôvodnejšie. Kategórie, systémy a konštrukty, ako aj metódy, sú len vyčítané a uchopené z niečoho pôvodnejšieho, čo už tu je a v čom žijeme. To jest z prirodzeného sveta.¹ Dnešná veda, psychoterapia a psychológia však pri prirodzenom svete nezostáva. Zostáva prevažne pri karteziánsky uchopených kategóriách odvodených z prirodzeného sveta.² Zostáva pri kategóriách, systé-

moch a metódach. Konštrukt je vypreparovaním, kostrou prirodzeného sveta, ktorý je charakteristický tým, že je celkom. Odvodené sa následne ďalej odvodzuje a tieto odvodeniny sa stávajú informáciami, ktoré sú odovzdávané výchovou a vzdelávaním. Výsledkom je, že v týchto systémoch a kategóriách uvažujeme a nereflektujeme to, že sú, že *myslíme*, a prečo spôsob myslenia je práve kateziánsky.³ Moc metód, systémov a kategórií je taká silná, že nám vládne (Heidegger, 2001). Naše myslenie sa uskutočňuje už v tomto rámci a tým sa vzdľahujeme od svojej pravdivosti, od svojej autenticity, od prirodzeného sveta

³ Úvodzovky v tomto prípade znamenajú, že sa nejedná o karteziánsky výmer, kategóriu, ale o určitý spôsob bytia.

⁴ Analýza ľudskej existencie ako *Dasein* je rozpracovaná predovšetkým v Heideggerovom *Bytí a čase* (Heidegger, 2002). Pomenovanie *Dasein* ako *bytie tu*, je používané, aby bolo odlišené od takých výrazov, ako je subjekt, objekt či človek, aby bolo zdôraznené, že sme vždy a pôvodne spojení so svetom. Svetu i sebe už vždy nejako rozumíme, náš svet, náš život je nejako otvorený, čo zdôrazňuje slovo *tu*. *Tu* preto neznamená bytie na tomto mieste, ale poukazuje na otvorenosť človeka vždy nejakým významom vo svete. To, s čím sa stretávame, je vždy významové. *Tu* znamená, že sme miestom bytia, jeho pohybu, porozumenia a odkrývania. Fenomenologickým uvažovaním môžeme prísť na to, že svet znamená, že všetko so všetkým je spojené. Preto je celkom. Karteziánsky spôsob uvažovania poznávané ohraničuje a tým kategorizuje, a tým ho vyníma z prirodzených súvislostí a spojení vo svete, respektíve tieto spojenia následne dáva na základe kauzálnych súvislostí do konštruktov, modelov a systémov. V spoločných rozhovoroch

Heideggera (2001) s Medardom Bossom bolo porozumenie *Dasein* rozpracované ešte v *Zollikonských seminároch* a analýzu ľudskej existencie vychádzajúcu z bytia podáva taktiež Medard Boss (1992) v *Náryse medicíny a psychológie*. Je nutné pripomenúť, že i Heideggerovo myslenie prechádzalo zmenou. Po tzv. obrate uvažoval o Bytí (*Sein*), tj. Bytí bez súcna a primerane k tomu o *Da-sein*, ktoré sa z pobytu stáva miestom Bytia (Michálek, 2017). Toto pojednanie však prekračuje rámec tejto práce.

⁵ Irvin Yalom (2006) alebo Rollo May (1999) napríklad vychádza z iných východísk ako je to u Medarda Bossa (1992) a jeho porozumenie existencii je odlišné a nie je založené na filozofickej analýze bytia samotného.

¹ K problematike prirodzeného sveta odkazujeme na Husserla (1972) alebo Patočku (2009).

² Karteziánsky spôsob uvažovania preniká aj do humanistickej psychológie a psychoterapie (Slaninka, 2011).

³ Heidegger (2010) priamo hovorí o *die Seinsvergessenheit*, o zabudnutí na bytie.



tak, ako sa nám obyčajne, jednoducho ukazuje. Prirodzený život, pravdivosť života, vnútorne vykonávaný pohyb, pravdivý vzťah, to je predsa to, v čom sa neustále náš život odohráva, to je predsa to, čo žijeme, nič viac napokon nemáme. Daseinsanalýza je návratom k autentickému, pravdivému vedeniu svojho života. Je návratom k základu, k slobode a z toho vyplývajúcej zodpovednosti vo vedení svojho života.

Bez systémov a metód nie je možné žiť. Systémy i metódy, keďže sú odčítané z prirodzeného sveta, v ňom musia byť hlboko „uložené“ v podobe poriadku, vzájomných vzťahov. Lekárska metodika zachraňuje životy. Avšak nebezpečenstvo nastáva, pokiaľ začnú vládnuť ľudskému uvažovaniu, stávajú sa vládnucim spôsobom uvažovania. Tým prevládne expertnosť pred autenticitou a prirodzenosťou, tým niečo odčítané začne vládnuť niečomu pôvodnejšiemu, čo to odvodené zakladá. Tým stratíme svoje korene, svoj domov. Podstupujeme vládu systémov, vládu *das Gestell* a *die Machenschaft*, neustále podsúvanie systémom, technizácii, zariadeniu a sme nastavovaní do vopred určených systémov bez toho, aby sme to reflektovali, bez toho, aby sme si to uvedomovali, alebo aspoň poznali dejinné počiatky tohto nastavovania a vlády (Heidegger 2004; Hogenová, 2016a). Bez ontologického myslenia, bez otvoreného myslenia a prežívania prirodzenosti, bude toto podsúvanie spieť k vykoreneniu sveta a k odcudzeniu vzťahov k druhým i k sebe v ňom.⁴

⁴ Pre bližšie porozumenie pôvodného významu prirodzenosti odporúčam knihu od Zdeňka Kratochvíla *Výchova zřejmost, vědomí* (Kratochvíl, 1995). Kratochvíl (1994) priamo hovorí o devastácii prirodzenosti.

Uvažujeme v psychoterapeutických a psychologických systémoch a kategóriách. Neuvažujeme o bytí. Nemyslíme bytostne. Nemyslíme základ, nemyslíme pôvodne, ale odvodene, v odvodených kategóriách. Každé uchopenie bytia do objektívnych karteziánskych kategórií sa stane jeho zredukovaním. Bytie, do ktorého patríme i my, je niečím spoločným, je niečím, čo nás spája a je zároveň spojivom samým. Je niečím, čo sa dá odryť a prežiť práve v autentickom, pravdivom živote. Bytie je celkom, ktorý nemá margo (Hogenová, 2016b). Naša existencia je vždy spojená s druhými, so svetom, s celkom, preto je *Dasein bytímu-vo-svete* (Heidegger, 2002).⁵ Avšak celkom, ktoré je v prípade človeka vždy individuálne naplňované a žité. Skok do bytostného spôsobu uvažovania znamená práve preskočiť karteziánske, kategoriálne uvažovanie, v ktorom myslíme a sme vychovávaní systematicky od detstva. Prejsť do nového, pôvodnejšieho spôsobu uvažovania preto chce čas, otvorenosť i odvahu. Znamená to vykonať *transcendentálnu epoché* (Hogenová, 2012; Husserl, 1972). Uzátvorkovanie skúseností i predsudkov, s ktorými takmer splývame. Chce to odvahu k otvorenosti, k dialógu, k neistote, ktorá môže pripustiť niečo iné a pôvodnejšie, ako je naše vedecké uvažovanie. To je však v dnešnej dobe, ktorá je založená na výskumoch efektívnosti a na účinných metódach psychoterapie, ktoré sú podložené práve karteziánsky, obťažné.

⁵ Nejedná sa len o tvrdenie, o premisu, ale prepojenosť človeka so všetkým je fenomenologicky dokázateľná.



TEÓRIA A PRAX DASEINSANALÝZY

Myslieť fenomenologicky znamená neustálu snahu otvorene vstupovať do dialógu bez vopred pripravených konštruktov, znamená to vykonanie transcendentálnej epoché. Pokiaľ daseinsanalýza vychádza z úplne pôvodného gruntu, nestáva sa jedným zo psychoterapeutických smerov, stáva sa prirodzeným prístupom k človeku, stáva sa prirodzenou psychoterapiou, stáva sa starostou o dušu. Čo to znamená pre prax daseinsanalýzy? Predovšetkým je potrebné podotknúť, že v daseinsanalýze neprihádza k žiadnej vopred stanovenej analýze, nejedná sa o analýzu. Terapeut si však pre potrebu porozumieť ľudskej existencii, danému človeku, môže pomôcť tým, čo ju charakterizuje. Môže si pomôcť vodítkami, ktorými sú existenciály, charakteristiky ľudskej existencie (Čálek, 2004; Čálek, 2010; Heidegger, 2002; Růžička, Čálek, 2003). Ich sumár nie je konečný. Sú to charakteristiky, ktoré k ľudskému bytiu prináležia, patria k *Dasein* v každom okamihu. Popisujú situovanosť, v ktorej ako ľudia sme od počiatku do konca. Ktoré to sú? Ich porozumenie predpokladá prekonanie fyzikálneho i naivného postoja. K nášmu životu patrí, že je v podstate časový. Táto časovosť však nie je časovosť fyzikálna, ktorá je ukotvená Aristotelom (Hogenová, 2012). Jedná sa o časovosť ontologickú. Naše vnímanie, náš život je v základe časový (Patočka, 2009; Husserl, 1996). Do nášho prítomného vnímania vždy vchádza naša minulosť i budúcnosť. Vždy žijeme v trojčasovosti, a to naraz. Terapeut si môže všímať, ktorý z časov je pre človeka dominantný, v ktorom čase a v akej životnej oblasti zostáva uzatvorený a neslobodný. Taktiež si môže všímať

jeho i svoju priestorovosť vo vzájomnom vzťahu. Ako blízko je jeho vzťahovanie sa ku mne a moje k druhému? Mení sa nejako? Bráni mu alebo mne niečo vo väčšom zblížovaní? Kde, v akých témach, kedy sa náš vzťah vzdáľuje a aký je zmysel tohto vzdialenia alebo priblíženia? Rôzne vzdialenosti prinášajú rôzne predstavy situácie druhého, rôzne horizonty, rôzne perspektívy.

Ďalším existenciálom je smrť. Smrť, konečnosť, tak ako i počiatok a začiatok, či o nej uvažujeme alebo nie, či ju do života pripúšťame alebo nie, patrí k nášmu životu a náš život podstatne určuje. Konečnosť je prítomná neustále. Každý deň končí, každé sedenie končí, každý rozhovor končí. Každý život končí. Smrť je pozadím, ktoré nás núti k tomu, aby sme život prežili zmysluplne, aby sme život vyplnili, vykonali, nepremrhali. Je hrozbou a môže byť zároveň posledným útočiskom pre tých, pre ktorých je život už neznesiteľný. Smrť preto nie je len zánikom. Znamená v našom živote podstatne viac. „Volá“ k pravdivému životu, k autenticite, je so životom a jeho zmyslom nerozlučne spojená. Preto je v tomto zmysle tajomstvom. V smrti padajú všetky pozemské opory a istoty, táto neistota sa ohlasuje úzkosťou, ktorú Heidegger (2002) považuje za základné naladenie človeka.¹ Naladenosť (*Gestimmtheit*) je teda ďalším podstatným existenciálom. Sme neustále nejako naladení, neustále prežívame svet a svoj život v ňom. Jednotlivé pocity sú možné len vďaka tomu, že naša existencia je ladená, „má“ ladenie, ladí. Naladenie je vždy spojené s porozumením (Čálek, 2010). Je našou otvorenosťou voči svetu. To však opäť poukazuje na našu

¹ Tento pohľad sa po zmienenom obraze u Heideggera mení.



celistvosť. Emócie sú vždy spojené s porozumením, s rozumom, a teda s myslením. Neexistuje emócia, ktorá by zároveň neniesla porozumenie, a naopak. Naladenie a s ním spojené pocity poukazujú na to, ako sme voči svetu otvorení a uzatvorení, ako tomu, s čím sa stretávame, rozumieme a ako na to reagujeme. Psychoterapeutova otvorenosť voči naladeniu človeka, o ktorého sa stará, mu ohlasuje, čo tento človek žije, ako sa má, kde uviazol vo svojom živote, kde sú uzatvorené a kde otvorené jeho bytostné možnosti, čo potrebuje, čo mu chýba a po čom túži. Čálek (2010) dodáva, že pocity každému z nás ohlasujú, ako sme na tom s naplňovaním možností byť sám sebou. Pomenovaním a spoluprežívaním vynárajúcich sa autentických pocitov pomocou terapeuta, sa človek dostáva bližšie k sebe, k tomu, kým je a čo chce. Čím viac autenticky cítime, tým viac máme pocit, že žijeme a odvažujem sa povedať, že tým viac i myslíme bytostne.²

Podstatným existenciálom je sloboda. Sloboda nám umožňuje mať k sebe odstup, porozumieť si, vykonať voľbu, zaujať postoj k tomu, čomu sa nemôžeme vyhnúť, i priblížiť sa k tomu, čo nás presahuje.³ Sloboda je v našom živote

² V publikácii *Prirodzený svet ako psychoterapeutický problém* poukazujem na to, že teória psychoterapeutických smerov vychádza z prirodzenej skúsenosti prirodzeného sveta ich zakladateľov.

³ Patrí sem i to, že ľudské bytie má vývojové zákonitosti, ktorým sa vyhnúť nemôžeme a musíme k nim zaujať postoj. V prvých rokoch života je však slobodný postoj podstatne limitovaný, naša existencia je podstatne odkázaná na druhých, a tak postoje druhých a vzťahovanie sa druhých k nám prijímajú do postoja vlastného, čo následne môže zásadne ovplyvňovať otvorenosť našej slobody a v nepriaznivom prípade vytvárať nemoc. Ukazuje sa, že v základe psychopatológie ležia uzatvorené, neslobodné možnosti. Táto téma však vyžaduje dôkladnejšie pojednanie.

zásadná. Poukazuje na to, či a nakoľko žijeme a utvárame svoj vlastný život. V terapeutickom vzťahu sa ukazuje, kde, v ktorých situáciách je človek neslobodný, kde si nedovolí prejať svoj názor, kde si nedovolí hovoriť, cítiť, myslieť a správať sa slobodne, urobiť krok, kde nie je slobodným byť otvoreným.⁴

Telesnosť ako existenciál poukazuje na to, že náš pobyt je vždy telesný (Hogenová, 2012; Patočka, 1995). Čokoľvek, čo prežívame, prežívame telesne. I tie skúsenosti, ktoré sú transcendentné, i tie, v ktorých ľudia prežívajú mimotelesnú skúsenosť, sú vzťahované k nášmu telu. Telo je telom časovým a zmyslovým. Je v ňom naša minulosť i budúcnosť, významy tak, ako sme ich autenticky prežívali. Pre daseinsanalytickú prax je však podstatné, že svojim telom, ktorým sme, nielen nesieme, ale i postrehujeme významy, ktoré sa v procese psychoterapie objavujú. Otvorenosť terapeuta k svojmu telesnému prežívaniu vo vzťahu s druhým môže napovedať, čo sa v terapii deje, aký je význam chvíle, a dokonca čo prežíva klient sám. Růžička (2003) hovorí o telesnení terapeuta.⁵

⁴ Váženého čitateľa odkazujem na literatúru, ktorá sa existenciálmi zaoberá detailne (Boss, 1992; Čálek, 2004).

⁵ Telesnosť je v psychoterapii obecné uznávaná a mnohé smery sú na telesnom prežívaní založené a vychádzajú z neho. V dialógu s inými psychoterapeutickými smermi sa môže objaviť pripomienka k daseinsanalýze 'veď vy to robíte ako my'. Táto pripomienka je namieste, pretože sa ukazuje, že každá metodika, každý smer vychádza z fenoménov prirodzeného sveta, ktoré sú však viac alebo menej následne zaradené do daného konštruktú bez toho, aby bol samotný prirodzený svet reflektovaný. Prirodzený svet je pôda akéhokoľvek terapeutického smeru, preto jednotlivé smery viac alebo menej vykazujú spoločné fenomény.



Tieto teoretické úvahy sú však až následné a pre daseinsanalýzu sú prakticky druhoradé. Daseinsanalýza je založená nielen na porozumení ľudskému bytiu, ale predovšetkým je priestorom, v ktorom sa bytie otvára, ukazuje, vyladuje, hľadá a nachádza. To, čo ju charakterizuje, je práve živý život. Bytie sa deje a dej je časom a pohybom. To, čo sa deje, sa vyladuje do určitého tvaru, do určitej podoby, ktorá je spojená s celkom, vychádza z celkovej situácie a na pozadí celku je zrozumiteľná. Podobne, ako je to v komunite či v skupine. I tam je každý človek za seba, zároveň spoločne s druhými ľuďmi, zároveň každý človek v komunite má svoju minulosť i budúcnosť, ktorá do diania vstupuje.

Cesta, metóda, spôsob, ktorým sa v daseinsanalýze otvára bytie človeka, ktorým sa odkrývajú jeho nové bytostné možnosti, cesta, na ktorej si začína viac rozumieť a následne začína robiť v živote nové slobodné kroky, je tzv. *lassen sein*, nechať byť (Čálek, 2004; Heidegger, 2001). Nechať byť nie je postojom ľahkovážnym, alebo ľahostajným. Necháva byť ten, kto bytiu už nejakou rozumie, nejakou ho cíti, má k nemu úctu i dôveru. Terapeut vie o bytí skrz svoj výcvik, v ktorom sa ľudia učia autenticky, otvorene a spoločne existovať, má skúsenosť so svojim bytím a táto skúsenosť, ako i bytostná skúsenosť životná, je podkladom pre jeho postoj k budúcim klientom, ale i k životu vôbec. Preto základným postojom je *die Sorge*, starosť o bytie. Starosť o bytie nie je len terapeutickým postojom. My už vždy ako ľudia, ako *Dasein*, ako pobyť, ako to nazval Patočka (2003), máme pôvodne starosť o svoje bytie, nech má akúkoľvek podobu (Condreau, 1998; Heidegger,

2002). Starosť o svoje bytie je základnou existenciálnou motiváciou človeka. Frekventantovi výcviku sa bytie svoje, druhého, skupinové, či bytie spoločné, môže ukázať v neskrutej podobe. Je pre mňa zázrakom, v akej krátkej dobe sa v komunitne skupinovej forme psychoterapie začne vytvárať pomerne blízke spoločenstvo ľudí, ktorí sú ochotní si rozumieť a byť si nápomocní, pokiaľ títo ľudia porozumejú zmyslu toho, čo sa deje, a pokiaľ sa nechajú byť tým, kým sú, preukáže sa rešpekt k ich životnej skúsenosti a postoj, ktorý prijíma ich jedinečnosť, ich práva a ich slobodu. Ľudia v komunite sa snažia byť nielen nápomocní, ale sú schopní vytvárať svoju vlastnú kultúru so svojimi vlastnými pravidlami, ktoré sú v prospech terapie samej účinné.⁶ Spomínam si, že vzácné, ale neraz som na komunitách zažil, že vzájomná starosť o každého člena komunity bola tak veľká a zároveň nehraná a pravdivá, že tento zážitok vo mne vzbudzoval pocit domova. Domov taktiež patrí k existenciálom. Fenomén, v ktorom dochádza k takému spoločnému zblíženiu, v ktorom sa môže strácať naše individuálne ja, ale z ktorého zároveň vychádzame posilnení a sami sebou, Růžička (2013) popisuje mystvo.⁷

Každá komunita, každá skupina a každé individuálne sedenie je jedinečné (Čálek, 2004). Každý okamih je jedinečný a neopakovateľný. A každý okamih prináša či môže priniesť nové poznanie. Všetko sa ukazuje v prítomnosti, preto prítomnosť je pre daseinsanalýzu zásadná. Neznamená to, že sa vyhýba minulosti alebo budúcnosti. Pre klienta môže byť dôležité sa venovať svojej minulosti, i tá však sa odkrýva v danom prítomnom okamihu. Preto fenome-

⁶ Uvedený fenomén poukazuje na existenciál spolubytia. Vo svojom živote sme vždy a pôvodne spoločne s druhými.

⁷ Schmid (2003) v rámci rogeriánskej psychoterapie hovorí o fundamentálnom My.



nologický prístup vychádza z predpokladu, že princíp všetkého poznania spočíva vo veci samej tak, ako sa ukazuje a pokiaľ sa ukazuje (Patočka, 2003). Klient samozrejme môže mnoho skrývať, avšak i skrývanie sa ukazuje. Princíp fenomenológie je ísť k veciam samým a verne pri nich zotrvať (Hogenová, 2012; Husserl, 2004). Vec je neustále živá, ukazovanie je neustále prítomné, časové, preto je potrebný pohyb psychoterapeuta, jeho otvorenosť. Preto nie je daseinsanalýza tak zachytiteľná, ako je to v terapiách, ktoré sú systémové a kategoriálne. Podstata života, jeho prirodzenosť nespočíva v konštrukte, ale spočíva v pohybe, v tom, čo je vo filozofii pomenované ako *fysis* (Kratochvíl, 1994).⁸ Terapeut je v postoji transcendentálnej epoché neustále, je v otvorenom postoji k tomu, čo sa ukazuje. Snaží sa byť neustále prítomný v prirodzenom svete, mimo vopred stanovených karteziánskych konštruktov. Je tým, kto je prostriedkom terapie. Svojou prítomnosťou je pri druhom, postrehuje významy, ktoré sa ukazujú. Je nimi oslovený a reaguje na ne. Toto postrehovanie významov však nie je analytická racionálna práca. Je to otvorenosť. Je to dokonca otvorenosť voči svojej otvorenosti. Je to trpezlivé čakanie na to, čo sa v mojej otvorenosti pre druhého, pre jeho situáciu a pre vzájomný vzťah, v ktorom sme, ukazuje a objavuje.⁹

Růžička a Čálek (2011) nazývajú daseinsanalytický rozhovor vrozumieva-

ním. Terapeut v ňom ľudsky s porozumením zotráva v situácii druhého, a tak mu pomáha odkrývať horizonty, ktoré druhého môžu vyviešť z utrpenia, ktoré si nesie. Zároveň v rozhovore zostáva bezprostredne sám za seba a má slobodu sa bezprostredne pravdivo vzťahovať k druhému človeku. Musím pripomenúť, že je dôležité, aby sa z uvedených postojov nestala obecné prijímaná metodika. Tento postoj je terapeutovi prirodzený, vychádza z neho, z jeho otvorenosti, z jeho bytostnej skúsenosti. Terapeut je a zostáva tým, kým je. S ohľadom k veci samej, k tomu, čo sa ukazuje. Zostáva predovšetkým ľudsky zaangažovaný, a to nielen v situácii terapeutického sedenia, ale v prípade potreby i v situácii života samého. Situáciu druhého prežíva a v prípade potreby je schopný mu pomôcť prakticky.

K *Dasein* patrí, že život, situácia, i terapeutické sedenie sú charakteristické pohybom, živosťou, neustále dialogické. V tomto pohybe, v tomto vzájomnom dialógu, sa vytvára tvar vzťahu či komunity, jeho hranice, pravidlá i etika. Určuje sa v ňom aj odpoveď na to, aká dlhá má daseinsanalýza byť, respektíve kedy má byť ukončená. Daseinsanalýza odmieta vopred určený konštrukt, pravidlo, teóriu, ktoré by tento živý pohyb vopred ohraničili a určili jeho smerovanie. Tým by sa psychoterapeutický proces riadil práve vopred určeným konštruktom a nie tým, čo sa práve v jedinečnej situácii ukazuje.¹⁰ Preto si

⁸ Na kritiku statického porozumenia človeku v psychoterapii a v psychológii a poukázanie na pohybové založenie človeka poukazuje taktiež Gendlin (2016).

⁹ Rogersovsky orientovaní psychoterapeuti ako aj na emócie zameraní terapeuti hovoria o prítomnosti terapeuta (Geller, Greenberg, 2012; Vymětal, 2001).

¹⁰ Naša otvorenosť a porozumenie vo svete je prevažne karteziánske, subjekt objektové.

Pokiaľ napríklad prijmeme poznatky psychológie bez ďalšej reflexie, v praxi nás už vopred môžu napádať diagnostické konštrukty, ktoré správanie klienta zatriedujú do naučených kategórii. Tento spôsob uvažovania považujeme za fundovaný, preberáme ho, bez toho, aby bol premyslený zmysel, porozumenie danému spôsobu správania. Preberáme nielen diagnostické



daseinsanalýza v týchto veciach ponecháva otvorenosť a slobodu. Neunáhľuje čas. Urýchlenie osobne žitého času metódou a nárokom efektívnosti môže spôsobiť, že klient nebude stíhať porozumieť a vnímať to, čo sa v psychoterapii deje, terapeut i klient sa budú míňať a klient môže v celý proces stratiť dôveru.¹¹ Urýchlenie času môže spôsobiť i to, že človek sa príliš náhle odkryje a prežije si pocity poníženia a hanby. Preto v daseinsanalýze nejde o riešenie problému, o výkon, o niečo, čo by psychoterapii vopred určilo smer a rýchlosť, ktorou sa bude uberať. Nejde jej primárne ani o liečbu a v tomto zmysle prekračuje rámec psychoterapie. Tým, že sa stará o otvorenosť a pravdivosť, sa stáva tým, čo Patočka (1996) nazýva starostou o dušu, stáva sa výchovou v pravom, ontologickom význame slova (Slaninka, 2011).¹² Môže sa samozrejme stať a stáva sa, že klient chce svoj symptóm vyriešiť rýchlo, aby mohol byť opäť výkonný. Organizmus však má svoj čas. Tento postoj môže byť vyvolaný práve výkonovým, na metódu, na liek, kultúrne podmieneným spôsobom života. Daseinsanalýza ponúka prostor návratu k sebe, k autentickému životu, k vlastnej slobode, k temporalite, tj. k vlastnému významovému žitému času. Tento postoj zároveň preukazuje rešpekt k svojprávosti druhého človeka, k jeho rozhodovaniu, k jeho bytiu sebou samým.

uvažovanie, ale i modely, ako v danej diagnóze máme pristúpiť k človeku.

¹¹ Aj v daseinsanalýze sú tendencie o napríklad krátkodobú daseinsanalytickú psychoterapiu, nahrávanie videí pre výskumné a supervízne účely (Craig, 1988). Každý takýto pokus je však už metodickým ohraničením toho, čo sa ukazuje, veci samej.

¹² K pravému, ontologickému významu slova výchova viď bližšie publikáciu Radima Palouša *Čas výchovy* (Palouš, 1991).

¹³ Autentický život a proces, v ktorom sa rozvíja, je charakteristický prirodzenou rečou. Nielen tým. Opakovane som svedkom, že ľudia v tomto procese prichádzajú na

Daseinsanalýza je prirodzená cesta, ktorá sa otvára v otvorenosti bytia, smerom od uzavretosti k otvorenosti, od neslobody k slobode, od skrytosti k neskrytosti, od neosobnosti k pravdivému vedeniu života. Neosobnosť, *das Man*, ono sa, ono sa má takto myslieť, cítiť, správať, je taktiež existenciál. Je pravdepodobné, že celá euroamerická kultúra sa odohráva v tejto neosobnosti. Samotné karteziánske myslenie, ktoré je prevládajúce a ktoré je v nás hlboko zakorenené, je neosobné.

V tomto pohybe k slobodnejšiemu a pravdivejšiemu spôsobu života spontánne prichádza i k redukcii či vyliečeniu symptómov, ktoré sú výsledkom neslobodného spôsobu života. V prítomnosti terapeuta, v jeho otvorenosti vo vzťahu s klientom, sa ukazujú klientove hodnoty, potenciality a ešte nerozvinuté možnosti, ktoré terapeut nielen komunikuje, ale zároveň vo vzájomnom vzťahu s klientom v určitej miere žije. Je nutné pripomenúť, že cesta k vlastnému byť sám sebou spoločne s druhými v jednom spoločnom svete, nie je metodická. Terapeut sa nesnaží, aby klient bol sám sebou. Ale bytostná a autentická prítomnosť druhého, otvorenosť k otvorenosti, k bytiu, bytie vyvoláva a toto vyvolávanie nás volá k tomu, aby sme boli v stretnutí i v živote autenticky a slobodne.¹³

myšlienky a vyslovujú myšlienky, ktoré sú hlboko životné a filozofické, a to bez toho, aby boli filozoficky vzdelaní. I svedectvo o tomto procese môže mať filozofické či básnické, umelecké vyjadrenie. Preto v daseinsanalýze prakticky nenájdeme striktné vedecké vyjadrovanie, i keď filozofický fenomenologický jazyk sa môže javiť ako nezrozumiteľný. Vyjadrovanie skôr pripomína umelecký štýl. Je to prirodzené vyústenie toho, čo a ako človek v tomto pohybe, v tomto procese prežíva a ako mu rozumie. Nežijeme vo vedeckom jazyku, ale v jazyku prirodzenom. Tie najhlbšie bytostné skúsenosti sú vyjadrované umením. Tým sa daseinsanalýza



Z tohto dôvodu daseinsanalýza nemá vypracované žiadne konštrukty, ktoré by určovali, čo má terapeut robiť pri rôznych diagnózach, aké metódy má použiť. Nechať byť a dávať priestor a čas k tomu, aby človek bol, byť prítomným pre pohyb ukazovania a zostávať u vecí samých tak ako sa dávajú, čím prehovárajú, platí pre každý typ diagnózy. Preto, pokiaľ uvažujeme v dimenziách kategoriálnych, prístup, základný postoj k schizofrénii bude rovnaký ako v prípade závislostí. Následný priebeh môže byť však odlišný, pretože každý človek s rôznym druhom neslobody prehovára inou rečou a inými významami.

Chcel by som pripomenúť ešte jeden fenomén, ktorý sa v daseinsanalýze, a nielen v nej, objavuje. A tým je láska. Keď sa dostávame k pravde svojho života, k bolestiam zo strát, k hnevu, že nám bolo ublížené, k osamelosti, k túžbe po láske a po slobode, nachádzame, že v našom ľudskom jadre sme totožní. Preto nás tieto skúsenosti dojímajú, rozumieme im. Zároveň táto životná pravdivosť vyvoláva nefalšovanú blízkosť, a vyvoláva lásku, ktorá je v jednote s poznaním niečoho, čo k nášmu bytiu patrí najhlbšie. Láska otvára otvorenosť a vyvoláva ju. Láska sú dvere k celku a celok prekonáva. Tým, že daseinsanalýza sa stará o otvorenosť a o pravdivosť života, láska a vzájomné stretnutie sa v nej objavuje a patrí k nej.¹⁴

výrazne môže odlišovať a odlišuje od vedeckého, karteziánskeho spôsobu vyjadrovania a reči a tým môže pôsobiť nevedecky, neexpertne a vágne. Jej korene však siahajú hlbšie. Siahajú k pôvodnému základu, k bytiu. Bližšie odporúčam Heideggerovo *Básnický bydlí človek* (Heidegger, 2006).

¹⁴ Hogenová (2001) v súhlase s Patočkom ukazuje, že milujeme bytím. „Bytí nerozděluje, naopak vše sjednocuje, není tím, co milujeme, ale bytí je tím, čím milujeme, proto je možné mluvit se stromy jako sobě rovnými” (Hogenová, 2001, s. 145).

Daseinsanalýza má svoje limity i keď sa domnievam, že je vhodná pre každý typ diagnózy. Uvádza sa prístup k traume (Holzhey-Kunz, 2016), k depresiám, schizofréniam a fóbiám (Pavlovský, 2011), či k závislosti (Slaninka, 2016), k poruchám príjmu potravy (Corrado Courtney, 2009), zásadný je psychosomatický prístup k človeku (Condreau, 1994; Růžička, 2006). Fenomenologické porozumenie nachádzame napríklad u psychóz, depresiách a iných poruchách (Ratcliffe, 2008; Ratcliffe, 2015).¹⁵ Fenomenologický a daseinsanalytický prístup nemusí vyhovovať ľuďom, ktorých životný štýl je orientovaný na efekt, na výkon, na metodiku, ktorí chcú byť vedení a zároveň nemajú záujem hlbšie porozumieť a otvoriť sa spôsobu, akým žijú. Limity daseinsanalýzy, tak ako i iných psychoterapií, sa môžu ukazovať i tam, kde dlhodobo klient nemôže vyjsť z uzavretosti z traumy, z minulosti, z úzkosti, z toho, čo ho uzatvára v neslobodnom pobyvaní. Domnievam sa, že môže byť namieste použiť metodiku, ktorá tieto uzatvorenia môže otvoriť a dopomôcť druhému, aby sa z tejto neslobody uvoľnil. Metodika môže pripomínať chirurgický zákrok, psychotherapeutický metodický výkon môže pripomínať psychochirurgiu, ktorá otvorí emočné rany a zároveň sa stará o ich zahojenie. Metodika však nesmie prevládnuť nad ukazovaním samým,

¹⁵ Daseinsanalytický prístup k diagnózam je veľmi sporný, pretože diagnóza je produkt karteziánskeho i voluntatívneho prístupu. Z tohto pohľadu je nutné, aby v budúcnosti boli jednotlivé diagnózy premyslené fenomenologicky, aby bolo porozumené ich významu. Preto i používanie názvov diagnóz ako i pomenovanie terapeut a klient, ktoré sú v tomto článku používané, je z fenomenologického pohľadu potrebné brať ako orientačné a reduktívne.



nesmie prevládať nad tým, čo sa bude ukazovať a diať.¹⁶ Preto ľudskosť, otvorenosť voči bytiu a autentickému prežívaniu druhého tak, ako sa prirodzene v psychoterapii ukazuje, a zároveň vernosť sebe, svojmu prežívaniu, musí byť podhubím, živnou pôdou a gruntom, v ktorom sa nielen daseinsanalytická psychoterapia odohráva, ale v ktorom vyrastá a odohráva sa

ZÁVER

Prejsť do daseinsanalytického spôsobu uvažovania znamená odvahu k transcendentálnej epoché, znamená to uzátvorkovať spôsob myslenia, s ktorým sme tak spätí, že ho považujeme za svoj vlastný a prirodzený. Znamená to prekonať vedecké karteziánske myslenie. Toto prekonanie zároveň prináša otvorenosť k niečomu novému, a to k základu, k bytiu. V tomto novom rozmere sa karteziánske myslenie ukazuje ako dôležité a nevyhnutné, avšak svojim zameraním a jednostrannosťou je len jedným z možných spôsobov uvažovania. Jeho najväčšou devízou, ale i najväčším rizikom je jeho dôraz na presnosť, jeho vláda, odmietanie nejasného a nepresného a neuvedomovanie si svojich koreňov, tj. toho, že tento spôsob myslenia vychádza z potreby istoty v neistote, ktorá k životu patrí. Daseinsanalýza sa pohybuje v myslení bytia a je orientovaná bytostne a v porozumení bytiu. Bytie je naša najvlastnejšia prirodzenosť a tá je typická okrem iného živosťou, pohybom, vzťahom. Tým, že nie je založená v istote, ale v prirodzenosti

život vôbec, pokiaľ má byť slobodný a zmyslu-plný. Tým, že metodika vychádza z prirodzeného sveta, je použiteľná i v daseinsanalýze, a to spôsobom, ktorý je veci a jej prirodzenosti, ukazovaniu sa i situácii zodpovedajúci. Tak sa v nej používa napríklad výklad snov či práca s imagináciami a je otvorená použitiu aj iných metód (Růžička, 2011).

a bytí, a odmieta jednostrannosť vedeckého uvažovania, môže sa zdať vedeckému mysleniu nejasná, nevedecká, nezrozumiteľná, provokatívna a nepriateľná. Bytie a prirodzenosť sú charakteristické pohybom, sú charakteristické tým, čo sa v gréckom filozofickom jazyku nazýva *fysis*. Je to pohyb do bytostných možností nášho *Dasein*, do slobody a do otvorenosti, pričom sa stávame sami sebou v jednom spoločnom svete. Základ všetkého poznania, to, že sa veci ukazujú, je neustálym pohybom, neustálou prítomnosťou, v ktorej je zároveň ukrytá minulosť i budúcnosť. Karteziánsky štýl myslenia vec uchopuje a podstatne ohraničuje, môže danú vec znehybňovať, resp. určovať jej smer a tak odnímať jej prirodzenosť. Preto je terapeut, jeho otvorenosť a pravdivosť, nástrojom psychoterapie. Z tejto otvorenosti k bytiu následne vyplýva i terapeutický postoj, ktorý je charakteristický tým, že druhého necháva byť, s rešpektom, s angažovaním sa, s otvorenosťou k bytiu druhého. V tomto priestore dochádza k stretnutiu i k tomu, čo český jazyk pomenúva

¹⁶ Používame slová bez toho, aby sme rozumeli ich pôvodným významom, významom, ktoré poukazujú na ich prepojenie a zmysel v prirodzenom svete. Takto nepoznáme význam toho, čo znamená technika, teória, metóda, vedomie, prirodzenosť a iné

základné pojmy používané v psychológii a v psychoterapii. Pre bližšie oboznámenie sa s pôvodným významom týchto pojmov odporúčam publikáciu *Výchova, zřejmost, vědomí* (Kratochvíl, 1995).



slovom 'usebrání', k tomu, čo otvára človeku nové dimenzie slobody, nové,

vlastné dimenzie jeho života, ktoré ho volajú k uskutočneniu.

LITERATÚRA

1. Binswanger, L. (2016): *Phenomenologie, Psychologie, Psychiatrie*. Paris, Librarie Philosophique J. Vrin.
2. Boss, M. (1992): *Nárys medicíny a psychologie*. Rychnov nad Kněžnou, J&J.
3. Brooke, R. (2015): *Jung and Phenomenology*. New York, Cassic Edition.
4. Condreau, G. (1994): Phenomenological features of psychosomatic disorders. *International Forum of Daseinsanalysis* 3, 235-238.
5. Condreau, G. (1998): Sigmund Freud & Martin Heidegger. *Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha, Triton.
6. Corrado, Courtney, A. (2014): *Soul Food: Offering a Daseinsanalytic Understanding of Anorexia Nervosa*. Dissertation Anstract International: Section B: The Sciences and Engineering 73, 7-B.
7. Craig, E. (1988): Daseinsanalysis today: a brief critical reflection. *The Humanistic Psychologist* 16, 224-232.
8. Čálek, O. (2004): *Skupinová daseinsanalýza*. Praha, Triton.
9. Čálek, O. (2010): *Práce s pocity v daseinsanalytické skupinové psychoterapii*. *Československá psychologie* 6, 606-609.
10. Geller, S., Greenberg, L. (2012): *Therapeutic presence*. Washington, American psychological association.
11. Gendlin, E. (2016): *Dialog s prožíváním*. Praha, Ježek.
12. Giorgi, A. (2009): *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified husserlian approach*. Pittsburgh, Duquesne.
13. Hall, S. C., Lindzey, G. (1999): *Psychológia osobnosti*. Bratislava, Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
14. Heidegger, M. (2001): *Zollikon seminars. Protocols-Conversations-Letters*. Evanston, Nortwestern University Press.
15. Heidegger, M. (2002): *Bytí a čas*. Praha, Oikoymenh.
16. Heidegger, M. (2004): *Věda, technika a zamyšlení*. Praha, Oikoymenh.
17. Heidegger, M. (2006): *Básnický bydlí člověk*. Praha, Oikoymenh.
18. Heidegger, M. (2010): *Contry path conversation*. Indiana, Indiana university press.
19. Hicklin, A. (1988): The significance of life-history in daseinsanalytic psychotherapy. *The Humanistic psycgology* 16, 130-139.
20. Hlavinka, P. (2008): *Daseinsanalýza. Setkání filosofie s psychoterapií*. Praha, Grada.
21. Hogenová, A. (2001): *Areté: základ olympijské filosofie*. Praha, Karolinum.
22. Hogenová, A. (2012): *K věci samé*. Praha, UKPedF.
23. Hogenová, A. (2016a): *K fenoménu „die Machenschaft“*. Praha, UKPedF.
24. Hogenová, A. (2016b): *K dnešku*. Praha, Karolinum.
25. Holzhey-Kunz, A. (2014): *Daseinsanalysis*. London, Free Association Books.
26. Holzhey-Kunz, A. (2016): *Why the Distinction Between Ontic and Ontological Trauma Matters For Existential Tehrapists*. *Existential Analysis : Journal of the Society for Existential Analysis* 27, 16-27.



27. Husserl, E. (1972): *Krise evropských věd a transcendentální fenomenologie*. Praha, Academia.
28. Husserl, E. (1996): *Přednášky k fenomenologii vnitřního časového vědomí*. Praha, Filosofická fakulta UK.
29. Ihde, D. (2012): *Experimental phenomenology*. New York, State University of New York Press.
30. Kratochvíl, Z. (1994): *Filosofie živé přírody*. Praha, Herrmann & synové.
31. Kratochvíl, Z. (1995): *Výchova, zřejmost, vědomí*. Praha, Herrmann & synové.
32. Leško, V. (2016): *Heidegger, metafyzika a Gréci*. Košice, UPJŠ.
33. Levin, D. M. (1989): *The listening self*. New York, Routledge.
34. May, R. (1999): *Freedom and destiny*. New York, W. W. Norton & Company.
35. Michálek, J. (2017): *Tři příspěvky ke studiu Martina Heideggera*, Praha, Karolinum.
36. Moustakas, C. (1994): *Phenomenological research methods*. New York, SAGE publications.
37. Moustakas, C. (1995): *Being-In, Being-For, Being-With*. New Jersey, Jason Aronson Inc.
38. Palouš, R. (1991): *Čas výchovy*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství.
39. Patočka, J. (2003): *Úvod do fenomenologické filosofie*. Praha, Oikoymenh.
40. Patočka, J. (2009): *Fenomenologické spisy II*. Praha, Oikoymenh.
41. Pavlovský, P. (2011): *Psychické onemocnění v zrcadle snů z pohledu daseinsanalýzy: diplomová práce*. Praha, FF UK.
42. Poněšický, J. (2003): *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha, Triton.
43. Ratcliffe, M. (2008): *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford, Oxford University Press.
44. Ratcliffe, M. (2015): *Experiences of depression: A study in phenomenology*. Oxford, Oxford University Press.
45. Růžička, J. (2003): *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Praha, Triton.
46. Růžička, J. (Ed.) (2006): *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha, Triton.
47. Růžička, J. (2010): *Ego-analýza. Kritická studie*. Praha, Triton.
48. Růžička, J. (Ed.) (2011): *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha, Triton.
49. Růžička, J. (2012): *Klinický koučink a psychoterapie*. *Psychoterapie: praxe-inspirace, konfrontace* 6, 112-122.
50. Růžička, J., Čálek, O. (2003): *Daseinsanalýza*. *Česká a Slovenská psychiatrie* 99, 80-85.
51. Růžička, J., Čálek, O. (2016): *Výklad snů daseinsanalytickou metodou*. Praha, Triton.
52. Schmid, F. P. (2003): *The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: Criteria for identity and coherence*. *Person-centered and Experiential Psychotherapies* 2, 104-120.
53. Slaninka, M. (2011): *Prirodzený svet ako psychoterapeutický problém. Psychoterapia ako výchova k autenticite*. Praha, UK v Praze Pedagogická fakulta.
54. Slaninka, M. (2016): *Komunita a daseinsanalýza*. In Halamová J. (Ed.), *Komunitná psychológia na Slovensku 2016*. Bratislava, UK Bratislava, 124-131.
55. Smith, A. J., Flowers, P., Larkin, M. (2009): *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. New York, SAGE publications.
56. Spinelli, E. (2005): *The interpreted world*. London, Sage Publications.



57. Stojka, R. (2016): Heidegger, metafyzika a Gréci. Košice, UPJŠ.
58. Valle, R. (1998): Phenomenological inquiry in psychology: Existential and transpersonal dimensions. New York, Plenum Press.
59. Van Manen, M. (2016): Phenomenology of practice: meaning – giving methods in phenomenological research and writings. Abingdon, Routledge.
60. Vymětal, J., Rezková, V. (2001): Rogersovský přístup k dospělým a dětem. Praha, Portál.
61. Wilberg, P. (2002): Being and listening. Whitstable, New Yoga Publications.
62. Yalom, D. I. (2006): Existenciální psychoterapie. Praha, Portál.

AUTOR

Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D. Psychológ a psychoterapeut, v súčasnosti pracuje na Pražskej vysokej škole psychosociálných štúdií a na Psychosomatickej klinike Eset. Pracoval v PNPP v Pezinku, v súčasnosti spolupracuje s Univerzitou tretieho veku UK v Bratislave. Absolvoval daseinsanalytický supervízny výcvik a výcvik v Emotion focused therapy.

Do redakce přišlo 2.10. 2017
Po rčení zařazeno do tisku 15.11.2016
Konflikt zájmů není znám.



STANĚK DALIMIL: PRÁCE S ODPUŠTĚNÍM V RÁMCI PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU



SOUHRN: STANĚK D.: PRÁCE S ODPUŠTĚNÍM V RÁMCI PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU. PSYCHOSOM 2017; 15(4), S.282- 292

Odpuštění je jedním ze způsobů, kterými člověk může uzavřít křivdy a nedokončené záležitosti. Zatímco v anglosaském světě je problematika odpuštění v ohnisku zájmu mnohých výzkumů a publikací, v Česku zatím zůstává na okraji. Mezi klíčové autory patří R. Enright, E. Worthington a M. McCullough. Potřebu odpuštění můžeme rozpoznat u klientů, kteří prožívají negativní emoce, zhoršují se jim vztahy, snižuje životní energie, získávají pesimističtější životní filozofii a přebírají mentalitu oběti. V rámci terapeutické edukace je vhodné odhalit klientovy postoje k odpuštění a objasnit, co odpuštění znamená a neznamená. Samotný proces odpuštění vede přes fázi konfrontace s bolestí, pochopení viníka, změnu pohledu oběti na sebe sama, až k rozhodnutí odpustit, které může být časem následováno i emocionálním odpuštěním a uzavřením.

KLÍČOVÁ SLOVA: Odpuštění, křivda, terapeutický proces, viník, oběť

SUMMARY: STANĚK D.: WORK WITH WITHDRAWALS WITHIN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS. PSYCHOSOM 2017; 15(4), PP. 282-292

Forgiveness is one of the ways to resolve unfinished matters and grievances in a man's life. In the English-speaking world, the topic of forgiveness is well-established among psychology experts; meanwhile, in the Czech Republic it is still mostly unknown. Key authors on this topic include



R. Enright, E. Worthington, and M. McCullough. We can recognize the need for forgiveness among our therapy clients who show the following symptoms: negative emotions, conflicts in relationships, a declining level of life energy, a negative and pessimistic worldview, and a victim mentality. In the educational part of the therapy process, it is important to clarify with the client what it does and does not mean to forgive. The main phases of the forgiveness process are: releasing the pain, growing in empathy towards the one responsible, changing the view of oneself and making the decision to forgive. The decision to forgive can be followed by emotional forgiveness and closure.

KEY WORDS: Forgiveness, injustice, the therapeutic process, offender, victim

ÚVOD

Jako lidé na vlastní kůži každodenně pociťujeme, že svět, ve kterém žijeme, není ideální. Mimo jiné se stáváme obětí druhých lidí, ať už jejich záměrných křivd, provinění a sobectví, nebo projevů jejich osobnostní nezralosti a slabosti. Jednou z nejpřirozenějších reakcí na ublížení je odplata ve stylu „oko za oko, zub za zub“ (Harris, 2007). energii k odplatě nám dává pocit bolesti a hněvu. Vyjádření hněvu a odplaty ovšem často není možné. Mohou mi v tom zabránit okolnosti, sociální konvence, nedostatečná asertivita, strach, fakt, že jde o blízkou osobu a já chci zamezit eskalaci násilí, nebo už s viníkem nejsem v kontaktu. Člověk tak žije někdy i po mnoho let s neuzavřeným tématem, s nedokončeným cyklem uspokojení potřeby. A nemusí se dařit použít energii ke zralému nastolení pořádku a hranic. Konkrétní křivda se přidává k dalším tématům, která neuzavřena vytvářejí jakýsi rušivý „psychický šum“, neustále přítomný v naší mysli. Šum informací, vzpomínek a obrazů, které se nám vynoří do vědomí, když necháme volně plynout své myšlenky, když se zklidníme večer před spaním, jdeme na procházku, nebo když se cestou asociací téma otevře. Gestalt terapeutický pohled interpretuje tento fakt na základě výzkumů o vztahu mezi dokončenými a nedokončenými úkoly a pamětí. Teprve dokončený úkol je za běžných okolností pro naši mysl jednodušší zapomenout (Mann, 2010).

To neplatí pouze u jednoduchých úkolů, ale i u větších témat, vztahových záležitostí a křivd. I ty je pro lidskou mysl jednodušší odložit až poté, co se přetvořily ve smysluplný příběhový celek (Joyce & Sills, 2009). Odpuštění může být jeden z nástrojů, jak témata křivdy uzavřít.

Mezi českými psychology zatím zůstává problematika odpuštění na okraji zájmu. Několikrát se o něm ve svých knižních publikacích zmiňoval prof. Jaro Křivohlavý (2003) a z katolického prostředí vychází publikace Kateřiny Lachmanové *Vězení s klíčem uvnitř* (2001). Naproti tomu v anglosaském světě je odpuštění v ohnisku zájmu výzkumů a publikací jak křesťansky, tak sekulárně orientovaných autorů už více jak třicet let (Worthington, 2006). Z populárnějších publikací je do českého jazyka přeložena pouze kniha Lewise Smedese (2004) *Odpusť a zapomeň*; vychází z křesťanského kontextu a byla v roce 1984 první psychologickou knihou na toto téma (Worthington, 2006). Do slovenštiny byla v loňském roce přeložena i odbornější kniha Roberta Enrighta (2016) *Rozhodni sa odpustiť*. Rád bych tímto článkem, dalším studiem a výzkumem přispěl k rozšíření tématu i mezi námi. V následujícím textu mimo jiné postupně představím několik amerických psychologů, kteří podle mého názoru svými výzkumy výrazně přispěli



k terapeutickému uchopení myšlenky odpuštění.

ODPUŠTĚNÍ

Definice

V následujícím textu operuji s pojmy *viník* a *oběť*. Aktéři konfliktu si takto subjektivně rozdělují role a jejich vnímání respektují. Viníkem označuji toho, kdo se z pohledu oběti provinil, a očekává se od něj, že v konfliktu překoná svou pýchu, omluví se a udělá krok ke smíření. Obětí je ten, kdo vnímá, že mu bylo ublíženo, a má příležitost vstoupit na cestu odpuštění. Z morálního hlediska může být viník morálně nevinný a oběť zároveň viníkem nebo iniciátorem konfliktu, což časem při práci s klienty vyjde na povrch (Enright & Fitzgibbons, *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*, 2000). O odpuštění ale můžeme mluvit pouze v rámci paradigmatu morálky a viny, do jehož kontextu pojmy *viník* a *oběť* patří.

Koncept odpuštění se používá v různých kontextech a myšlenkových systémech a pokaždé je definován jinak. Používá se ve vztahu k sobě samému (*odpustit sám sobě*), ve vztahu k druhému člověku (*odpustit druhému, nebo požádat o odpuštění*), popřípadě v náboženském kontextu ve vztahu člověka k Bohu (*přijmout odpuštění od Boha*) (Lewis, 2005). Celý obor vědeckého studia odpuštění se od začátku potýká s tím, že každý výzkumník definuje význam pojmu odpuštění jiným způsobem. Neexistuje obecně uznávaná definice odpuštění, na což teoretikové v oblasti odpuštění svorně poukazují. Lze tedy těžko porovnávat jednotlivé závěry výzkumů, protože každý z nich definuje objekt zájmu po svém (Musekura, 2010). Většina se shodne na tom, že odpuštění

není stejné jako „prominutí“, „přehlížení“, „popírání“, „omlouvání“ nebo „zapomenutí“. Většina z nich také rozlišuje mezi odpuštěním jako intrapsychickým rozhodnutím a usmířením, které předpokládá obnovu vztahu. Existuje určitá shoda v negativním vymezení odpuštění, ale při snaze o pozitivní vyjádření se autoři rozcházejí (McCullough, Pargament, & Thoresen, 2000). Pojďme se nyní podívat na definice odpuštění od několika současných amerických autorů, kteří dělají výzkumy v oblasti teorie odpuštění a uvádějí ji do terapeutické praxe.

Robert Enright je jedním ze zakladatelů Forgiveness Institutu a průkopníkem zájmu moderní psychologie o téma odpuštění. Ke studiu odpuštění se dostal skrze výzkumy v oblasti teorie morálního vývoje. Odpuštění považoval za klíč ke změně morálky a života lidí (Musekura, 2010). Podává následující definici odpuštění: *Lidé, kteří logicky uznávají, že jim někdo ukřivdil, odpouštějí ve chvíli, kdy se rozhodují vzdát se záště a přidružených reakcí (na které mají právo) a usilují reagovat na viníka na základě morálního principu dobročinnosti, která může zahrnovat soucit, bezpodmínečnou hodnotu, štědrost a morální lásku (na což viník, z podstaty svého ubližujícího činu, nemá nárok)* (Enright & Fitzgibbons, 2015, str. 32). Tato definice předpokládá, že zraněný člověk přizná sám před sebou i před druhými, že mu bylo ublíženo. Dobrovolně se začne vztahovat s milostí vůči tomu, kdo se proti němu provinil, aniž by toužil po odplatě nebo náhradě,



na kterou má nárok. Odpuštění je chápáno jako projev lidskosti překračující hranice spravedlnosti. Nejdříve jde o změnu vnitřního postoje, a posléze o změnu chování (Musekura, 2010).

Everett Worthington je klinický psycholog a profesor na Virginia Commonwealth University. V devadesátých letech s Enrightem a jeho týmem úzce spolupracoval a některé důrazy jsou podobné. Zabýval se mimo jiné tématem odpuštění v kontextu manželství a při práci ve skupinové terapii. Podle něj je odpuštění motivací k tomu, aby člověk snížil vyhýbání se a odtažení se od člověka, který nám ublížil, stejně jako vzdání se hněvu, touhy po pomstě a odplatě (Worthington, 2006). Typické pro Worthingtona, je, že rozlišuje dva druhy odpuštění. První z nich je *Odpuštění rozhodnutím* – je rozhodnutím člověka vzdát se odplaty, vyhýbání se druhému, pokud to není přímo nebezpečné, a ve své mysli druhého pustit ze symbolického dluhu, který vůči nám má. Příprava na takovéto rozhodnutí může být delší, ale samotný čin odpuštění je jednorázový a často nabírá symbolickou formu. Druhou

Projevy neodpuštění

Klienti zřídka přichází s tím, že mají náhled na to, z čeho pramení jejich současné obtíže. Zpravidla je přivedou symptomy, které nemají spojeny s minulými zážitky a vlivy. Určitý náhled získávají, až když s pomocí terapeuta prozkoumávají životní oblasti a nechávají se vést jeho zkušeností s neviditelnými životními propojeními. Podle jakých symptomů můžeme usuzovat, že zdroj klientových obtíží pramení z neodpuštění? V jakých případech volit terapeutickou práci s odpuštěním? Důsledky odpuštěním neuzavřené křivdy detailně popisují Enright a Fitzgibbons (2000). Popisují je jako sedm úrovní bolesti:

formou je *Emocionální odpuštění* – znamená to, že negativní emoce jsou nahrazeny emocemi pozitivními. Nemusí přijít zároveň s odpuštěním z rozhodnutí. Jde o dlouhodobější proces. Podle výše zmíněné definice se odpuštění z rozhodnutí stává pro oběť motivací k podniknutí kroku směrem ke smíření a k postupnému emocionálnímu odpuštění (Worthington, 2013). Tímto rozdělením Worthington poskytuje útěchu lidem, kteří zpochybňují opravdovost svého rozhodnutí odpustit ve chvíli, kdy se záhy nedostaví pozitivní emoce vůči viníkovi, které očekávali.

McCullough, Pargament a Thorsen (2000) si všímají společných rysů dosavadních definic odpuštění. Výsledný efekt odpuštění vidí v tom, že selepší chování oběti vůči viníkovi. Snaží se tedy vytvořit jednotící definici, která bude nadřazená ostatním a pomůže obor sjednotit (Musekura, 2010). *Odpuštění je vnitřní prosociální změna vůči tomu, o kom předpokládáme, že se provinil. Tato změna je situována do specifického mezilidského kontextu.* (McCullough, Pargament, & Thoresen, 2000, str. 9).

hněv, stud, snížená energie, kognitivní přehrávání, porovnání se s viníkem, možnost trvalých následků a pesimističtější filozofie. Přidáme k nim ještě důrazy Greenberga, Warwara, Wandy (2010) a Libbiho (1992) a rozdělíme je do několika kategorií.

(1) Negativní emoce – Klíčovou emocí je hněv, který se stává dlouhodobou převládající psychickou obranou na zranění. Proces odpuštění vede klienta k tomu, aby si hněv uvědomil a propojil jej s křivdou, která se stala. Enright vyzoroval, že pro ty, kteří hněv popírají, nebo ho obrací sami proti sobě, bývá těžší pokračovat v procesu



odpuštění. Druhou negativní emocií je stud. Součástí komplikovaného prožívání oběti je právě stud. Stydí se za to, že situaci nezvládl, že se nedokázal bránit, že je zradilo jejich tělo (velmi zřetelně je to vidět v případech znásilnění a zneužívání), že si takového člověka vůbec pustili k tělu nebo že nad nimi i po tak dlouhé době má stále moc. Nakonec se často přidává strach z budoucnosti, z dalších možných křivd a zranění, který vede člověka do sociální izolace (Enright & Fitzgibbons, 2000).

(2) Zhoršení vztahu s viníkem – Negativní emoce jsou vázány na viníka a pomáhají oběti bránit se dalšímu zranění tím, že dodávají energii k boji nebo k útěku. Pomsta se může projevit aktivně nebo pasivně, popřípadě ji může oběť obrátit proti sobě. Formou pasivní pomsty může být to, že oběť viníka pozorně sleduje v jeho životních situacích, zabývá se jím, porovnává se s ním a doufá, že na tom bude v životě lépe než on. Pokud se tak nedaří, tak si alespoň představuje ve svých fantaziích, co všechno by se mu mohlo stát (Greenberg, Warwar, & Wanda, 2010).

(3) Snížení životní energie – Vzhledem k tomu, že oběť na viníka myslí, celou situaci probírá (psychický šum) a vrací se k ní, omezuje se její schopnost myslet na jiné věci a celkově se snižuje její životní energie. Takoví lidé si posléze uvědomí, že strávili několik let svého života tím, že se událostí, nebo událostmi zaobírali a nechali se jimi

Co znamená a neznámá odpustit

Ve chvíli, kdy terapeut otevírá téma odpuštění s klientem, je potřeba si společně vyjasnit, co odpuštění znamená a co neznámá. Klient bude mít vždy introjikanou definici odpuštění, která zpravidla bývá nepromyšlená a zjednodušující, a může ho v určitých případech od procesu odradit. Na druhou stranu

vysilovat (Enright & Fitzgibbons, 2015). Je to, jako když se uživatel zpomalí rychlost počítače, protože na pozadí, aniž by si toho on byl vědom, běží skrytý program zpomalující rychlost procesoru.

(4) Pesimističtější životní filozofie

– Záleží na množství křivd a jejich intenzitě, ale u některých lidí se může na základě křivdy rozvinout pesimističtější životní filozofie. Projeví se to například v jejich nedůvěře vůči druhým lidem, v obtížích při navazování blízkých vztahů, v životě ve strachu z toho, co může přijít, a v neschopnosti zbavit se katastrofických scénářů. Ve svém okolí začnou vyhledávat fakta a podněty, které jejich předpoklad budou potvrzovat, čímž svůj pohled posílí (Enright & Fitzgibbons, 2000).

(5) Mentalita oběti – Nezralá reakce člověka postiženého závažnou nebo opakovanou křivdou může vyústit ve vytvoření mentality oběti, kdy dotyčný cítí bezmoc a dívá se na sebe sama především jako na oběť. Jeho identita je v tu chvíli definována lidmi, kteří mu ublížili, čímž k nim zůstává připoutaný negativní vazbou (Libby, 1992). Proto se například ženám, které prošly znásilněním či zneužitím, doporučuje v rámci terapeutického procesu přestat o sobě uvažovat a mluvit jako o „oběti“, ale jako o „té, která přežila“. První je identita slabosti, pasivity a bezmoci, druhé je pozitivně formulovaná identita síly (Schultz & Estrabrook, 2012).

terapeut, který s odpuštěním pracuje, má definici reflektovanou a hlubší, a má příležitost klientovi představu rozšířit. Důležitou roli v konotacích slova odpuštění hraje i minulé zkušenost. Někteří klienti očekávají, že je budeme tlačit do rychlého rozhodnutí milovat viníka, na což zatím nejsou připraveni.



Další pak očekávají, že budeme necitlivě ničit hranice, které mezi sebou a viníkem vybuďovali, a to vnímají jako ohrožující. Jiní mají zkušenost s tím, že je okolí vedlo k odpuštění, které v podstatě plnilo roli patologického potlačování a popírání negativních událostí (Lewis, 2005). Tyto typy klientů mohou pocházet například z tradičně křesťanského prostředí, ve kterém bylo sice odpuštění z rozhodnutí důležitou hodnotou, ale paradoxně se děti doopravdy odpouštět nenaučily. To podporují i závěry meta-analytické studie B. Rieka a E. Mania (2012), která se zabývá vztahem mezi náboženskou příslušností a schopností odpouštět.

Je potřeba brzy po použití samotného pojmu odpuštění v rámci edukační části terapeutického procesu sladit představy terapeuta a klienta. Nabízím přehled toho, co znamená a neznámá odpuštění, tak jak se vyskytuje v odborné literatuře a jak jej sám s klienty procházím. Začneme tím, co odpuštění neznámá.

(1) Odpustit nutně *neznámá zapomenout* (Denton & Martin, 1998). Jsou zážitky a bolesti, které pravděpodobně do konce svého života nezapomeneme. Pokud by se tak stalo, byl by to spíše příznak patologie než zdravého vývoje (Křivohlavý, 2003). Na druhou stranu se časem po odpuštění snižuje intenzita nechtěných myšlenek.

(2) Odpustit *neznámá vzplanout láskou* a opětovnou *důvěrou* vůči druhému (Harris, 2007). Je možné, že i když druhému odpustím, náš vztah zůstane chladným, budu vůči němu opatrný a jasně nastavím hranice. Důvěra je velmi křehké pouto a trvá dlouho, než znovu vyroste.

(3) Odpustit *neznámá usmíření*. Odpuštění je intrapersonální proces, zatímco proces smíření je proces interpersonální a vyžaduje i aktivitu, ochotu a připravenost druhé strany (Harris, 2007). Je dobré klienta uklidnit, že v rámci procesu odpuštění nemusí

nutně v dané oblasti viníka konfrontovat. Určitou výjimku tvoří práce s manželským párem nebo jinými rodinnými příslušníky, kdy je proces odpuštění a smíření mnohem více provázán. (4) *Odpuštění není rychlé řešení a tolerování zla*. Rychlé odpuštění je formou psychické obrany idealizace viníka, na kterém může být oběť nezdravě závislá. Příkladem může být žena, která v nevyhovujícím manželství s alkoholičkem opakovaně odpouští a vrací se zpět, protože si myslí, že není schopná žít bez něj (Lewis, 2005). Odpuštění není tolerancí něčeho, co je zlé, naopak tím, že odpouští, dává oběť zřetelně najevo, že daný čin nelze jen přehlížet nebo tolerovat, musí být odpuštěn. (5) *Odpustit neznámá přijmout povýšený, pohrdlivý a přehlíživý postoj* vůči viníkovi (Křivohlavý, 2003). V ideálním případě je odpuštění vyjádřením lásky (ne nutně emocionálního citu, ale rozhodnutí k úctě a respektu) vůči viníkovi.

Odpustit znamená: (1) *Uznat, že mi bylo ublíženo* – Připustit si realitu zla a toho, že si lidé ubližují. Být v kontaktu se svými emocemi a přiznat viníkovi vliv na můj život. (2) *Vidět viníka v jeho komplexnosti* - Překonat pokušení vidět druhého pouze černobíle. (3) *Vzdát se nároku na odplatu*. Odpustit znamená přijmout bolest a smířit se v určitých případech s trvalými následky. (4) Rozhodnout se, že *nebudu proti druhému jeho provinění znovu vytahovat* a opakovaně mu to vyčítat. Navíc se zavazuji, že i já se budu snažit omezovat své myšlení a nebudu si to pořád připomínat. (5) *Začít přát dobro a ne zlo* člověku, který mi ublížil (Smedes, 2004). (6) *Odpuštění je vyjádřením naděje*. Odpouštějící věří, že další fáze života může být lepší a radostnější než ta, která by byla plná pomstyctivých myšlenek (Křivohlavý, 2003).



Práce s odpuštěním v psychoterapii

Jedním z cílů psychoterapie je vytvořit prostor, ve kterém je pomocí zpřítomnění, přehrání a uzavření klientovi umožněno dokončit své záležitosti (Kratochvíl S. , 2002). Odpuštění se nabízí jako další koncept, který lze k tomuto cíli použít. V této části se zaměříme na to, jak konkrétně pracovat s odpuštěním v psychoterapii. Termín „práce“ používám proto, abych zdůraznil, že nejde o samovolný přirozený proces, ale o něco nového, náročného a nepřirozeného, do čeho klienta zve. Navíc tento termín pro část procesu odpuštění používá i R. Enright (2015). Mezi odborníky, kteří se tématem zabývají, je možné vysledovat několik společných prvků, které společně v různém pořadí tvoří jádro procesu odpuštění. L. Smedes (2004) mluví obecně o fázích bolesti, nenávisti, uzdravení a setkání. E. Worthington (2013) používá zkratku REACH, kde prvním krokem je otevření bolesti, dále zvýšení empatie vůči viníkovi, altruistický dar odpuštění, závazek, a nakonec schopnost závazek dodržet. R. Enright a R. Fitzgibbonse (2000) popisují čtyři fáze: odkrytí bolesti, rozhodnutí odpustit, práce na odpuštění a prohloubení odpuštění. W. Malcolm a L. Greenberg (2000) na základě studia literatury o odpuštění pozorují pět základních fází, které každý proces obsahuje: přijetí silných negativních emocí, vzdání se osobních potřeb, které nebyly naplněny, změna pohledu na viníka, rozvoj empatie vůči viníkovi a vytvoření nového příběhu sebe a druhého. Na tři společné kroky se nyní podíváme detailněji.

Konfrontace s bolestí

Patrick Brennan (2000), katolický teolog a právník, má ve své knize *The Way of Forgiveness* (Cesta odpuštění) kapitulu

s názvem *Naslouchej vnitřní bolesti a dej jí jméno*. Stejně jako další autoři, kteří se zabývají procesem odpuštění, ukazuje, že začátek cesty k uzdravení spočívá na místě křivdy, ke které se člověk ve své mysli znovu vrací. Prvním krokem k odpuštění je jeho přiznání, že mu bylo ublíženo. Terapeut ho vede k tomu, aby v bezpečí psychoterapeutického vztahu symbolicky vyjádřil své pocity bolesti, hněvu a ukřivdění vůči tomu, kdo mu ublížil (Harris, 2007). Klient tím uznává, že mu bylo způsobeno zlo, přestane ho popírat a přestane obviňovat sebe sama. Je to příležitost, kdy se člověk může dostat do kontaktu sám se sebou a se svými emocemi (Greenberg, Warwar, & Wanda, 2010). Katarze je obecně jedním z důležitých terapeutických prvků. Uvolnění a prožití těchto ukrytých emocí může být velmi bouřlivé, intenzivní a nepříjemné (Prochaska & Norcross, 1999), ale v rámci procesu odpuštění je nezbytné. Aaron Lazare (2004) americký psychiatr a autor knihy *On Apology* (O omluvě) poukazuje na to, že jedním z důvodů, proč se oběti budou bránit konfrontaci s bolestí, je to, že je pro ně těžké přiznat si míru moci a vlivu, který nad nimi viník měl. Je to něco, za co se stydí, což je vede k bagatelizaci a popírání významu dané události proto, aby opticky snížili její negativní vliv na jejich život.

Technikou, která se dá pro účely konfrontace s bolestí použít, může být například „seznam škody“. Necháme klienta, aby za domácí úkol vypracoval k dané události seznam ztrát. O co všechno přišel, když mu bylo ukřivdění, včetně dlouhodobých následků, které to na něm zanechalo. Úkol se dá připodobnit k seznamu škod, jímž poškozený po pojistné události dokumentuje ztráty své pojišťovně. Enright a Fitzgibbons (2000) doporučují



klientům, aby si psali deník svého procesu odpuštění a byli schopni zpětně vzpomínat na věci, které si uvědomili a které prožívali v průběhu.

Pochopení viníka

Všechny koncepty odpuštění pracují s tím, že je nezbytné, aby se změnil pohled oběti na viníka. Přírozenou reakcí oběti je demonizace viníka. Vidí jen jeho negativní vlastnosti a zdůrazňuje to, že se zachoval špatně. Pro oběť je těžké ho vnímat jako celistvou osobu v její komplexnosti (Denton & Martin, 1998). V této fázi vede terapeut klienta k tomu, aby se zkusil vžít do role svého protivníka, aby přemýšlel nad jeho osobností, nad jeho motivací, bolestí a touhou. Klient tak může v určitých případech například s překvapením zjistit, že viníkovi bylo velmi ublíženo, a proto ubližuje dál, že sám prožil těžké období, nebo si vůbec neuvědomoval, co způsobuje (Kalayjian & Paloutzian, 2009). Učí se vnímat viníka přes to, co udělal, jako lidskou bytost, která je v něčem stejná jako on sám. Přes určitou míru pochopení a empatie se oběť symbolicky stále drží seznamu křivd, čímž dává najevo, že empatie sama o sobě neumenšuje objem spáchané viny.

Používané techniky v této části mohou zahrnovat psaní dopisu viníkovi (které oběť nikdy neodešle) nebo pokusu o empatické vytvoření osobního profilu viníka. V případě obětí trestných činů může být vhodné osobní setkání oběti s jiným viníkem, který udělal podobný přestupek na jiné oběti. Připadá v úvahu také setkání se samotným pachatelem. Touto oblastí se prakticky zabývá Restorativní justice v rámci procesu mediace (Karabec, 2003).

Změna pohledu na sebe sama

Motivací klienta pro odpuštění může být více. Pro některé je to způsob, jak se zbavit obtěžující minulosti, jiní to vnímají více altruisticky, jako dar milosti vůči viníkovi. Před samotným odpuštěním dochází ke změně pohledu oběti na sebe sama. V návaznosti na empatické napojení na viníka si i ona uvědomí, že potřebuje od druhých lidí odpuštění a má prostor se vypořádat s vlastní vinou. Z pohledu křesťanství je základní motivační silou k odpuštění vědomí toho, kolik mě samotnému bylo odpuštěno Bohem i druhými lidmi. Z této vděčnosti se člověk rozhoduje odpustit druhému (Bash, 2015).

Rozhodnutí odpustit

V závěrečné fázi procesu odpuštění různí terapeuti vedou klienty k tomu, aby své odpuštění fyzicky vyjádřili pomocí symbolického úkonu. Mark Rye (2005), který píše o odpuštění jako o duchovním úkolu, dává například klientům kámen, jenž symbolizuje tíhu křivdy, kterou prožil. Kámen má nosit po nějakou dobu neustále u sebe, aby si fyzicky uvědomil psychickou tíhu způsobenou křivdou. Po nějaké době, ve chvíli, kdy se cítí připraven, má se kamene symbolickou cestou zbavit. Worthington (2013) zase navrhuje použít techniku prázdné židle, na které si klient představí viníka a má s ním za úkol vést pomyslný dialog. Edwin Harris (2007) dokonce pracuje s variantou, kdy při vhodných podmínkách v závěrečném setkání dojde ke společnému rozhovoru viníka a oběti. V návaznosti na úvodní techniku soupisu „seznam ztrát“ je možné terapii uzavřít technikou „seznam zisků“. Klient tak může uzavírat celý příběh bolesti a zranění s vědomím toho, že zároveň něco získal. Možná ho vše vedlo blíže k druhým lidem, možná si uvědomil i vlastní podíl viny, možná získal nový nástroj, jak řešit zranění, která



v budoucnu přijdou. Prof. Jaro Křivohlavý (2004) považuje odpuštění za meditativní krok, kdy si klient představuje viníka, jak stojí před ním, a říká mu, že mu odpouští. Ze zkušenosti

dodává, že klient bude muset toto prohlášení učinit několikrát za sebou, možná i v průběhu několika dní, aby opravdu pochopil jeho hloubku a aby se dostavil moment uvolnění a uzavření.

ZÁVĚR

Rizika a kontroverze

Koncept odpuštění může být terapeuticky uchopen špatně a vést k sekundárnímu poškození oběti. Tohoto jevu si, především u křesťansky orientovaných poradců, všimá Maria Mayo (2015). Vychází ze své vlastní zkušenosti i z výzkumu zaměřeného na domácí násilí a na příslušnou pastorační intervenci církve. Popisuje, že ženy, které se se svou zkušeností s domácím násilím svěřily svému duchovnímu nebo křesťanskému poradci, byly vedeny k odpuštění, k tomu, aby zapoměly a dále poslušně milovaly své muže. Poradci argumentovali vybranými biblickými pasážemi, vyvolávali v obětech pocity viny a vedli je k odpuštění v jeho nepravdivé, patologické formě. Ženy nebyly psychicky ošetřeny a byly vráceny do prostředí strachu a násilí. Kniha Marii Mayo působí jako určitý protihlas k jinak veskrze pozitivně laděné diskusi o odpuštění.

Mezi odborníky se vede diskuse o tom, jak chápat koncept sobě-odpuštění. Podle Enrighta (1996) se na odpuštění sobě vztahují podobná pravidla jako na odpuštění druhému. Zatímco Griswold (2007) a Murphy (2003) tvrdí, že koncept sobě-odpuštění je ze své podstaty bezesmyslný, a navrhují používat pojem sebe-přijetí. Brennan (2000) se pojmu sobě-odpuštění také vyhýbá a z křesťanské perspektivy dodává, že koncept sobě-odpuštění je vlastně totožný se schopností člověka přijmout Boží odpuštění.

Je možné vyzorovat rozdíl v důrazu na primární motivaci klienta k odpuštění. Více křesťansky orientovaní autoři, vycházející z teologické perspektivy, zdůrazňují, že hlavní motivací pro odpuštění by měla být láska vůči viníkovi (Jones, 1995), zatímco autoři uvažující v psychologickém paradigmatu vidí základní motivaci oběti v jejím psychickém pohodlí a zdraví, kterému brání pocit křivdy a negativní emoce.

Dalším kritikem rozmáhajícího se trendu terapie odpuštěním je profesor práva a filozofie Jeffrie G. Murphy (2003). Podle něj musí být terapeuti velmi opatrní při vedení klientů k bezpodmínečnému emocionálnímu odpuštění, které by bylo nezávislé na omluvě a lítosti viníka. Případy takového radikálního odpuštění jsou podle něj tak málo časté, že se z nich nedá odvozovat obecná praxe.

Výzvy

Enright a Fitzgibbons (2000) zastávají názor, že práce s odpuštěním je jedním z chybějících dílů psychoterapie, díky čemuž se mnoho klientů nemůže posunout v životě dál. Je to další z nástrojů, který by terapeut mohl mít ve své zásobě a v pravou chvíli jej použít. Práce s odpuštěním může být dílčí součástí terapeutického procesu. Ve chvíli, kdy terapeut zjistí, že jedním ze zdrojů klientových současných problémů (hořkosti, hněvu, deprese, sociální izolace, snížené životní energie) by mohlo být neodpuštění, je možné vnést do setkání odpuštění jako téma, popřípadě



z něj učinit po nějakou dobu v rámci procesu hlavní náplň práce. Odpuštění samo o sobě je projevem lásky a milosti vůči druhému člověku. Přestože jde o téma vycházející z křesťanské tradice, je

v současnosti zpracováváno v rámci pozitivní psychologie a respektováno zahraničními odborníky jako něco, co má potenciál vnést do života klientů i jejich terapeutů pokoj.

LITERATURA

1. Bash, A. (2015). *Forgiveness – A Theology*. Eugene: Cascade Books.
2. Brennan, P. (2000). *The Way of Foriveness*. Ann Arbor: Servant Publications.
3. Denton, R., & Martin, M. (1998). Defining Forgiveness: an Empirical Exploration of Process and Role. *The American Journal of Family therapy*, 281-292.
4. Enright, R. D. (2016). *Rozhodni sa odpustiť*. Raabe.
5. Enright, R. D., & and the Human Development Study Group. (1996). Counseling Within the Forgiveness Triad: On Forgiving, Receiving Forgiveness, and Self-Forgiveness. *Counseling and Values*, 40, 107-126.
6. Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington DC: American Psychological Association.
7. Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2015). *Forgiveness Therapy: An Empirical Guide for Resolving Anger and Restoring Hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
8. Greenberg, L., Warwar, S., & Wanda, M. (2010). Emotion-Focused Couples Therapy and The Facilitation of Forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28 - 41.
9. Griswold, C. L. (2007). *Forgiveness – A Philosphical Exploration*. New York: Cambridge University Press.
10. Harris, E. S. (2007). Working with Forgiveness in Gestalt Therapy. *Gestalt Review*, 108-119.
11. Jones, G. L. (1995). *Embodying Forgiveness*. Grand Rapids, Michigan: William B. Eermans Publishing Company.
12. Joyce, P., & Sills, C. (2009). *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. SAGE Publications Ltd.
13. Kalayjian, A., & Paloutzian, R. F. (2009). *Forgiveness and Reconciliation - Psychological Pathways to Conflict Transformation and Peace Bulding*. London: Springer.
14. Karabec, Z. (2003). Koncept restorativní Justice. *Restorativní Justice* (stránky 5-20). Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
15. Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
16. Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
17. Křivohlavý, J., & Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
18. Lachmanová, K. (2001). *Vězení s klíčem uvnitř*. Karmelitánské nakladatelství.
19. Lazare, A. (2004). *On Apology*. New York: Oxford University Press, Inc.



20. Lewis, J. L. (2005). Forgiveness and Psychotherapy: The Prepersonal, The Personal, and The Transpersonal. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 124 - 142.
21. Libby, B. (1992). *The Forgiveness Book*. Boston: Cowley Publications.
22. Malcolm, W. M., & Greenberg, L. S. (2000). Forgiveness as a Process of Change in Individual Psychotherapy. V M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen, *Forgiveness - Theory, Research, and Practice* (stránky 179 - 202). New York: Guilford Press.
23. Mann, D. (2010). *Gestalt Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Taylor & Francis.
24. Mayo, M. (2015). *The Limits of Forgiveness*. Minneapolis: Fortres Press.
25. McCullough, M. E., Pargament, K. I., & Thoresen, C. E. (2000). *Forgiveness - Theory, Research, and Practice*. New York: The Guilford press.
26. Murphy, J. G. (2003). *Getting even - Forgiveness and Its Limits*. New York: Oxford University Press.
27. Musekura, C. (2010). *An Assessment of Contemporary Models of Forgiveness*. New York: Peter Lang.
28. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi*. Praha: Grada.
29. Riek, B., & Mania, E. (2012). The antecedents and consequences of interpersonal forgiveness: A Meta-analytic review. *Personal Relationships*, 19, 304-325.
30. Rye, M. S. (September 2005). The Religious Path toward Forgiveness. *Mental Health, Religion and Culture*, 8(3), 2005-2015.
31. Schultz, T., & Estrabrook, H. (2012). *Beyond Desolate: Hope Versus Hate in the Rubble of Sexual Abuse*. BMH Books.
32. Smedes, L. B. (2004). *Odpust' a zapomeň*. Praha: Návrat domů.
33. Worthington, E. L. (2006). *Forgiveness and Reconciliation - Theory and Application*. New York: Routledge.
34. Worthington, E. L. (2013). Helping People REACH Forgiveness of Others. *Bibliotheca Sacra*, 170, 273-285.

AUTOR

PhDr. Dalimil Staněk, DiS., pracuje jako kazatel a správce sboru Církve bratrské v Olomouci, dále jako psycholog v křesťanské psychologické poradně ENGANIM (pobočka Diakonie Církve bratrské) a učitel na VOŠsT Dorkas a na ETS. Vystudoval Evangelikální Teologický seminář (ETS) v Praze a jednooborovou psychologii na FF UPOL. Jeho záměrem je odborně pracovat na integraci teologie a psychologie za účelem holistické práce s klienty. Zabýval se tématy proměny a vývoje spirituality od dětství do dospělosti a genderovými aspekty duchovních krizí mladých dospělých. V současné době se připravuje na doktorské studium se zaměřením na téma odpuštění a jeho využitím v rámci psychoterapeutického a poradenského procesu.

dalimil.stanek@cb.cz

Do redakce přišlo: 18.3.2017

Po recenzích a úpravě zařazeno k tisku 15.11.2017

Konflikt zájmů není znám.



FILOSOFIE, ETIKA



MAUER MILOŠ: PATERNALISMUS A PARTNERSTVÍ V MEDICÍNĚ ¹

SOUHRN: MAUER MILOŠ: PATERNALISMUS A PARTNERSTVÍ V MEDICÍNĚ. Psychsom 2017; 15(4), s.293-210

Autor se snaží v tomto článku zpochybnit a také prohloubit naše porozumění fenoménu, který se dnes nejčastěji označuje jako přechod od paternalismu k partnerství. Oproti časté simplifikaci tohoto fenoménu zdůrazňuje jeho komplexitu a varuje před prostým přechodem z jednoho extrému – tvrdého paternalismu, to extrému opačného – bezhraniční autonomie. Takový přechod by byl jen iluzí změny, protože jak nás učí hlubinná psychologie, protiklady se navzájem přitahují, extrémy často vyvolávají odezvu ve formě opačného extrému. Jde mu o větší diferenciaci, upozornit na to, kde může být přechod z paternalismu k partnerství prospěšný a kde by bylo naopak vhodné zachovat, kultivovat nebo v některých případech rehabilitovat některé pozitivní

¹ V tomto článku vycházím z mé původní práce, což je kapitola „Princip autonomie“ v knize: Vácha, M., Königová, R., Mauer, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. Překlady citací z angličtiny jsou moje vlastní.



kvality paternalistického přístupu. K nim patří např. schopnosti dávat limity, vedení a direktivita, podpora a další.

SUMMARY: MAUER M.: PATERNALISM AND PARTNERSHIP IN MEDICINE. PSYCHOSOM 2017; 15(4), PP. 293- 210

In this paper, the author try to question and deepen our understanding of a phenomenon, that is most often conceived today as a shift from paternalism to partnership. In contrast to its frequent simplification, he emphasise the complexity of the phenomenon, warn against a simple transition from one extreme – hard paternalism – to another, boundless autonomy. Such a shift would provide a merely illusory change, as depth psychology teaches us, opposites attract, and hence extreme forms often elicit their counterparts as responses. He aim for for a greater differentiation, highlighting where the shift from paternalism to partnership may be beneficial, and where, by contrast, it would be good to preserve, cultivate or, as the case may be, rehabilitate certain positive qualities of the paternalistic approach. These involve such abilities as setting of limits, leadership and direction, support and others.

I. ÚVOD

V současné lékařské etice je jedním z klíčových problémů autonomie pacienta, která byla podle Beauchampa a Childresse zařazena mezi čtyři nejdůležitější etické principy. Tyto principy jsou dále beneficence (dobřečinění), nonmaleficence (neškození) a spravedlnost. Pojem autonomie pochází ze starořečtiny („autos“ – já, „nomos“ - vláda) a původně označoval sebevládu a nezávislost jednotlivých městských států. Mezi hlavní aspekty autonomie podle nich patří *svoboda, tj. nezávislost na okolních vlivech a kontrole a kapacita pro volní akci v souladu se zvoleným plánem.*¹

Tato teorie je dodnes velmi vlivná a jedním z důvodů je také fakt, že velmi dobře podchytila fenomén

nárůstu autonomie (ve smyslu jak kapacity pro tuto autonomii, tak také vůli ji prosazovat), který se projevuje u mnoha pacientů a je také dobře patrný v kontextu celé společnosti. Souvisí s mnoha faktory, mj. s větším individualismem², vzděláním a větším sebevědomím lidí, tak také s narůstající komplexností medicíny, což přináší mnoho možností v léčbě, a tím také více etických dilemat. To pak často přímo vyžaduje větší zapojení pacienta do léčby. Více odborníků a technik také přináší větší anonymitu nebo neosobnost ve vztazích k pacientům, kteří se tak kvůli narušené důvěře a z toho vyplývajícího strachu o ztrátu kontroly nad děním chrání prosazováním větší autonomie.

¹ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 2009, str. 99. První vydání knihy je z roku 1977.

² Více na toto téma lze najít v pracích G. Lipovetského - *Paradoxní štěstí*. Praha: Prostor, 2007 a *Soumrak povinnosti*. Praha: Prostor, 1999.



Součástí této teorie je však také určitá nejistota, ne vždy je snadné zjistit, podle kterého principu bych se měl v dané situaci řídit, a v mnoha situacích jsou tyto principy dokonce v přímém konfliktu. Tento článek pojednává o konfliktu mezi beneficencí a autonomií, který bývá v kontextu povahy vztahů mezi zdravotníky a pacienty popisován také jako problém paternalismu a partnerství v medicíně.

Dosavadní medicína bývá často označována kriticky jako paternalistická a mluví se o potřebě změnit vztah k pacientovi, jako nejčastější alternativa se uvádí tzv. partnerský vztah. Domnívám se, že tato proměna

je v zásadě prospěšná a nevyhnutelná, navíc jakýmsi dějinným, autonomním pohybem, který vlastně ani nelze zastavit. V tomto článku bych však chtěl tuto představu také do určité míry zproblematizovat a prohloubit. Domnívám se, že určité nebezpečí této představy tkví v tom, že se z ní snadno stává povrchní líbivé klišé, které ztrácí obsah a kontakt s medicínskou každodenní realitou (podobný osud často provází výraz „humanita“ apod.). Hrozí také nebezpečí, že se s vaničkou vylévá i dítě – tzv. paternalismus je totiž souborem více typů chování, z nichž by mohlo být škodlivé některé opouštět.

II. PATERNALISMUS A PARTNERSTVÍ, DEFINICE

Beauchamp a Childress uvádí definici paternalismu podle Oxfordského slovníku angličtiny: *Princip a praxe otcovské správy, vedené jakoby otcem, nárok nebo pokus uspokojovat potřeby nebo regulovat život národa nebo komunity podobným způsobem, jako to dělá otec svým dětem.*¹ Právě vztah k pacientovi jako k dítěti představuje největší problém paternalistické medicíny, vytváří obraz závislého, pasivního a nevědoucího subjektu, což jsou často kvality, které bývají čím dál více asociované

s pojmem „pacient“ (oproti pojmu „klient“) a vedou k jeho čím dál častějšímu odmítání. Vlastní definice Beauchampa a Childresse zní takto: *Vědomé převážení (přehlížení) preferencí nebo jednání nějaké osoby jinou osobou, kde osoba, která takto přehlíží, ospravedlňuje své jednání odvoláním se na cíl dobřechinění, popř. prevence nebo zmírnění škody osobě, jejíž preference nebo jednání jsou přehlíženy*². V ní zdůrazňují konflikt mezi beneficencí a autonomií. V dalším textu budu pracovat

¹ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 2009, str. 208

² Beauchamp a Childress, tamtéž



s tímto pojmem v tomto druhém, neutrálním smyslu³.

Tito autoři dále rozlišují „tvrdý paternalismus“, který jde proti autonomii pacienta informovaného a s normální vůlí (např. akutní záchrana života, odmítnutí léčby, která odporuje svědomí lékaře a další). Oproti tomu „měkký paternalismus“ znamená určité ovlivňování, přesvědčování, často u těch pacientů, jejichž kapacita a volní kontrola je omezena (vyčerpanost, deprese, drogová závislost a další). Lze říci, že jeho problematičnost je v tom, že je založený na přesvědčování více než na nařizování, což může vypadat jako partnerský dialog, ve skutečnosti však o rovnocenný dialog nejde. Sami autoři zde upozorňují, že přechod mezi měkkým a tvrdým paternalismem je někdy velmi rychlý a také měkký paternalismus se může uchylovat k manipulativnímu nátlaku. Např. kampaně proti kuřákům jsou často zaměřeny na jejich stigmatizaci, což považují za neetické (v USA se tyto skupiny podle nich navíc často do určité míry kryjí s určitými skupinami obyvatel s nižším sociálním statutem).⁴ Domnívám se, že v dnešní době je hlavní důraz na

opuštění paternalismu v jeho tvrdé formě, avšak zapomíná se na to, že měkký paternalismus je v některých případech spíše odlišný ve své formě než v tom, že by byl méně tvrdý, v tom smyslu je tento název lehce zavádějící. Analogicky lze vnímat problematiku trestání dětí, kdy se tradičně klade větší důraz na odmítání fyzického trestání a zapomíná se, že psychické trestání je často neméně poškozující.

Ze zkušenosti mnoha pacientů vyplývá, že paternalistický přístup může obsahovat i takovou formu chování, jako je nátlak, nepřátelské chování, agrese, souzení, manipulace, klamání, zadržování informací, deprivace. V určitém smyslu paternalismus skutečně vždy souvisí s nějakou formou nátlaku (protože jde proti autonomii) a lze si představit velmi výjimečné situace, kdy lze uplatnit i zadržení informace⁵, jinak jde ale o rysy, které jsou neadekvátní, nebo dokonce přímo patologické⁶. Paternalismus je k nim náchylný ve své negativní podobě, nemyslím si však, že jsou pro něj podstatné, u mnoha zdravotníků se může naopak spojit s velmi laskavým přístupem.

³ Výraz „paternalismus“ používám proto, že je široce používaný, jeho nevýhodou však je, že přímo poukazuje na svůj nejproblematictější rys – vztah otec (pater) a dítě, čím se sám poněkud devaluje. Dále však chci poukázat i na některé pozitivní rysy, které jsou s ním spojené.

⁴ Beauchamp a Childress, tamtéž

⁵ Je stále možné použít tzv. *therapeutic privilege* – zadržení informace, tato možnost je uvedena v Úmluvě o biomedicíně (odkaz viz níže) a také např. v Zákonu o zdravotních službách,

372/2011 Sb., není však jasněji vysvětleno, kdy je možné ji použít. Jde o možnost, která je velmi silně zneužitelná a lze si ji představit snad pouze v případech, kdy je např. pacient po poskytnutí informace bezprostředně ohrožen sebevraždou.

⁶ U agrese je to složitější, např. kurtování pacienta, který je nebezpečný sobě nebo okolí, může pacient vnímat jako agresi, ze strany zdravotníka však není úkon agresivní co do záměru (záměr je pacientovi pomoci), ale pouze co do způsobu jednání.



Domnívám se, že podstatou paternalismu je: a) *direktivita* – vedení, řízení, větší aktivita a zodpovědnost je na straně zdravotníka, a b) *heteronomie* – kritéria toho, jestli je pacient nemocný, jestli a jak se bude nemoc léčit, jsou určována zvnějšku – vědou a danými odborníky. Zdravotník vychází z toho, že ví, co je pro pacienta dobré, a to často i lépe než pacient sám. Pojem heteronomie jsem převzal z práce K. Ludewiga⁷, který jako její opak uvádí vztah založený na autonomii: výchozím bodem a kritériem jsou zde vlastní představy pacienta o tom, co je nemoc a jak (pokud vůbec) se má léčit. Oba tyto aspekty – direktivita a heteronomie, znamenají, že vztah zdravotník – pacient je silně nerovnovážený, větší moc je na straně zdravotníka.

Příklad klasického tvrdého paternalismu z roku 1847 (Americká lékařská asociace, AMA): *The obedience of a patient to the prescriptions of his physician should be prompt and implicit. He should never permit his own crude opinions as to their fitness, to influence his attention to them.*⁸ Volný překlad autora: „Poslušnost pacienta vůči nařízením lékaře by měla být okamžitá a bezvýhradná. Neměl by nikdy dovolit svým nepřesným (povrchním) míněním, aby ovlivnila jeho pozornost, co se týká jejich vhodnosti.“ Je patrné, že

⁷ Ludewig, K. *Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata, 1994

takový přístup je dnes již neobhájitelný.

Jako alternativa se nabízí vztah „partnerský“. V takovém přístupu je zdůrazněna spolupráce, hledání konsensu, a tedy větší aktivita pacienta, respekt k jeho autonomii. Má obecnou, širší rovinu – důraz na přístup k pacientovi jako k lidské bytosti s inherentní důstojností, a dále užší rovinu - pacient je co nejvíce informovaný a v léčbě jde co nejvíce o jeho vlastní volbu (co se léčí, jak se to léčí, kým, kde, v jakých podmínkách...). Může být pojímán tak, že lékař a pacient jsou si zcela rovní ve všech ohledech. Z toho např. vychází

⁸ Ke stažení:

https://is.muni.cz/el/1411/jaro2010/VSET021/um/Code_of_Medical_Ethics_AMA_1847.pdf



Úmluva o biomedicíně⁹. Etický kodex ČLK podobně uvádí: *Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat jej jako rovnocenného partnera.*¹⁰ Oproti paternalistickému vztahu by zde tedy měla být mocenská rovnováha. Problémem tohoto pojetí

je fakt, že vypadá na první pohled jednoduše, což vede k tendenci již dále apel na „partnerství“ a „rovnost“ nevysvětlovat, nekonkretizovat. V mnoha situacích přitom může být velmi nejasné, jak rovnost chápat a jak ji v daném vztahu realizovat.

III. PROBLÉMY A PROHLoubENÍ

1. *Pomáhání je mocenským vztahem.* To je tvrzení, jež sdílím s některými odborníky¹, kteří se zabývají tzv. „pomáhajícími profesemi“ a všímají si faktorů, často skrytých, které vytvářejí v takových vztazích určitou nerovnováhu přesto, že v nich v některých ohledech rovnost platí a že o tuto rovnost usilujeme. Tato nerovnováha je daná samotným faktem pomáhání, který znamená, že já jako pomáhající mám v určitém ohledu větší moc – více znalostí, schopností, více síly, druhý člověk je v nouzi, což obvykle již samo o sobě znamená oslabení jeho autonomie.²

Podobně Haškovcová se z tohoto důvodu domnívá, že rovnost s pacientem platí na formální rovině, nikoliv na rovině věcné.³ Dále uvádí, že právě vědomí takové moci mohlo stát za potřebou vytváření deontologických etických kodexů medicíny, jako je např. Hippokratova přísaha. Domnívám se, že excesivní důraz na rovnost může vést k tomu, že se fakt určité mocenské nerovnováhy, která je pro pomáhání přirozená, nebude reflektovat, což může naopak vést k jejímu dalšímu prohlubování, které

⁹ [Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny \(Úmluva o lidských právech a biomedicíně\): <http://www.lkcr.cz/mezinarodni-smlouvy-a-umluvy-432.html>](http://www.lkcr.cz/mezinarodni-smlouvy-a-umluvy-432.html)

¹⁰ Etický kodex české lékařské komory, Stavovský dokument ČLK 10, 1996. [http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do\[load\]=1&filterCategory.id=9](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do[load]=1&filterCategory.id=9)

¹ Např. Schmidbauer, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008, nebo Guggenbühl-Craig, A.

Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. Praha: Portál 2007

² Podle Křížové může být každá nemoc chápána jako „projev tělesné krize, proces změny, provázený v mnoha případech ztrátou autonomie, proto léčba, směřující k uzdravení, zahrnuje obnovení této autonomie a lékař je prostředníkem tohoto důležitého návratu „do života“. Křížová, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, str. 89.

³ Haškovcová, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha, Galén, 2007. Podobně také Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005



však může být skryté pro obě strany daného vztahu.

2. *Přehnaný důraz na autonomii tam, kde o ni pacient nestojí nebo jí není schopen, může být jen pokračováním paternalistického přístupu, ale v jiném hávu.* Někteří pacienti větší autonomie a) nejsou schopni (třeba v případech, kdy jsou přetíženi informacemi, kterým nerozumějí⁴, jsou příliš oslabeni apod.), b) k ní nejsou ochotni – v takovém případě je nutné rozlišovat, kdy je na místě autonomii posilovat a zamezit přílišné pasivitě a kdy jde naopak o určitý adaptivní zvládací mechanismus stresu (coping mechanismus), který bývá spojen s důvěrou v daného lékaře a s dobrou spoluprací (kompliance).

V mnoha případech dochází k tomu, že potřeba podpory může být větší než potřeba autonomie, někdy je to i potřeba určité závislosti⁵, která však také může být adaptivní a přechodná. Pokud je dobře uchopena, vede k obnovení a posílení autonomie, není tedy pouze jejím negativním protikladem (někdy může být proto výhodnější chápat autonomii jako

proces, a ne pouze jako hotový stav). „Lidé chtějí více pomoci od svých potíží než svou autonomii“, všimá si psycholožka Vyskočilová.⁶

3. *Problém pseudoautonomie.* Autonomie je stav, který má určité přirozené limity. Z tohoto důvodu Beauchamp a Childress tvrdí, že plná autonomie nikdy možná není, ale je možná autonomie *substanciální* – hranice pacientovy autonomie jsou dány mj. tím, kdy by již svým chováním narušoval autonomii někoho jiného, nebo sám sebe poškozoval.⁷ Autonomie je však zároveň i procesem, který nějak souvisí se zralostí osobnosti. Nezralá autonomie nebo pseudoautonomie je pak charakteristická právě neodostačným vnímáním těchto limitů a vede k neadekvátním nárokům a pseudokompetenci (tzv. expertní pacienti apod.). To je situace, kdy pak lehce dojde k vychýlení mocenské rovnováhy, tentokrát více na stranu pacientů. *Společnost osvobozená o nadvládu bohů a povyšující autonomii jedince na kardinální*

⁴ Je kladen důraz na možnost osobní volby, přičemž podle Lipovetského je tato kvalita individualismu sporná a pro mnoho dnešních lidí může být těžce stresující – posílení plurality možností znamená neustálý tlak na sebe-rozvoj, analýzu velkého množství informací (z nichž velkou část tvoří balast), neustálou volbu, a to bez opory tradice, která dříve jedincům rozhodování výrazně usnadňovala, a také bez opory sociálního okolí, imperativ „rozhodni se, jak chceš“ může někdy znamenat spíše pocit izolace a úzkosti než radost ze svobodného rozhodování. Lipovetsky, G. *Paradoxní štěstí*. Praha: Prostor, 2007 a *Soumrak povinnosti*. Praha: Prostor, 1999.

⁵ To zmiňuje např. etický kodex EFPA (Evropská federace psychologických asociací): Lindsay, G., Koene, C., Ovreide, H., Lang, F. *Etika pro evropské psychology*. Praha: Triton, 2010.

⁶ Vyskočilová, J. *Etika a psychoterapie*. Psychiatr. praxe 2013; 14(4), str. 174–178. Více také Mauer, M. *Autonomie pacienta v psychoterapii z pohledu etiky*. Psychoterapie, roč. 6, 2012, č. 2, str. 82-91.

⁷ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 2009, str. 99.



princip... píše výstižně Lipovetsky.⁸ To je patrné ve fenoménu posilování práv pacientů, který je v zásadě jistě správný, avšak nebývá doprovázen dostatečným tlakem na vyjasnění povinností pacientů a také práv zdravotníků (podle mé zkušenosti podobná situace nastala již o něco dříve ve školství). Kdy bude konečně vybudován pandán k Soše svobody na východním pobřeží: na západním pobřeží socha odpovědnosti? píše V. E. Frankl.⁹ Určitým paradoxem je, že abychom se cítili zdraví, máme často potřebu autonomie a zároveň potřebu dobrých limitů.¹⁰ To popisuje velmi výstižně A. Pesso ve své teorii pěti základních lidských potřeb. Mezi ně uvádí i *potřebu limitu* – tj. zkušenost s tím, že jak síly okolního světa, tak zejména naše vlastní síly mají své limity (ty se v dětství projevují jako agresivita, vlastnění, láska, sexualita a další). Pokud jsou tyto limity v dětství dobře nastaveny, vede to k integraci těchto sil a ke

zralosti. Pokud jsou limity příliš úzké, vede to k omezení a potlačování, pokud jsou příliš široké (častěji v dnešní době díky důrazu na liberální výchovu), vede to u jedince v dospělosti k destruktivitě, překračování norem, nerozeznávání hranic mezi realitou a fantazií, kořistění ve jménu vlastních zájmů.¹¹ Právě toto je obraz, který se někdy pod rouškou autonomie vyskytuje, ve skutečnosti však jde o pseudoautonomii. Pokud mluvíme o limitech, pohybuje se již více směrem k paternalistickému modu.

4. Důraz na partnerský vztah může maskovat nezáměr o pacienta a malou podporu. Významná je v tomto ohledu publikace Sunsteina a Thaler – Nudge, což lze přeložit jako *šťouchnutí* nebo *postrčení*. Tito autoři (ekonom a právník) si všimají, že lidé se ve velmi komplexních situacích (např. volba důchodového pojištění v USA, volba léčby) často rozhodují špatně, pokud jsou v rozhodování ponecháni bez podpory.¹² Podle nich

⁸ Lipovetsky, G. *Soumrak povinnosti*. Praha: Prostor, 1999, str. 112

⁹ Frankl, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996, str. 79

¹⁰ Ne každý si je této potřeby vědom, často ji teprve objevuje díky životním zkušenostem, někdy dochází k takovému poznání např. v psychoterapeutické léčbě. Např. se může stát, že někdo nám nastaví limity, které se nám nelíbí, a teprve později zjistíme, že nám to prospělo a že bychom si je v dané situaci sami nezvládli adekvátně nastavit.

¹¹ Významná psychologická teorii lidských potřeb, kterou vytvořil v USA psychoterapeut Albert Pesso v rámci svého originálního psychoterapeutického přístupu Pesso-Boyden Psychomotor, který se poměrně úspěšně etabloval také v Česku. Pesso uvádí teorii pěti základních

vývojových potřeb člověka, které se manifestují již od narození a jejich nenaplnění v raném věku může vést k poruchám v dospívání a dospělosti (další jsou potřeby místa, sycení, ochrany a podpory). Pesso, A., Boyden-Pesso, D., Vrtbovská, P. *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor*. Praha: SCAN, 2009.

¹² Thaler, R. H., Sunstein, C. R. *Nudge (šťouch). Jak postrčit lidi k lepšímu rozhodování o zdraví, majetku a štěstí*. Kniha Zlín, 2010. Domnívají se, že dnešní společenské vědy nesprávně předpokládají, že lidé se chovají obvykle racionálně a v souladu se svými plány a možnostmi. Model takového člověka nazývají „ekon“ a domnívají se, že takové lidé ve skutečnosti neexistují. Předpokládají, že lidé činí špatná rozhodnutí z mnoha důvodů, které vysvětlují v pojmech psychologie rozhodování. Hrají tu roli takové principy, jako touha po statu quo, posuzování míry rizika podle toho, jak rychle se nám vybaví různé dostupné příklady, averze ke



je důraz na autonomii a možnost volby v zásadě správný, avšak bez určité pomoci nereálný: *Lidé potřebují postrčit v rozhodnutích, která jsou složitá a nepříliš častá, u kterých nemají rychlou zpětnou vazbu a kde mají potíže převést všechny stránky dané situace do jazyka, kterému lehce porozumí.*¹³ Nejde o to, rozhodovat za druhého člověka, ale pomoci mu k dobrému rozhodnutí. Postrčení má být jednoduché a má být snadné se mu vyhnout. Je tu dále princip publicity a průhlednosti (pokud takto postupuje nějaká organizace, má své úmysly zveřejnit a vysvětlit). Svůj přístup nazývají libertariánský paternalismus, což je vlastně protimluv, poukazuje však na důležitý fakt nutnosti určitého propojení kvalit partnerského a paternalistického přístupu.

5. *Paternalismus a maternalismus.* V dnešní době je patrný silný odklon od paternalismu, který bychom mohli chápat jako klasický „tvrdý paternalismus“. V dalším textu je tento přístup nazýván „paternalistický“. Menší pozornost však vyvolává fakt, že často dochází naopak k nárůstu „měkkého paternalismu“, což opět narušuje autonomii pacientů, ale skrytěji. V dalším textu je tento

ztrátě, která je často silnější než vztah k nově získané věci. Rozhodnutí jsou také často podmíněna situačně, pod vlivem různých dojmů a nálad.

¹³ tamtéž, str. 89

¹⁴ Původní práce: **Karpman, S.** Fairy tales and script drama analysis. Transactional analysis bulletin, 7 (26), 1968, str. 39-43.

přístup nazýván „maternalistický“. Domnívám se, že může být užitečné tyto dva pojmy odlišovat, oba představují způsob, který omezuje autonomii, oba jsou však zároveň poněkud odlišné.

Inspirací pro takové rozlišení je pro mě jednak vzdělání psychologa – pokud mluvíme o otci a dítěti, je na místě se ptát, zda je nějak přítomna i role matky. Rodina v tomto ohledu představuje určitý archetypální systém, jehož struktura se analogicky může projevovat v mnoha oblastech lidského života. Další inspirací je pak teorie S. Karpmana, která se často uvádí jako Karpmanův trojúhelník dramatu (dále KTD)¹⁴, anebo Trojúhelník vzájemné závislosti (Co-dependence triangle). Tato teorie se původně používala pro výzkum komunikace v různých sociálních systémech, zejména v rodinách, a používá se v psychoterapeutickém směru nazvaný Transakční analýza. Já tento model používám také pro oblast medicíny.

KTD popisuje tři role, které jsou na sobě závislé a spolu vytvářejí patologickou komunikaci, určitou komunikační past. Každý z nás se někdy v jedné z rolí může ocitnout. Pokud je však někdo s určitou rolí nebo rolmi

www.karpmandramatriangle.com Populární, ale velmi čtivý článek na toto téma z roku 2008: **Forrest, L.** *The Three faces of victim.* www.lynneforrest.com/html/the_faces_of_victim.html



identifikován a je na nich závislý, nastává problém. Taková závislost bývá nevědomě naučená některými životními zkušenostmi, avšak bývá zároveň posilována ostatními rolemi (tyto

tři role se často konstelují zároveň v různých sociálních systémech a navzájem se udržují). Nejde tedy jen o individuální problém, ale také o problém systému.



Základem teorie je role *oběti*. Představuje člověka, který má problém, něco nemůže, potřebuje pomoc. To je vlastně také situace každého, kdo je nemocný (ne-moc znamená nemít moc). Tato role je však zvláštní ještě něčím, a to závislostí určitého člověka na ní. Je přesvědčen, že řešení nezvládne, musí to udělat ostatní. Je pasivní. Dále má nevědomou tendenci v roli zůstat, protože tato role přináší i výhody – nemusí být aktivní ani odpovědný, svým voláním o pomoc si zajišťuje pozornost ostatních. Její součástí je tak skryté podryvání skutečné pomoci. Typický bývá pocit, že žádná pomoc není dost dobrá, což

je něco, co na ostatní často působí jako nevděčnost a jakási neuspokojitelnost. Role je podobná stavu dítěte¹.

Systémové rysy medicíny, které posilují pozici oběti, jsou např. sociální izolace při hospitalizaci, změněný životní rytmus, nucená pasivita a zabraňování rozvoje vlastních kompetencí, neznalost potřebných činností, závislost na jiných lidech, neporozumění svému zdravotnímu stavu, nedostatek informací a komunikace, depersonalizace a narušení identity (často také kvůli redukci pacienta na určitou diagnózu), ztráta důstojnosti a další.

¹ Stav oběti lze popsat také velmi dobře podle teorie „Naučené bezmocnosti“: Seligman, M. E. P. *On Depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman and company,

1975. V praxi jsem se setkal také s výrazem „profesionální oběť“.



Role *pronásledovatele* je role mocenská. Představuje takový přístup, který se může měnit od nátlaku, souzení, kritizování, deprivace, poučování až k přímé agresi. Je spojena s přesvědčením, že druhý je neschopný, nevědoucí, sám nic nezvládne a musí být donucen silou. Často může být maskována snahou pomoci z pozice heteronomie (já vím lépe, co je pro druhého dobré). Ve skutečnosti představuje závislost, vlastní pocit moci a sebevědomí je vytvářen na úkor druhých. Tato role posiluje závislost a pasivitu u druhého a je v určitém smyslu podobná negativní roli otce v rodině.²

Také role *zachránce* je role mocenská. S rolí pronásledovatele má i další podobné rysy, vychází z přesvědčení (které nemusí být vědomé), že druhý je neschopný, nevědoucí, sám nic nezvládne. Stejná je i pozice heteronomie – vím lépe než on, co potřebuje. Rozdíl je v prostředcích, tady je přístup založen na pomáhání, pečování. Tato role představuje však také závislost, a proto je pomáhání problematické, často nadměrné nebo takové, které ten druhý nechce nebo nepotřebuje. Závislost je dána opět mocí nad druhými, kterou tato pozice nabízí. Také posiluje závislost a pasivitu u druhých a je podobná určitému negativnímu obrazu matky v rodině. Problematickost tohoto postoje se o něco hůře vnímá, protože souvisí

² Přirovnání k dítěti, otci i matce jsou silně zjednodušená a představují také určitý stereotyp, který v současné době již nemusí vždy odpovídat tomu, jak se tyto role proměňují, pro účel této úvahy je však myslím toto přirovnání užitečné.

s péčí, Zachránce skutečně jakousi pomoc nabízí, a to působí obvykle dobře.

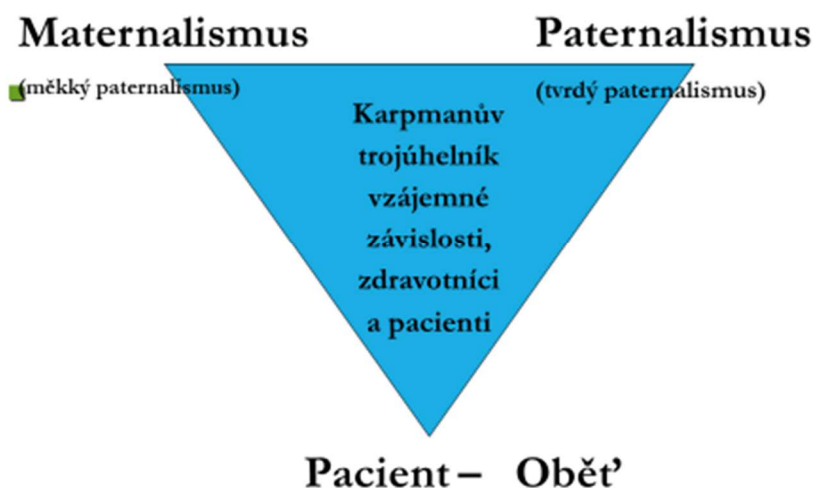
Domnívám se, že maternalistický postoj medicíny spíše nadále narůstá a není tak reflektovaný jako klasický tvrdý paternalismus. Do velké míry to souvisí s posilováním moci medicíny v současné společnosti. V důsledku toho pak péče, často vysoce sofistikovaná, nemusí odpovídat skutečným potřebám pacientů. Křížová to vyjadřuje takto: *V jistém slova smyslu bychom mohli medicínskou komunitu coby instituci pojímat jako autopoietický systém svého druhu, neboť jakmile je profese elitou vybrána, charakter profesních potřeb se nevztahuje nutně k představě a hodnotám průměrných občanů a může se jim postupně vzdalovat, sledujíc své vlastní zájmy a cíle*³. Taková péče pak také může být přehnaná, což souvisí s určitou bytostnou hyperaktivitou medicíny (ta má však i racionální základ, není čistě negativní, spíše dvojsečná) a také s fenoménem medicinalizace: Podle Křížové zasahuje medicinalizace života do problémů, „které jsou společenské podstaty a nejsou primárně patologií, jako například zrození, stárnutí, umírání poruchy chování atd.“, dále píše, že proces medicinalizace „přispěl k podstatnému prodloužení lidského života, zvládnutí infekčních chorob a odstra-

³ Křížová, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, str. 23



nění jisté míry utrpení, na straně druhé posiluje závislost, ztrátu autonomie, pasivitu, ohrožuje soukromí. Výrazně se podílí na prodražení péče a otvírá řadu etických otázek...⁴

Ve vztahu k výše řečenému není těžké si představit, že role Zachránce i Pronásledovatele představují komplementární formy paternalismu, v takovém případě by KTD vypadal následovně:⁵



Pokud bychom se pokusili pojmout tyto role pozitivně a zdravě, pak na místě oběti může být ten, kdo přijímá autonomním a odpovědným způsobem (do té míry, jaké je toho schopen) pomoc, na místě zachránce může být

ten, kdo pečuje takovým způsobem, který příjemce pomoci zároveň posiluje a zplnomocňuje, tak jak je to v dané situaci možné, na místě pronásledovatele může být ten, kdo vede, motivuje, inspiruje a zároveň

⁴ Křížová, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, str. 24. Podobně S. Komárek při kritice tzv. Medicínsko-průmyslového komplexu (MPK): „Přehnaná starostlivost vede k duševnímu a někdy i tělesnému mrzačení zdravých a jejich dalšímu poutání...“ Komárek, S. *Spasení těla*. Praha: Mladá Fronta, 2005, str. 119. Nebo slavná analýza I. Illicha, kterou vydal ve své knize *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health*. London, New York: Marion Boyars, 2002. Tyto analýzy však bohužel kladou příliš velký důraz na vinu medicíny, zdá se však, že jde o systémovou záležitost, podmíněnou kromě medicíny také chováním a očekáváním pacientů a veřejnosti.

⁵ Samozřejmě je třeba podotknout, že toto schéma je uvedeno z pohledu problematiky autonomie pacienta a paternalismu. Ve skutečnosti se jak pacienti, tak zdravotníci mohou objevit v každé ze zmíněných rolí, pokud bychom pacienta vnímali pouze jako oběť, tak bychom tuto roli u něj ve skutečnosti o to více posilovali. Navíc v praxi dochází k tomu, že lidé různé role střídají, např. člověk v pozici oběti začne druhé kritizovat za nedostatečnou pomoc, čímž se posune do role pronásledovatele apod. Tvrdý a měkký paternalismus zde chápou trochu odlišně než Beauchamp a Childress, rozdíl vidím spíše ve způsobu narušení autonomie než v přístupu k pacientovi s plnou nebo omezenou kapacitou k autonomii.

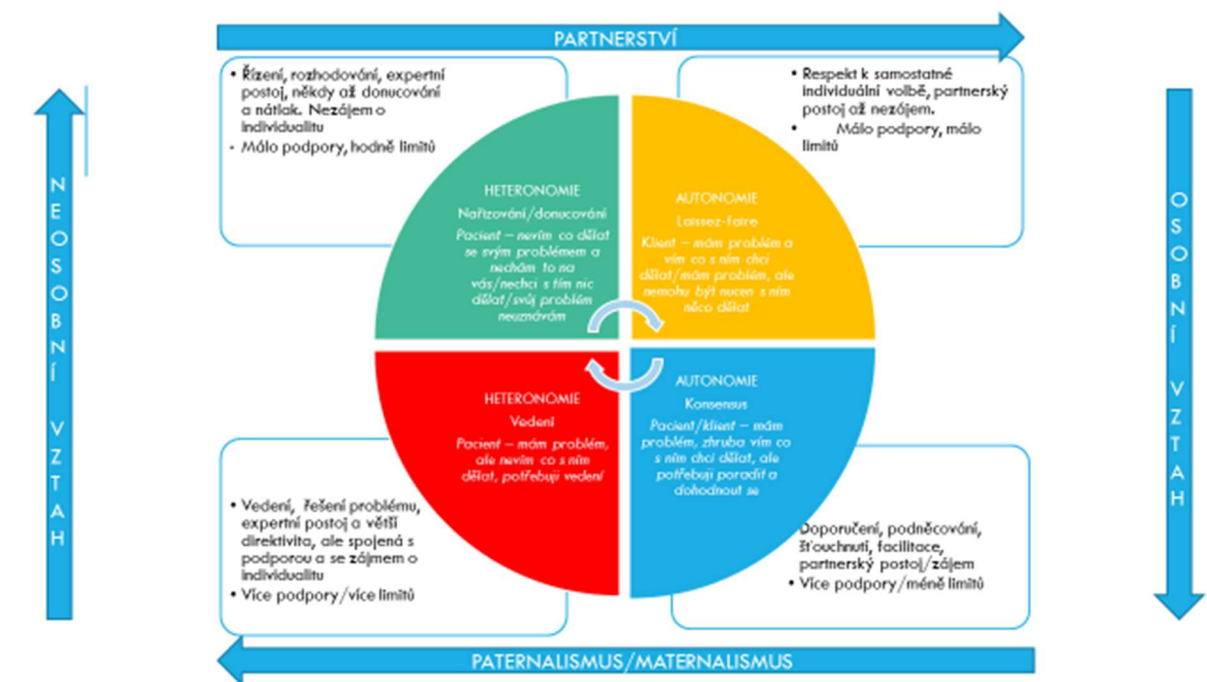


také posiluje a zplnomocňuje, pokud to jde.

IV. MODELOVÁNÍ VZTAHŮ ZDRAVOTNÍKŮ A PACIENTŮ

Na základě předchozích úvah jsem vytvořil následující schéma, které se snaží popsat komplexnost problematiky vztahů zdravotníků a pacientů. Model popisuje čtyři základní dimenze, ve kterých se vztahy odehrávají, a předpokládám, že všechny tyto dimenze jsou důležité a mají v medicíně své místo, i když nejsou stejně zastoupeny. Nejvíce interakcí se odehrává pravděpodobně

na spodní, osobní rovině. Při přednáškách na toto téma studenti navrhli, že by toto kolečko mohlo být připíchnuto k chorobopisu a natočeno na tu barvu, která se týká toho kterého pacienta. K tomu jsem pak ještě dodal, že by muselo být otáčecí, protože ani u jednoho pacienta nezůstane barva stejná a může se změnit někdy i vícekrát za den.



Dílní inspirace k tomuto modelu čerpám z úvah K. Ludewiga, jehož rozlišení *heteronomie* a *autonomie* jsem již uvedl výše a který také mluví o *limitech* a *podpoře*. Tento autor

zdůrazňuje vyváženost obou přístupů: Příklon k extrémní autonomii vede k *přiznání obecného laissez faire* (ponechání volného průběhu věcem) *malomocným spolutvůrcem, které-*



mu chybějí měřítko a který se ztotožňuje s každým individuem. Příklon k extrémní heteronomii vede k postoji autoritativního strážce, který obětjuje individualitu normě.¹

Laissez-faire (nechat věcem volný průběh) je termín pocházející z ekonomie, ale často se používá také jako označení volné, liberální výchovy v pedagogické psychologii. Ludewig jej používá v psychoterapeutickém kontextu. Je tu problém s odpovědností. Mohu např. tvrdit, že mám právo žít nezdravě (kouřit, přejídat se apod.), avšak mám nárok na plnou lékařskou péči ve chvíli, kdy kvůli tomu jednou skutečně onemocním? M. Vácha k tomu píše: *Dochází ke zvláštnímu paradoxu: na jedné straně se snažíme natáhnout prostor své svobody na maximum a vyhlašujeme pro sebe stále nová a nová práva, na druhé straně si v případě nezdaru zřídka kdy připouštíme vlastní chyby. Ze společnosti odpovědných a plnoprávných lidí jsme se stali společenstvím obětí.*² Může pak docházet k paradoxu – počáteční respekt ke svobodné volbě se může zvrátit v tvrdě paternalistický postoj (společnosti, medicíny), pokud důsledky takové volby narážejí na její limity.

Konsensus – může docházet k debatě, která je nekonečná nebo příliš detailní. Podobně jako u *laissez-faire* se z pacienta stává jakýsi pseudo-odborník, který může mít mylné názory např. na základě informací z internetu apod. Etický manuál WMA říká: *Mnoho jedinců dnes předpokládá, že jsou sami sobě hlavním poskytovatelem zdravotní péče a že role lékařů je jednat jako jejich konzultanti nebo instruktoři.*³ V takových případech jsou zdravotníci v nezáviděníhodné roli, která je pro mnohé z nich devalvující a která také způsobuje, že se ocitají v pasti - nemohou tolik rozhodovat o léčbě, avšak jejich konečná odpovědnost často z mnoha důvodů zůstává stejná jako dříve.⁴

U dimenze *vedení* používám metaforu průvodce výpravy – já si zhruba určím, kam chci jít, a také občas určuji některé dílčí kroky, avšak ten, kdo vede, rozhoduje konkrétní trasu, většinu aktivit a má také právo veta (do této oblasti nepůjdeme, není to tam bezpečné). Je to klasicky oceňovaná role lékaře, laskavého, ale s velkou autoritou. To se však dnes mění a v mnoha etických problémech nelze řešení nechat jen na lékaři (větší komplexita a možnosti medicíny, více etických dilemat).

¹ Ludewig, K. *Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata, 1994, str. 21

² Vácha, M. *Svoboda mezi behaviorismem a genetickým determinismem*. in Heřmanová, J., Vácha, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M., Slovák, J. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2012, str. 23

³ World medical association. *Medical ethics manual*. 2nd edition, 2009.

http://www.wma.net/en/70education/30print/10medical_ethics/

⁴ Filip, K., Vondráček, L. *Reforma zdravotnictví a vztahy mezi zdravotníky a pacienty*. Prakt. Lék., 88, č. 3, 2007, str. 127-129. Vondráček, J., Dvořáková, V. *Nová úskalí poskytování zdravotní péče*. Prakt. Lék., 88, č. 7, 2008, str. 427



Dimenze řízení při použití stejné metafory již znamená, že si neurčují ani konkrétní kroky, ani cíl směřování. Je to nejvíce kritizovaná role lékaře, spojená s tvrdým paternalismem. Přesto jsou však situace, kdy je zcela na místě, např. když pacient s takovým přístupem souhlasí a spolupracuje, a zejména pak v akutních situacích, kdy jde o záchranu života nebo kdy hrozí vážné poškození zdraví (samozřejmě jsou výjimky, kdy to nejde ani v takové situaci, např. pacient při vědomí léčbu odmítá, nebo pacient je v bezvědomí, ale má zdokumentované předem vyslovené přání DNR apod.). Podobně je to např. v situaci jednostranného rozhodnutí odmítnout léčbu, která je tzv. „marná“ (nebo futilní) nebo nemá žádný užitek (futile or nonbeneficial treatment - etický kód WMA), nebo zdravotník odmítá nároky pacienta, které jsou neadekvátní, jdou proti jeho svědomí atd.

Další pojmy jsou převzaté nebo inspirované prací Siminoffa a Fettinga: zdravotník se podle nich často objevuje v roli *facilitátora*, toho, kdo *doprovází*, někdy více jako *řešitel problému*, výjimečně pak i *tvůrce rozhodnutí*.⁵

V textu používám také výrazy klient a pacient, zde označují určitý typ mentality toho, kdo přijímá pomoc. *Klient* – výraz používaný mj. v pomáhajících profesích mimo zdravotnictví, evokuje autonomii, samostatnost, informovanost, důraz na rychlé řešení.⁶ *Pacient* – termín v dnešní době zatížený čím dál většími negativními konotacemi. Z lat. *patiens* – snášející, trpící, trpělivý, od *pati* – snášet, trpět. Svým původem je mu blízko slovo „pasivní“. Přesto však výrazy *trpět* i *pacient* odkazují také na pozitivnější kvality, jako je trpělivost, schopnost snášet utrpení (podobně angl. *patience* – trpělivost).⁷

V. PROBLEMATIKA PLACEBA ANEB LÉKAŘ JE CHODÍCÍ PLACEBO

Problematiku ústupu od paternalismu k partnerství lze ilustrovat na příkladě placebo. Placebo v užším významu je *preparát, neobsahující žádný lék nebo žádnou léčebnou látku, která by měla vztah k tomu, co*

*pacienta trápí, je podávána se záměrem, aby pacient věřil, že dostává lék.*¹ Placebo v širším významu je léčebný faktor, který je nespecifický a souvisí s důvěrou pacienta v léčbu, ve vlastní úzdavu,

⁵ Siminoff, Fetting, podle: Williams, J. R. *Consent*. In: *The Cambridge textbook of bioethics* (p. 11-15). Ed. P. A. Singer, A. M. Viens. Cambridge University Press, 2008.

⁶ Je paradoxem, že původní význam tohoto slova vyjadřuje také určitou závislost, původně označovalo chráněnce, osobu závislou na svém patronovi ve starověkém Římě, viz např.

Petráčková, V., Kraus, J. at all. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia 2001

⁷ Rejzek, J. *Český etymologický slovník*. Voznice: Leda, 2001.

¹ Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, str. 59.



ve schopnosti daného lékaře apod. Dále budu mluvit o placebo v tomto druhém, širším smyslu. Není pochyb o tom, že tento faktor je v léčbě vždy do určité, avšak významné míry přítomný a pro mnoho pacientů je dokonce natolik důležitý, že čím dál častěji vyhledávají i metody alternativní medicíny, kde placebo pravděpodobně hraje významnou roli právě také díky nesespecifickým faktorům, jak množství času poskytnuté pacientovi, úroveň komunikace apod. Etické dilema v této oblasti souvisí s problematikou informovaného souhlasu – do jaké míry je správné dávat pacientovi naději i tam, kde je malá, kdy již jde o naději falešnou, o zatajování skutečných rizik?

Tohoto fenoménu si všímá ve svém článku M. Talbot, který píše: *Pokud se např. stane, že se pacient, který má právě jít na chirurgickou operaci, zeptá úzkostlivě chirurga: „Pane doktore, zvládnou to?“*, co by měl chirurg odpovědět? *Tradiční odpovědí by bylo povzbuzení pacienta: „Jste v dobrých rukou, všechno bude v pořádku.“ Přesto, když jsem tento scénář předložil různým lékařům, zjistil jsem, že někteří z nich považují za povinnost vyjmenovat možné komplikace a riziko úmrtí, i když je toto riziko v souvislosti s daným zákrokem nepatrné.* Autor si všímá, že díky této změně mentality lékařů je dnes medicína často ochuzená o fenomén placebo, a protože jde

o léčivý faktor, de facto to může některé pacienty i poškodovat. Závěr jeho studie je následující: *Co kdyby dnešní lékaři nebyli tak podezřívaví vůči poskytnutí prastaré magie s příslibem naděje a útěchy? Co kdyby se častěji vrátili ke starodávnému stisku ruky poskytujícímu částečnou naději, ke zvykům, které byly zavrženy jako autoritativní a paternalistické?* Vtipně také poznamenává, že *lékař je chodící placebo.*² Jak je patrné z tohoto příspěvku, má heretické rysy, mluví o magii a starodávných rituálech v oblasti tvrdé vědy, o příslibu naděje a útěchy spíše než o zdůrazňování rizik, což vypadá jako porušení zásad informovaného souhlasu (který by pak nebyl informovaný, a tudíž by byl neplatný). Zdá se však, že poukazuje na něco velmi důležitého, pro mnoho pacientů je skutečně zásadní, aby vnímali svého lékaře jako někoho, kdo věří své léčbě a sám sobě, od toho pak do velké míry odvozují svoji sebejistotu v dané situaci. Jistě, je to potřeba, která je důležitá v dětství (tam se týká rodičů), avšak v dospělosti zcela nemizí a nemyslím si, že je pouze jakousi infantilní regresí. Nedostatek citu pro tuto dimenzi možná vede až k určité degeneraci vztahů mezi zdravotníky a pacienty, jak na to upozorňuje Honzák,³ který tvrdí, že se tak děje právě kvůli přehnané a špatně chápané autonomii. To přineslo podle něj v konečném důsledku více nedůvěry

² Talbot, M.: The placebo prescription. NY Times, January 09, 2000. <http://www.nytimes.com/2000/01/09/magazine/the-placebo-prescription.html?pagewanted=all>

[azine/the-placebo-prescription.html?pagewanted=all](http://www.nytimes.com/2000/01/09/magazine/the-placebo-prescription.html?pagewanted=all)

³ Ptáček, R., Bartůněk, P. *Eutanázie pro a proti*. Praha: Grada 2012



na obou stranách. To má své následky - tendenci zdravotníků měnit svoje postupy s ohledem na případné žaloby⁴, větší papírování a na druhé straně tendenci některých pacientů excesivně celý proces léčby kontrolovat, což je někdy dokonce kontra-produktivní.

Rád bych tuto problematiku ukázal na kratší kazuistice. Jde o pacientku, která ke mně dochází na psychoterapii a vyprávěla mi tento příběh: V 16 letech měla vážný úraz nohy, upadla na ulici, zlomila si hlezenní kost a rozdrtila kost patní. Byla převezena sanitkou do nemocnice, kam posléze dorazili také její rodiče a přítel. Mezi jejím příjezdem a operací uběhly zhruba dvě hodiny, které strávila subjektivně ve velkém stresu a ve velkých bolestech. V té době se navíc dověděla, že není jisté, zda dají její nohu do pořádku, a také je určité riziko, že nemusí přežít

anestezii, protože má silné alergické potíže. Tyto informace ještě více posílily její úzkost a strach před operací a lékaři na ni museli velmi tlačit, aby na operaci vůbec šla. Operaci zvládla, avšak další utrpení pokračovalo po probuzení v noci v tmavém pokoji, s velkými bolestmi a strachem z výsledku operace, o kterém neměla ještě mnoho hodin žádné informace. S léčbou nohy pak prožila ještě mnohé komplikace. Operace neměla alternativu (ani ve smyslu neléčení) a představa, že by si pacientka s předpokladem možného blízkého úmrtí uspořádala během dvou hodin svoje záležitosti, je zcela absurdní. Domnívám se tedy, že sdělení rizik v tomto případě bylo pro pacientku poškozující, a naopak na místě bylo zcela v Talbotově duchu povzbuzení a uklidnění. Podle mé zkušenosti může být takový průběh léčby pro mnohé pacienty dokonce traumatizující.

VI. ZÁVĚR

Záměrem tohoto článku byl pokus zproblematizovat a prohloubit fenomén, který bývá v současné době nejčastěji pojednáván jako přechod od paternalismu k partnerství. Chtěl jsem zdůraznit komplexnost tohoto fenoménu oproti častému klišovitému zjednodušování tak, aby nedocházelo

pouze k přechodu z extrému tvrdého paternalismu do extrému opačného – bezhraniční autonomie. Takový posun by byl jen iluzorní změnou, protože jak je známo v tzv. hlubinné psychologii, protiklady se přitahují, takže krajní podoby často vyvolávají jako odpověď extrémy opačné strany.¹

⁴ P. Čepický si všímá si případů, kdy dochází k porodům pomocí císařského řezu, aniž by to bylo zcela nutné, ale v určitých situacích to lépe ochrání lékaře před případnými žalobami: *Kam nás dovedla autonomie ženy*

v porodnictví. PSYCHOSOM, VII, č. IV, 2009, str. 270-275.

¹ Tímto fenoménem se hodně zabýval švýcarský psychiatr C. G. Jung, např. *Výbor z díla, Svazek II, Archetypy a nevědomí*.



Chtěl jsem také více diferencovat, v čem může být tento přechod prospěšný a kdy by naopak bylo výhodné zachovat, kultivovat, popřípadě rehabilitovat některé pozitivní kvality paternalistického přístupu. Jsou to schopnosti jako direktivita, dávání limitů, vedení a řízení, podpora a další, které jsou někdy v léčbě velmi potřebné a které bývají dnes často zpochybňovány nejen v medicíně (patrně to souvisí s jistým

oslabením mužské role ve společnosti, se kterou jsou tyto kvality více spojovány). Domnívám se, že může být vhodné také rehabilitovat pojem pacient, pro ctnosti, které můžeme s tímto pojmem spojovat, což jsou trpělivost a důvěra. Zároveň by však jistě bylo dobré, aby se pacienti učili některé nové ctnosti od dnešních klientů - to je zejména větší aktivita, angažovanost a ztráta obavy před více partnerským vztahem.

Text byl publikován ve sborníku, Lidská práva a medicína, Ed. Vojtěch Šimíček, rok vydání 2017, Vydala Masarykova universita (Muni Press).

V Psychosomu otištěn se svolením autora, editora i vydavatele sborníku

Do redakce přišel 1.10.2017

K tisku zařazen po získání souhlasu 15.11.2017

Konflikt zájmů není znám.



Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1997. Připomíná v tomto kontextu také učení o „enantiodromii“ řeckého filosofa

Herakleita, který působil v 5. st. př. n. l. a podle kterého se „protiklady přitahují“.



ÚVAHY, REFLEXE



HONZÁK RADKIN: CO SE SOCIÁLNÍMI VLIVY?

Když se pětatřicetiletý jihoafrický psychiatr nechával okouzlovat fanfárou barev podzimu na severovýchodě USA, kam poprvé přijel na studijní pobyt, netušil, že se ho za krátký čas zmocní tesknost, padne naň deprese a že díky (sem skutečně „díky“ patří) své stále zvědavosti a blízkosti laboratoří, v nichž se pracovalo s melatoninem, z té šlamastyky nejen vyklouzne, ale ještě vykouzlí objev: sezonní (zimní) depresi.

Máme tu od těch dob novou nemoc s částečnou znalostí (spouštěč) etiopatogeneze, přesně popsanými příznaky, vymyšlenou léčbou – což se tak často nestává – a k ní otázku: patří její vznik do oblasti biologické, či sociální? Podle

mého názoru do obou. A je tu další otázka: Máme pacienta léčit antidepresivy, světlem, psychoterapií, nebo ho poslat zpátky domů. (do Bráníka, do lékárny, do...), kde tyto obtíže jakživ neměl a pravděpodobně do budoucna ani mít nebude? On tedy by se spíš vrátil do Captowne...

Pověstná londýnská mlha, řekněme si poctivě, že to byl smog, byla (na rozdíl od



stroměčků okolo Břežánek¹) příčinou vysokého výskytu křivice mezi dětmi, které v tomto prostředí vyrůstaly, takže porucha si vysloužila dokonce název „anglická nemoc“. Prevence je jasná a londýnští konšelé dosáhli toho, že když jsem do jejich metropole v 80. letech minulého století přijel, vzduch zde byl čistší než v Praze.

Občan Pinel původně vůbec nechtěl vést první psychiatrickou revoluci; blázně osvobodil z okovů kvůli tomu, že je hodlal použít co pokusné osoby na vyzkoušení své nové léčebné metody. Tu pak chtěl uplatnit na široké populaci otřesené sociálními změnami po VFČR (to je na paměť VŘSR zkratka pro Velkou francouzskou červencovou revoluci). Pinel totiž pozoroval chorobné projevy obyvatel Anglie, které právem připisoval skutečně revolučním socioekonomickým změnám té doby.

Jeho současník a organizátor námořní medicíny (zavedl například účinná preventivní opatření proti kurdějím) admirál Thomas Trotter² napsal na margo „nervózních nemocí“ následující varování: Nervózní stavy jsou v Anglii natolik rozšířené, že ohrožují národní komerční mohutnost a nezávislost... dělají z nás snadnou kořist nájezdníků, a nakonec nás změní v národ otroků a idiotů.

Philipa Pinel totéž očekával ve zmatky zmítané Francii a jako terapii měl připravenou „morální léčbu“, kterou

bychom dnes viděli jako cosi mezi KBT a I. P. Pavlovem. Největší problém představovalo prý přesvědčování paranoidního Konventu jednak o čistotě jeho úmyslů a zadruhé a především, že osvobozování tvorové jsou skutečně lidé s lidskými právy, nikoliv bytosti pokleslé na animální úroveň. Bylo jich celkem třináct, Fleuryho obraz³ znázorňující osvobozování desítek obětí je výsledek peněz a nápadu jeho syna. Nikdy to tak, jak je tam vyvedeno, neproběhlo.

Obyvatelstvo Evropy decimovaly epidemie smrtících infekcí, jindy – dalo by se říci v obdobích relativní pohody – je sužovaly epidemie funkčních obtíží, na které se neumíralo, které ale představovaly jev, který byl zřetelný a který byl hodnocen v jistém smyslu také jako nemoc. Anglie nám tak dala do oběhu pojmy hypochondrie a splín, což odkazuje na symptom označovaný později jako syndrom lienální flexury, častý u funkčních gastrointestinálních obtíží. Velká epidemie velké hysterie v období fin de siècle končí záhy po smrti největšího mága v této oblasti, Jeana Martina Charcota. Freud, který se u něj vyučil, už dobíral mezi zlomky předchozí klientely.

Úpadek velké hysterie se završuje v šedesátých letech minulého století. V mém pregraduálním curricula se diferenciální diagnóza mezi epileptickým a hysterickým záchvatem podrobně probírala v interně, neurologii a psychi-

¹ Viz píseň: Vy stroměčky okolo Břežánek, vy jste toho příčinou / že můj milý, ze všech nejmilejší, do Břežánek chodí za jinou. Zde kauzalita drobatko kulhá, přestože nápěv i rým jsou kvalitní.

² Nervous conditions are so widespread in England that they pose a threat to the nation's commercial greatness and independence... make us easy conquest to our invaders; and ultimately convert us into a nation of slaves and idiots.

³

https://www.google.cz/search?hl=cs&tbm=isch&source=hp&biw=1097&bih=539&q=Fleury+-+Pinel&oq=Fleury+-+Pinel&gs_l=img.3...3104.7985.0.8615.16.16.0.0.0.109.1241.11j3.14.0....0...1.1.64.img..2.11.986.0..0joi30ktjoi5i30ktjoi8i30ki.0.yUd5cikG99I#imgre=wSBkXLUc50X2JM:



atrii. Na začátku šedesátých let byl v psychiatrické léčebně velký hysterický záchvat denním chlebem. Od roku 1968 jsem neviděl ani jeden, až by se mohlo zdát, že byl rozdrčen pásy ruských spřátelených tanků. O to více se začalo objevovat funkčních obtíží, somatizací a dalších podobných jednotek, které dnes tvoří 20-25 % klientely praktického lékaře a až 50 % návštěvníků gastroenterologických ordinací.

Je tu tak velký rozdíl? Popis obtíží se téměř překrývá: *Ženská hysterie byla tehdy běžnou diagnózou, náležející výlučně ženám a dnes už lékařskými autoritami neuznávaná. Byla to oblíbená diagnóza v západní Evropě ve viktoriánských dobách, přidělovaná ženám, u nichž se vyskytoval široký okruh příznaků zahrnující mdloby, nervozitu, zadržování tekutiny v těle, pocity dyskomfortu v břiše, nespavost, pocity dušnosti, spazmy, předrážděnost, nechutenství jak ve vztahu k jídlu, tak ve vztahu k sexu a „tendence vyvolávat problémy,⁴* Dnešní výklady se vesměs shodují na tom, že šlo o reakci na nerovnoprávné postavení žen. Nejslavnější Freudova pacientka, která předvedla vše, co hysterie tehdy nabízela, Anna O, neboli Berta von Pappenheim, se stala nakonec zapálenou feministkou, což dostalo její portrét na německé známky.

Chronický únavový syndrom (CHUS = CFS) není ničím novým, první podrobné medicínské popisy jsou téměř půldruhého století staré a mezi prvními oběťmi

4 https://www.revolvy.com/main/index.php?s=Female%20hysteria&item_type=topic
Female hysteria was a once-common medical diagnosis, made exclusively in women, which is no longer recognized by modern medical authorities. It was a popular diagnosis in Western nations, during the Victorian era, for women who exhibited a wide array of symptoms including faintness, nervousness,

byla schopná a neskonale obětavá Florence Nightingalová, na jejíž počest se slaví 12. květen – její narozeniny – únavou (jak jinak si mám představit Mezinárodní den únavy?) a její souputník z Krymské války, demobilizovaný seržant Charles Dawes⁵, který byl po několika desetiletí bedlivě a bezvýsledně (diagnóza byla přičtena z rozpaků, na něco ho uznat museli) sledován armádními lékaři, neboť armáda mu vyplácela žebráckou rentu až do jeho 96 let, kdy zemřel na srdeční slabost. Vzhledem k předchozímu výkonu obou těchto obětí CHUS lze uvažovat rovněž o vyhoření.

Jinak vyhoření moc nebylo až do Freudenbergera, který je viděl jako tělesnou i psychickou exhausci následkem chronického stresu, k němuž se postižení dopracovávají neúměrným očekáváním toho, co by měli dosáhnout. Však jeho knižní publikace⁶ také inzeruje, že je to cena za úspěch. Podle popisu trval jeho stav naprosté neschopnosti k systematické práci něco kolem tří měsíců. U něj to něco znamenalo, protože když to překonal, pracoval až do posledních dnů většinou víc než 12 hodin denně. Dnes je ochoten prohlásit se za vyhořelého každý, kdo není spokojen nikoliv se svými výsledky, ale se svou prací a se svým zaměstnavatelem.

K inflaci syndromu vyhoření a jeho zpřístupnění širokým vrstvám uživatelů přispěla i pokračovatelka Freudenbergerova odkazu Christine Maslachová, která jed-

insomnia, fluid retention, heaviness in abdomen, muscle spasm, shortness of breath, irritability, loss of appetite for food or sex, and a „tendency to cause trouble“.

⁵ Jones E, Wessely S: Case of chronic fatigue syndrome after Crimean war and Indian mutiny. *BMJ*, 1999;319:1645–1647

⁶ Freudenberger HJ, Richelson G: Burn-out. The high cost of success – and how to cope with it. Arrow Books, London, 1985



nak rozšířila okruh příznaků vyskytujících se při syndromu vyhoření, rozdělila je do tří okruhů či skupin, tělesného a psychického vyčerpání, ztráty uspokojení a potěšení z práce a odcizení – depersonalizace. Na ten poslední pak položila největší důraz při diagnostice⁷.

Druhý posun spočíval v tom, že nevyzdvihovala jen osobnostní faktory a osobní chyby (=nesprávné postupy) postižených, ale také vzala v úvahu vlivy pracovního a sociálního prostředí. Sama k tomu řekla v jednom rozhovoru pro média: *Moje současná práce je zaměřena na vývoj konceptuálního modelu procesu vyhoření, který postihuje zásadní vztahy mezi osobnostními, sociálními a kontextuálními faktory. Můj přístup spočívá v posouzení interakcí mezi jedincem a situačními faktory na pracovišti. V pracovním prostředí jsem identifikovala šest základních charakteristik, které mohou v interakci s osobností pracovníka predikovat vyšší riziko vyhoření.*

Z analýz vyšlo těchto šest faktorů:

- nadměrné množství práce;
- nespravedlivé poměry a praktiky v pracovním prostředí;
- nedostatek sociální podpory;
- malé kompetence v pracovním procesu;
- práce v prostředí konfliktů hodnot;
- nedostatečná odměna, ať už ve smyslu ekonomickém nebo psychosociálním.

Za jedinou zásadní charakteristiku syndromu vyhoření považuje Maslachová nežádoucí až patologický osobní obrat směrem k negativnímu pólu nejrůzněj-

ších hodnot, ať už jde o zdraví, energii, nezájem a odcizení, cynismus, negativní postoje k práci, k organizaci či spolupracovníkům.

Dnes se začíná projevovat v Evropě „epidemie burnout“, přestože se to navenek tak nejeví. Alespoň mně ne. Nicméně čerstvý sborník⁸ převážně německých a britských sociologů a dalších odborníků to tak vidí. Bodejť by neviděl, když burnout je definován (pro potřeby narcistů?) už jen jako frustrace z toho, jak málo je práce vyhořelého oceňována. Je to přibližně stejný postup, jako když jsme posunutím normy glykemie vyrobili škrttem pera půl milionu diabetiků z těch, kteří byli ještě pár minut předtím označeni jako lidé trpící zhoršenou glukózovou tolerancí.

A tak se znovu vynořuje legitimní otázka, kterou položil více než před čtvrtstoletím Bruno Latour⁹, a to, zda je věda odrazem reality, nebo sociálním konstruktem. Spolu s tázajícím jsem toho domnění, že je tím druhým. V případě epidemie burnout se mi nutkavě vnučuje, že sociologie napřed musela plno postižených vyrobit, aby je mohla posléze do kategorie postižených zařadit. A naříkat nad tím, že jde o vyčerpání střední třídy v neo-kapitalistickém systému, kde se po lidech chce, aby chodili do práce, protože chtějí, a nikoliv proto, že musí. A aby se v té práci s rolí pracovníka ztotožnili.

A tak zatímco vyhořelí se dočkají role pacienta, unavení, navzdory tomu, že splní všechna Fukudova kritéria, ostrouhají a budou opět hledat nějakého psychiatra,

⁷ Maslach, C., Jackson, S. E. (1986), Maslach Burnout Inventory Manual, 2nd ed., Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
⁸ Neckel S, Schaffner AK, Wagner K (eds.): Burnout, fatigue, exhaustion. An interdisciplinary perspective on a modern

affliction. Palgrave Macmillan, Cham Swtzerland, 2017. pp. 316

⁹ Latour B: Nous n'avons jamais été moderne. Essai d'anthropologie symétrique. Paris: éditions La Découverte, 1991



který se nad nimi smiluje a vyrobí jim důchod pro F32.2.

Vynechme část populace, která pracovat nechce a nebude a již více než sto let pje hymnu, kterou mě naučil kdysi dědeček: *Bud' zdrav a vyhýbej se práci / nás práce neživí / nás živí magistrát / za zlatej šedesát / můžem na práci s.át / i na ten magistrát.* Pak je tu vždy podmnožina, pro niž bude z mnoha důvodů – biologických, sociálních i psychologických – každá doba „těžká“ a budou v ní selhávat. Ale pak je tu úkaz, který stojí za úvahu, a to že když celá společnost žije v poměrném blahobytu a pohodě, skupina „neschopných“ se rozšíří.

Napadá mě k tomu ještě jedna věc: spirituální témata se vynořují mnohem více tehdy, když je zle, než když je dobře.

Připomeňme třeba svatou (tehdy pouze blahoslavenou) Anežku na konci osmdesátých let, nebo to, jak mnoho lidí si vzpomene na Svatováclavský chorál, když národu teče do bot. Jestli ta únava, vyhořenost, exhausce, acedia, depka a všechny ty choroby bez patologicko-anatomického nálezu nejsou známkou krize duchovní dimenze. Tu zatím český národ proklamující, že je nejateističtějším společenstvím na světě, sytí hlavně špiritusem. Což dále vede k morbiditě zcela jiného typu (metyl už snad z trhu zmizel).

Praha 15. října 2017, radkinh@seznam.cz

Co vím, není tu žádný konflikt zájmů; píšu to jako svůj názor.



MERTL JAN: KAM SE POSOUVÁ DOMINANTNÍ MODEL PARTNERSKÝCH VZTAHŮ?



Mertl Jan: Kam se posouvá dominantní model partnerských vztahů?

V souvislosti s překotným vývojem sociálních struktur dochází ke značné dynamizaci mezilidských vztahů a jejich odtržení od původních hodnotových schémat, na nichž byly tradičně postaveny. To se projevuje i v psychologii a psychoterapii – zatímco za dob MUDr. Plzáka se ještě dominantně usilovalo o dlouhodobě stabilní až celoživotní soužití, v současné době již dominuje „právo na štěstí“ či „svobodu ve vztahu“ a momentální prožitek či pocit se staví nad dlouhodobé a hodnotové aspekty, které byly dříve primárně s vážnými, respektive manželskými svazky spojovány. To není bez následků – výsledkem je padesátiprocentní rozvodovost, vysoké procento nevěr a další objektivně prokazatelné jevy. V té souvislosti vyvstává

řada otázek, na něž bude nutno hledat odpověď, pokud chceme dosáhnout dobrých řešení. Je zřejmé, že významnou funkcí partnerského vztahu je typicky také rodičovství, nicméně předpokladem jeho úspěšného naplnění je právě kvalita a stabilita partnerského vztahu samotného, které se v tomto článku budeme věnovat.

Především: samozřejmě, že dlouhodobé partnerské vztahy, resp. manželství jsou vedle jejich nepominutelného individuálního charakteru rovněž společenský konstrukt *sui generis*, který je výsledkem určitého konsensu a kompromisu nad tím, jak by měly partnerské vztahy v evropském kontextu vypadat. Tradiční model manželského soužití má své varianty



a samozřejmě také svá negativa, ale současně s sebou nese pozitiva a vlastnosti, které žádné jiné formy soužití nemají, a právě proto byl historicky preferován jako dominantní. To mělo samozřejmě dopad i na chování lidí: protože jedna věc je, „jak to kdo aktuálně má“, a druhá věc je, jaké sociální a etické vlivy na nás působí a podle čeho se řídíme. Nelze pouze argumentovat tím, že tyto věci si každý zařídí po svém – to je dost podstatně určeno také tím, v jakém prostředí se to děje, co je chápáno jako přijatelné, jaké vzory v tomto směru mají zejména mladí lidé, co od manželství očekáváme a tak podobně. Právě v této oblasti je interakce jednotlivce a okolí, resp. společnosti nepominutelná.

Klasický model partnerských vztahů ústící v manželství však v posledním čtvrtstoletí zaznamenal značnou erozi: najednou se argumentuje právem na odchod z „nevyhovujícího“ vztahu, jsou i v běžném tisku pravidelně medializovány případy „nespokojenosti“, argumentuje se vývojem vztahů, v čemž je skryta možnost subjektivního vyhodnocení tohoto vývoje. Celkově se projevuje posun k tzv. svobodnému chápání partnerského života, které je možná také spojeno s „tržním“ chápáním dané oblasti. Řada lidí už nemá problém s periodickým posuzováním toho, jestli je pro ně jejich partner vlastně ještě pořád dosti atraktivní, nemluvě o kritériích, která mohou být pro posuzování této atraktivity volena ve smyslu touhy po ideálním partnerovi. To je ovšem Pandořina skříňka, jejíž otevírání může být lákavé, otázka je, kam dospěje.

Je však nutno zdůraznit: historické, rigidní pojetí partnerských vztahů, které

hlásalo trvalost manželství téměř „za každou cenu“, také není ze současného hlediska již udržitelné a není správné argumentovat pro vztah jen pomocí moralizování, jak jsme toho byli svědky na malých městech v 19. století. Nicméně jeho masivní liberalizace je velmi pravděpodobně ještě horší variantou. A to proto, že se tím nenávratně ztrácí řada komplexních a těžko nahraditelných funkcí, které jsou s dlouhodobými partnerskými vztahy spojovány, jako je stabilita, tolerance, vzájemné spoléhání, schopnost překonat těžké životní situace a soudržnost ve smyslu vzájemného poskytování opory a překlenutí období, kdy jeden z partnerů svou atraktivitu dočasně či trvale ztrácí (a řada dalších, které přesahují rámec tohoto článku). Pro tyto funkce v liberálním modelu partnerských vztahů není moc místo, jsou závislé pouze na ochotě partnerů a tu v něm nelze garantovat, předpokládat ani vyžadovat. A pokud to jeden z partnerů moc chce, může být chápán jako ten slabší, ten, kdo má příliš rád, tj. dochází k (vnější či vnitřní) asymetrizaci vztahu a možné dezintegraci na jejím podkladě.

Stejně tak se poslední dobou nadužívá v hodnocení vztahů pojem závislosti, kdy často jen trochu více vzájemně provázané či láskyplné chování se snadno označí za závislé s negativním příděchem. Lze poukázat na koncept „dospělé závislosti“ (Winincott, Weiss), který ukazuje, že žádná absolutní nezávislost neexistuje a v dlouhodobých osobních, ale i terapeutických vztazích je často určitý prvek provázanosti, resp. „dospělé závislosti“ přítomen. Pokud však zůstává zachována schopnost své chování ovládat, popřípadě si ho odepřít, není na tom nic špatného. Zároveň si každý může hlídat, aby uměl



své chování více přizpůsobit konkrétní situaci a také reakcím okolí (aby na ně nespolehal nebo nenakládal věci přehnaně). S tím, že je třeba v dospělosti stát rovně a samostatně, lze souhlasit, ale zapomíná se, že to neznamena nutnost osamění, resp. „single“ života, nutnost vypjatého individualismu přerůstajícího v egoismus či neustálé subjektivní vyhodnocování lidí v okolí.

Samozřejmě není možné definovat jeden ideální model, podle kterého by se měly partnerské a manželské svazky řídit, vždy budou existovat jeho varianty a vždy také budou lidé, kteří se i těmto variantám budou vymykat a nesporně na zvolený životní styl mají právo, pokud tím nepoškozují své okolí. Současně si však myslím, že bychom neměli rezignovat na hledání optimálního, většinově přijatelného modelu partnerských a manželských vztahů už proto, že od něj očekáváme splnění řady významných a těžko nahraditelných funkcí.

K tomuto hledání je klíčové chápání svobody ve vztahu, o níž se dnes tak často mluví. Pokud se nad tímto konceptem zamyslíme blíže, zjistíme, že její absolutní prosazování, a především odvolávání na ni při řešení partnerských krizí v řadě případů popírá smysl existence partnerského vztahu samotného, neboť ten je z principu založen na dobrovolném omezení určitých svobod s ohledem na zvoleného partnera. Současně však je žádoucí udržet v řadě dimenzí vztahu svobodný prostor pro každého z partnerů. Takto dospějeme k rozlišení dvou pojetí svobody: absolutní a relativní. Klasické pojetí manželství chápe osobní svobodu absolutně především do doby vzniku vztahu a vstupu do něj – tam se jistě

každý může a má svobodně a samostatně rozhodnout, zda vstoupit chce. Pak se ale svoboda absolutní v klasickém pojetí mění ve svobodu relativní, tedy vztaženou také k osobě partnera, a tudíž případná další rozhodnutí týkající se tak či onak manželství by měla být konána také s ohledem na druhého. Právě toto pojetí se dnes ale často nerozlišuje, hovoří se o svobodě jako takové, což se špatně popírá, neboť je jistě významnou hodnotou jak obecně, tak pro mezilidské vztahy, ale už se neříká, co pod tímto pojmem míníme v konkrétních životních situacích a kde jsou hranice této svobody vzhledem k ostatním lidem, a životnímu partnerovi zvláště.

Pokud přijmeme toto pojetí relativní svobody ve vztahu (což je jistě již normativní, ale nikoli moralizující), pak z toho vyplývá i možný funkční přístup k dlouhodobým (manželským) vztahům – úvaha o jejich ukončení či zkoumání jejich možného pokračování by měla nastoupit jen z velmi vážných důvodů a po důkladném průzkumu všech možností, které jsou dostupné k jejich udržení. V rámci relativního pojetí svobody to ale není její omezení: protože pokud životní partner (manžel) má zájem na pokračování vztahu nebo ho dokonce ani nenapadne, že by hrozil jeho rozpad, pak ten druhý v rámci relativní svobody by měl tento jeho zájem respektovat, nikoli argumentovat právem na absolutní svobodu své volby, nebo dokonce tiše osnovat jednostranné akce směřující k odchodu.

Toto pojetí může do svého „arzenálu“ pojmout více i současná psychologie a psychoterapie, která se často uchyluje především ke zkoumání toho, jak to jeden



či oba partneři „vidí“, resp. „cítí“ a na základě toho posuzuje vitalitu vztahů, přičemž v zásadě nemá problém s jejich ukončováním, pokud jeden z partnerů „zahlásí“, že se ve vztahu už necítí dobře, není šťastný či subjektivně deklaruje potřebu, resp. ochotu vztah ukončit. A tady se dostáváme k důvodům pro ukončení – jistě existují závažné důvody, kdy je takové ukončení žádoucí a lze je po důkladném průzkumu doporučit. Primárně to samozřejmě je v případech, kdy se na tom oba partneři dobrovolně dohodnou, a je zřejmé, že ani jeden z nich už ve vztahu dál být moc nechce. Rozbor dalších důvodů přesahují rámec tohoto článku a je to do určité míry individuální, obecně však lze vyjít ze zákonem vymezených krizových životních situací nebo zavrženíhodného chování jednoho z partnerů, kterým toho druhého nějakým způsobem poškodí a on mu to neodpustí. Pak je ale mnoho případů, kdy jsou tyto důvody dosti mdlé, velmi subjektivní nebo prostě vyplývají z neochoty jednoho z partnerů řešit problémy, které se ve vztahu nakupily. Právě v těchto případech se typicky argumentuje právem volby či řečmi o „přečizení“ vztahů a dalšími entitami, které sice mají základ v momentálním autentickém prožívání jednoho nebo obou partnerů, ale samy o sobě nemusí ještě k rozpadům vztahů nutně vést, pokud se s nimi dobře pracuje a pokud existuje étos o tom, že se vztahy mají nejdříve spravovat, a až potom vyhazovat. Zkušenost ukazuje, že mnoho párů po překonání „nešťastného“ období opět zažívá období šťastná, nesmí se ovšem během partnerské či manželské krize chovat natolik nekonstruktivně, že už není cesty zpět.

Relativní pojetí svobody ve vztahu navíc nejde nijak významně proti velmi důležitým prvkům partnerských vztahů, jako jsou vzájemné sympatie, prožívání partnerského života, realizace společných životních cílů a podobně. Bez toho to samozřejmě nejde a nebylo by ani správné je bagatelizovat s poukazem na nutnost či automaticnost zachování vztahů, ale je možné přijmout, že ne vždy jsou naplněny ve vztahu zcela nebo ideálně, a že tudíž jejich (sebe)realizace je něčím, o co je jistě potřeba trvale usilovat, ale zároveň je vhodné se smířit s tím, že ne vždy to musí nastat (hned, případně i vůbec), a to i v případech, kdy bude chyba především na straně partnera.

S klasickým chápáním manželství samozřejmě souvisí i otázka atraktivity partnera. Jistě většina lidí chce mít partnera subjektivně atraktivního (tedy musí se jim líbit) a při jeho volbě se také podle jeho atraktivity řídí – na tom v principu nic špatného není. Problém je ovšem v tom, jak se přistoupí k tomu, když se atraktivita během vztahu mění nebo ji partner, třeba i nerad, dočasně nebo v určitém směru i trvale ztratí. Pak v klasickém pojetí manželství nastupuje, alespoň do určité míry, tolerance a pochopení pro to, že takové věci se v životě mohou stát. Moderní schémata však připouštějí i jakési průběžné vyhodnocování atraktivity partnera a samozřejmě také možnost nové volby, když se kolem objeví někdo atraktivnější. Zde se už dostáváme na tenký led, protože je jasné, že zejména v moderních aglomeracích je člověk teoreticky s možností nové volby konfrontován trvale – stačí jet MHD nebo jít do divadla. Tudíž závisí opět hlavně na jeho přístupu a chápání svobody, jak k těmto věcem přistoupí, zda si uvědomí,



že vstupem do manželství má tuto svobodu již relativní vzhledem k předchozí volbě a svému partnerovi, nebo zda bude v určité situaci argumentovat opět svobodou absolutní. Stejně tak je dobré pochopit, že dlouhodobě stabilní vztah bývá svého druhu kompromisem. Což ale neznamená, že jeden z dvojice to musí chápat negativně ve smyslu ústupků druhému, ale naopak že právě v tomto kompromisu může do vztahu prosadit většinu svých priorit.

Z uvedeného rozboru je zřejmé, že klasické pojetí dlouhodobých (manželských) vztahů klade na partnery a jejich chování zvýšené nároky, a ne každý chce nebo může těmto nárokům dostát. Možná také proto nastává odklon k liberálnějším schémátům, která samozřejmě nelze nikomu zakazovat – lze je řadit do kategorií, kterým se dříve říkalo soužití „na hromádce“, v dnešní době existuje na seznamkách možnost „flirt“, „nezávazný vztah“, „kamarádství s výhodami“ a podobně. Jinak řečeno tyto jiné formy soužití existují a není správné je odsuzovat z moralizujících výšin, zvláště pak pokud jsou s nimi oba partneři prokazatelně spokojeni. Problém spočívá v něčem jiném: jak zachovat možnost klasických partnerských (manželských) vztahů pro ty, kteří mají zájem právě o tento model. Kámen úrazu je totiž trochu v tom, co bylo uvedeno v úvodu – jde částečně o společenský konstrukt a takové modely chování tedy nevznikají úplně spontánně, musí existovat prostředí a podmínky, v nichž mohou vyrůst a být. Jiná věc je, že pokud to je splněno, tak se v podnětném prostředí mohou lidé chovat funkčnějším, lepším způsobem z hlediska vzájemné interakce i z hlediska kvality takovýchto vztahů, měřeno tím, co díky

nim mohou zažít a jaké vlastnosti od nich budou moci očekávat.

Můžeme tedy shrnout, že posun dominantního modelu partnerských vztahů, jehož jsme svědky, sebou nese podstatná a systematická rizika především ve smyslu vyprázdnění řady podstatných funkcí, které byly s manželstvím v minulosti spojovány, a posunu k opakovanému hledání atraktivních partnerů a opouštění již opotřebovaných ve stylu „jak dědeček měnil, až vyměnil“. Zahalení tohoto procesu do závoje subjektivních dojmů či pocitů, jakkoli se jistě musí brát vážně a nelze je bagatelizovat, nemusí být ku prospěchu, protože v řadě případů mohou pouze zakrývat prostou vypočítavost či neochotu problémy ve vztahu účelně řešit společně s partnerem. Ani takový přístup není dobré moralizovat, ale je třeba brát ohled na smysl a funkčnost vztahů a také na pozici opouštěných partnerů. A především je nanejvýš vhodné jak v rámci běžných mezilidských vztahů, tak na odborné psychologické a psychoterapeutické bázi vytvářet jasnou platformu a prostor pro zájemce o tvorbu a udržování dlouhodobých, „nekonečných“ (ve smyslu nepřítomnosti opakovaného zvažování jejich existence) partnerských a manželských svazků. Není to jistě jednoduchá práce, ale stojí to za to – už proto, že v řadě vlastností a funkcí jsou takové svazky unikátní, a když se to daří, bývá to moc hezké.





Autor pracuje na katedře financí VŠFS v Praze, kde se zabývá zdravotní a sociální politikou. Ve volném čase se zajímá také o psychologii a psychiatrii, s nimiž se potkal jako pacient.

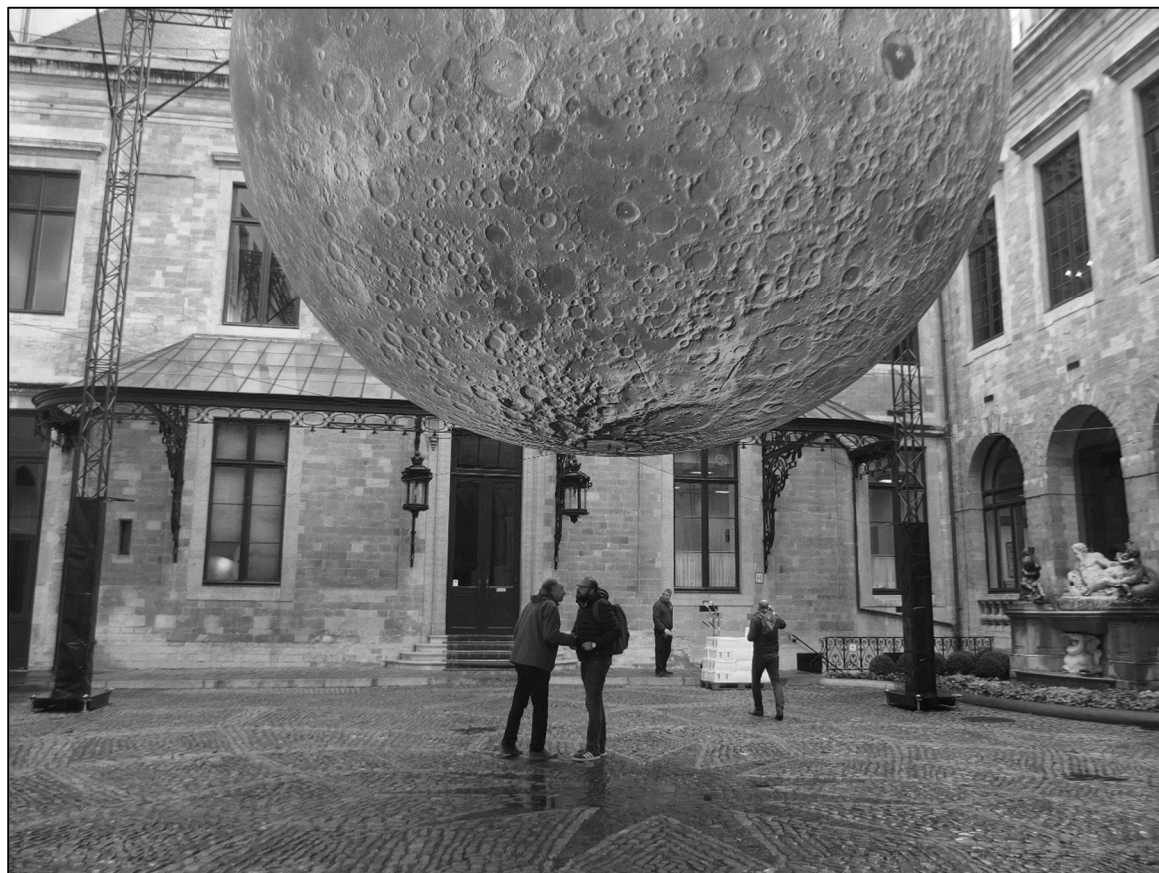
Do redakce přišlo 9.10.2017

K tisku zařazeno po recenzi, diskusi a úpravě 15.11.2017

Konflikt zájmů není znám



RECENZE



CHVÁLA VLADISLAV: KAŽDÁ PRVOUKA NENÍ PRO PRVNÁKY

Recenze knihy Radkina Honzáka Psychosomatická prvouka, Vyšehrad, 2017, ISBN 978-80-7429-912-4

Opravdovou recenzi knihy by měl psát autorův odpůrce, nebo aspoň někdo nezaujatý. Tuto podmínku nemohu splnit, protože mám Radkinův styl psaní rád, obdivuji jeho sečtělou a paměť, a z toho vyplývající šířku záběru. Psychosomatika jako co nejširší pohled na svět, ve kterém lidé stonají nebo se uzdravují, rodí se a umírají, vyžaduje vedle mnoha znalostí také velkou životní zkušenost. A to všechno Radkin Honzák má. Snaha o co nejširší pohled stojí proti stále úžeji zaměřeným pohledům specialistů a

nesetká se u mnohých s pochopením. Možná to je důvod alergických reakcí na Honzákovy texty ze strany některých skeptiků. Asi je rozčilující, když někdo píše s takovou lehkostí a vtipem o vážných věcech jako je nemoc, smrt, když si tu a tam utahuje z vážného povolání lékaře-zachránce a spasitele.

Posluchači autorových přednášek znají břitký humor, kterými svá vystoupení špikuje někdy tak hustě, že se pro smích v auditoriu může ztratit původní vážné téma. Honzák je vždy na straně pacientů,



ale nikdy nestojí proti lékařům, jen proti hlouposti, aroganci a omezenosti. Léta se věnuje psychosomatice jako tradiční konzultační psychiatr, který byl k dispozici pacientům a zdravotnickým týmům v náročných oborech jakým je dialýza. Psychiatr, který chce vidět psychosomatiku v ordinacích praktiků a specialistů, kde se psychosomatictí pacienti nejvíce hromadí. Kontakt se seriózní medicínou ho udržel na zemi. Byl uchráněn před možnostmi šamanských praktik a lidového léčitelství. To je třeba vědět, než čtenář otevře tuto zatím poslední Honzákovu knihu, která by mohla mít podtitul „Honzák seriózní“. Nevíme, zda tuto knihu někdy otevrou Honzákovi kritici, diskusi by to mohlo prospět, ale název „Psychosomatická prvouka“ je možná odradí. Přitom vůbec nejde o slabikář. Jde o dost náročné čtení, ve kterém se autor ukázněně zdržuje svých obvyklých vtípků a složitých asociací, a své úvahy dokládá četnými citacemi výzkumných prací. Někdy si nemůže pomoci a vloží ironický komentář k nepochopitelné lidské pitomosti, jako když se snaží čtenáři přiblížit zápas mezi vyznavači „vrátkové“ a „hradlové“ teorie bolesti, dvěma skupinami algésiologů, kteří si prý nemohou vzájemně přijít na jméno. Díky stručným příběhům z bohaté praxe, a občasným humorným glosám je kniha čtivá. Na rozdíl od předchozí „Všichni žijeme v blázinci“, tohle není text pro pacienty, ale pro lékaře, kteří jsou v problematice už trochu zorientovaní. Je to odpověď těm kolegům, kteří tvrdí, že psychosomatika nemá žádné specifické nástroje. Honzák ukazuje, že hlavním nástrojem psychosomatiky je lékař sám. Ne každý. Lékař psychosomatik není jen široce vzdělaný odborník, je laskavý pozorovatel člověka na jeho cestě životem. Člověka, a tedy i sebe samotného. A to chce hodně odvahy. Však Honzák to netají. Už v úvodu na

první straně píše: „Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje jednak odvalu, především však drzost. Odvalu opouštět pohodlné cesty a drzost šlapat po trávniku, na němž je po několik staletí umístěna výstražná cedule, udržovaná medicínským establishmentem za všech panujících režimů, s nápisem NEVSTUPOVAT.“ A dále sebekriticky připouští: „Je to výsledek mého padesátiletého, a řekněme si tady poctivě, že také většinou marného hledání pravdy o zdraví a nemoci.“

Každá učebnice psychosomatiky začíná historií, některé tím i končí. V Prvouce se čtenář může dovědět víc, i když by byla škoda přeskakovat kapitulu o historii. Honzák nabízí důkazy účinnosti psychosomatického přístupu ještě před historií. To pro skeptiky. Pro praktiky shrnuje v sedmi bodech návod, jak zacházet s psychosomatickým pacientem. Značnou část knihy věnuje emocím, sociálním vazbám, komunikaci a terapeutickému vztahu. Protože jde o oblast školskou medicínou zanedbávanou, nejde o prvouku, ale spíš doučování. Že se autor nevěnuje pouhému přežvykování historie a starších úvah o psychosomatice, můžeme vidět na kapitole o spánku. Heinrothovo pojednání o poruchách spánku bylo totiž prvním odborným pojednáním, kde autor použil slovo psychosomatika. Můžeme si udělat obrázek o tom, k jakému od té doby došlo posunu v chápání poruch spánku. A že to není vůbec jednoduché, a že ani psychosomatika není jen nějaké povídání s pacientem, může si čtenář ověřit na četných citacích výzkumů z této oblasti. I na dalších tématech vidíme, jak lze spojit vědu a psychosomatiku, ať jde o bolest, projevy dráždivého tračníku, kašel nebo celou řadu hraničních témat.

V závěru se nám Honzák svěruje se svou láskou k prvouce, která má své kořeny



hluboko v jeho dětství. Oblíbená kniha malého chlapce „měla charakter salátu“. Nová Psychosomatická provouka je právě tak jedlá, bohatá, pestrá a výživná i pro dospělého lékaře. Zcela zdarma pak čtenář získá spolu s knihou Slovníček



častých výrazů na konci publikace, a dnes navíc informaci, že kniha je rozebraná, takže jistě brzy bude na trhu její dotisk.

V Liberci 1.12.2017



Z KONFERENCÍ



CHVÁLA V., ROUBAL P., SLADKÁ H.: NÁSTROJE (LÉKAŘE, PSYCHOLOGA, FYZIOTERAPEUTA) V PSYCHOSOMATICE

Druhá odborná schůze Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP byla vyhlášena na pátek 13. října v návaznosti na odbornou schůzi Psychoterapeutické společnosti ČLS JEP. Tématem jsme chtěli vyjít vstříc diskusi, kterou nedávno v tisku zahájil prof. Cyril Höschl. Hlásil se k psychosomatice jako ke svému hříchu mládí, kdy ještě také byl ochotný zabývat se složitou problematikou těla a duše. Ale časem zjistil, že psychosomatika prý nemá žádné vlastní nástroje. Citujme „Pomalu jsem ale dospěl k názoru, že jde o jakýsi pseudokoncept, na který se dá leccos svalit, ale ve chvíli, kdy ji uchopíte jako disciplínu, zjistíte, že vlastně nemáte

vůbec žádné nástroje k jejímu zvládnutí. Buď používáte přístup psychoanalytický a psychoterapeutický, pak jde o psychoterapii a vystačíte si jako psycholog či psychiatr, anebo děláte různé imunologické testy, pak si vystačíte se somatickou medicínou.“ (zpravodaj střeodočeského kraje Středočech z května 2017, na s. 6)

A opravdu, není vůbec snadné ze všech těch mnoha nástrojů, kterými disponuje každý lékař, vybrat ty, které jsou zvláště důležité pro práci s psychosomatickým pacientem. Inspirace z oblasti psychoterapie jsou četné. Lékaře, který



postupně objevuje existenci a zákonitosti psychických a sociálních systémů tváří v tvář těm komplikovaným psychosomatickým pacientům, samozřejmě láká využít také prvky z různých psychoterapeutických škol. Tak vznikají nejrůznější hybridní terapeutické systémy, dynamicky inspirovaná psychosomatika, transakčně-analytická, kognitivně-behaviorálně, daseins-analytická, biosyntézou nebo systemikou inspirované psychosomatické přístupy, a celá řada dalších. Říkejme raději že jde o inspiraci, protože v úplnosti v rukou lékaře, často specialisty, nebo v rukou fyzioterapeuta se může těžko stát psychoterapie plnohodnotným nástrojem tak, jak se stává v rukou vyškoleného psychologo-psychotherapeuta. Jen někteří lékaři přejdou až na pozici psychotherapeuta, a udržet si v rukou obojí, pozici lékaře i psychotherapeuta je velmi obtížné. O tom by měli svědčit ti kolegové, kterým se to podařilo a obě profese používají paralelně. Může se to zdát být ideální kombinace, zvláště v rukou psychiatra, ale pokud vím, není to vůbec snadné. Jde o to, jak se k tomu staví pacient, jak rozumí relativní bezmoci psychologo-psychotherapeuta v porovnání s před-

PAVEL ROUBAL NAPSAL:

Nebylo snadné se pustit do této formy přednášky... čejenské... i se ozvala určitá nespokojenost a volání po informacích, technikách. Je pracnější dostat se k reflexím, co, jak a proč děláme a vžít se do druhé profese. Výsledná atmosféra tohoto workshopu byla ale důvěrnější, s respektem, nesoutěživá.

Třikrát se protočila stejná situace: diskutovali jsme o týmové spolupráci v psychosomatice a o nástrojích, které kdo používá. Jako by se třikrát zopakovala, ale stejná nebyla:

pokládanou omnipotencí lékaře, který má činit zázraky svým medicínským instrumentářiím tak, aby pokud možno pacienta nezatěžovali.

Z třetí strany lákají lékaře psychosomatika metody alternativní a komplementární medicíny nebo i léčitelství a šamanství. Má tohle všechno kombinovat dohromady když se mu i podivné nástroje s nevysvětlitelným účinkem při práci s pacientem vyplácí? V současnosti není jasné, kam až tato oblast nabídek sahá, ale v dohledné době budeme muset na půdě psychosomatiky mluvit o využívání akupunktury a homeopatie, protože jsou podle zjištění Křížové v našich lékařských ordinacích často využívány ve prospěch pacientů. Máme se takových metod vzdávat jen proto, že není tak docela jasné, jak fungují z hlediska EBM? Podle mých zkušeností jsou tyto nástroje velmi užitečné především tehdy, když zvyšují důvěru pacienta a pokud mobilizují jeho vlastní léčebné síly.

Téma „Nástroje psychosomatiky“ je tedy velmi bohaté, a diskusí 13.10. v lékařském domě diskuse teprve začala.

V.Chvála

Lékařství se ujal MUDr. Jaromír Kabát, který od rozumu a znalostí přešel k osobnějším nástrojům v léčbě. Šlo o určité terapeutické cnosti, ideály, které mu jsou vzorem: autentičnost, odvaha a další.

Za psychology mluvil PhDr. Pavel Roubal o dovednostech, které v průběhu života nasbíral: vlastní zkušenost s psychosomatikou, objevení kouzla systemického (rodině terapeutického) přístupu, vztahový rozměr terapie a týmovost léčby.



O fyzioterapii hovořila Mgr. et Mgr. Jana Tykalová s předložením všech nástrojů, které tento obor má k dispozici a s touhou po neustálém sběru dalších. Vznikal dojem tlaku zavazující odpovědnosti a síly nároků, který o to účinněji vystřídala úleva z bezprostředně blízkého, tvůrčího a hravého prostředí týmu fyzioterapeutů.

MGR. HANA SLADKÁ NAPSALA:

Začátek byl mírně rozpačitý, páteční odpoledne a nepřipravené posluchačstvo na aktivní, čejenskou, formu. Postupně se kolegové z publika začali zapojovat a atmosféra byla stále více uvolněná. Převládaly názory, otázky i postřehy lékařů a psychologů, fyzioterapeuti zůstávali se svými myšlenkami spíše sami. Jako fyzioterapeutka nejvíce přemýšlím o tom, jak si stojí fyzioterapie v rámci psychosomatiky. Je stále nebojovou Popelkou na poli psychosomatiky. V týmovém příspěvku Mgr. Týkalové jsme se snažili ukázat, jaké silné nástroje má fyzioterapeut doslova ve svých rukách a jak samy o sobě jsou již bio-psycho-sociálního základu. Úskalí, která fyzioterapii provází, byla v sále až hmatatelná. Fyzioterapeutů byla snad polovina sálu (dle počtu zvednutých

Zatímco s lékaři si psychologové při týmové spolupráci rozumí spíše na racionální úrovni, s fyzioterapeuty se setkávají více v emočně-vztahové oblasti.

Zdravím, Pavel,

rukou na začátku), tedy nás bylo na začátku vidět, ale bohužel nás ještě nebylo dostatečně slyšet. Jako bychom se stále báli prezentovat svoji práci, o které, jak se ukázalo, mnoho psychologů ani lékařů nemá jasnou představu. Doufám, že v budoucnu nás bude více nejen vidět, ale i slyšet, že nebudeme pouze těmi „co zbaví pacienta obtíží“. Odvahu jako nástroj prezentoval MUDr. Kabát (v kontextu diagnostické nejistoty lékaře). Vnímám odvahu také jako velmi důležitý nástroj u fyzioterapeutů, kteří budou chtít kolegům vysvětlit, jakým způsobem s pacienty pracují. Lépe tak můžeme vzájemně rozvíjet společnou psychosomatickou řeč.

Mgr. Hana Sladká



Fotoreportáž z Lékařského domu 13.10.2017 (foto Mgr.Kateřina Šestáková)



AKCE



17.KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI 1.-3. 2. 2018

Známe program!

ČTVRTEK 1.2.		17. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH			
9:00 – 10:00	REGISTRACE				
10:00 – 10:30	AULA ÚVODNÍ BLOK	P1: Kryl, Svačina, Žaloudík?: Tři zdravotce na úvod		10'	
10:30- 11:00		P2: Jiří Šimek: Dítě v dospělém pacientovi		25'	
11:00- 11:30		P3: Radkin Honzák: Duše v bříše aneb střevní mikrobiom u dětí a dospělých		25'	
		P4: Jan Paněšický: Pokus o integraci psychosomatických teorií		30'	
11:30- 12:00	PŘESTÁVKA				
12:00- 12:30	AULA	P5: Barbora Branna: Jak zacházet s PS tématem v pediatrické praxi?		30'	
12:30- 13:00		P6: Ročňová+ Šroubková: Práce s psychosomatickým pacientem...		30'	
13:00- 13:30		P7: A.Večeřová Procházková: Biosyntéza – kontakt, hranice		30'	
13:30- 15:30	OBĚD				
15:30- 16:00	AULA	P8: Kalátar: Psychosomatická dynamika dětského pacienta v ambulanci FT	UČEBNY 1-3 WORKSHOPY	WS 1: Adámková Jana Léčba na pískovišti	
16:00- 16:30		P9: Bláhová a spol.: Vztahy na úrovni těla pohledem fyzioterapeuta		WS 2: Gerlichová: „Naše tělo je hudební nástroj, v dětství i dospělosti“.	
16:30- 17:00		P10: Kotherová: Meditace a narušení vnímání těla		WS 3: Jirmanová: Psychosomatický pacient ve skupinové PT	
17:00- 17:30	PŘESTÁVKA				
17:30- 19:00	AULA	P 11: Bartoš: Tělesnost a kognitivní procesy aneb proč se Descartes mýlí	UČEBNY 1-3 WORKSHOPY	WS 4: Bořchová: Vědomý pohyb ve fyzioterapii	
		P 12: H. Kalábová: Péče o duši - společně ve výchově a psychotherapeutické praxi		WS 5: Odstrčil: Práce s tělem psychotherapie traumatu vzniklém v dětském věku	
		P 13: M. Podzimek: Holistický přístup k pacientovi skrze theonomie		WS 6: R.A. Machander: Bdělá pozornost, vliv na dynamiku stresu	
19:30 - 24:00	PIZZERIA MAŠKOVKA: Voiná konverzace a konzumace na vlastní účet. Restaurace je pro nás zmluvená (VIZ MAPA)		UČEBNA 304	UČEBNA 305	UČEBNA 306



PÁTEK 2.2. 17. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH				
8:00-9:00	REGISTRACE			
9:00-10:30	AULA	P 14: Balcar K.: Tvůrčí součinnost dětí v psychosomaticky zacílené léčbě	30'	
		P 15: Trapková: Jsou závěry prací Z. Matějčka aktuální i dnes?	30'	
		P 16: Hašto: Vztahová vazba a biopsychosociální model.	30'	
10:30-11:00	PŘESTÁVKA			
11:00-11:30	AULA	P 17: Vácha: Zdraví je opravdu celek. Novinky v molekulární genetice potvrzují, co psychosomatici již dávno ví. (30')	UČEBNÍ 1-3 WORKSHOPY	WS 7: Hanibal+ Kleinová: Povídaní (s dětmi) o smrti (90')
11:30-12:00		P 18: Hornová: Příznak jako otevřené dveře		WS 8: Večeřová: Biosyntéza – kontakt, hranice. (90')
12:00-12:30		P 19: Šimečková: Až o tom bude chtít mluvit, tak si řekne		WS 9: Verný: Alice v říši divů. (Další úvod do Procesorientované Psychologie + workshop) (90')
12:30-14:30	OBĚD			
14:30-15:00	AULA	P20: Skorunka a kol.: Individualizovaně, systemicky, narativně...	UČEBNA G315	P 23: Heindorferová, Cichák: PS potíže v rodinách, kde děti vyrůstají v příbuzenské pěstounské péči (30')
		P21: P: Selko: Je možné realizovat model komplexnej PS starostlivosti... (30')		P 24: Havelková: Přehled současných témat výzkumu v psychosomaticke (30')
		P 22: Jandová, Morávek: Computerová kineziologie v diferenciální diagnostice bolestí zad (30')		P25: P: Tolimátová, Bém: Tulipánovi a nábobosna – kasuistika z rodinné terapie (30')
15:00-15:30		U2 WS	WS 10: Kunertová: Když jde do tuhého. Psychoterapie u lůžka vážně nemocného (90')	
15:30-16:00		U3 WS	WS 11: Trapková, Chvála: Ukázka externalizace. Posttraumatický stresový syndrom s následnou epilepsií tříletého dítěte (90')	
16:00-16:30	PŘESTÁVKA			
16:30-18:00	AULA	Téma: Etická dilemata v psychosomaticke. Společná diskuse. Panel. Cena Jana Poněšického.		
18:15-21:00	Raut v předšálí a koncert v aule: Zpívá AKCENT (http://www.akcentliberec.cz/cs/)			

SOBOTA 3.2. 16. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH			
9:00-9:30	AULA	P 26: Cigán J.: Úžas, náboženství a prosociální chování	
9:30-10:00		P 27: Řiháček, Čeveliček: Mechanismy PT změny u PS potíží: Pohled napříč přístupy	
10:00-10:30		P 28: Stehliková a kol.: Jak pacienti s MUS vnímají komunikaci s lékařem?	
10:30-11:00	PŘESTÁVKA		
11:00-11:30	AULA	P 29: Burešová: Postoje pediatrů k psychosomaticke	
11:30-12:00		P 30: Kokešová a kol.: Možnosti psychoterapie během rozvodu	
12:00-12:30		P31: Kaščíková: Súvisia chronickej bolesti s traumatizáciou v detstve a neskoršom živote a štýlom vzťahovej väzby?	
12:30-13:00		Závěr konference, společná diskuse	
POSTERY	Poster 1: Víchová Veronika: Relaxace		

Více na webu SPM: www.psychosomatika-cls.cz



PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2018 ŠTERNBERK 13-14.4.2018

Více na <http://www.plstbk.cz/index.php/aktuality/245-psychosomatmedic2018>



PSYCHOANALYTICKÁ PSYCHOSOMATIKA V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ 13.-15.4. PRAHA

dovoluji si vás pozvat na **mezinárodní konferenci *Psychoanalytická psychosomatika v dětství a dospívání***, kterou pořádá dětská sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a Fakulta humanitních studií Univerzita Karlova **ve dnech 13. až 15. dubna 2018 v Praze**. Své příspěvky přednesou zahraniční i domácí odborníci - Ágnes Hódi (HU), Ann Horne (GB), Michael Šebek (ČR), Lydia Tischler (GB) a další. Veškeré informace o konferenci naleznete v příloženém letáku a na webu ČSPAP - www.cspap.cz. Přihlášky zasílejte na adresu conf@cspap.cz, kapacita konference je omezená.

INTIMITA V PSYCHOSOMATICE 26.5. DOBŘICHOVICE

Již 9. ročník konference Základy komplexního psychosomatického přístupu se uskuteční 26. května v CKP Dobřichovice.

Jako hlavní téma konference jsme zvolili INTIMITA V PSYCHOSOMATICE.

Kdo bude přednášet? MUDr. Chvála, MUDr. Kolátor, Mgr. Pospíšilová, Mgr. Slavíková, Mgr. Stuchlík, doc. Šimek, Mgr. Šimek, Mgr. Šídová, PhDr. Trapková, MUDr. Vondřich, PhDr. Vondřichová, MUDr. Koblic Zedková.

Více na <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminare/>



VYCHÁZÍ

NADĚŽDA ŠPATENKOVÁ A KOLEKTIV: KRIZE A KRIZOVÁ INTERVENCE

Renomovaní čeští autoři hledají odpovědi na otázky, co je to krize, co lidé v krizi prožívají, a zejména kdo a jak jim může pomoci. Charakterizují jednotlivé kroky, které můžete při poskytování krizové intervence sledovat a které vám pomohou provázet klienta jeho krizí.



Publikace se zaměřuje zejména na krizi pramenící ze ztráty (něčeho nebo někoho) a na další krize s tím související. Text čerpá z bohatých praktických zkušeností autorů a prezentuje velké množství příkladů, příběhů a kazuistik. Publikace zohledňuje i četné legislativní změny (nový občanský zákoník, systémové změny týkající se péče o osoby ohrožené domácím násilím, zcela novou legislativu upravující práva obětí trestných činů atd.) a dotýká se aktuálních a často i nových témat – etiky, první psychologické pomoci, psychiatrické léčby, náhlých ozbrojených útoků apod.

Knih je určena pracovníkům v profesích, kteří se při výkonu svého povolání setkávají s lidmi v krizové situaci – psychologům, psychiatrům a dalším lékařům, zdravotnickému personálu, duchovním, pracovníkům v sociálních službách, pedagogům, personálním

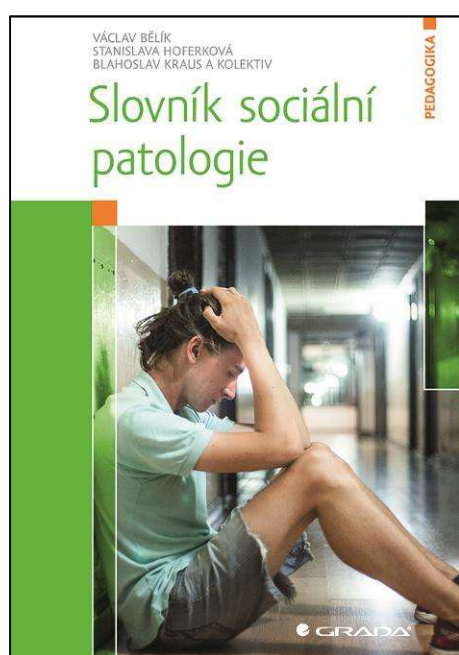
manažerům, pracovníkům integrovaného záchranného systému, linek důvěry a různých dobrovolných organizací, ale také lidem, kteří mají ve svém okolí někoho, kdo prochází krizí a komu by rádi pomohli.

Krize a krizová intervence
Naděžda Špatenková a kolektiv
288 stran, 359 Kč



VÁCLAV BĚLÍK, STANISLAVA HOFERKOVÁ, BLAHOŠLAV KRAUS A KOLEKTIV: SLOVNÍK SOCIÁLNÍ PATOLOGIE

Autoři z katedry sociální patologie a sociologie na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové předkládají vybrané klíčové pojmy z oblasti oboru sociální patologie. Předmětem jejich zájmu je zejména studium negativních společenských jevů, jejich etiologie, stav, způsoby řešení, ale také možnosti prevence. Z tohoto pohledu vychází i výběr uvedených pojmů, které tak mapují nejen problematiku sociální patologie, ale dotýkají se rovněž témat psychologických, pedagogických, právních a dalších.



Slovník je určen především:

- odborníkům z oblasti sociální patologie
- studentům oboru sociální patologie a prevence
- studentům a zájemcům o obory, jako jsou například sociální pedagogika, speciální pedagogika – etopedie, sociální práce,
- adiktologie
- odborné veřejnosti se zájmem o danou problematiku včetně
- uchazečů o obor sociální patologie

Slovník sociální patologie

Václav Bělík, Stanislava Hoferková, Blahoslav Kraus a kolektiv

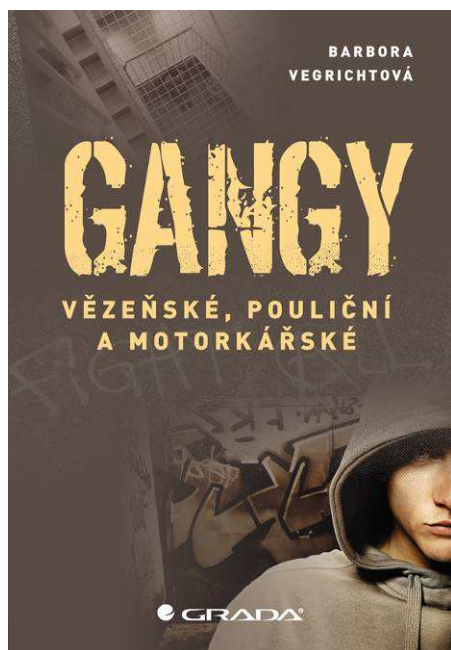
120 stran, 229 Kč



BARBORA VEGRICHTOVÁ: GANGY

Vězeňské, pouliční a motorkářské

Co to vlastně jsou gangy? Jaký význam mají pro bezpečnostní strukturu státu? Znamenají určité ohrožení nebo riziko pro společnost, a existují vůbec takové skupiny v Evropě a v České republice?



Publikace představuje vybrané vězeňské gangy, jejich organizační strukturu, dynamiku, charakter a užívanou symboliku. Charakterizuje nejznámější skupiny hispánských, černošských i rasistických vězeňských gangů, stejně jako nejvlivnější pouliční a motorkářské gangy. Podrobným způsobem popisuje rekrutační techniky, příčiny vstupu do gangu, členskou základnu i nejvýznamnější současné trendy. Zvýšená pozornost je věnována aktuálnímu tématu radikalizace ve věznicích, vazbám mezi gangy a problematice extremismu a terorismu.

Autorka vychází nejen z dlouhodobého studia této oblasti, ale i z empirického šetření realizovaného v prostředí českých věznic. Uvádí ilustrativní příklady imitace symboliky a postupů kriminálních gangů v českém prostředí a vliv tohoto koloritu na osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.

Publikace je určena především kriminologům, psychologům, sociologům, příslušníkům bezpečnostních sborů, pedagogům, studentům vysokých škol sociálního či bezpečnostního zaměření, ale bezpochyby i širší veřejnosti se zájmem o otázky bezpečnosti současného světa.

Gangy

Barbora Vegrichová

192 stran, 299 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:

Lucie Švecová

+420 724 626 350, svecova@grada.cz

GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

www.grada.cz



AUTOŘI GABRIELA VYKYPĚLOVÁ, TAĀANA ŠIMEČKOVÁ: HONZÍK A ZLOBIVÉ HOVÍNKO“

ilustrace Martina Jajcajová

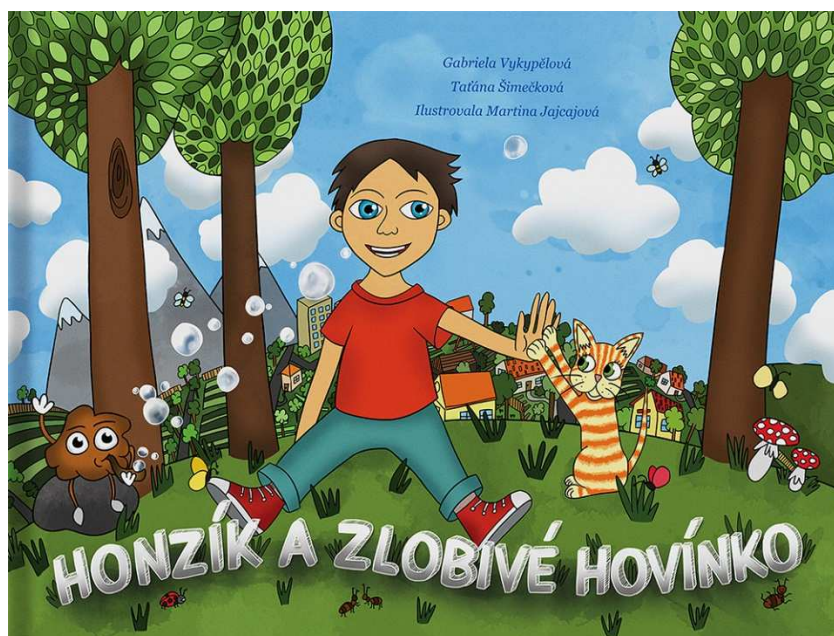
Formát A 4

Vazba: pevná vazba

Rozsah: 27 stran

Prodejní cena: 200 Kč

ISBN: 978-80-87 192-77-1



Jedná se o obrázkovou knihu pro děti, ve které krátké texty jen doplňují primárně obrazové sdělení. Kniha je určena dětem, které mají potíže s vyprazdňováním často spojené s bolestí, strachem a odmítáním použít nočník či toaletu. Tím se vytváří bludný kruh, který vede k zadržování stolice a zácpě nebo i k enkopréze. Kniha je určena především pro přímou práci rodiče s dítětem. Využít ji však mohou i lékaři, terapeuti, speciální pedagogové a výživoví poradci. Vybízí k opakovanému čtení a sdílení, cílem je pochopení a uchopení problému dětskýma očima. Zábavná forma napomáhá k tomu, aby dítě s využitím externalizace hovořilo o tématu, které by v jiném kontextu mohlo vyvolávat pocity studu a bránit komunikaci. Hlavním hrdinou příběhu je Honzík, jeho věrná kamarádka kočička Frída a zlobivé hovínko, které dokáže být pěkně záłudné a škodolibé a někdy si ani neuvědomuje, jaké problémy Honzíkovi působí. Velkou oporou je pro Honzíka jeho moudrá babička Kamila, která mu vše srozumitelně vysvětluje a naučí jej, jak s problémem bojovat. Součástí knihy jsou i pracovní listy pro děti a krátký komentář pro rodiče.

Coprint

Kratochvilka 113, 664 91 Ivančice

te: 541213155

e mail: eshop@coprint.cz

www.studijniliteratura.cz



LITERÁRNÍ KOUTEK



ŠÚSAKU ENDÓ: PŘÍBĚH JEDNOHO ODPUŠTĚNÍ

(Japonsko, 16. stol.)

Komisařství umísťovalo jakoby náhodou mezi křesťany ty, kteří se zřekli víry, a nutilo je, aby donášeli, kdyby se něco chystalo, a vybízeli k odpadlictví. Nebylo jasné, zda Kičidžiró s penězi dostal i takovou nějakou úlohu. Ale pro kněze teď bylo ještě obtížnější tomuto muži důvěřovat.

„Padre — hej. Hej, Padre,“ ozval se Kičidžiró, jakmile poznal, že kněz vstoupil. „Prosím o zpověď. Chci se vrátit k víře.“

Zpovědi s „návratem k víře“ projevovali odpadlíci touhu po obrácení. Věřící, kteří to slyšeli, se mu posmívali.

„Moc mluvíš. Pokaždý chceš něco jinýho. Proč jsi sem přišel, ty hlupáku?“

Kněz však neměl právo zpověď odmítnout. Když byl o ni požádán, nebylo

na něm, aby souhlasil nebo nesouhlasil. S odporem přistoupil ke Kičidžiróvi. Přežehnal ho, odříkal úvodní modlitbu a přiklonil k němu ucho. Když ho do tváře udeřil páchnoucí dech toho člověka, vybavily se mu ve tmě jeho žluté zuby a lstivá očka.

„Poslouchejte mě, Padre,“ zabědoval Kičidžiró tak, aby ho věřící slyšeli. „Já jsem sice padlej člověk, ale kdybych se byl narodil dřív, možná že bych přišel do ráje jako dobrej křesťan. A nebyl bych odpadlík, kterým všichni opovrhují. A jenom proto, že jsem se narodil v době, kdy je křesťanství zakázaný — jsem takhle nešťastnej, ach, jak já jsem nešťastnej člověk —“

„Nemohu ti ještě uvěřit,“ šeptal kněz přemáhaje odpor k jeho páchnoucímu



dechu. „Dávám ti sice rozhršení, ale nevěřím ti. Nevím ani, proč jsi sem vlastně přišel.“

Kičidžiró se vrtěl a těžce vzdychal hledaje slova ospravedlnění. Vycházel z něho pach nejistoty a potu. Kněze letmo napadla otázka, zda Kristus přišel hledat i takovouhle lidskou špínu. Vždyť i špatní lidé v sobě mohou mít něco dobrého, ale tenhle Kičidžiró je jen špinavý jak ty jeho hadry. S nepříjemným pocitem se kněz pomodlil závěrečnou modlitbu a zamručel: „Jdi v pokoji.“ Potom se vrátil k věřícím, aby co nejrychleji unikl zápachu z těch strašných úst i těla.

Nikoli — Pán vyhledával především lidské bytosti špinavé jak hadr, uvažoval kněz, když ležel na podlaze cely. Mezi lidmi, se kterými se Kristus podle Písma stýkal, byli ubožáci postrádající krásy i kouzla, jako ona žena, trpící po léta krvotokem, nebo prostitutka, po níž lidé házeli kamením. Být dojat osobním kouzlem a krásou je snadné. To však ještě není láska. Láska znamená neodvrhnout od sebe ani toho nejubožejšího, vyhaslého člověka, z něhož se stal už jen kus hadru. Kněz si to uvědomoval, ale odpustit Kičidžiróovi pořád ještě nedokázal. Znovu se k němu přiblížila Kristova tvář

a pohlédla na něj vlhkýma, něžnýma očima. Kněz náhle pocítil znechucení nad sebou samým.

Začalo šlapání na *fumie* [=obraz Krista; pozn. red.]. Věřící byli postaveni do řady jako osli vyvedení na trh. Mladí podúředníci — tedy ne ti, kteří to byli před časem — zasedli se založenýma rukama na prkenné lavice. Kolem stáli strážní s holemi v rukou. Cikáda i dnes jasně zpívala, obloha byla azurová a vzduch dosud svěží. Zanedlouho, tak jako každý den, nastane parné vedro. Kněze jediného na dvůr nevyvlekli. Tiskl k mříži propadlou tvář a sledoval obřad, který měl právě začít.

„Čím dřív to uděláte, tím dřív se odtud dostanete. Nikdo na vás nechce, abyste to dělali z přesvědčení. Je to jen formalita, a když na *fumie* šlápnete, nijak své víře neublížíte.“

Úředník znovu a znovu věřícím opakoval, že o nic nejde a že stačí šlápnout. V srdci ať si věří v cokoliv. Po tom, co si myslí, nechtějí oni sami pátrat. Podle rozkazu komisařství má být každý, kdo jen lehce vloží nohu na *fumie*, okamžitě propuštěn.

Šúsaku Endó: Mlčení, Vyšehrad, Praha 1987, s. 118–120



POKYNY PRO AUTORY

Vaše příspěvky jsou redakcí vždy vítány. S ohledem na kompatibilitu publikovaných prací s ostatními odbornými periodiky, ke kterým se počítáme, dodržujte, prosím, následující pokyny.

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.
Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.
Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
Literatura
Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

Recenzní řízení je oboustranně anonymní, pokud to naše malé poměry dovolí. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržených pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový



odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: ... Lieb (1992) soudí, že... *nebo:* Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo viz:* Lieb, 1992)

Citace práce více autorů: Uexküll a kol. (2003) uvádějí... *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají...

Odkazy na více zdrojů: V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)

Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): ...Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý.“ (Lieb, 1992, s. 12)

Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.

