

Jakub Hučín: Hovory o psychoterapii

Praha, Portál 2001

Kapitola 6

Terapie pomáhá nacházet kladné stránky života

Stanislav Kratochvíl



V roce 1958 ukončil studium psychologie na FF UJEP v Brně. Poté nastoupil jako klinický psycholog v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, kde pracuje od roku 1965 jako vedoucí psycholog. V letech 1964-1978 pracoval také jako odborný asistent na katedře psychologie FF UJEP v Brně, v roce 1978 ale dostal z politických důvodů výpověď. Začal přednášet na katedře psychologie FF UP v Olomouci, kde od roku 1991 působí jako profesor klinické psychologie.

Každý v české psychologické, psychiatrické a psychoterapeutické obci ví, kdo je to Stanislav Kratochvíl. Jak jste se k psychoterapii dostal?

O psychoterapii jsem se začal zajímat již při studiu psychologie na filozofické fakultě brněnské univerzity v padesátých letech. Žádná literatura však k této problematice tehdy k dispozici nebyla. Možnost získat přímé informace od těch, kteří se psychoterapií prakticky zabývali, se mi během studia naskytla u tehdejšího doc. PhDr. Roberta Konečného. Ten po politicky vynuceném odchodu z brněnské fakulty nastoupil jako jeden z prvních moravských klinických psychologů v psychiatrické léčebně v Brně-Černovicích, kde se začal zabývat problémy neurotiků. Využíval jednak racionálních rozhovorů s pacienty, ale věnoval pozornost i jejich emocím, zejména těm, které nemohli řádně projevit během prožitých traumatizujících událostí nebo konfliktů. Vlivem těchto potlačených emocí u pacientů přetrvávalo napětí a objevovaly se neurotické potíže.

Psychotropní látky v psychoterapii

Jakým způsobem s neurotickými pacienty tehdejší psychoterapie pracovala? V psychoterapeutických začátcích se objevily na některých pracovištích pokusy usnadnit odraťování emocí pomocí psychotropních látek.

Neurotické potíže můžeme zkusit u pacienta odstranit tím, že mu umožníme prožít znovu tyto emoce za příznivějších okolností v podpůrném terapeutickém vztahu. Docent Konečný začal k těmto účelům používat ve spolupráci s primářem Krátkým inhalační anestetikum narkogen (trichlorethylen). Nakapal kontrolované množství narkogenu na gázovou masku, přiloženou pacientovi na obličej, což vedlo u pacienta k excitační fázi. Při ní byly vybavované traumatické zážitky emočně znovu prožívány a tak odraťovány. Měl jsem možnost několikrát vidět u docenta Konečného tuto metodu a její princip mne zaujal.

Zkoušel jste něco podobného sám?

Když jsem později, v posledním roce svého studia nastoupil v Kroměříži na ženské neurotické oddělení, spolupracoval jsem s primářem Mertlem při podobné metodě, narkoanalýze, při níž se využívalo pomalé nitrožilní vstříkávání uspávacího prostředku thiopentalu. Před usnutím docházelo rovněž ke vzrušení, zejména když se pacientovi připomenula příslušná událost. S primářem Mertlem jsme se domluvili, že vyzkoušíme k účelům odraťování ještě jinou farmakologickou metodu, a to psychotonový interview. Psychoton měl proti tlumivým látkám s přechodným excitačním stádiem některé výhody a některé nevýhody. Vstříknutí třiceti miligramů Psychotonu (amfetaminu) vyvolalo u pacienta na několik hodin silné vzrušení s mnohomluvností, jejíž průběh nebyl komplikován nebezpečím krátkodobé zástavy dechu, které hrozilo u uspávacích prostředků. Závěrečné usnutí při narkoanalýze však zase umožňovalo uklidňující závěr abreakce, který při psychotonovém interview chyběl. Zkušenosti s třiceti šesti hospitalizovanými neurotickými mi nakonec také v roce 1958 poskytly materiál pro moji diplomovou práci "Psychotonový interview v psychoterapii emočních neuros".

Populární byla LSD. Používali jste ji v Kroměříži také?

Ano, v letech 1966 – 1969. Měli jsme k dispozici český preparát Lysergamid, obsahující čistý diethylamid kyseliny lysergové. Zkoušeli jsme účinek v malých i vyšších dávkách k vyvolání “experimentální psychózy” u dobrovolníků, kolegů a studentů psychologie, kteří chtěli více porozumět světu duševně nemocných. Během účinku drogy, trvajících přibližně jeden den, si mohli zažít zrakové přeludy často s velmi živými až jedovatými barvami v rychle se měnících tajemných pohyblivých útvarech, deformace skutečných vjemů i prožívání vlastního těla, změny vnímání prostoru a času a při vysokých dávkách pak i mystické extatické zážitky. Moji tehdejší studenti a nynější kolegové PhDr. Dobrila Hružová a PhDr. Vlastimil Hružka zpracovali zážitky svých kolegů ve svých diplomových pracích. V jedné se zkoumalo, jak prožitky a projevy při intoxikaci souvisejí s osobnostními vlastnostmi pokusné osoby (vycházejí z nich a zvýrazňují je), ve druhé, jak může zážitek ovlivnit názory a postoje. V testech došlo k výraznému snížení myšlenkové nepružnosti a dogmatismu. Studenti oceňovali přínos pro sebezpoznání a rozšíření obzoru pro hodnoty.

U pacientů jsme LSD nepoužívali, v Čechách však existovala dvě pracoviště, kde se s léčebným využitím počítalo. V Sadské začlenil Milan Hausner opakovaně intoxikace do léčby neurotiků - s prožitými halucinacemi se pracovalo podobně jako v psychoanalýze s fantaziemi a sny k pronikání do nevědomých či potlačených zážitků. V Praze začal Stanislav Grof vracet klienty do zážitků z nitroděložního života. Také zkoušel pomocí mystických zážitků vyvolat “psychedelický” nahléd pacientů nad jejich životní osudy a problémy. V obojím pak pokračoval po emigraci do USA.

Proč se psychotropní látky později přestaly v psychoterapii používat?

U LSD to zavinilo především zneužívání mimo zdravotnictví. V USA se staly intoxikace koncem šedesátých let součástí populárního hnutí hippies. Docházelo k nehodám, způsobeným halucinacemi, objevovaly se zprávy o rizikových genetických účincích. Zákonodárce provokoval i známý obhájce drogového hnutí Timothy Leary. Po nějakou dobu ještě zůstávala možnost pracovat s LSD u nás i ve světě na vybraných výzkumných pracovištích, pak se používání zakázalo úplně. Čistý Lysergamid se přestal vyrábět a kvalita substancí nelegálně rozšiřovaných mezi toxikomany je značně pochybná.

Nástup dynamicky orientovaných psychoterapií se nevyhnul na novém pracovišti ani vám.

Po mém nástupu na již zmiňované ženské neurotické oddělení v Kroměříži ode mne primář Mertl přirozeně očekával, že se budu věnovat psychoterapii hospitalizovaných pacientek. Pustil jsem se do toho s nadšením a začal jsem hledat jednak v literatuře, kterou jsem si tehdy musel složitě vypůjčovat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby, a pokoušel jsem se také získat kontakty na jiné psychoterapeuty. Nebylo jich tehdy mnoho.

V té době však již existovala pražská psychoanalytická škola pod vedením manželů Knoblochových a Evžena Wolfa a ti v roce 1956 vydali monografii o neurózách. Z dnešního pohledu obsahuje knížka mnoho překonaných formulací z pavlovovské teorie.

kteřé ovšem v tehdejšímu režimu musely v publikacích být, aby publikace vůbec vyšla, zároveň však obsahovala četné poznatky vycházející z velmi cenného interpersonálního a dynamického pojetí. Taková propagace byla vzhledem k historickým vztahům s ideologicky odmítanou psychoanalýzou riskantní. S těmito autory jsem se začal setkávat na pracovních schůzích tehdejší psychotherapeutické komise Psychiatrické společnosti a mohl jsem si srovnávat, které z referovaných názorů mému pojetí odpovídají a které nikoliv.

Informace, které jsem získával z knih, ze setkávání s kolegy i z vlastní praxe, jsem se pokoušel utřídit a eklekticky formulovat. V roce 1966, kdy jsem byl přijat na částečný úvazek jako asistent na brněnskou katedru psychologie, se mi podařilo připravit pro studenty skripta "Psychotherapie". Ta se při dalším zpracovávání, rozšiřování a získání fotografií představitelů významných směrů stala v roce 1970 podkladem prvního vydání stejně nazvané monografie. Z dalších přepracovávaných vydání nakonec vznikly v současné době stále doplňované "Základy psychotherapie" z let 1997, 1998 a 2000.

Hypnóza je rychlejší než psychoanalýza

V praxi jste používal při terapii také hypnózu. Ta byla v oblasti psychotherapie novou, v té době nepříliš probádanou metodou, fascinovala svými možnostmi a stala se trochu módní záležitostí. Dnes už se o hypnóze v souvislosti s psychotherapií tolik nemluví. Jaké je v současnosti její místo mezi ostatními psychotherapeutickými školami?

Hypnóza byla v historii psychotherapie jedním z nejvýznamnějších postupů. Sugescemi se ovlivňovaly tělesné i psychické potíže. I Sigmund Freud, který se považuje za zakladatele moderní psychotherapie, začínal s hypnózou. Vyučil se jí ve dvou významných a vzájemně si konkurujících francouzských školách, v pařížské škole u Charcota - ten považoval hypnózu za stav uměle vyvolané hysterie - a v nancyjské škole u Bernheima. Pro toho byla hypnóza přirozený stav vyvolaný sugescí. Freud posléze hypnózu opustil ve prospěch své podstatně pomalejší metody volných asociací, pomocí níž se snažil proniknout do nevědomí, k němuž však má hypnóza u hypnabilních osob podstatně rychlejší přístup.

V současné psychotherapii existuje kromě hypnotherapie a freudovské psychoanalýzy mnoho různých proudů, jako je dynamická psychotherapie, hledající kořeny současných problémů v pacientově minulosti, racionální a kognitivní terapie, využívající logickou argumentaci, behaviorální terapie, pracující s nácvikem žádoucího chování, gestalt terapie, usilující o dokončení "neukončených záležitostí", komunikační terapie, zkoumající a upravující interpersonální komunikaci, transakční analýza, odstraňující nežádoucí hry v mezilidských vztazích, logoterapie, zaměřující člověka do budoucnosti na překonávání životních těžkostí uskutečňováním pozitivních hodnot a další. Sugestivní terapie v hypnóze zůstává nadále jednou z řady léčebných možností. Prakticky se nejčastěji využívá tak, že po navození hypnotického stavu se pacientovi zadávají sugesce zaměřené na odstranění jeho chorobných příznaků, například strachů či bolestí, na dosahování žádoucího prožívání a chování a na celkové zlepšování jeho zdravotního stavu. Základní sugestivní formulky se v hypnotickém stavu vícekrát opakují, a to obvykle v sérii hypnotherapeutických sezení.

Účinnost je do značné míry závislá na hypnabilitě pacienta, to znamená na jeho schopnosti se do hypnotického stavu pohroužit a sugesci přijímat.

Rozdílná hypnabilita je chápána jako do značné míry vrozený a daný prvek. Je možné ji i nějak vycvičit?

Schopnost pohroužit se do hypnózy je podle vědeckých výzkumů skutečně vrozená. Svědčí pro to mimo jiné výsledky výzkumu u jednovaječných dvojčat nebo opakované testování těchto osob s mnohaletým odstupem. Výzkumná data jsem shrnul ve své knize "Experimentální hypnóza". Opakováním a "nacvičováním" je možné ve skutečnosti pouze odstranit rušivé faktory, které projevení základní hypnability ztěžují, jako je strach, odpor či napětí u pacienta, nebo jako jsou rušivé podněty zvenčí. Naštěstí se však léčebný vliv sugescí může uplatnit při navození relaxaci i u pacientů méně hypnabilních.

Kromě sugestivní terapie lze díky hypnóze proniknout i k příčinám poruch v emočních zážitcích. Funguje tedy podobně jako psychotropní látky, i když má každá tato metoda jiný základ?

Příslušnými sugescemi je možno vrátit pacienta v jeho prožívání do minulých traumatizujících situací a umožnit tak odreagování potlačených emocí s podobným účinkem jako u abreakce podpořené farmaky. Návrat - regrese - se může týkat jak psychických traumat zodpovědných za takzvanou posttraumatickou stresovou poruchu, tak třeba i různých forem zneužívání v dětství. Taková abreakce, při které pacient znovu prožívá traumatizující události v podpůrné psychotherapeutické atmosféře, může být velmi účinným faktorem psychotherapie, sama o sobě však obvykle nestačí. Je potřebné doplnit ji následujícím rozumovým zpracováním události a jejím začleněním do celkového životního kontextu. Hypnotické sugesci, které následují po proběhlé abreakci, také zdůrazňují, že vliv traumatické události už je překonán a potíže tím ztratily své odůvodnění, takže mohou úplně vymizet.

Zmíňoval jste se o následné sugesci, o rozumovém zpracování a začlenění události do životního kontextu. Jaké další léčebné faktory se při hypnoterapii využívají?

Lze využít například nácvik porušených funkcí, který může hypnóza usnadnit. Mohou to být pohybová cvičení při rehabilitaci poúrazových stavů, ovládnání tiků nebo svalových křečí, nebo cvičení ve fantazii, zaměřená na překonání trémy či zvládnutí stresových situací. Hypnózy se u vnímavých osob může využít ke snižování citlivosti k bolesti u nepříjemných lékařských zákroků, zkouší se k vyvolávání lhostejnosti nebo odporu k nežádoucím návykům jako je pití, kouření nebo přejídání, také slouží k prostému uklidnění a navození duševní pohody.

Mám pocit, že při hypnóze je pacient pod daleko větším vlivem terapeuta než u ostatních psychotherapeutických metod a existuje tedy větší riziko, že bude terapeutem zneužíván. Liší

se v hypnoterapii vztah mezi pacientem a terapeutem od chápání terapeutického vztahu v jiných terapeutických školách?

Je-li hypnóza používána k léčebným nebo experimentálním účelům kvalifikovanými odborníky, kteří se řídí etickým kodexem svých profesí, žádné nebezpečí nehrozí. K pokusům o zneužití by snad mohlo dojít, kdyby se hypnóza dostala do rukou nekvalifikovaných a morálně narušených jedinců. I v takových případech však hypnotizovaný nevyplní příkazy, které by byly v rozporu s jeho morálními zásadami a svědomím.

V hypnotickém terapeutickém vztahu se zpravidla využívá zesílený sugestivní vliv terapeuta, který se podobá vlivu otcovské autority na dítě nebo mateřské péči o ně. Postup však může mít také charakter vztahu symetrického, rovnocenného a kooperativního, v němž terapeut učí pacienta, jak pozitivně využívat sugestivní principy.

V psychoanalýze je terapeut ve vztahu k pacientovi osobou pokud možno neurčitou, aby si do něj pacient mohl promítat své dětské zážitky s rodiči, které se pak postupně zpracovávají. To se označuje jako přenos a analýza přenosu. V nedirektivní psychoterapii podle Carla Rogerse je vztah založen na terapeutově pochopení a empatii, to znamená na vciťování se do klientových zážitků, a na podporování jeho sebezkoumání a otevřeného projevování pocitů. Racionální a kognitivní terapeut argumentuje proti pacientovým nesprávným názorům a behaviorální terapeut mu zadává jako instruktor úkoly k nácvičce správného chování, přičemž kontroluje a chválí dosažený pokrok. Některé školy manipulují s pacientovým chováním i tak, že mu zadávají paradoxní příkazy, například hádat se víc než dosud, usilovat o ještě větší ostudu a podobně.

Vztah mezi pacientem a terapeutem je v každé formě psychoterapie důležitý, jak je však zřejmé, může stát na různých základech. I u jednotlivých hypnoterapeutů se stupeň autoritativnosti či naopak permisivnosti může lišit.

Podobně jako u jiných škol není ani hypnoterapeutická škola jednotná. Jaké názorové proudy se v ní objevují?

Na hypnoterapii i na hypnózu samotnou, na její podstatu, existuje v současnosti několik odlišných názorů. Sami jsme se přiklonili k nejrozšířenějšímu názoru, že hypnóza je komplexní psychologický jev, který zahrnuje čtyři složky. Je stavem zvýšeného reagování na sugesci, je stavem změněného vědomí a je zvláštním vztahem mezi hypnotizérem a hypnotizovaným. Čtvrtou složkou je hypnabilita, individuální vlastnost či schopnost jedince se do hypnózy pohroužit. Někteří experimentátoři se domnívají, že hypnóza jako zvláštní stav vědomí neexistuje, že všechny svérázné hypnotické jevy lze vysvětlit jen jako projevy sugesci. Naopak někteří kliničtí pracovníci, inspirovaní americkým hypnoterapeutem Miltonem Ericksonem, považují hypnózu za stav transu, v němž se pozitivně uplatňuje řídicí činnost pacientova podvědomí, které může za pacienta účelně vyřešit jeho problémy a účinně ho zbavit jeho potíží.

Jak chápete změněný stav vědomí? Jedná se o stav, kdy vystupuje na povrch nevědomí? O změněném stavu vědomí mluví i náboženství v souvislosti s modlitbou, meditací nebo náboženskou extází. Mají spolu tyto typy změněného stavu vědomí něco společného?

Změněné stavy vědomí mohou být různé. Společné je jim hluboké pohroužení do prožívaných vnitřních zážitků s výrazným odpoutáním od vlivů okolí. Reálné smyslové podněty přestávají působit nebo nejsou důležité. Část duševní činnosti disociuje, oddělí se od obvyklého proudu myšlenek. V tom, co se děje uvnitř mysli, se ztrácí rozdíl mezi představou a skutečností.

Pro hypnoticky změněné vědomí je charakteristické, že zůstává zachován kontakt hypnotizovaného s hypnotizérem, který obsah zážitků svými sugescemi ovlivňuje - hypnotizovaný prožívá v daném okamžiku jako skutečnost to, co mu hypnotizér sugeruje. Neověřuje si to a případné logické rozpory mu nevadí. Může se v prožitcích přenášet na různá místa v prostoru i v čase a živě si představovat sugerované scény. Po návratu z nejhlubšího stadia hypnózy, označovaného jako hypnotický somnambulismus, si na zážitky ze změněného stavu vědomí ani nepamatuje. Vzpomínku je mu však možno vrátit.

Hypnózu využívají někteří terapeuti i pro takzvaný návrat do prenatálního stavu nebo do minulých životů, kdy mělo dojít k traumatu, které způsobuje psychické potíže jejich klienta.

Takzvaný návrat do minulých životů navozovaný hypnózou, psychedelickými drogami, jako je LSD, a holotropním dýcháním vychází z víry, nikoliv ze současných vědeckých poznatků. Skutečnost, že někdy může být takový "návrat" terapeuticky účinný, nedokazuje existenci minulého života. Účinek lze vysvětlit na základě očekávání, sugescí a silného emočního zážitku, podobně jako je tomu u mnohých postupů takzvané alternativní medicíny či šarlatánských praktik.

Nechal jste se někdy sám hypnotizovat? Jaké to je?

Sám jsem se pochopitelně snažil, abych zážitek, který vídám u druhých, měl také, a opakovaně jsem zkoušel nechat se hypnotizovat. Za mých studentských let jsem o to požádal profesora Konečného, ale moc se mu to se mnou nepodařilo. Konečně jedné kolegyni na Stanfordské univerzitě se podařilo mě dostat do trochu hlubší hypnózy s určitou regresí do zážitků z dětství. Neměl jsem však potom amnézii a věděl jsem, že to není skutečné. Bohužel tedy nijak hluboce hypnabilní nejsem, i když bych si to přál. Kolegové nebo kolegyně, kteří se nám projevíli během kursů jako vysoce hypnabilní, dokázali potom také s hypnózou zpravidla velmi dobře pracovat, ale podmínka k tomu, aby člověk byl dobrý hypnotizér, to není. Dřív se dokonce myslelo, že hypnotizér nemá být hypnabilní, ale není to tak. Hypnabilita je jedna věc a schopnost hypnotizovat je druhá věc.

Může být dobrým hypnotizérem každý člověk?

Ano a nezáleží přitom příliš, zda je někdo spíše empatický a chápající, to potom bývá taková "mateřská" hypnóza, anebo zda člověk vystupuje sebejistě a při hypnóze se chová sebevědomě a sugestivně. Oba typy vlastností jsou možné. Hypnotizovat z právního nebo etického hlediska může však pouze ten, kdo k tomu má příslušnou kvalifikaci, což je u nás lékař nebo klinický psycholog.

Skupinová léčba neurotických pacientů

Vrtá mi hlavou, proč člověk s takovým odborným záběrem jako vy, zvolil jako své působiště právě léčebnu v Kroměříži? Mohl jste si vybrat prestižnější pracoviště.

Kroměřížskou psychiatrickou léčebnu jsem si jako své působiště vybral už v době svých studií, kdy jsem zde opakovaně z vlastní iniciativy stážíval. Považoval jsem ji a dodnes ji považuji za nejkrásnější léčebnu v České republice, za secesní architektonický skvost v nádherné zahradě. A také ji považuji za pracoviště s vysokou odbornou úrovní a s výbornou pracovní atmosférou. Její prestiž je a vždy byla vysoká. Na rozdíl od tehdejší situace v Čechách, kde byli psychologové převážně omezováni na laboratorní testovou psychologickou diagnostiku, jejíž nálezy se na základě žádanky posílaly psychiatrům, očekávala se na Moravě spíše týmová spolupráce v terapii. Když jsem zde v roce 1957 začal pracovat - nejprve ještě během studií jako sanitář a o rok později po promoci již jako psycholog - řídil primář Mertl specializovaný primariát pro neurotické pacienty s jedním mužským a jedním ženským pavilonem. Měl jsem svoji pracovnu na oddělení ženském, zároveň jsme však organizovali různé společné akce pro obě oddělení. Kromě individuální psychoterapie jsme začali rozvíjet i kolektivní psychoterapii, nejprve jen přednáškového typu, z níž později vyrostla skupinová psychoterapie, využívající především skupinovou dynamiku mezi pacienty.

Jak se skupinová dynamika využívá v léčbě?

Skupinovou dynamiku vytvářejí vztahy mezi členy skupiny a mezi skupinou a jejím vedoucím. Patří k ní normy skupiny, soudržnost skupiny i napětí, které mezi jednotlivými členy vzniká. Patří k ní také různé spontánně vznikající role členů, jako například role hvězdy, neformálního vůdce, odborníka, monopolisty, trpitele, miláčka, moralisty, pesimisty, nenápadného, se vším souhlasícího člena, a naopak opozičnicka, provokatéra, ale také "dítěte", ochránce, pedanta či šaška. V nich se uplatňují minulé životní postoje členů a dají se na nich dobře ukázat problémy, které si někdy pacient sám svým navyklým nepříznivým chováním spoluvytváří. K dynamice patří i vývoj skupiny. Ta může procházet stadiem nejistoty a hledání opory přes stadium zvýšené kritičnosti a odporu až po vznik soudržného pracovního společenství, v němž si pacienti vzájemně poskytují účinnou podporu a pomocí "zpětných vazeb" si vzájemně pomáhají odstraňovat neurotické způsoby chování a prožívání.

Má-li skupina takto fungovat, musí mít určitý počet členů, nejlépe sedm až čtrnáct. Všichni jsou spolu určitou dobu "na jedné lodi" a musí přijmout zásady otevřenosti,

upřímnosti, tolerantnosti a vzájemné pomoci. Terapeut pak skupinové dění přímo nebo nepřímo usměrňuje tak, aby se každý mohl světit se svými životními osudy i současnými potížemi a problémy, aby se prodiskutovala společná témata a aby se věnovala pozornost vztahům, které ve skupině vznikají. V nich se zpravidla odrážejí vztahy pacientů z jejich domácího prostředí. Na tom všem se členové "za pochodu" učí. Mohou jednak pochopit, kde dělali chyby, a jednak si mohou ve skupině odzkoušet jiné, vhodnější způsoby jednání s lidmi a přenést je pak do svého domácího prostředí.

Na tomto principu fungují stovky psychoterapeutických i výchovných skupin. Skupinovou terapii jste využíval u neurotiků přímo na oddělení v léčebně. Jak se tato metoda rozvíjela?

Neurotický primariát byl bohužel v roce 1960 po odchodu primáře Mertla zrušen a primariáty byly nově rozděleny podle bydliště pacientů. Pracoval jsem pak nějakou dobu na uzavřeném oddělení, kde jsem měl příležitost seznámit se hlouběji mimo jiné s problematikou depresí. Hodně jsem se zabýval Franklovou logoterapií, která pomáhá depresivním pacientům hledat a nacházet životní smysl. V roce 1965 jsem dostal příležitost vybudovat centrální psychologické pracoviště, na němž se soustředily všechny důležité testové pomůcky a které pak řadu let sloužilo také jako výchovná základna pro brněnské studenty psychologie.

V roce 1971 se mi po návratu z ročního pracovního pobytu v USA po důkladných přípravách a sestavení terapeutického týmu podařilo na uvolněném pavilonu 18b založit koedukovanou terapeutickou komunitu s lůžky pro dvacet osm neurotických pacientů s šestidenním léčebným pobytem. Teprve tam se mohla v plném rozsahu terapeuticky využít skupinová dynamika. Touto léčbou prošlo v Kroměříži již více než 5.000 pacientů.

Jak je terapeutická komunita pro neurozy organizovaná ?

V rámci komunity fungují dvě samostatné uzavřené skupiny. Nová skupina přichází vždy v polovině pobytu "starší" skupiny. Všichni pacienti se podílejí na různých společných činnostech a programech, od ranní rozvíčky až po večerní klub. Nejdůležitější částí programu je skupinová psychoterapie, která probíhá v pracovní dny denně v trvání jedné a půl hodiny, a to v každé skupině zvlášť. Kromě lékaře a psychologa se účastní i vyškolení koterapeuti z řad středních zdravotnických pracovníků. Ve skupinových sezeních zpočátku převažuje orientace biografická, probírají se životní osudy jednotlivých pacientů. Později se objeví témata společná více členům skupiny. Posléze se pozornost zaměřuje na vztahy "tady a teď", na kterých se mohou ozřejmit problémy vyskytující se v životě pacientů "tam", to znamená doma či v práci, a případně odhalit i souvislosti s tím, co se stalo "tehdy" a co ovlivnilo prožívání a chování jedince ve směru, který se nepříznivě uplatňuje v jeho životě "tam i tady". Večer se pak provádí společně nácvik sebeprosazení nebo nácvik řešení problémů. Denně se také cvičí relaxace formou autogenního tréninku.

Které psychoterapeutické přístupy se vám zdají pro skupinovou psychoterapii nejvhodnější?

Ve skupinové terapii se kombinuje přístup dynamický, který má pacientům pomoci odhalit souvislosti jejich současných problémů v mezilidských vztazích s jejich zkušenostmi v minulosti, a přístup kognitivně-behaviorální. Ten aktivně pomáhá odstraňovat problémy měněním nevhodného chování a myšlení a nacvičováním chybějících dovedností.

Jak spolupracují členové terapeutického týmu ?

Spolupráce koterapeutů ve skupinovém sezení se řídí "pravidlem světových stran". Terapeuti oblečení v civilu nesedí vedle sebe, ale sedí na různých stranách v patientském kruhu. Netvoří ani "rodičovský model", ani "jednotnou frontu", ale vystupují jako autentické osoby s různými pocity a komentáři. To jim umožňuje vcítovat se do různých stránek prožitků a názorů pacientů. Podle potřeby uměřeně zasahují pomocí vhodných technik, vystupují jako moderátoři nebo zůstávají zticha, když skupina pracuje samostatně. Stupeň aktivity a empatičnosti či kritičnosti terapeutů závisí také na osobnosti každého z nich a na jeho koncepci práce. Někdy se proto obě souběžně probíhající skupiny ve svém přístupu dost liší. Rozdíly záleží ovšem také na složení každé skupiny.

Jaké se používají techniky?

Nejvíce si jako speciální techniky cením psychogymnastiku a psychodrama. Každé z nich věnujeme každý týden celé samostatné společné sezení. V psychogymnastice, kterou v Česku zavedli Ferdinand Knobloch a Hana Junová, vyjadřují pacienti své pocity, postoje a vztahy pomocí pantomimy. Jednotlivcům, dvojicím i skupinám jsou zadávána různá témata ke zpracování. Některá z nich mají charakter kolektivních pantomimických her, například vláčky, školka, maškarní ples, soupeřící království nebo ztroskotání lodi na pustém ostrově, v jiných vyjadřují jednotlivci svoje způsoby reagování například při hře na zakázané ovoce, při přechodu přes překážky nebo při usmiřování uraženého. Původní psychogymnastické techniky jsme obohatili i o některé techniky z amerických "skupin setkání", encounteru, v nichž se hodně využívá neverbální dotekové vyjadřování pozitivních a negativních pocitů. Po provedení jednotlivých témat mohou pacienti své pocity vyjádřit slovně. Obvykle si všimají, jak se do "akcí" promítly navyklé způsoby chování nebo minulé zkušenosti jednotlivců.

Čemu slouží psychodrama ?

V psychodramatu přehrává pacient na stupínku pohybem i slovy problematické scény ze svého života. Může si při tom odreagovat traumatické zážitky a také se učit vhodným formám chování v kritických situacích. Terapeut scény režisuje, spolupacienti představují další osoby ve hře. Mohou též představovat dvojníka, vnitřní hlas, "svědomí" nebo posloužit pro výměnu rolí, aby se účastník dokázal vžít do myšlení a pocitů svého protivníka. Diváci pak sdílejí dojmy, uvádějí své podobné nebo opačné zkušenosti, pomáhají hledat a na stupínku přehrávat možná řešení. Předvést, jak to vypadá a jak by to mohlo vypadat, je mnohem názornější i účinnější, než o tom jenom vyprávět.

Jaké problémy se ve skupině objevují nejčastěji?

Mnoho problémů, s nimiž pacienti zápasí, se týká vztahů v manželství a rodině. Proto jsme na tyto oblasti ve skupině museli zaměřit zvláštní pozornost.

O co se nejčastěji jednalo?

Často se jednalo o pocit nespokojenosti v manželství. Ten vycházel ze dvou oblastí. Jednou je komunikace - způsob, jakým si manželé sdělují své názory a pocity, jak hovoří o problémech a jak řeší konkrétní situace. Sdělování může být otevřené, jasné a věcné. Oba se do rozhovoru zapojují, vzájemně si naslouchají, snaží se porozumět stanovisku druhého, věcně argumentují a společně hledají řešení, které by uspokojilo obě strany. Proti tomu stojí komunikace, v níž převládá kritika, vyčítání, připomínání starých chyb, zevšeobecňování, při němž se připisují druhému špatné vlastnosti a nečestné úmysly. Vyskytují se zlostné hádky, ve kterých nezaznívají věcné argumenty, ale argumenty, které mají zasáhnout partnera na citlivém místě. Partneri se vzájemně neslyší a každý jen opakuje svoje. Nakonec se často jeden nebo a druhý urazí a přestanou spolu mluvit. Je zřejmé, že v takových případech je prvořadým úkolem terapeuta naučit manžele spolu řádně mluvit a dosáhnout toho, aby v jejich sdělování převládly složky pozitivní nad negativními, jako je chápající vyslechnutí, ocenění, pochvala nebo humor.

Druhou oblastí byly konkrétní problémy, které vyžadují řešení nebo s nimiž se manželé musejí smířit. Ty rozdělují do pěti okruhů. První vychází z osobnosti. Některé osoby jsou pro stabilní harmonické manželství zřejmě nevhodné nebo rizikové: alkoholici, flákači, výbušní agresoři, hysterky a hysterikové, žárlivci, věční rýpalové či "ubrablaní" pesimisté. Druhý okruh problémů tvoří samotný manželský vztah, v němž se dvě osoby setkávají. Některé povahy k sobě prostě dobře nezapadají. Touží-li jeden po veselé společnosti a druhý po intimitě rodiny, uzavřené vůči okolí, je-li jeden jednostranně zaměřen na kariéru a pracovní úspěchy a druhý si přeje hluboký citový vztah, klade soužití značné nároky na tolerantnost a vzájemné přizpůsobení. Sem patří třeba i nesplněná očekávání finančně zajištěných, ale citově strádajících manželek úspěšných podnikatelů.

Problém pracovně vysoce vytižených otců rodin se v posledních jedenácti letech u nás neustále zvětšuje. Vznikají dokonce příručky radící manželkám takto vytižených mužů, jak se v takto náročném vztahu zachovat.

Vytiženost nebo přepracovanost workoholiků se do partnerského vztahu určitě promítá, a to bez rozdílu, zda jsou úspěšní nebo neúspěšní. Není čas na rodinu, na společné zážitky, někdy ani na sex. Změnit takový životní styl je obtížné, ale při oboustranné snaze pro to jde něco udělat. Právě za mnou ambulantně chodí dvě takové rozhádané dvojice, v nichž muži nejen že chodí pozdě domů, ale ani doma se nedokáží odpoutat od pracovních úkolů, vyřizují, zvoní jim mobil... Žena by si přála "posedět a popovídat", sdílet starosti o děti, o víkendech vyrazit za rekreací a mít společné zážitky, slyšet občas něco o lásce. Vybavená

domácnost, auto a dostatek peněz jaksi nestačí. Musím říct, že se oba muži teď snaží a jejich manželky každý pokrok slovy i vstřícným chováním oceňují.

Muž a žena očekávají od vztahu něco jiného

Rozdílná očekávání v partnerském vztahu jste formuloval do několika zkratk, které se v prostředí manželského poradenství i v naší odborné literatuře ujaly a manželští poradci je považují již za klasické.

Typický muž a typická žena se ve svých očekáváních v našich podmínkách od sebe značně liší. Promýšleli jsme to s kolegy i s mou manželkou a zformulovali jsme rozdílná očekávání u muže a u ženy do čtyř bodů. Ženy očekávají “popo”, posedět a popovídat, a “dupo”, duševní porozumění. Byly by rády, kdyby muž projevoval i “vypo”, vycítil, co žena potřebuje, a žena si nemusela o všechno říkat. Náročnější ženy pak touží i po “vyce”, tedy aby muž vyjadřoval lásku celým svým životem.

Zatímco ženská přání vycházejí především z citových potřeb, jsou očekávání mužů až banálně věcná. “Uu” znamená uvařeno a uklizeno, v domě má být pořádek a vše na svém místě, přičemž však do manželských věcí se žena neplete. “Seza” značí sex, kdy se mu zachce - muž očekává v manželství snadno dostupné uspokojování svých sexuálních potřeb. Manželka by naopak neměla vyžadovat sex, kdy on na to zrovna nemá náladu. “Osta” je obdiv stále - za to, jak dobře vypadá, jak je šikovný, úspěšný i starostlivý, co všechno dělá pro rodinu. “Nesta” pak vyjadřuje přání nezatěžovat domácími starostmi, které se na něj často po jeho příchodu domů snaží žena přenést. Své pracovní starosti považuje muž za daleko důležitější, doma očekává nerušený klid a pohodu.

Pracujeme-li s takovými očekáváními, doporučuji pochopení pro odlišnost pohlaví a střízlivé zvážení, co se splnit dá a co prostě splnit nelze. Existuje také řada speciálních očekávání, která vycházejí z rodinných tradic manželů, například zda v jejich rodině vládl otec nebo matka, jaké postavení měli mezi sourozenci, nebo jakým způsobem se v rodině řešily konflikty.

Některá očekávání v partnerském vztahu se mění s časem. Každá etapa takového vztahu s sebou přináší určitá rizika...

...a také přináší jisté zvláštnosti. To je třetí okruh manželských problémů. Některé etapy disponují ke krizím, které u nás důkladně popsal Miroslav Plzák a naše zkušenosti to potvrzují. Mezi třetím a sedmým rokem se nepříznivě uplatňuje zklamání z úbytku romantičnosti, zesílené vědomí odlišnosti v názorech a zvycích i náročnost zajišťování péče o malé děti. Mezi osmnáctým a pětadvacátým rokem manželství zase může působit určitá prázdnota po odchodu dětí z domova, všednost života, klimakterium, někdy tendence ještě si něco užít mimo manželství.

Zmiňoval jste se ještě o několika dalších problémových okruzích v partnerském vztahu.

upřímnosti, tolerantnosti a vzájemné pomoci. Terapeut pak skupinové dění přímo nebo nepřímo usměrňuje tak, aby se každý mohl světit se svými životními osudy i současnými potížemi a problémy, aby se prodiskutovala společná témata a aby se věnovala pozornost vztahům, které ve skupině vznikají. V nich se zpravidla odrážejí vztahy pacientů z jejich domácího prostředí. Na tom všem se členové "za pochodu" učí. Mohou jednak pochopit, kde dělali chyby, a jednak si mohou ve skupině odzkoušet jiné, vhodnější způsoby jednání s lidmi a přenést je pak do svého domácího prostředí.

Na tomto principu fungují stovky psychoterapeutických i výchovných skupin. Skupinovou terapii jste využíval u neurotiků přímo na oddělení v léčebně. Jak se tato metoda rozvíjela?

Neurotický primariát byl bohužel v roce 1960 po odchodu primáře Mertla zrušen a primariáty byly nově rozděleny podle bydliště pacientů. Pracoval jsem pak nějakou dobu na uzavřeném oddělení, kde jsem měl příležitost seznámit se hlouběji mimo jiné s problematikou depresí. Hodně jsem se zabýval Franklovou logoterapií, která pomáhá depresivním pacientům hledat a nacházet životní smysl. V roce 1965 jsem dostal příležitost vybudovat centrální psychologické pracoviště, na němž se soustředily všechny důležité testové pomůcky a které pak řadu let sloužilo také jako výchovná základna pro brněnské studenty psychologie.

V roce 1971 se mi po návratu z ročního pracovního pobytu v USA po důkladných přípravách a sestavení terapeutického týmu podařilo na uvolněném pavilonu 18b založit koedukovanou terapeutickou komunitu s lůžky pro dvacet osm neurotických pacientů s šestitýdenním léčebným pobytem. Teprve tam se mohla v plném rozsahu terapeuticky využít skupinová dynamika. Touto léčbou prošlo v Kroměříži již více než 5.000 pacientů.

Jak je terapeutická komunita pro neurozy organizovaná?

V rámci komunity fungují dvě samostatné uzavřené skupiny. Nová skupina přichází vždy v polovině pobytu "starší" skupiny. Všichni pacienti se podílejí na různých společných činnostech a programech, od ranní rozvíčky až po večerní klub. Nejdůležitější částí programu je skupinová psychoterapie, která probíhá v pracovní dny denně v trvání jedné a půl hodiny, a to v každé skupině zvlášť. Kromě lékaře a psychologa se účastní i vyškolení koterapeuti z řad středních zdravotnických pracovníků. Ve skupinových sezeních zpočátku převažuje orientace biografická, probírají se životní osudy jednotlivých pacientů. Později se objeví témata společná více členům skupiny. Posléze se pozornost zaměřuje na vztahy "tady a teď", na kterých se mohou ozřejmit problémy vyskytující se v životě pacientů "tam", to znamená doma či v práci, a případně odhalit i souvislosti s tím, co se stalo "tehdy" a co ovlivnilo prožívání a chování jedince ve směru, který se nepříznivě uplatňuje v jeho životě "tam i tady". Večer se pak provádí společně nácvik sebeprosazení nebo nácvik řešení problémů. Denně se také cvičí relaxace formou autogenního tréninku.

Které psychoterapeutické přístupy se vám zdají pro skupinovou psychoterapii nejvhodnější?

Ve skupinové terapii se kombinuje přístup dynamický, který má pacientům pomoci odhalit souvislosti jejich současných problémů v mezilidských vztazích s jejich zkušenostmi v minulosti, a přístup kognitivně-behaviorální. Ten aktivně pomáhá odstraňovat problémy měněním nevhodného chování a myšlení a nacvičováním chybějících dovedností.

Jak spolupracují členové terapeutického týmu ?

Spolupráce koterapeutů ve skupinovém sezení se řídí "pravidlem světových stran". Terapeuti oblečení v civilu nesedí vedle sebe, ale sedí na různých stranách v patientském kruhu. Netvoří ani "rodičovský model", ani "jednotnou frontu", ale vystupují jako autentické osoby s různými postoji a komentáři. To jim umožňuje vcítovat se do různých stránek prožitků a názorů pacientů. Podle potřeby uměřeně zasahují pomocí vhodných technik, vystupují jako moderátoři nebo zůstávají zticha, když skupina pracuje samostatně. Stupeň aktivity a empatičnosti či kritičnosti terapeutů závisí také na osobnosti každého z nich a na jeho koncepci práce. Někdy se proto obě souběžně probíhající skupiny ve svém přístupu dost liší. Rozdíly záleží ovšem také na složení každé skupiny.

Jaké se používají techniky?

Nejvíce si jako speciální techniky cením psychogymnastiku a psychodrama. Každé z nich věnujeme každý týden celé samostatné společné sezení. V psychogymnastice, kterou v Česku zavedli Ferdinand Knobloch a Hana Junová, vyjadřují pacienti své pocity, postoje a vztahy pomocí pantomimy. Jednotlivcům, dvojicím i skupinám jsou zadávána různá témata ke zpracování. Některá z nich mají charakter kolektivních pantomimických her, například vláčky, školka, maškarní ples, soupeřící království nebo ztroskotání lodí na pustém ostrově, v jiných vyjadřují jednotlivci svoje způsoby reagování například při hře na zakázané ovoce, při přechodu přes překážky nebo při usmiřování uraženého. Původní psychogymnastické techniky jsme obohatili i o některé techniky z amerických "skupin setkání", encounteru, v nichž se hodně využívá neverbální dotekové vyjadřování pozitivních a negativních pocitů. Po provedení jednotlivých témat mohou pacienti své pocity vyjádřit slovně. Obvykle si všimají, jak se do "akcí" promítly navykklé způsoby chování nebo minulé zkušenosti jednotlivců.

Čemu slouží psychodrama ?

V psychodramatu přehrává pacient na stupínku pohybem i slovy problematcké scény ze svého života. Může si při tom odreagovat traumatické zážitky a také se učit vhodným formám chování v kritických situacích. Terapeut scény režisruje, spolupacienti představují další osoby ve hře. Mohou též představovat dvojníka, vnitřní hlas, "svědomí" nebo posloužit pro výměnu rolí, aby se účastník dokázal vžít do myšlení a pocitů svého protivníka. Diváci pak sdílejí dojmy, uvádějí své podobné nebo opačné zkušenosti, pomáhají hledat a na stupínku přehrávat možná řešení. Předvést, jak to vypadá a jak by to mohlo vypadat, je mnohem názornější i účinnější, než o tom jenom vyprávět.

Jaké problémy se ve skupině objevují nejčastěji?

Mnoho problémů, s nimiž pacienti zápasí, se týká vztahů v manželství a rodině. Proto jsme na tyto oblasti ve skupině museli zaměřit zvláštní pozornost.

O co se nejčastěji jednalo?

Často se jednalo o pocit nespokojenosti v manželství. Ten vycházel ze dvou oblastí. Jednou je komunikace - způsob, jakým si manželé sdělují své názory a pocity, jak hovoří o problémech a jak řeší konkrétní situace. Sdělování může být otevřené, jasné a věcné. Oba se do rozhovoru zapojují, vzájemně si naslouchají, snaží se porozumět stanovisku druhého, věcně argumentují a společně hledají řešení, které by uspokojilo obě strany. Proti tomu stojí komunikace, v níž převládá kritika, vyčítání, připomínání starých chyb, zevšeobecňování, při němž se připisují druhému špatné vlastnosti a nečestné úmysly. Vyskytují se zlostné hádky, ve kterých nezaznívají věcné argumenty, ale argumenty, které mají zasáhnout partnera na citlivém místě. Partneři se vzájemně neslyší a každý jen opakuje svoje. Nakonec se často jeden nebo a druhý urazí a přestanou spolu mluvit. Je zřejmé, že v takových případech je prvořadým úkolem terapeuta naučit manžele spolu řádně mluvit a dosáhnout toho, aby v jejich sdělování převládly složky pozitivní nad negativními, jako je chápající vyslechnutí, ocenění, pochvala nebo humor.

Druhou oblastí byly konkrétní problémy, které vyžadují řešení nebo s nimiž se manželé musejí smířit. Ty rozdělují do pěti okruhů. První vychází z osobnosti. Některé osoby jsou pro stabilní harmonické manželství zřejmě nevhodné nebo rizikové: alkoholici, flákači, výbušní agresoři, hysterky a hysterikové, žárlivci, věční rýpalové či "ubrublaní" pesimisté. Druhý okruh problémů tvoří samotný manželský vztah, v němž se dvě osoby setkávají. Některé povahy k sobě prostě dobře nezapadají. Touží-li jeden po veselé společnosti a druhý po intimitě rodiny, uzavřené vůči okolí, je-li jeden jednostranně zaměřen na kariéru a pracovní úspěchy a druhý si přeje hluboký citový vztah, klade soužití značné nároky na tolerantnost a vzájemné přizpůsobení. Sem patří třeba i nesplněná očekávání finančně zajištěných, ale citově strádajících manželek úspěšných podnikatelů.

Problém pracovních vysoce vytížených otců rodin se v posledních jedenácti letech u nás neustále zvětšuje. Vznikají dokonce příručky radící manželkám takto vytížených mužů, jak se v takto náročném vztahu zachovat.

Vytíženost nebo přepracovanost workoholiků se do partnerského vztahu určitě promítá, a to bez rozdílu, zda jsou úspěšní nebo neúspěšní. Není čas na rodinu, na společné zážitky, někdy ani na sex. Změnit takový životní styl je obtížné, ale při oboustranné snaze pro to jde něco udělat. Právě za mnou ambulantly chodí dvě takové rozhádané dvojice, v nichž muži nejen že chodí pozdě domů, ale ani doma se nedokáží odpoutat od pracovních úkolů, vyřizují, zvoní jim mobil... Žena by si přála "posedět a popovídat", sdílet starosti o děti, o víkendech vyrazit za rekreací a mít společné zážitky, slyšet občas něco o lásce. Vybavená

domácnost, auto a dostatek peněz jaksi nestačí. Musím říct, že se oba muži teď snaží a jejich manželky každý pokrok slovy i vstřícným chováním oceňují.

Muž a žena očekávají od vztahu něco jiného

Rozdílná očekávání v partnerském vztahu jste formuloval do několika zkratk, které se v prostředí manželského poradenství i v naší odborné literatuře ujaly a manželští poradci je považují již za klasické.

Typický muž a typická žena se ve svých očekáváních v našich podmínkách od sebe značně liší. Promýšleli jsme to s kolegy i s mou manželkou a zformulovali jsme rozdílná očekávání u muže a u ženy do čtyř bodů. Ženy očekávají “popo”, posedět a popovídat, a “dupo”, duševní porozumění. Byly by rády, kdyby muž projevoval i “vypo”, vycítil, co žena potřebuje, a žena si nemusela o všechno říkat. Náročnější ženy pak touží i po “vyce”, tedy aby muž vyjadřoval lásku celým svým životem.

Zatímco ženská přání vycházejí především z citových potřeb, jsou očekávání mužů až banálně věcná. “Uu” znamená uvařeno a uklizeno, v domě má být pořádek a vše na svém místě, přičemž však do manželských věcí se žena neplete. “Seza” značí sex, kdy se mu zachce - muž očekává v manželství snadno dostupné uspokojování svých sexuálních potřeb. Manželka by naopak neměla vyžadovat sex, kdy on na to zrovna nemá náladu. “Osta” je obdiv stále - za to, jak dobře vypadá, jak je šikovný, úspěšný i starostlivý, co všechno dělá pro rodinu. “Nesta” pak vyjadřuje přání nezatěžovat domácími starostmi, které se na něj často po jeho příchodu domů snaží žena přenést. Svě pracovní starosti považuje muž za daleko důležitější, doma očekává nerušený klid a pohodu.

Pracujeme-li s takovými očekáváními, doporučuji pochopení pro odlišnost pohlaví a střízlivé zvážení, co se splnit dá a co prostě splnit nelze. Existuje také řada speciálních očekávání, která vycházejí z rodinných tradic manželů, například zda v jejich rodině vládl otec nebo matka, jaké postavení měli mezi sourozenci, nebo jakým způsobem se v rodině řešily konflikty.

Některá očekávání v partnerském vztahu se mění s časem. Každá etapa takového vztahu s sebou přináší určitá rizika...

...a také přináší jisté zvláštnosti. To je třetí okruh manželských problémů. Některé etapy disponují ke krizím, které u nás důkladně popsal Miroslav Plzák a naše zkušenosti to potvrzují. Mezi třetím a sedmým rokem se nepříznivě uplatňuje zklamání z úbytku romantičnosti, zesílené vědomí odlišnosti v názorech a zvycích i náročnost zajišťování péče o malé děti. Mezi osmnáctým a pětadvacátým rokem manželství zase může působit určitá prázdnota po odchodu dětí z domova, všednost života, klimakterium, někdy tendence ještě si něco užít mimo manželství.

Zmiňoval jste se ještě o několika dalších problémových okruzích v partnerském vztahu.

Čtvrtým zdrojem konfliktů mohou být vnitřní manželské situace, k nimž patří rodinné hospodaření, finance a rozdělení práce v domácnosti, způsoby trávení volného času, výchova dětí a odlišné požadavky na frekvenci a kvalitu pohlavního soužití. Poslední okruh představují vnější okolnosti - vliv rodičů každého z manželů a vztahy s nimi, vliv přátel a nevěra. To jsou záležitosti, v nichž se s pacienty či klienty pracuje snad nejobtížněji.

Ve vašem pojetí nemusí být řešení konfliktů hádkou vždy negativní. Jak může hádka napomoci komunikaci v páru?

Vyzkoušeli jsme dva odlišné přístupy. Jeden, který jsme nazvali "konstruktivní hádka", využívá poznatků kalifornského psychologa George Bacha, s jehož myšlenkami i postupy jsem se seznámil při svém pobytu v USA. Sám svoji původní metodu nazval "čestný boj". Tato forma řízeného rozhovoru mezi manželi má nejprve umožnit otevřené oboustranné vyjádření negativních pocitů. Může se i nadávat, křičet či plakat. Teprve po odreagování nashromážděného napětí a "vyčistění vzduchu" se přistupuje k věcnému zpracovávání konfliktové situace. Technika se hodí jen pro některé páry, kdy alespoň jeden nutně potřebuje své emoce projevit a druhý je ochoten se rovněž zapojit. Po vybití napětí se některým párům věci lépe zvládají, jiné páry se však nedovedou z agresivní či vyčítavé fáze do konstruktivní fáze přeladit. Pak je na místě nabídnutí druhé, čistě racionální techniky "řešení problémů", vycházející z behaviorální koncepce.

V návčiku jde především o formální zvládnutí techniky, kterou pak mohou manželé aplikovat na různé problémy, jež přináší jejich společné soužití. Samozřejmě že technika nepomůže na všechno. Tam, kde jsou problémy zakotveny hlouběji v osobnosti nebo jsou spojeny se závažnými vazbami mimo manželství, jako je tomu u nevěr, vyžaduje krizová intervence náročný individualizovaný postup.

Problematikou partnerských vztahů se zabýváte mnoho let a znáte ji jako své boty. Nedokážete si představit vaše vlastní manželství jinak než jako šťastné.

Jedna věc je vědět a druhá věc je potom poznané realizovat. Já sám si musím své manželství skutečně pochválit. Měl jsem štěstí, že jsem našel manželku, která má pro mě tolik porozumění. Kdybych si byl vzal jinou partnerku, byl bych třeba dnes už rozvedený. S manželkou si rozumíme, žijeme spolu už čtyřicet šest let. Že do partnerských vztahů člověk vidí a u druhých je všelijak napravuje, je jenom jedna stránka věci, druhá stránka jsou jeho vlastní emoce. I člověk, který ví, jak to v partnerských vztazích chodí, se může naštvat, může se cítit nespokojen nebo může být ve svém vztahu nešikovný. I já podléhám takovému zákonitostem a musím své chování nebo prožívání korigovat.

Je třeba říci, že ve výzkumech většinou bývají muži se svým partnerským vztahem spokojenější, častěji si stěžují ženy. Možná by si moje žena také mohla na ledacos stěžovat, například že jsem hodně zaujatý svou prací a svými aktivitami, a jsem tak doma méně, než by si přála. Snažíme se to nicméně vyvážit tím, že si někam spolu vyjedeme a něco spolu zažijeme. Hodně a rádi cestujeme, manželka o tom vede deník. A i když mám sám některé zájmy od ní odlišné, snažím se jí umožnit, aby se mohla věnovat i ona svým.

Vezmu ji na výstavy nebo na koncert, kde se cítí dobře. Nemusíme mít všechny záliby a zážitky stejné, víme však, že se v tom svém rozdílném prožívání musíme podporovat a že si o tom můžeme popovídat. Ona mě třeba díky své orientaci na umění pomáhá udržet si rozhled i ve věcech, o kterých bych bez ní moc nevěděl.

Sex, o kterém se příliš nemluví

Oblasti, o které se příliš nemluví a která je ovšem také zdrojem nedorozumění nebo konfliktů, je sex. I když je západní kultura pyšná na svoji otevřenost v oblasti sexu, zdaleka ne všichni partneři jsou schopni o svém sexuálním prožívání spolu mluvit, přestože se jedná o důležitou součást vztahu.

Sex je nepochybně u většiny párů velmi významnou složkou manželského soužití. Hodně záleží na individuálních potřebách manželů, svoji roli hraje i věk. Časem se může jeho význam zmenšit, vztah stojí na jiných kvalitách. U našich neurotických pacientů i při své činnosti v manželské poradně jsem se často setkával se sexuálním nesouladem, který vycházel z rozdílu v požadavcích na frekvenci sexu nebo v potřebách týkajících se forem či způsobů pohlavní aktivity.

Požadavek na frekvenci sexuálního styku souvisí s tím, co jsme nazvali sexuální temperament nebo sexuální kapacita. Je to biologické založení, určující sílu pohlavního pudu i zdatnost a výkonnost sexuální funkce. V počátcích manželství bývají častěji výraznější požadavky muže, na něž kapacita ženy nestačí. Žena se pak může z určitého přesyčení začít styku vyhýbat a když muž naléhá a styk vynucuje, může vznikat i odpor. Naopak v pozdějším věku touží po styku někdy více ženy a muži se stávají "línými". Pokud je však muž pohlavního styku schopen, neškodí, projevuje-li iniciativu žena.

Druhou složkou je scénář, způsob pohlavní aktivity, který danému jedinci nejlépe vyhovuje. Může se týkat například něžnosti a ráznosti, potřeby dlouhé nebo krátké předehry, romantičnosti a realističnosti, unikání a dobývání před stykem, pasivity a aktivity při styku, přidržování se zaběhnutých zvyků nebo vyhledávání novot. Scénář vychází zčásti ze sexuálního založení jedince a zčásti se utváří významnými sexuálními zážitky během života.

I když si manželé stěžují na nesoulad, nejedná se v uváděných případech o poruchy. Každá reaktivita partnerů je normální, jen neodpovídá přáním a potřebám druhého. Byla-li už volba provedena, stěžít lze doporučovat změnu partnera. I zde je třeba hledat vzájemné porozumění, kompromisy, ohled jednoho na druhého i možnosti určitého vyhovění. Rád uvádím případ dvojice, kdy muž měl poněkud neobvyklé přání zmocňovat se manželky sexuálně tak, že se k ní připlíží, když bude přivázaná ke stromu na lesním palouku. Žena ovšem dávala při styku jednoznačně přednost soukromí v pohodlné domácí posteli. Přesto příležitostně muži v jeho choutkách vyhověla. Muž pak se vzpomínkou na mimořádný zážitek pravidelně uspokojoval sebe i manželku obvyklým způsobem.

Něco jiného jsou sexuální poruchy či dysfunkce, při kterých se jednomu nebo druhému nedaří uspokojivý styk vůbec uskutečnit. I těmto poruchám jsme v rámci naší léčby věnovali systematickou pozornost.

Říkalo se, že na vašem oddělení mohou páry souložit na pracovní neschopenku.

Nebylo to přímo na oddělení, to by určitě působilo jak na hospitalizované manžele, tak na ostatní pacienty rušivě. Měli jsme však řadu let možnost nechat manželskou dvojici přespávat v samostatném vkusně zařízeném pokojíku v takzvaných švédských domcích, staré nouzové stavbě, kam během dne docházeli pacienti uzavřených oddělení do dílen pracovní terapie a do arterapeutického ateliéru. Také zde mohli přespávat studenti při stážích. Pro havarijní technický stav a narušování jednotné secesní architektury léčebny však byly švédské domky před dvěma lety zbourány a tím u nás skončila možnost ustávní sexuální terapie. Dvojice mohou přicházet již jen na ambulantní konzultace a cvičením se musejí věnovat doma.

Jak je možné sexuální život nacvičovat? Řada lidí má pocit, že by měli svou sexualitu prožívat spontánně a ne se v ní cvičit. V čem léčebný sexuální nácvik nebo sexuální terapie spočívá?

Léčebný postup, který v roce 1970 uveřejnili dva američtí autoři, nedávno zemřelý gynekolog Wiliam Masters a psychologka Virginie Johnsonová, vychází z poznatku, že sexuální poruchy jak na straně muže, tak ženy jsou většinou záležitostí obou partnerů a že se nejlépe léčí při jejich vzájemné spolupráci. Využili jsme poznatků těchto i dalších autorů, zejména psychiatricky Heleny Kaplanové, a vypracovali jsme sedmibodový léčebný program, který jsme v letech 1973-1994 uskutečnili u 185 manželských dvojic. Zpravidla byl jeden z dvojice pacientem psychoterapeutického oddělení kvůli neuróze a druhý byl k nácviku přizván v průběhu jeho hospitalizace na dva až tři týdny. Z menší části se jednalo o dvojice, které přišly pouze k sexuálnímu nácviku. Byly rovněž hospitalizovány a začleněny v komunitě do skupinové psychoterapie, v níž bylo možno zpracovat jejich případné vztahové problémy nebo mohla být alespoň podpořena jejich pozitivní komunikace.

Nejčastější poruchou, se kterou partneři přicházejí, je porucha erekce. Ztopoření údu muže není dostatečné k uskutečnění pohlavního styku nebo se v kritickém okamžiku rozplyne. Z psychogenních vlivů se nepříznivě uplatňuje snaha o výkon, nejistota a obava ze selhání. Proto je první cvičení, prováděné v uvolněné atmosféře, zaměřeno na pouhé vzájemné intimní mazlení při navození pocitu bezpečí, vycházejícího ze skutečnosti, že se neočekává uskutečnění pohlavního styku. Pokusy o něj se v některých případech na čas přímo "zakazují". Při předčasné ejakulaci zařazuje dvojice do milostné hry dráždění mužova údu, napřed rukou ženy a pak v její pochvě, opakovaně přerušované při bližícím se výronu, aby se tak předčasný reflex dostal pod kontrolu. Žena, která se nesnadno vzrušuje, se učí soustřeďovat na dotekové podněty, a při chybění jejího orgasmu partneři společně věnují pozornost déletrvajícimu dráždění jejího poštváčku. Později se zkoušejí pomalé pohyby při zasunutém pohlavním údu v různých polohách, někdy souběžně s pokračujícím drážděním klitoridálním. V průběhu nácviku, který v ideálním případě probíhá denně s občasnými přestávkami, podporuje terapeut otevřenou a pokud možno pozitivní

komunikaci partnerů o prožitcích v průběhu jednotlivých navržených aktivit.

Vaginismus, ženská porucha, při níž se poševní vchod při pokusu o proniknutí údu křečovitě stáhne, vyžaduje spolupráci s gynekologem. Při nácviu si nejprve žena sama a pak spolu s partnerem zkouší zavádět do pochvy prsty nebo plastické dilatátory s postupně silnějším průměrem, až nežádoucí reflex vyhasne.

Probíhá nácvik vždy hladce ?

Samozřejmě ne. Může se uplatnit řada nepříznivých vlivů. Těm jsme při hodnocení průběhu věnovali velkou pozornost. Muž se například někdy těžko zbavuje zaměření na soulož jako na úkol, který chce řádně splnit. Jindy potřebnou pohodu a soustředění na půvaby partnerky naruší žena kritikou, výtkami nebo dokonce výsměchem, což jistě pokroku nepomůže. Měli jsme i případ, kdy se žena začala obávat, aby muž při zlepšení erekce nechtěl svoji nově získanou schopnost zkoušet s jinými ženami. Když se léčba začala dařit, začala ji žena svými kritickými poznámkami sabotovat.

Při rozvíjení sexuální reaktivity chladnějších nebo anorgastických žen vadí někdy jejich přehnaný stud nebo předsudky vůči orgasmu dosaženému drážděním klitorisu. Rušit může i nedostatečné soustředění na sex nebo naopak příliš křečovitá snaha se vzrušit. Protože pro ženy je většinou velmi důležitá citová stránka vztahu, naruší se vzrušivost a ochota ke spolupráci snadno manželskými konflikty nebo i jen málo pozorným chováním manžela. To vše je třeba brát při vedení nácviu v úvahu a věnovat pozornost nejen technice, ale i podporování celkové spokojenosti a pohody v duševní složce manželského vztahu.

Sexuální dysfunkce však nemusí mít příčiny pouze v psychice. Co v takovém případě?

To je pravda. U narušené erekce může jít například také o vliv hormonální nedostatečnosti, působení alkoholu a některých léků, poruchy nervového vedení a cévního zásobení penisu. V takovém případě je nutné řádné somatické vyšetření. Současná farmakoterapie nabízí k podpoření erekce zejména sildenafil, Viagru, kterou lze využít jak u organických tak i u psychogenních poruch. Jinou možností je vpich látky, která vyvolává erekci, přímo do topořivých těles penisu. Při selhání veškeré léčby nabízejí urologové voperování jednoduchých polotuhých endoprotéz nebo složité hydraulické penilní protézy, u níž se v případě potřeby vhání pumpičkou tekutina do dutých trubic zasazených do penisu. Psychoterapeutický přístup je však i při takových zákrocích velmi důležitý.

Existují podobné pomůcky i pro ženy?

Pro ženy podobné léčebné metody nemáme. Ženská sexualita však je a zřejmě zůstane mnohem více závislá na psychice, na vztahu a citech, je většinou jemnější a emočnější a vyvažuje do jisté míry mužskou sexualitu, která dává důraz na dobře fungující penis, z něhož muži získávají sebejistotu i část uspokojení.

Viagra se stala světovým hitem a možná i módou. Dnes už se o ni tolik nemluví. Znamenala

opravdu takový zvrat v léčbě poruch erekce ?

To ano. Představuje podstatný krok dopředu, protože léčba je jednoduchá a nenáročná, spočívá jen ve spolknutí tabletky asi hodinu před předpokládaným pohlavním stykem. Viagra působí specificky na prokrvení penisu a to tak, že při sexuálních podnětech podporuje v penisu účinek látek, které způsobují erekci, a blokuje po dobu pěti až šesti hodin účinek látek, které ji ukončují. Pozitivní efekt byl potvrzen jak u poruch psychogenních, tak i různých poruch organických, a to až v sedmdesáti procentech. Léčba je ale drahá - balení se čtyřmi tabletkami po padesáti miligramech stojí přibližně 1.350 Kč. Viagra se také nesmí používat v kombinaci s léky, které se používají u kardiovaskulárních poruch a obsahují nitráty, nitroglycerin. Na chuť k pohlavnímu styku Viagra nepůsobí.

I zde platí, že důležitým předpokladem uspokojivého sexuálního fungování je dobrá interakce s partnerkou a to ani dobrá erekce sama o sobě nezajistí. Nestačí jenom spravit tělesnou funkci a nevzít v úvahu vztah, který člověk prožívá. To, že bude fungovat dobře fyzicky, ještě neznamená, že se automaticky zlepší i situace ve vztahu. Je také důležité s partnerkou probrat, jak ona se k takové léčbě bude stavět. Může mít třeba dojem, že erekce není způsobená její přitažlivostí, ale že se jedná jen o mechanickou nebo farmakologickou záležitost. Když už k nějakému takovému zákroku dojde, je třeba, aby byl zárok užitečný i z pohledu vztahu.

Americká setkávání

Zmínil jste se několikrát o svém pobytu ve Spojených státech. Co vám tento pobyt pro vaši odbornou práci přinesl ?

V období určitého politického uvolnění koncem šedesátých let se mi podařilo navázat kontakty s významnými zahraničními pracovníky v oblasti výzkumu hypnózy, zejména s profesorem Ernestem Hilgardem. Ten mne po ruské invazi do Československa, ještě před tím, než se znovu uzavřely hranice, pozval jako vědeckého pracovníka do své Laboratoře pro výzkum hypnózy na Stanfordské univerzitě v Kalifornii. Pracoval jsem tam od března do prosince roku 1969 a získal jsem velmi mnoho po stránce odborné i společenské. Profesor Hilgard se začal věnovat výzkumu hypnózy až poté, co si zmapoval celou oblast obecně a experimentální psychologie. Je autorem známé učebnice psychologie, jejíž již jedenácté vydání přepracoval kolektiv vedený Ritou Atkinsonovou a která vyšla také v českém překladu. Hilgard kladl velký důraz na vědeckou metodologii výzkumných projektů a na "tvrdá data". Velmi ochotně a účinně mi pomohl se zpracováním a publikací mých kroměřížských výzkumů v odborných amerických časopisech, i s projekty, které jsem mohl uskutečnit v jeho laboratoři. Jedním z takových projektů bylo celonoční elektroencefalografické zaznamenávání spánkových fází u vybraných vysoce hypnabilních studentů, které jsem před nočním spánkem uvedl do hypnózy a u nichž jsem zkoušel v jednotlivých spánkových fázích zadávat jednoduché sugesce. První tři měsíce roku 1970 jsem pak strávil na východním pobřeží USA, v jiné významné laboratoři, u profesora Martina Orna ve Filadelfii.

Během pobytu jsem si našel příležitost navštívit četné významné psychoterapeuty, zejména Rogerse, Yaloma, Maslowa, Watzlawicka, Bugentala a Milтона Ericksona. Do San Franciska jsem pravidelně jezdil na semináře zakladatele transakční analýzy Erika Berna. S řadou dalších významných osobností jsem se setkal na různých konferencích, například se Satirovou, Haleyem, Wolpem, Lazarusem i Perlsem. Možnost hovořit s lidmi, kteří jsou zakladateli současných psychoterapeutických škol a o kterých píšu ve své učebnici psychoterapie, dodala mým informacím osobní rozměr.

Politicky mi déletrvající pobyt v kapitalistické cizině po nástupu normalizace pochopitelně uškodil. Byl jsem naplánován "na odpis" a když jsem si dovolil se v roce 1975 habilitovat na Komenského univerzitě v Bratislavě na docenta, brněnská univerzita moji habilitaci neuznala a v roce 1978 se mnou z podnětu tehdejšího děkana, za souhlasu vedoucího katedry a s požehnáním univerzitní organizace ROH rozvázala pracovní poměr. Naštěstí mi to v mé milované kroměřížské psychiatrické léčebně neuškodilo a tolerantnější Palackého univerzita v Olomouci mne nechala od téhož roku přednášet alespoň jako externího učitele až do převratu, kdy jsem na ní byl řádně jmenován docentem a v roce 1991 i profesorem. Zůstal jsem jí věren a nelituji toho. Na katedře psychologie olomoucké filozofické fakulty vždy byl a je výborný kolektiv.

Na své okolí působíte stále velice čerstvým a mladým dojmem. Jako by vás nic netrápilo. Čím to je?

Po stránce tělesné mi pomáhá rekreační sport: plavání, jogging, turistika, běh na lyžích i domácí ranní rozvička. Po stránce duševní dobré rodinné zázemí a možná i moje životní krédo. Je velmi jednoduché, převzaté z Bernovy transakční analýzy, mám je jako heslo pod sklem na svém pracovním stole: "I am OK, you are OK" - "já jsem dobrý, vy jste dobří". Považuji za velmi důležité objevovat v lidech kladné vlastnosti a pomáhat jim k pozitivnímu vidění sebe i světa. Pacienti k nám často přicházejí s pocitem, že všechno je ve světě, v lidech kolem a často i v nich samých špatné a smutné. My jim pomáháme nacházet ty kladné stránky. A nemusíme se bát vidět je i u sebe.