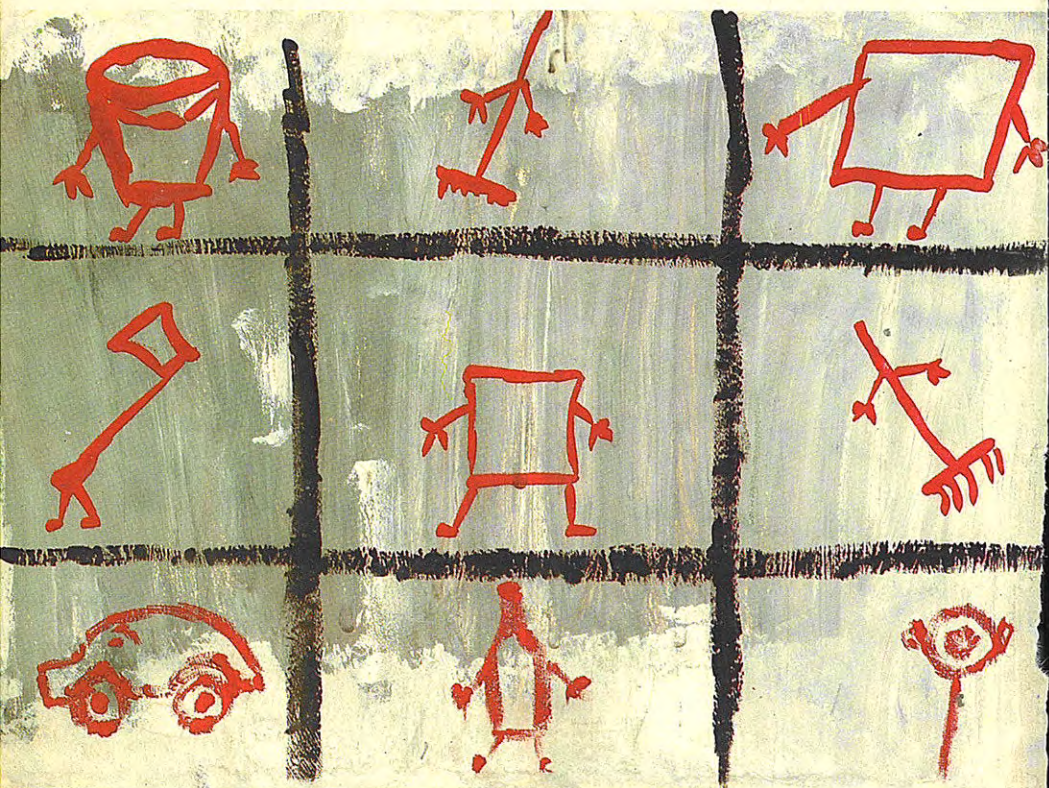


Jan Vymětal

HORIZONT

PSYCHOTERAPIE

PSYCHOTERAPIE



PSYCHOTERAPIE

Pomoc
psychologickými
prostředky

DEVOILÉ
PSYCHO
TÉRAPIE
TÉRAPIE

„Psychoterapie vznikla jako léčebná metoda a vyvinula se v interdisciplinární obor, který je součástí integrální antropologie.

Jako léčebná metoda je charakterizována specifickou (interpersonální, sociální) zkušeností. Pravděpodobně mezi podstatné účinné faktory patří náhled (produktivní, tj. vedoucí ke změně, vyžaduje průběžný nácvik, trénink) a korektivní zkušenost se složkou kognitivní a emocionální.

Psychoterapie probíhá v sociální interakci, ve které jsou zpravidla přítomny verbální i neverbální složky. Interakce má charakter lidského setkání dvou nebo více lidí, kteří jsou si bytostně rovni a tato rovnost zůstává zachována i v asymetrickém vztahu.“ (Zdeněk Mrázek, 1986)

„Psychoterapie je přátelské utkání, při kterém má bodovat terapeut, ale vyhrát pacient.“ (Jaroslav Skála, 1986)

„Považuji psychoterapii za proces vytváření terapeutického prostoru, který ohraničují terapeut spolu s pacientem mezníky vzájemného respektu, důvěry, akceptace a zajištění terapeutického času, jenž je průsečíkem minulosti, přítomnosti a budoucnosti, je naplňován oboustrannou trpělivostí a tím, že oba zúčastnění jsou jeden druhému plně k dispozici.

Terapeut je v předstihu svou odbornou erudicí, pacient svou specifickou zkušeností.

Terapeutický časoprostor umožňuje vznik a rozvíjení zcela mimořádného vztahu, uvolňujícího autosanační síly pacienta. Pacient je terapeutem akceptován jako protějšek - Ty - ne objekt, což je základnou pro lidské setkání, které může přesáhnout rámec psychoterapie.“ (Darja Kocábová, 1986)

„Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy: psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a orgánových funkcí. Může být záležitostí podmíněnou jak psychogenně, tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné.“ (Stanislav Kratochvíl, 1987)

„Psychoterapie znamená sílu k odhodlání duše léčit samu sebe.“ (Vladimír Špalek, 1986)

Zájmová publikace ČÚV Socialistické akademie ČSSR
Komise mimoškolského vzdělávání

PSYCHOTERAPIE

Pomoc psychologickými prostředky

Obálku navrhl Pavel Štefan
Foto: Jan Bartůšek, PhDr. Antonín Šimek
Obrazový materiál zapůjčili: Dr. Darja Kocábová,
PhDr. Antonín Šimek a Jana Vymětalová
2. upravené vydání
Vydal Horizont, nakladatelství Socialistické akademie ČSSR,
v Praze roku 1989 jako svou 1 206. publikaci
Stran 112
Odpovědný redaktor Oldřich Přibík
Technický redaktor Milan Mysliveček

Fotosazbu písmem Times-Digiset zhotovila Svoboda, n. p., Praha
Vytiskly VČT, n. p., Pardubice, závod 4, Havlíčkův Brod
10,56 AA, 10,99 VA
40-014-89
Náklad 6 000 výtisků
Tematická skupina a podskupina 02/9
Cena brož. výtisku Kčs 10,—
510/826

Obsah

Úvodní poznámka	5
Předmluva k druhému vydání	7
Z HISTORIE OBORU	9
Podněty z dějin evropského myšlení	9
Začátky vlastní psychoterapie — vznikání oboru	15
CO JE TO PSYCHOTERAPIE	21
Psychoterapie u dětí a mládeže	22
Psychoterapeutická péče poskytovaná dospělým zdravotnickými zařízeními ..	25
Duševní krize a psychologická pomoc	41
Psychická odolnost vůči zátěži a duševním krizím	51
Klíčové momenty ve vývoji lidského jedince	57
Vymezení oboru psychoterapie	69
PŘEDPOKLADY PSYCHOLOGICKÉ POMOCI	73
Změna osobnosti a chování	73
Psychoterapeutický vztah	82
Psychoterapeutický proces, jeho cíle a výsledky	94
Místo závěru — současnost a perspektivy	103
POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA	107

Použitá a doporučená literatura

- Balcar, K.: Křížovatky psychoterapie — užití psychoterapie u dětí. Psychoterapeutické sešity 1988, č. 24
- Baudiš, P. a kol.: Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře. Edice Zprávy, Praha, Výzkumný ústav psychiatrický 1986
- Blanckovi, G. a R.: Aplikovaná psychologie „Já“. Psychoterapeutické sešity 1988, č. 26
- Borecký, V.: Světy hraček, Praha, Mona 1982
- Černoušek, M.: Psychologie životního prostředí. Praha, Horizont 1986
- Dostálová, O.: Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným. Praha, Avicenum 1986
- Foucault, M.: Psychologie a duševní nemoc. Praha, Horizont 1971
- Haškovcová, H.: Spoutaný život. Praha, Panorama 1985
- Kondáš, O. a kol.: Psychoterapia a reedukácia. Martin, Vydavateľstvo Osveta 1985
- Kratochvíl, S.: Psychoterapie. Praha, Avicenum 1976
- Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie neuróz II. Praha, Avicenum 1983
- Křivohlavý, J.: Já a ty. O zdravých vztazích mezi lidmi. Praha, Avicenum 1977
- Křivohlavý, J.: Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Praha, Avicenum 1985
- Matoušek, O.: Kontexty neuróz. Praha, Avicenum 1986
- Nesnidalová, R.: Extrémní osamělost. Praha, Avicenum 1973.
- Skála, J. a kol.: Psychoterapie v medicínské praxi. Praha, Avicenum 1989
- Syřišřová, E. a kol.: Normalita osobnosti. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství 1972
- Syřišřová, E.: Imaginární svět. Praha, Mladá fronta, 1974
- Vymětal, J.: Empatie — porozumění vcítěním. Psychoterapeutické sešity 1982, č. 8.
- Vymětal, J.: Úzkostné děti a jejich výchova. Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1979
- Zweig, A.: Léčení duchem, Praha, Odeon 1981

velmi dobře vědí, co vede k žádoucím vztahům mezi lidmi, a pokud jde o vliv na osobnost, znají konstruktivní i destruktivní způsoby komunikace. **Konstruktivní komunikace** v běžném kontaktu je taková, která jedince respektuje a vyjadřuje pro něho porozumění. Projevuje se například tím, že do druhého se snažíme vcítit, aniž bychom ho hodnotili. Odkrýváním a seznamováním s duševním životem jiného člověka obohacujeme také sebe a učíme se větší citlivosti a porozumění pro ostatní lidi. **Destruktivní komunikace** nastává, jestliže jedince znejišťujeme, znehodnocujeme, jednáme s ním lhostejně, neosobně, jako s věcí apod.

Domníváme se, že v této oblasti je zdroj rezerv v pomoci člověka člověku, kterou lze příznivě ovlivnit psychiku i chování a zmenšovat duševní strádání provázející lidskou bytost moderní doby pocitem osamocení, nepochopení a často prázdnoty, kterou zaplňuje orientací na životní úroveň, spotřebu a různými dalšími způsoby úniku, vlastně před sebou samým.

Ve vztahu člověka ke druhému člověku se skrývá jedno z mnoha tajemství lidské existence. Dostáváme se k němu hledáním cesty k sobě navzájem, tedy i vzájemným porozuměním, jímž zároveň objevujeme i sebe. Opravdová lidská blízkost pak ústí v uvědomění a prožití lidské jednoty, síly a také odpovědnosti za náš společný svět a jeho budoucnost.

Předchozí údaje vedou k závěru, že profesionální psychoterapeutická péče u nás vyžaduje podstatně většího rozšíření, než je tomu dosud, a to z důvodů léčebných i preventivních. Ostřeji řečeno: **pacientů potřebujících psychoterapii stále přibývá a ne vždy se jim této péče dostane pro nedostatek psychoterapeutických pracovníků.** Z rostoucí poptávky vyplývá jednak nutnost zřizování specializovaných služeb poskytujících tuto formu psychologické pomoci, dále pak bude za potřeby umožnit zdravotníkům osvojení psychoterapeutického přístupu v jednání s pacientem. Předchozími požadavky jsme se dostali k perspektivám psychoterapie u nás a nutno konstatovat, že její další rozvoj je nemyslitelný bez **institucionálního zajištění** této formy péče o klienty a pacienty. Ve zmíněném směru již byly u nás učiněny první kroky. Zřetelné společenské vývojové trendy (zvláště vědeckotechnický a technologický rozvoj) mají za následek, že lidský jedinec je vystavován vlivům rychlých společenských změn, na které není a nemůže být připraven, jelikož jsou zcela nové a chybí mu zkušenost kontinuálního vývoje. Dostává se proto mnohdy do životních situací, jež mohou ústít až do zdravotních potíží a vést k jednostrannému životnímu stylu nebo zátěži. Pomoc psychologickými prostředky, které člověka orientují a ukazují směr, zde může působit jako jeden z činitelů prevence a usnadňovat vyrovnávání s náročnými situacemi. Současně si uvědomujeme, že i při sebelepší organizaci a rozšíření sítě psychologické pomoci nebudou moci profesionální terapeuti zvládnout ohromné a stále narůstající množství potřebných lidí. Lze předpokládat, že proto perspektivně i u nás začne nabývat na významu **laická psychologická pomoc.**

V mnoha zemích se vytvářejí v masovém měřítku tzv. **svěpomocné skupiny** složené zpravidla z lidí, majících nějaký společný problém, ať již zdravotní či sociální. Jejich cílem je si navzájem pomáhat, vyměňovat si informace a racionálně využívat institucionálních forem pomoci. Hnutí svěpomocných skupin vzniklo na základě neuspokojivých zkušeností s odbornými zařízeními, která jsou mnohdy úzce specializována, nepřístupují k lidskému jedinci jako celku a nerespektují také jeho subjektivní stránku. U pacientů pak snadno vzniká dojem, že je s nimi jednáno „bez zájmu“ a jako s „věcmi“. V hnutí svěpomocných skupin, které v modifikované podobě začínají ojediněle vznikat i u nás (např. sdružení rodičů mentálně postižených dětí, pacienti léčení pro závislost na alkoholu a jiných drogách, onkologicky nemocní), se projevuje síla „společného osudu“ a lidské solidarity. Tyto skupiny tvoří jednu z **alternativních forem** péče a starosti člověka o sebe; je to pomoc, kterou si poskytují vzájemně aktivní lidé, cítící odpovědnost za své zdraví i způsob života. Nelze vyloučit, že časem dosáhne u nás většího rozšíření, stejně jako je tomu ve většině zemí s rozvinutou průmyslovou civilizací, kde se laická pomoc nejednou kombinuje a doplňuje s profesionálním vedením.

Další a perspektivní využití psychoterapeutických poznatků laiky při vytváření a uchování duševního i tělesného zdraví vidíme v oblasti **meziosobních vztahů** obecně, obsahujících zároveň ohromný psychoterapeutický potenciál. Základ emoční stability člověka vzniká v dětském věku, dále se pak upevňuje či zeslabuje hlavně vlivem vztahů lidí mezi sebou, tedy každodenním jednáním a komunikací člověka s člověkem. Stejně tak, jako se prosazuje stále více ekologické myšlení, nelze vyloučit, že větší pozornost bude věnována i **kultivaci meziosobních vztahů**, tedy i způsobům, jak lidé spolu jednají a hovoří. Psychoterapeuti

ností jeho osvojení a společenskou poptávkou, jež nakonec vede k jeho institucionálnímu zajištění.

Těžiště výcviku a psychoterapeutického vzdělávání v délce až osmi let je u nás organizováno a vedeno zkušenými praktiky a uskutečňuje se převážně v rámci **psychoterapeutické sekce** České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Vedle této příležitosti využívají psychologové, lékaři a pedagogové i dalších nabídek a možností k získání psychoterapeutického vzdělání. Zmíňme se například o **Kabinetu psychoterapie** zřízeném v roce 1979 při pražské psychiatrické klinice fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. Byl odpovědí na všeobecnou kritickou diskusi, probíhající v rámci psychoterapeutické obce k tehdejšímu stavu psychoterapie v Čechách a na Moravě. Mezi hlavní úkoly Kabinetu psychoterapie, tvořeného dobrovolnými pracovníky — psychology a lékaři — v jejichž čele stojí od samého počátku předseda psychoterapeutické sekce České lékařské společnosti J. E. Purkyně doc. MUDr. **Jaroslav Skála, CSc.**, patří poskytování odborného vedení a pomoci psychoterapeutům v praxi (tzv. supervize), rozvoj teorie psychoterapie a provádění specializovaného psychoterapeutického výcviku. Pro představu, co na poli výcviku a vzdělávání bylo díky iniciativě odborníků v praxi vykonáno, uveďme, že na počátku 60. let nepřesahoval počet kvalifikovaných psychoterapeutů v Čechách a na Moravě 15 osob, dnes se pohybuje kolem 300 odborníků. V posledních letech se výcvikem a vzděláváním v psychoterapii zabývá i katedra psychiatrie a kabinet psychologie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze.

Pro současné stadium uplatnění profesionální psychoterapie v praxi je příznačné, že **psychoterapeutické myšlení a postoje** začínají pronikat do celé medicíny, a dokonce už překročily rámec zdravotnictví. Druhý jmenovaný trend je způsoben tím, že se psychoterapii stále více věnují psychologové a rozšiřují možnosti pomoci lidem psychologickými prostředky o nové oblasti. Z mnohých jmenujme manželské a předmanželské poradenství, výchovné domovy pro narušenou mládež, pedagogicko-psychologické poradny. Psychoterapeutických přístupů se začíná využívat i při vzdělávání vedoucích hospodářských pracovníků, zvláště pokud jde o prevenci psychosomatických onemocnění, jimiž jsou ve zvýšené míře ohroženi.

Uplatnění oboru závisí na dostatku kvalifikovaných psychoterapeutů, jejich odborném vedení a organizačním zajištění psychoterapeutické práce. Dále je to již dříve zmíněná společenská poptávka, která určuje rozvoj oboru. To je okolnost pro nás velmi zajímavá neobyčejně velkou **skrytou poptávkou** nebo potřebou **psychoterapeutických služeb**, neboť bylo výzkumy zjištěno, že přibližně **třetina** dospělého městského obyvatelstva je náchylná k nervozitě, depresi, nadměrné dráždivosti a nespavosti. Také víme, že zhruba **čtvrtina** pacientů všeobecných zdravotních a obvodních lékařů přichází se zdravotními potížemi majícími jasné psychosociální pozadí, kdy nejednou vyslyšení jejich zdravotních stesků pro ně představuje dočasné „řešení“ subjektivně neúnosné situace (např. nespokojenost a konflikty na pracovišti někdy vedou k výskytu psychosomatických příznaků a vystavení pracovní neschopnosti, a tím i „úniku“ ze stresujícího prostředí). Alarmující je též rostoucí spotřeba psychofarmak ordinovaných všeobecnými lékaři.

Naznačený přístup odpovídá uvažování psychologů, kteří se věnují psychologii osobnosti, jež se také někdy nazývá psychologií diferenciální, neboť zkoumá psychické rozdíly mezi lidmi. Obdobně i v případě psychoterapie nás zprvu zajímají **rozdíly**, a to nejen mezi klienty, jejich problémy a životní situací, nýbrž i rozdíly mezi psychoterapeuty a způsobem jejich práce. Důraz na hledání toho, v čem se liší, je důležitý i z hlediska metodologického, protože platí, že lidé (i odborníci) mají při poznávání silný sklon hledat a vidět podobnosti i tam, kde nejsou, a zavírat oči před rozdíly. Dnes již považujeme za prokázané, že různé psychoterapeutické strategie, včetně použitých technik a metod, působí individuálně odlišně — záleží, na tom, kdo je užívá (osobnost terapeuta), u koho (osobnost klienta) a za jakých podmínek. I zdánlivě stejný postup vede k různým výsledkům, stejně tak tentýž výsledek může být různě hodnocen a vykládán. Avšak i zde nalzáme pravidelnosti a zákonitosti, které jsou podkladem k jejich integraci v poznatkový systém obecné platnosti. Jinými slovy řečeno: **diferencující přístup** v teoretickém psychoterapeutickém myšlení je předstupněm vznikající **integrativní psychoterapie**, jež sjednocuje vědecky i prakticky ověřené poznatky různých přístupů v systém mající skutečně obecnou platnost a praktickou použitelnost.

Místo závěru — současnost a perspektivy

Psychoterapie, o které již víme, že je interdisciplinárním oborem, který vychází z psychologie, má mnohdy léčebný vliv a napomáhá člověku k pravdivějšímu sebepoznání a zlepšení kvality jeho života, dospěla v naší zemi do zvláštního postavení. Toto zvláštní postavení je dáno, podle našeho názoru, hlavně tím, že je psychoterapie pěstována převážně v praxi, díky které existuje a rozvíjí se. Ve většině zemí socialistického společenství, na rozdíl od Československa, má psychoterapie své renomované reprezentanty na univerzitách a specializované instituty, kde je prováděna teoreticky, prakticky i pedagogicky. Vzdělávání v psychoterapii i vlastní praxe jsou institucionálně zajištěny. Většina našich odborníků se však svému „řemeslu“ vyučila z vlastního podnětu a iniciativy, nejednou ve volném čase. Jistě nemusíme zdůrazňovat, že se to neobešlo bez řady osobních „obětí a investic“, což je situace zcela ojedinělá až kuriózní, zvláště při srovnání například s NDR a SSSR, kde jsou vzdělávání psychoterapeutů i jejich práce **dostatečně** zajištěny a součástí organizačních struktur. Tento kontrast podtrhneme konstatováním, že do počátku 70. let zaujímalo Československo mezi zeměmi socialistického společenství v psychoterapii vedoucí postavení a sloužilo ostatním státům za vzor. U nás se obor vyvíjel **spontánně**, díky nadšené práci četných praktiků a zůstane nezanedbatelným faktem, že psychoterapeutické myšlení a postoje nenápadně pronikly do vědomí a práce mnoha lékařů a většiny klinických a poradenských psychologů. To je potěšující zjištění, potvrzující sociálně psychologický poznatek, že ke změnám trvalejšího charakteru často dochází pozvolna, diskrétně, unikají běžné pozornosti — a náhle jsou zde.

Uplatnění i rozvoj oboru v praxi — a to nás zajímá nejvíce — jsou dány **mož-**

Z příkladů lze vyvodit, že se jedná o cíle, které mají přispět k odstranění hlavně **vnitřních omezení a překážek** zamezujících pacientovi vést optimální život. Tyto cíle dále zahrnují oblast momentů, které jedince vnitřně obohacují a rozvíjejí jeho osobnost. Znovu opakujeme, že hodnotný rozvoj osobnosti jedince probíhá společně s rozvojem jeho nejbližších.

Skutečnost je taková, že na jedné straně jsou cíle psychoterapie, na straně druhé však její výsledky. Cíle, jako to, oč usilujeme a co společně s pacienty plánujeme předem, a výsledky, kterých fakticky dosáhneme, se nemusí krýt. Zkušené terapeuti bývají při stanovování cílů skromnější a často rozlišují mezi **cíli optimálními a minimálními**. Optimální cíle terapeuta a jeho klienta „táhnou a pohánějí“, minimální „uspokojují a povzbuzují“. Při střednědobé a dlouhodobé psychoterapii si spolu s pacienty klademe **cíle průběžné, dílčí a konečné**, které podle vývoje psychoterapeutického procesu modifikujeme tak, aby byly vždy reálné, dosažitelné, i když lze doporučit, abychom mířili „trochu výše“, protože psychoterapeuti i klienti mívají „rezervy“. Průběžné hodnocení cílů a skutečně dosažených výsledků společně s pacientem je podle našeho názoru nutné, neboť získaná zpětná vazba nás drží v realitě, posiluje pracovní společenství i psychoterapeutický vztah.

Čtení kapitoly Předpoklady psychologické pomoci nebylo snadné, protože byla čtenáři přibližována oblast, která je různorodá a sama o sobě značně komplikovaná tím, že v ní neplatí jednoduché kauzální vztahy. Setkávají se v ní skutečnosti psychologické, sociální a biologické povahy. Také proto je psychoterapie interdisciplinárním oborem. Snažili jsme se vyvarovat přílišného zjednodušování, jež vždy hraničí s vulgarizací oboru. Toto nebezpečí v sobě skrývá i líbivý styl komentování hypotéz senzačními či jinak přitažlivými a „vděčnými“ osudy pacientů a jejich léčbou.

Vzhledem k rozsahu publikace nelze ani rámcově poskytnout informaci o současné situaci a vývojových trendech oboru. Stav dnešní „psychoterapeutické scény“ je nesmírně pestrý a také proměnlivý. Osobně je nám blízký přístup, jenž usiluje o vytvoření **obecného modelu psychoterapie**, zahrnujícího byť dílčí, ale skutečně ověřené poznání a praxi jednotlivých škol a směrů, jichž jsou desítky.

Pro ilustraci náročnosti této cesty uvedme, že to znamená zpracovat a srovnat všechny seriózní výzkumy psychoterapeutického procesu a výsledků léčby a převést je na společného jmenovatele, který umožní vzájemné srovnání. Této práce, za pomoci nejmodernější počítačové techniky a značných finančních nákladů, se například ujal tým prof. **K. Graweho** z univerzity v Bernu. Rozsah a obtížnost jejich práce lze naznačit upozorněním, že ročně je na toto téma ve světě publikováno několik desítek původních a seriózních výzkumných prací, zahrnujících tisíce zkoumaných osob.

Opět jiné týmy — například prof. **R. Bastineho** z univerzity v Heidelbergu nebo **R. S. Lazaruse** z univerzity v Berkeley — vytvářejí teorii psychoterapie nebo se zabývají psychoterapeuticky relevantními psychickými procesy za pomoci přesně vymezených a převážně psychologických pojmů a poznatků, jež nejsou zatíženy přílišným subjektivismem ani naopak jen zdánlivou objektivitou a vědeckostí, která však opomíjí specifické kvality duševních procesů.

běžného života, jichž měl až příliš. Z mnohých se zmiňme třeba o zprvu neovládatelném puzení pomáhat ženám, jež se mu líbily, a chránit je, a to i proti jejich vůli. Změny v postojích a v očekáváních vzhledem k druhým lidem, podobně jako v prožívání a v sebeovládání se uskutečňovaly jen pomalu a v přímé návaznosti na pacientovu identifikaci s terapeutem tak, jak začínal vidět a rozumět souvislostem, ke kterým byl dříve slepý. Pozitivní zvrat k psychoterapii, vedoucí k jejímu urychlení, nastal, když si opakovaně reflektovaně prožil a uvědomil, že se druzí lidé naprosto nemusí řídit tím, co si on přeje, a že ho nemusí poslouchat, i když to s nimi „myslí dobře“ a „má pravdu“. Díky identifikaci s terapeutem začal i sám sebe „mít rád“, vyhýbal se zbytečným konfliktům a nechodil již tak často z principu „hlavou proti zdi“.

Psychoterapeutický proces tak, jak jsme jej vymezili, je plánované a strukturované dění, řízené terapeutem. Jeho cílem je navození žádoucích změn v osobnosti, projevu a chování klienta. Počítáme s růstovou tendencí a autosanační schopností lidského organismu a osobnosti, které (jsou-li psychoterapii podpořeny, případně uvolněny) tyto změny ustavují. Máme zde na mysli změny ve směru **normality osobnosti**, tedy života člověka žijícího podle svých možností a realizujícího sebe, což je **obecný a ideální cíl** psychoterapeutického úsilí.

Není bez zajímavosti, že s touto myšlenkovou intencí se setkáváme v celých dějinách evropského myšlení a kultury. Uskutečňování možnosti je považováno za něco žádoucího a „zdravého“, vlastně i závazného, má-li člověk žít skutečně jako člověk. Například u starořeckého myslitele **Aristotela** (384—322 př. n. l.) je tento pohyb vyjádřen pojmy „entelecheia“ a „energeia“, které přibližně znamenají vnitřní účel věci, danost předem, jež se rozvíjí a naplňuje. Z možnosti se stane skutečnost. Z významných evropských myslitelů doby nové a nejnovější se touto problematikou v souvislosti s člověkem zabývali **S. Kierkegaard** (1813—1855), **F. Nietzsche** (1844—1900), **W. Stern** (1871—1938), **C. G. Jung** (1875—1963), **Th. K. Jaspers** (1883—1969), **M. Heidegger** (1889—1976) a mnoho dalších. Z uvedeného výčtu jmen tušíme, o jak významné téma se jedná.

Obecný a ideální cíl pro každého pacienta konkretizujeme, tedy vyjádříme **konkrétní a individuální náplní**, protože člověk se svými problémy je jedinečný a pochopitelný jen v kontextu dosavadního života a perspektiv.

Jsou cíle, které souvisejí s lepším porozuměním sobě. Například některé pacienty se snažíme přivést k nalezení souvislosti mezi jejich zdravotní obtíží (např. bolestí hlavy, depresí) a způsobem života, který vedou. U jiných klientů opět považujeme za důležité, aby pochopili funkci svých vlastních psychických obranných mechanismů při řešení náročných životních situací. Další cíle terapie mohou být vázány na změnu určitého způsobu chování, povahových vlastností, postojů, názorů apod. Za mnohé jmenujeme posílení sebedůvěry klienta, zlepšení jeho dovednosti účinně a adekvátně se prosadit ve společenství ostatních lidí nebo pomoc při hledání kvalitní náplně volného času.

rapeuta téměř nebere na vědomí. Po 50 minutách (obvyklá délka psychoterapeutické hodiny) setkání bylo terapeutem ukončeno, tentokrát klient neprotestoval a přijal podmětku zdůvodněnou poslední zkušeností a „scénou“, že se vždy předem objedná telefonicky.

Klient se k dalším rozhovorům dostavoval s odstupem 3—4 týdnů, stále zůstával v anonymitě. Později se ukázalo, že se obával sledování, odposlechu telefonických rozhovorů atd. Postupně vyhledával terapeuta stále častěji, „navázal se“ a zhruba po půl roce od prvé návštěvy se domluvili na pravidelných hodinách psychoterapie 1× týdně. V této formě probíhala léčba s kratšími přestávkami (dovolené apod.) přibližně dva a půl roku; občas bylo nezbytné, aby se pacient dostavoval denně či téměř denně — zejména při zhoršování psychického stavu. Až po delší době vystoupil z anonymity a sdělil o sobě něco z minulosti — například jako školák mival opakovaně snížený stupeň z chování pro záškoláctví a konflikty s učiteli. Prvé opravdu vážné psychické potíže se u něho vyskytly na vojně v „příjímači“, kdy nemohl v noci spát a nakonec v afektu napadl nadřízeného, prý s úmyslem ho zabít. Následovala hospitalizace ve vojenském psychiatrickém zařízení, propuštění do civilu, poté několikaměsíční léčebný pobyt v psychiatrické léčebně. Definitivně byl zbaven vojenské povinnosti prý z důvodu údajného psychického onemocnění, též získal částečný invalidní důchod. Po konfliktech s rodiči, ještě před vojnou odešel z domova, bydlel po ubytovnách, a nakonec v podnájmu. Žádného vzdělání, třebaže měl vyšší inteligenci, nedosáhl, vydělával si pomocnými pracemi. Častěji měnil zaměstnání pro nehody s nadřízenými i spolupracovníky atd. Formálně byl léčen také v psychiatrické ambulanci, cítil se však psychicky zdrav a předepsané léky neužíval. K psychoterapeutovi se chodil „radit a diskutovat“.

Po dvou a půl letech pravidelné psychoterapie se jeho zdravotní stav a chování upravily natolik, že bylo možné omezovat frekvenci psychoterapeutických hodin, a tím postupně klienta uvolňovat z vazby vytvořené k terapeutovi. Toto odpoutávání trvalo zhruba rok (nejdříve hodina 1× za 14 dnů, nakonec hodina terapie měsíčně). V době psaní tohoto kazuistického zlozku uplynulo od zahájení terapie devět let. Klient občas psychoterapeuta navštíví, aby se skutečně „poradil“, spíše však poreferoval — a pochlubil se, jak žije. Jedná se o svérázného člověka, jenž mívá vzhledem k ostatním lidem období „nesmířitelnosti“, ale vcelku se chová bez větších nápadností. Intenzivně se spolu se svou partnerkou zabývá turistikou a ochranou životního prostředí, pracuje na plný úvazek, maturoval na průmyslové škole atd. Tím jsme vlastně popsali některé změny, jež se udály mimo rámec vlastní terapie. Pokud jde o vztah mezi terapeutem a jeho pacientem, sehrál podle našeho názoru i v tomto případě stěžejní úlohu. Důležité bylo, že akceptující a zprvu nic nevyžadující postoj terapeuta vyvolal pacientovu důvěru, jež se časem prohlubovala a vedla k pevné emoční vazbě na terapeuta. U pacienta se jednalo o výraznou poruchu osobnosti (hraničně strukturované), což bylo terapeutem včas rozeznáno; zvolil proto terapeutickou strategii „nechat se užít, stát se druhým já pacienta, postupně klást požadavky“. Klient se během doby stále více svěřoval s osobními problémy, jež bylo možné zobecnit jako špatnou sociální adaptaci související s nestálostí, nedůvěrou až vztahovačností k druhým lidem, dále pak s impulsivitou a výbušností. Klient jen zvolna upouštěl od neustálého obviňování okolí, až posléze dospěl k názoru, že mnoho těžkostí si způsobuje sám svou povahou a chováním. Rozhodl se změnit a s terapeutem společně hledal řešení problémových situací svého

nu, jež by měl obsahovat i „péči o tělo“, která bývá většinou pacientů zanedbávána. Vzhledem k jednotě duševních a tělesných dějů je třeba i jemu věnovat náležitou pozornost. Někdy i úprava životosprávy a získání lepší fyzické kondice, vede velmi rychle ke zlepšení psychického stavu. Tuto skutečnost nechceme přeceňovat, běh, plavání, návštěvy sauny a tělesná cvičení nejsou všechno, ale stále je terapeuti, a tedy i jejich pacienti v praxi podceňují.

Teprve tehdy, jsou-li klient i terapeut na terapii připraveni, může se začít odvíjet psychoterapeutický proces dle předem uváženého plánu.

Do naší práce tím vnášíme řád, o který se všichni zúčastnění opírají. Nesmí být rigidní, protože průběh psychoterapeutického procesu se dá odhadnout jen rámcově a pravidlem bývá, že přináší četná překvapení a zvraty. Z toho plyne, že léčebný plán, tedy postup pomoci, musíme dle nově vzniklých situací modifikovat — a vlastně jej neustále vytváříme. Obecně platí, že čím jsou z psychoterapeutického hlediska klient a jeho problémy složitější, tím nesnadněji se racionálně odhaduje průběh léčby a tím více je nezbytné využívat intuici a osobní profesní zkušenost, v níž se projevuje psychoterapeutovo „umění“. Jsou také pacienti, u kterých žádný plán předem dělat nemůžeme, protože spolupracují nespolehlivě, jednají především iracionálně a pod přímým vlivem poruchy své osobnosti nebo vážného duševního onemocnění. Popsané pracovní společenství s nimi nevznikne, nebo až po dlouhé době. Přesto pomoc psychologickými prostředky potřebují a tato forma léčby by jim mohla pomoci.

Pro ilustraci dlouhodobé a obtížné psychoterapie uvedeme příklad z praxe. K psychoterapeutovi se dostavil mladý, asi dvacetiletý muž s tím, že si potřebuje promluvit. Po dosednutí překvapil tím, že začal střídavě plakat a rozpačitě se smát, chvílemi obojí najednou. Terapeut účastně a vstřícně seděl a čekal, co bude dále, nic neřikal. Asi po 20 minutách se příchozí náhle uklidnil, poděkoval a zeptal se, zda může opět přijít. Na žádném konkrétním termínu se nechtěl domluvit, neboť nevěděl, kdy terapeuta bude potřebovat, stejně odmítl objednat se telefonicky předem. Později, vlastně po létech léčby, se přiznal, jak toto přijetí, kdy se ho nikdo na nic neptal a bylo mu vyhoveno, bylo rozhodující pro vznik důvěry k terapeutovi. Zhruba za 14 dnů se znovu dostavil; kromě již zmíněného emočního doprovodu (avšak nižší intenzity) se snažil útržkovitě a málo srozumitelně sdělit něco o problémech, která má na pracovišti prakticky se všemi lidmi. Hovořil značně zmateně, v celkovém projevu převládala pláč, smích, dlouhé pauzy. Asi po hodině byl terapeut nucen kontakt přerušit, protože příchozí nebyl objednan, přišel nečekaně a v čekárně již seděl jiný pacient. Reakce dosud neznámého mladého muže byla bouřlivá — výčitky, vztek, zadržovaný pláč. Opakované vysvětlení (nikoli omluva) nepomohlo, dotýčný odešel rozčilený a uražený. Oproti tehdejšímu očekávání terapeuta se opět ozval, tentokrát telefonicky a požádal o rozhovor. Byl objednan a dostavil se celkem v dobré náladě. O posledním setkání končícím rozrušeným odchodem vůbec nemluvil. Tentokrát měl rozhovor ráz monologu pacienta, terapeuta sebevědomě seznamoval se svými hyperkritickými názory týkajícími se všeho možného. Terapeut se snažil monolog přerušit a stočit řeč na eventuální osobní problémy klienta, avšak bezvýsledně; všechny pokusy jakoby „mimořádně“ odmítl a dále pokračoval v hyperkritickém výkladu „proti všem“. Jeho projev vyvolával dojem, že te-

Zabýváme se psychoterapeutickým procesem, tedy vlastním jádrem terapie. Je nutno se však alespoň zmínit o některých okolnostech, bez nichž by psychoterapie byla těžko uskutečnitelná nebo málo účinná. Otázka tedy zní: co dělat, aby byly vytvořeny předpoklady pro opravdu účinnou pomoc klientovi? Na prvním místě bychom jmenovali správnou indikaci pacienta nejen pro psychoterapii obecně (přítomnost problematiky ovlivnitelné psychologickými prostředky, alespoň průměrná inteligence a ochota spolupracovat atd.), nýbrž i **indikaci specifickou**, tedy dle „povahy případu“ a dosažitelnosti terapeuta kompetentního v žádoucím přístupu a ochotného se klienta ujmout. Nalezne-li pacient „svého“ terapeuta a terapeut „svého“ pacienta, je nutná **zevrubná příprava toho, co je potřebné pro pomoc a průběh terapie, včetně dohodnutí pravidel**. Znamená to prohovřit, jaké chování se očekává (u jednotlivých psychoterapeutických postupů to může být značně odlišné), informujeme o předpokládaném průběhu terapie, podrobněji probereme, co očekává klient od léčby apod. Domluvíme se na frekvenci setkání a na předpokládané délce léčby, kterou je možné měnit. Předpokládáme-li terapii opravdu dlouhodobou, prvních několik terapeutických hodin je „na zkoušku“, a pak se rozhodneme v pokračování nebo změním léčebný plán za vhodnější. Za důležité považujeme upozornit na reálné možnosti terapie, jež bývají skromnější, než by si většina klientů, ale i terapeutů, přála.

V přípravném období před léčbou ustanovujeme mezi terapeutem a klientem dobré **pracovní společenství**, kdy se oba stávají spojenci a spolupracovníky. Tato báze musí být naprosto reálná, racionální a měla by pomoci překonat i případná úskalí a nedorozumění, jež se mohou vyskytnout během psychoterapeutického procesu — a někdy k němu i patří. Například některý klient časem nabývá nespřímného dojmu, že se mu terapeut málo věnuje, či že potřebuje změnit léčbu nebo terapeuta.

Součástí přípravy je i **prohloubení motivace pacienta pro psychoterapii**. Zpravidla se to děje tak, že prohovoříme přání i očekávání pacienta a pravdivě se k nim vyjádříme, neslibujeme nemožné. Od samého počátku musí klient cítit naši povinnost a osobní zájem na pomoci. Motivaci zvyšujeme nabídnutím pravdivějšího sebezpoznání, možností lepšího uspořádání osobního života a alespoň zmírnění zdravotních obtíží, jež ho k nám přivádějí. Současně a opakovaně zdůrazňujeme nutnost jeho **aktivní spolupráce, upřímnosti a odpovědnosti**, kterou za něho ve věcech osobního rozhodování nepřejímáme.

Další krok v přípravě klienta na psychoterapii spočívá v tom, že s ním **důkladně probereme** a případně seřadíme podle subjektivní důležitosti jeho **problémy**. Jejich vymezení, pojmenování a vlastně zmapování předpokládá již jisté porozumění, přináší klientovi určité jasno a má psychoterapeutickou hodnotu. Dále pak určíme, alespoň předběžně, **konkrétní cíle**, o něž budeme společně usilovat. Víme-li, jaké jsou problémy a co chceme změnit, rozhodneme o způsobech, jak toho dosáhnout. Klientovi nabídneme možnosti a společně vybereme nejvhodnější. Proto je tak důležité, aby terapeut ovládal více přístupů, strategií a metod — nejlépe „od všeho něco a od něčeho hodně“ — a mohl tak poskytnout klientovi bohatší „nabídku“, tedy i větší šanci dosáhnout cíle rychle a pro pacienta šetrivě. Některé terapeutické postupy jsou totiž značně subjektivně zatěžující a ne vždy nezbytné. Terapeut se pak spolu s pacientem domluví na **léčebném plá-**

V popsaném případě byla poměrně včas podána pomocná ruka člověku, který ji hledal, a tím vlastně již předem vnitřně „zrál“ k obratu zaměřenému na zdraví a oživení osobního rozvoje, byť trpěl depresemi. Aktivní hledání pomoci je prognosticky příznivý ukazatel, klientka byla pro léčbu psychologickými prostředky plně motivována.

Na uvedené ukázce jsme si mohli povšimnout tří stránek psychoterapeutického procesu. Je to **vztah mezi terapeutem a klientem**, jenž se vyvíjí dle určitých zákonitostí. Klient se vnitřně mění především na základě svého měnícího se postoje k terapeutovi — to ukazuje, že psychoterapie se odehrává v rámci vztahu. Známkou zdárně probíhajícího psychoterapeutického procesu je zvětšování rozsahu a hloubky již dříve vysvětlené sebeexplorace. To platí pro individuální i skupinovou psychoterapii. Nutno alespoň upozornit, že při skupinové léčbě jsou významné **vztahy členů skupiny mezi sebou** během skupinových setkání — a ve fantazii mimo rámec skupinové práce. Skupina jako celek má svůj vývoj a dynamiku tvořenou měnícími se vztahy členů skupiny mezi sebou, lze proto hovořit o skupinovém procesu. Obdobu sledáváme i u rodinné terapie.

Druhou stránku psychoterapeutického procesu nazveme **řešení životní situace**. Život lidí vyhledávajících naši pomoc je zcela pravidelně naplněn nejméně jedním závažným problémem vytvářejícím jejich životní situaci, která vyžaduje řešení. Zpravidla těchto problémů bývá více, často jsou ve vzájemné návaznosti, „řetěží se“, zde je pak nutné najít ústřední, nejpalcivější problém a tím začít. V rámci psychoterapeutického procesu těžkosti nalézáme, klient si uvědomuje jejich osobní i objektivní význam, volíme vhodné strategie k jejich zvládnutí. Z tohoto hlediska je psychoterapeutický proces naplněn zvažováním, rozhodováním a volbou, lze jej pojmut i jako **řešení problémových nebo krizových situací**. Tyto situace mohou být zcela subjektivní povahy s dopadem na chování klienta a jeho okolí (např. pocit méněcennosti, sluchové halucinace, prožívání výrazné ambivalence ve vztahu k autoritě) nebo mají ráz objektivních překážek a reálných zátěží přicházejících z vnějšku (např. toxikomanie partnera, nemožnost přiměřeného uplatnění svého vzdělání a schopností, finanční těžkosti, chronicky nemocné dítě). Většinou se jedná o kombinaci subjektivních a objektivních faktorů, neboť jsme to my sami, kdo se vyrovnává a potýká s reálným světem jako každodenní nutností.

Třetí rys psychoterapeutického procesu je výslednicí předchozích dvou a nazveme jej **změnami projevovanými mimo rámec terapie**. Ty jsou opravdu důležitým a podle našeho názoru vůdčím kritériem úspěšnosti či neúspěšnosti léčby. Během psychoterapeutického procesu by měl být klient stále více schopen přenášet do svého reálného života to, co získal společnou prací s terapeutem nebo ostatními členy skupiny při skupinové léčbě. Psychoterapeutická situace je umělá, modelová a je vlastně místem, kde se pacient připravuje pro život. Rozhodně nesmí pacientovi (ani terapeutovi) nahrazovat vlastní reálné žití. Vzpomeňme té části knížky, kde jsme se zamýšleli nad změnou jakožto psychologickým pojmem. Uvedli jsme, že změna má stránku rozumovou, citovou a akční. A právě na základě psychoterapeutického procesu, kde jsou tyto kvality záměrně ozvíjeny, dochází k přenesení změny vzniklé v rámci terapie do reálného života — a to je nejcennější.

si definitivnosti rozchodu se u klientky prvně projevila deprese, jež byla, jak tomu u depresí bývá, reakcí na ztrátu důležitého vztahu. Onemocnění matky spolu se subjektivně neutěšeným rodinným životem znamenaly pak hlavní zátěž a udržovaly její zdravotní potíže, které se stávaly součástí jejího života, a okolí i ona sama s nimi začínala počítat. Vlastní život pociťovala jako prázdný a bez budoucnosti. Žila jen z povinnosti kvůli dítěti, bylo pravděpodobné, že by si jinak vzala život.

Během rozhovorů se ukázalo to, co se projevilo v oslabené formě i ve vztahu k terapeutovi — silná tendence se navázat, druhého si idealizovat, a posléze na něho klást zvýšené nároky, jimž druhá strana těžko může vyhovět. Emočně nesené nárokování a očekávání nebylo splněno, což mělo za následek zklamání a pohrdání (ve vztahu k manželovi) a pravděpodobně i rozchod s milencem. Sexuální pouto, jež je spojovalo, se časem neukázalo být natolik pevné, aby uneslo subjektivní požadavky klientky ve vztahu k partnerovi. Během psychoterapeutických rozhovorů si uvědomila, že životně nutné potřebuje blízký vztah, jež dosud vlastním chováním a postoji znemožňovala udržet a rozvíjet. Dospěla k názoru, že manžel je i přes nedostatky, které na něm shledává, v zásadě spolehlivý, má syna rád a jeho „izolační tendence“ asi souvisí s jejím, zprvu manžela značně nárokujejícím a později příkře odmítavým, chováním. Začínala pociťovat vzhledem k němu vděčnost a uvědomovat si jeho hodnotu a vlastně i stabilitu; to vše bylo provázáno pocitem provinění za bývalý mimomanželský vztah. Terapeut tento narůstající pocit, jenž mohl opět lepší se depresi zhoršit, mírnil poukazem na „daň“, kterou zaplatila zdravotními obtížemi, možností „odčinění“, ale především tím, že teprve po uvědomění si souvislosti nese plnou odpovědnost — jako dospělý člověk. Současně podporoval rodici se hněv na bývalého milence v souvislosti se způsobem rozchodu. Hněv jako jedna z forem agrese totiž dokáže osobnost člověka stenozovat a jeho vnitřní svět oživit. Klientka si také uvědomila, že monotónní administrativní práce, kterou v zaměstnání vykonává, jí nevyhovuje hlavně proto, že nepřichází téměř vůbec do kontaktu s lidmi. Rozhodla se změnit místo.

A jaké změny bylo možné pozorovat **mimo situaci terapie**, tj. v reálném životě? Z referencí klientky vyplynulo, že se stále více chová „nedeprisivně“ — živěji a se zájmem o okolí. K manželovi se prý projevovala přívětivěji, dokonce s ním, jak uvedla, sebekriticky hovořila o vzájemném vztahu, probouzela se v ní opět sexuální potřeba. Také si aktivně začala hledat jiné zaměstnání.

Po výrazném zlepšení zdravotních obtíží, daném tím, že se dostala do péče psychoterapeuta, který se jí opravdu plně věnoval a pomohl „zpracovat“ vztahovou problematiku vedoucí k depresi, bylo možné terapii ukončit. Ke zlepšení zdravotních obtíží také přispělo, že klientka pochopila svoji životní situaci v souvislosti s možností reálné změny k lepšímu (vztah k manželovi, zaměstnání).

Důležitým léčivým agens a „motorem“ psychoterapeutického procesu byl vztah k terapeutovi, který byl v psychoterapeutických hodinách pacientce plně k dispozici, dodával jí jistotu a oporu. Podněcoval ji v samostatném hledání a řešení situace, potřebu klientky se na něho zprvu „navázat“ přijal, ale nepodporoval. O vzájemném vztahu s pacientkou opakovaně mluvil, a tím jej držel v mezích žádoucích pro psychoterapeutický proces, takže ukončení terapie nebylo problémem.

s cílem navozování změn nazýváme **psychoterapeutickým procesem**. Přesněji bychom jej vymezili jako **plánované a strukturované dění řízené terapeutem, s cílem navození žádoucích změn v myšlení, prožívání a chování klienta**.

Pro ilustraci si uvedme příklad průběhu psychoterapeutického procesu. K léčbě psychologickými prostředky byla doporučena třicetiletá žena, vdaná, matka šestiletého chlapce, povoláním administrativní pracovnice, jejímž zdravotním problémem byly depresivní rozlady spojené se sebevražednými myšlenkami. Tyto potíže trvaly s kolísavou intenzitou zhruba rok, od samého počátku byla léčba psychofarmaky bez výraznějšího efektu. Lékaři se svěčila se sebevražednými myšlenkami a ten jí okamžitě navrhl hospitalizaci v psychiatrickém zařízení. Pacientka tuto možnost odmítla a zajímala se o jiný způsob léčebné pomoci — a nakonec se dostala k psychoterapeutovi.

Nejdříve byla zevrubně psychologicky vyšetřena a shledána vhodnou pro psychoterapeutickou péči jako hlavní prostředek pomoci. Její deprese nebyly hluboké a souvisely se způsobem života, některými postoji, zvyky, nemocí a posléze úmrtím matky pacientky, ke které byla citově vázána. Jinak se jednalo o inteligentní ženu velmi dobře spolupracující.

Psychoterapeut si dal za cíl umožnit pacientce nahlédnutí do její bezprostřední životní situace se všemi podstatnými souvislostmi. Počítal s tím, že pak bude schopna se sama rozhodnout, jak se svým životem dále naloží, uskuteční-li z vlastního rozhodnutí změny nebo se se situací smíří, přijme ji s eventuelním rizikem zdravotních obtíží. Rozhodl se ji vést nedirektivní formou psychoterapeutických rozhovorů — zprvu 2× týdně po hodině, později 1× týdně, dohromady jí poskytl 20 hodin individuální psychoterapie během 4 měsíců. Jednalo se tedy o střednědobou terapii.

Psychoterapeutický proces probíhal, pokud jde o **vztah k terapeutovi**, přibližně takto: nejdříve měla klientka tendenci se na terapeuta dívat jako na autoritu, již se svěří, upřímně všechno řekne a dostane kompetentní a „účinné“ rady, tedy, že terapeut za ni převezme odpovědnost a řešení. Dále se projevovala zvýšená potřeba závislosti na terapeutovi. Ukázalo se, že je to nejenom průvodní znak deprese, ale i závažný problém klientky, stejně jako tendence idealizovat mužskou autoritu, v tomto případě terapeuta.

Psychoterapeutický proces, pokud jde o **řešení životní situace klientky**, probíhal tak, že ona sama volila témata rozhovorů v terapeutických hodinách. Nejdříve, a poměrně krátce, bylo hovořeno o její matce, která zemřela zhruba půl roku před zahájením psychoterapie. Klientka k ní měla citově blízko, jejich vztah charakterizovala jako „důvěrný“. Její smrt přišla po delší nemoci a utrpení a hodnotila ji jako „vysvobození“. Subjektivně si klientka vyčítala, že se matce v době nemoci nevěnovala tak, jak měla, vyhýbala se návštěvám v nemocnici apod.

V psychoterapeutických hodinách bylo především hovořeno o jejím subjektivně neutěšeném osobním životě. Vdaná byla sedm let, manžel, jemuž klientka vytýkala samolibost a nezájem o rodinu, měl svobodné povolání a zdržoval se až příliš často mimo domov. Klientka se s ním vnitřně rozešla, avšak ukázalo se, že nikoli definitivně. Soužití nebylo otevřeně konfliktní, celkem kooperovali, avšak nežili spolu intimně psychicky ani sexuálně. K vnitřnímu rozchodu přispělo, že zhruba rok a půl udržovala mimomanželský vztah s milencem „se vším všudy“, avšak ten se s ní bez udání přijatelných důvodů rozešel a zcela s ní přerušil styky. Bezprostředně po uvědomění

nu. A pak mě to mrzí. Ona se nafoukne a několik dnů spolu nemluvíme. Takhle to dál nejde, z toho by byl rozvod. To nechci. Už jednou jsem rozvedený a bylo to to samé . . . Kdyby mi dala aspoň najevo, že jí na mně záleží. Já ji mám rád . . . ale ty schválnosti a ta její hrdost. Případá mi, že mě schválně tejrá, že se mi mstí za to, že jsem jí dal facku. Má pravdu, ale já se fakt nedokážu ovládnout. Mám strach, že to zase špatně dopadne a že za to budu moct . . .“

Proces objasňování zpravidla vyvolává u klienta následující duševní děje:

- učí se zabývat vlastní subjektivitou, přemýšlet o sobě, hledat porozumění pro sebe i ostatní, strukturuje své vědomí a prožívání;
- zvyšuje se vnímavost k sobě i meziosobním vztahům, člověk si uvědomuje, co je pro něho důležité a v jakých souvislostech, rozlišuje mezi přáními, obavami a nahlíží na ně ve vztahu k sobě a svým možnostem;
- na život se přestává dívat jako na něco osudové daného či určovaného převážně vnějšími okolnostmi, nýbrž jej počne vidět jako proces, za který nese odpovědnost a který se ho bezprostředně týká;
- uvědomuje si svoji hodnotu, smysl a dochází k tomu, co nazýváme rozvojem a zráním osobnosti.

Při pomoci lidem psychologickými prostředky tak, jak se s nimi seznamujeme, usilujeme o vytvoření optimálních podmínek pro vyvolání, rozšíření a prohloubení sebeexplorace klienta. Odehrává se v rámci vztahu a jeho prostřednictvím, ať se již jedná o individuální, skupinovou nebo rodinnou terapii, či laickou pomoc druhému člověku nalézajícímu se v subjektivně svizelné situaci. Žádoucí je vše, co sebeexploraci podporuje a zkvalitňuje, nežádoucí pak to, co ji brzdí a znemožňuje.

Závěrem zdůrazňujeme, že psychotherapeutický vztah, který jsme si v hrubých rysech naznačili, představuje vysoce **humánní přístup** k člověku v nouzi, neboť plně respektuje jeho důstojnost a terapeut dává sebe druhému nezištně k dispozici. Je i vyjádřením lidské **vzájemnosti**, která patří mezi základní principy mezi osobních vztahů od počátků naší kultury až po dnešek. Všechny zmíněné humánní kvality se ukázaly být nutné pro zdravý vývoj osobnosti od dětství a pro duševní i tělesné zdraví, jež tvoří jednotu. S potěšením konstatujeme, že vědeckým výzkumem a psychotherapeutickou praxí byly nalezeny a přesně vymezeny **psychologické souvislosti obecné platnosti**, které jsou v souladu s naší kulturní tradicí i duchovním vývojem a jimiž lze lidem účinně pomáhat v nalézání sebe i při úpravě životního způsobu tak, aby jeho kvalita rostla a člověk se neustále rozvíjel.

Psychotherapeutický proces, jeho cíle a výsledky

Psychotherapie se uskutečňuje v rámci psychotherapeutického vztahu. V předešlé kapitole jsme popsali základní charakteristiky žádoucího vztahu, včetně toho, co tento vztah u pacienta vyvolává a způsobuje. Klient se během vedení terapeutem zpravidla mění ve více směrech a oblastech a právě tento děj

vázejí („skrývají“). Uvědomuje si je stále zřetelněji spolu s jejich osobním významem. K objasňování dochází tehdy, jestliže se jedinec soustředí na své momentální pociťování, „naslouchá mu“, zachycuje je a o něm přemýšlí, hledá významy, jež jsou vždy, třebaš skrytě, přítomné, postupně je odhaluje, upřesňuje a formuluje. Mnohdy bývají zprvu nejasné, difúzní nebo překryté silnější emocí. Aktuálně a průběžně pociťované koriguje správnost či nesprávnost tohoto **intuitivně-racionálního postupu** (je to „ono“, není to „ono“). Subjektivní prožívání je doprovázeno tělesnými ději a pocity, jež mohou hledání a orientaci usnadňovat. Nalezení osobně důležitého a správného významu bývá spojeno se zážitkem vhledu, pochopení spojeného s pocitem vnitřní evidence. Následuje zpravidla posun k další souvislosti skryté v nově vznikajícím či přicházejícím pocitu. Proces objasňování je tedy „prací na sobě“, „přicházením k sobě“. Jinak řečeno: **člověk pravdivěji poznává sebe a subjektivně významné vztahy**. Objasňované a postupně uvědomované obsahy se mohou týkat zážitků a událostí, které se odehrály v minulosti, v přítomné době nebo se vztahují k blízké či vzdálené budoucnosti. Zpravidla jde také o klientovy postoje, názory, přesvědčení, způsoby chování apod. Podstatné je, aby byly aktuálně pociťované jako subjektivně významné.

Proces objasňování je aktivní hledání souvislostí prožívaných jako vysoce osobní, intimní, niterné. Člověk není v roli diváka, jenž něco neosobně pozoruje a popisuje, nejedná se o teoretizování či „intelektuální cvičení“, nýbrž jedinec je do procesu plně vtážen, vyjadřuje se nestylizovaně, mnohdy útržkovitě, řečené upřesňuje a intenzivně prožívá. Objasňování má ráz hledání a nalézání, **vnitřního spontánního pohybu**, probíhajícího někdy ve skocích, jindy se nově pomalu a namáhavě „rodí“. Tento proces není pro člověka něčím, co by běžně znal; nejednou představuje problém, neboť míváme tendenci nepřijemným pocitům se bránit, vyhýbat se jim a nepřipouštět si je. Během psychoterapie se klient sebeexploraci učí a její větší výskyt je známkou pokroku terapie.

Uvedme pro názornost několik úryvků z různých psychoterapeutických rozhovorů, v nichž je objasňování možno ukázat.

„Jít sama do kina, to je pro mne hrozné. To už neudělám. Mám dojem, že se na mě lidi dívají, že je to vidět, že nikoho nemám. Stydím se, že nikoho nemám, že nejsem jako druhý holky. Jako bych byla něco miň. A pak mám na sebe vztek, že jsem tak pitomá. Že si z toho tolik dělám. Druhý si z toho tolik nedělaj, když jsou samy. Nebo to na sobě nedávaj znát. Co je mi po druhéjch . . . Ale to je zas ta má sěgra. Vždycky mi jí předhazovali, že si z ní mám vzít vzor, a vlastně se s ní pořád srovnávám a je to blbost . . .“

„Kolikrát si večer před usnutím vzpomenu na matku. Je to divné, umřela už . . . před sedmi lety. Je to divný pocit. Vlastně se mě to tehdy ani tolik nedotklo. Měl jsem z toho strach, a pak . . . je to tak všechno vzdálené. Napadá mě, abych nedopad jako ona. Teď vidím, že se o nás starala, jak nejlépe mohla. Byla na všechno sama. Vlastně jsem ji nikdy neoceníl. Je to takový dluh. A moji synové taky všechno mají, všechno je pro ně normální. Je už taková doba . . . ale mrzí mě . . . asi je to hloupost . . . že ke mně víc nelnou. Asi si za to můžu sám, nemám čas se jim tolik věnovat. A asi to ani neumím. Někdy mě nenapadlo, že bych vlastně měl, že je to důležité . . .“

„Ta bezmocnost a to přehlížení! Jako bych byl vzduch, jako bych nebyl! To dostanu takový vztek, že se neznám a jednu jí vrazím. Vůbec se neovlád-

mi prostředky. V praxi nalézají uplatnění nejen u dospělých, nýbrž i u dětských a dospívajících pacientů a jejich forma pak musí odpovídat vývojovému a věkovému období, aby je byl klient schopen vnímat v plném rozsahu.

Dosud jsme se zabývali převážně chováním terapeuta; nyní si položíme otázku: **Jak by měl vypadat žádoucí projev u klienta?**

Hlavní snahou terapeuta je přivést pacienta k tomu, aby co nejpřímněji a nejpodrobněji nahlas přemýšlel o svém prožívání a momentálních obsazích svého vědomí. Chceme, aby se sobě i nám zcela otevřel a se svými prožitky, zkušenostmi a emočně nesenými postoji vyrovnával, hledal a nalézal mezi nimi souvislosti a dával je do vztahu se sebou a svým životem. Toto pacientovo počínání nazýváme **sebeexplorací**. Zkušenosti i výzkumy bylo potvrzeno, že úroveň (hloubka) a rozsah sebeexplorace jsou přímo úměrně pozitivnímu terapeutickému výsledku, projevujícímu se například růstem spokojenosti klienta se sebou samým a ústupem zdravotních obtíží. Považujeme ji za nejdůležitější proměnnou psychoterapeutického děje u pacienta, a proto jí budeme věnovat větší pozornost.

Sebeexplorace je proces, který nastupuje a rozvíjí se tehdy, požívá-li terapeut klientovu plnou důvěru, cítí-li se ve vztahu naprosto bezpečný, může-li „odložit“ své zábrany a obrany. Tento děj sestává ze dvou úzce spjatých procesů: prvním je **otevírání** (upřímná sdílnost), druhý nazýváme **objasňováním**.

Otevírání znamená, že člověk odhaluje druhému důležité stránky své osobnosti a soukromí. Nechává nahlédnout do svého nitra. Otevřenost je ochota a schopnost sdílet své prožitky, zkušenosti, prostě vše, co považujeme za subjektivně významné, a současně necháme druhého jedince na nich participovat. Obvykle se jedná o obsahy týkající se dřívějších zkušeností a pocitů (např. „Měl jsem z toho špatné svědomí a pořád jsem na to musel myslet.“), momentálního prožívání (např. „Když s vámi mluvím, cítím se celý nesvůj.“), vnímání a hodnocení sebe sama (např. „Jsem ke všem strašně důvěřivá a to je má chyba.“), nebo předpokládaného prožívání události v budoucnosti (např. „Mám strach, že to nikdy nebude lepší a že pořád budu nešťastný.“) Ať se jedná o obsahy z minulosti, současnosti či budoucnosti, je důležité, aby byly člověkem hodnoceny jako **subjektivně významné** a takto je při sdělování prožíval. Otevřenost k sobě a druhému zpravidla vyvolává u jedince následující duševní děje:

- dochází k úlevě a vnitřnímu uvolnění;
- člověk se přestává cítit být na všechno sám;
- jedinec se dostává sám sobě blíže, počíná „registrovat, strukturovat, mapovat“ svoji subjektivitu, a tím se vytváří předpoklad k vyrovnání se se starostmi, problémy, nastává objasňování subjektivně důležitých obsahů vědomí, prožitků a jim odpovídajících vztahů.

Také terapeut se dostává pacientovi blíže, důvěrněji se seznamuje s jeho duševním světem a navazuje s ním těsnější a hlubší kontakt. Při skupinové terapii mívá otevřenost za následek vznik atmosféry důvěry, upřímnosti, účasti, sympatie, zvyšuje se sdílnost účastníků, roste soudržnost skupiny.

Objasňování, jehož předpokladem je otevírání, je druhým psychickým procesem tvořícím sebeexploraci. Znamená, že člověk vedený svým prožíváním si postupně a stále přesněji uvědomuje, které konkrétní obsahy jeho prožitky dopro-

padě terapeuta to bývá nejčastěji role vědce, experta, mága), chová se přirozeně, je sám sebou. Zmíněnou charakteristiku chování lze přiblížit i výrazy — opravdový, transparentní, přirozený, pravdivý. Takto pojatá autenticita nemá nic společného s nezdrženlivostí, projevující se okamžitým vyjadřováním vlastních pocitů, názorů, myšlenek, nebo oním „dělat si co chci“, také neznamená „co na srdci to na jazyku“, nýbrž především značí, že terapeut se řídí svým prožíváním a nejedná v zásadním rozporu s tím, co cítí a myslí, zároveň je „vnitřně poctivý“.

Být autentickým vzhledem k druhému lze jediné tehdy, jestliže ho zároveň akceptuji a respektuji, neboť pak jedním s taktí upřímností a není nebezpečí, že bych mohl jednostrannou otevřeností psychicky zranit. Ryzost chování terapeuta dále předpokládá, že je autentický sám k sobě. Čili musí umět „naslouchat“ vlastnímu nitru, tedy zachycovat plně své prožívání se vši jeho rozporností, což samo o sobě přispívá k lepšímu sebepoznání a porozumění sobě. Autentický terapeut není v zajetí psychických obranných mechanismů, z nichž zvláště projekce vlastních postojů, názorů a motivů („podle sebe soudím tebe“) do pacienta by mohla značně komplikovat psychotherapeutický vztah. Terapeut ve svém projevu ryzi je terapeut ve vztahu ke klientovi otevřený. Aby člověk mohl být otevřený (a při pomoci ostatním lidem psychologickými prostředky se jedná převážně o **selektivní otevřenost**), nesmí zde být nic významného, co před druhými lidmi musí skrývat a s čím se nevyrovnal. Tuto stránku projevu a osobnosti terapeuta také podstatně omezují větší osobní starosti nebo emoční problémy. Obáváme-li se „odhalení“, vyvolává to v nás tenzi a jsme-li pod vlivem prožívání, nedokážeme se plně a kvalitně na klienta a jeho subjektivní svět soustředit. V takovém případě naše zaměřenost na sebe vztah k druhým lidem narušuje.

Žádoucí autentický projev terapeuta není něco, co se lze snadno a za krátkou dobu naučit, protože je výsledkem také osobnostní zralosti a souvisí s úrovní a pravdivostí sebepoznání, osobními zkušenostmi a soukromým životem, který by se měl odvíjet k terapeutově zásadní spokojenosti. Prostřednictvím autenticity vnášíme do vztahu naší osobnost, dáváme mu **přirozenou podobu meziosobního setkání** a přispíváme tak k jeho **realnosti**. Z předchozích okolností plyne, že jen terapeut k sobě otevřený, dostatečně vnímavý a sebe dobře znající, může být v širokém rozsahu autentický. Proto je prvou podmínkou vykonávání odborné psychotherapeutické práce zevrubné sebepoznání, které terapeuté získávají nesnadným a náročným vzděláním. Autenticita — ryzost osobnosti a projevu je pro vytvoření dobrého psychotherapeutického vztahu významná dále tím, že pacienti terapeuta vnímají jako někoho spontánního, osobního a pravdivého, stává se pro ně **modelem**.

Předchozí tři hlavní charakteristiky — **akceptující postoj terapeuta, jeho schopnost a ochota se do klienta vcítit a porozuměně průběžně sdělovat, stejně tak jako autenticita — ryzost osobnosti a projevu terapeuta jsou psychotherapeuticky účinné jen ve své propojenosti a při současném promítnutí do vztahu ke klientovi**. Jejich vzájemná proporcionalita se během terapeutického procesu mění a závisí na mnoha okolnostech; zjednodušeně lze říci, že i tyto souvislosti patří do sféry psychotherapeutického umění.

Tři charakteristiky tak, jak jsme se s nimi ve stručnosti seznámili, mají univerzální platnost, tedy i obecné použití při pomoci člověka člověku psychologický-

hledat souvislosti subjektivně a psychologicky významné ve své osobnosti, jednání, vztahu k druhým lidem apod.

Terapeut v projevu empaticky vyvolává v klientovi správný dojem, že usiluje o jeho pochopení. Klient se cítí bezpečně, a jestliže jej zároveň terapeut plně akceptuje — přijímá, vytvářejí se předpoklady k tomu, což nazýváme **lidským setkáním**, znamenajícím pro klienta zpravidla zcela novou mezilidskou zkušenost, která působí korektivně a navozuje změnu, zvláště v postojích k ostatním lidem i sobě.

Autenticita — ryzost osobnosti a projevu terapeuta je kvalita, která se značnou měrou podílí na utváření žádoucího psychoterapeutického vztahu a je charakteristická pro opravdu kvalitní mezosobní vztahy vůbec.

Výraz autenticita — autentický bývá spojován s celou řadou významů a má i bohatou tradici v historii a duchovních dějinách člověka. Patří sem například téma „života s maskou nebo bez masky“, tedy pravdivost v myšlení a jednání, „pohodlné lži“ či „nepohodlné pravdy“, kde a jaké jsou jejich meze, jaká je úloha úzkostí, obav nebo i pohodlné nevšímavosti v odvádění člověka od toho, aby **byl opravdu sám sebou**. Otázek, námětů a z nich plynoucích úvah by byla celá řada.

Sociální psychologie vypracovala teorii rolí, kdy role znamená očekávané a od člověka vyžadované chování. V rozvinuté a extrémní podobě pak na lidského jedince pohlížela jen jako na soubor těchto naučených rolí, jež jsou s větší či menší přesností a důsledností plněny. Je zřejmé, že pojem osobnosti jako vymezení toho, co je jedinečné, relativně stálé a typické se z psychologie vytrácel, a nejen to, je-li člověk pouze nositelem a uskutečňovatelem rolí, ztrácí odpovědnost za svoje jednání, stává se snadno zastupitelným a manipulovatelným a jeho anonymita narůstá. Nedivíme se proto, že zmíněný teoretický model se neprosadil nejen pro svou věcnou nesprávnost, ale i abstrahování od etické stránky problému, neboť v dílčích momentech by mohl takový model sloužit jako účinný návod, jak ovládat lidi psychologickými prostředky bez jejich vědomí, přičemž by tato nevědomost představovala hlavní podmínku úspěchu. V teoretické psychologii a zvláště v psychologii osobnosti musí být zachováno to, co k člověku bytostně náleží, totiž **autentičnost a spontánnost**.

Také v lidových rčeních, vyjadřujících životní zkušenost a moudrost generací, nalzáme mnohé, co souvisí s naším tématem. Jsou to věty vázané na prostředí, kde nosit masku, hrát a proměňovat se pro diváky od role k roli, patří k něčemu zcela běžnému, samozřejmému a nutnému. Je to svět divadla a herectví. „Hraje na nás divadýlko . . . je to komediant a pokrytec . . . hraje to na nás i na sebe . . . dělala mu scény . . . to je, ale herečka . . . odložte masku . . .“ atd. — podobných úsloví je celá řada a cítíme z nich negativní akcent účelových klamání a přetvářky. Nosit masku znamená předstírat. Zprvu jde většinou o vědomý klam, ale časem se mohou hranice mezi pravdou a nepravdou setřít, člověk ztrácí orientaci. S takovými případy se nejednou setkáváme v psychiatrických zařízeních. Platí totiž, že autenticita provází **osobní integritu** a naopak.

V oboru psychoterapie míníme autenticitou určitý **způsob chování** terapeuta, který projevuje ve vztahu s klientem, a také **osobnostní rys**, jenž je vlastně předpokladem tohoto chování. Autentický člověk se nestylizuje do žádné role (v při-

peutův uvolněný, bezelstný a otevřený postoj. Na klienta je plně soustředěn, dává najevo, že si ho váží a bere veškerá jím pronesená sdělení i chování vážně. Je vzhledem k němu trpělivý, laskavý a v rámci psychoterapie plně k dispozici. Klientovi je jednoznačně nakloněn. Není zde místa pro nejistotu, zpochybňování, dirigování či jinou formu manipulace, výčitky apod.

Terapeuta, jemuž je tento postoj vlastní a ve vztahu k pacientům jej také projevuje, vnímají ostatní jako člověka, v jehož přítomnosti se cítí bezpečně, je jim sympatický a vyvolává dojem, že má o ně upřímný a osobní zájem.

Empatie — porozumění vcítěním je od určitého věku obecnou, u všech lidí se rozvinutě vyskytující vlastností psychiky, mající ráz **schopnosti**. V projevu zkušených a dobrých terapeutů se s ní pravidelně setkáváme ve značném rozsahu. Empatii lze psychologicky a s ohledem na sociální kontext vymežit jako **způsob poznávání, mající blízko k intuici, při kterém z celkového projevu druhého člověka usuzujeme na jeho duševní život nejen aktuálně probíhající, nýbrž mnohdy také na trvalejší charakteristiky osobnosti** (např. motivace, osobnostní rysy, vztahy ke světu). Je to schopnost vidět druhého člověka jeho vlastním očima, tedy jak prožívá, myslí, hodnotí sebe i ostatní. V situaci psychoterapie se projevuje například i v odhadu, co si klient o terapeutovi myslí a jak ho hodnotí, což je pro její průběh velmi důležité.

Proces empatie při meziosobním vnímání má dvě fáze vzájemně spojené, navazující. Nejdříve dochází k vnímání prožívání a ostatních obsahů vědomí druhého člověka. Dále pak je tento „materiál“ převážně intuitivně „zpracován“ a obsahům jsou přiřazovány významy kvalitativně shodné s významy člověka, do něhož se vcítujeme, nastává pak možnost nahlédnutí do jeho osobnosti a životní situace. Porozumění vcítěním se tak uskutečňuje na základě **podobnosti lidského duševního života**; abych mohl například u druhého vnímat radost, hněv, závist, musím sám těchto prožitků být schopen.

Je vysoce pravděpodobné, že schopnost empatie — porozumění prostřednictvím vcítění, se vytváří a vyvíjí již od nejtělejšího dětství člověka na základě kontaktu dítěte s matkou. Je-li značně empatická, tedy dobře své dítě „cítící“ a přesně odhadující jeho potřeby a u nejmenších i životní rytmy, jimž se i ona podřizuje, vychovává z dítěte bytost emočně stabilní, a to je jeden z předpokladů nejen kvality a rozsahu empatie, ale i ochoty se takto projevat. Porozumění vcítěním lze kultivovat, pěstovat, rozvíjet, což patří mezi důležitou úlohu psychoterapeutického výcviku. Také se zlepšuje zkušeností, a tedy i přibývajícím věkem člověka.

V rámci psychoterapeutického vztahu má empatie dvě vzájemně se prostupující stránky: poznávací a léčebnou. Klienta poznáme lépe tím, že se do něho vcítujeme a současně dáváme najevo náš zájem a aktivní snahu o porozumění. Stáváme se pro pacienta lidmi blízkými a důvěryhodnými. Pozorné naslouchání, projevovaný zájem a vznikající blízkost překonávají případné pocity osamělosti a působí jako „lék“ proti úzkosti, depresivním prožitkům a postojům. Tím, že klientovi sdělujeme, jak ho vnímáme, cítíme, prostě jak mu rozumíme, nastavujeme zrcadlo jeho vlastního duševního světa, osobnosti, a napomáháme tak v sebepoznávání i orientaci v životní situaci. Pacient se stává stále upřímnějším a sdílnějším, otevírá se sobě i terapeutovi, má možnost na sobě „pracovat“, tedy

ty a pocit vlastní hodnoty. Tedy něčeho, co lidé v psychosociální nouzi a psychické krizi zpravidla postrádají a co patří k duševnímu zdraví i kvalitně vedenému životu, stejně jako k charakteristikám domova — místa pro nás bezpečného a stabilního. Lidé žijící bez této zkušenosti, zprostředkované a poskytované druhými, mívají pocity, že nikam nepatří, mají pocity vnitřní prázdnoty a zbytečnosti a nejednou i dojem, že přestávají existovat.

Akceptace — přijetí a potvrzení — patří mezi hlavní psychosociální potřeby člověka jakéhokoli stáří. I nejmenší dítě musí být svými rodiči a zvláště matkou přijato a milováno, jinak je vystaveno nebezpečí nežádoucího osobnostního vývoje, nevytvoření či pozdější ztrátě základní důvěry ve svět a druhé lidi. Dítě odmítané bývá nejenom dítětem nešťastným, nýbrž i často potom nepřizpůsobivým a osobnostně značně „svěrázným“, případně i duševně nemocným.

Pro tento tak žádoucí postoj je příznačné, že akceptace klienta terapeutem je **bezvýhradná a na okolnostech a podmínkách nezávislejší** (např. na názorech a chování pacienta). Jedná se o základní a obecný postoj k druhému člověku, jehož máme svým způsobem rádi a s **úctou a respektem** přistupujeme k „lidství v druhém“, jež je vlastně naším „lidstvím společným“. Na klienta pohlížíme jako na plnohodnotnou a nám principiálně rovnou bytost, byť s problémy, ve svízelné situaci a vzhledem k nám v závislém postavení, neboť jsme aktuálně těmi silnějšími, pomáhajícími a **principiálně na straně pacienta**. Lze také říci, že zmíněným postojem máme vztah k těm stránkám člověka, jež jsou **obecně lidské a nezávislé** na jejich konkrétním nositeli.

Akceptovat neznamená druhého nekriticky podporovat, obdivovat a souhlasit s jeho názory, chováním apod., nýbrž jeho projevy respektovat a názory uznávat jako **subjektivně pro něho významné**. Je to více než tolerance, která může být méně osobní a spíše projevem lhostejnosti, kdy je mi něco „vlastně jedno“, a proto toleruji. V akceptaci zde popisované je **pozitivní vztah k druhému, projevovaná vřelost, osobní angažovanost — tedy i starostlivost a respekt k důstojnosti druhého člověka**.

V psychoterapeutickém vztahu přijetí znamená pro klienta přijetí autoritou, což samo o sobě již posiluje a dává začít vlastní hodnotu. Jedná-li se mnou autorita, tedy ten, koho uznávám, a má přirozenou převahu, s úctou a respektem, také já začnu poslze na sebe takto nahlížet a vzniká předpoklad, abych se choval vyrovnaněji a přiměřeně sebevědomě. Úcta a respekt k sobě samému patří mezi rysy osobnostní zralosti a duševního zdraví, protože pocit vlastní nehodnotnosti mívá za následek extrémní postoje, případně i jednání, myšlení a nelibé prožívání, které mohou ústít až ve zdravotní potíže.

V běžném životě člověk jiného člověka neakceptuje zcela, nýbrž selektivně a obvykle v tom, co je i jemu vlastní a pochopitelné: **co akceptuji u sebe, akceptuji i u ostatních**. Proto je tak důležité, aby psychoterapeut v rámci odborného vzdělávání získal co nejdokonalejší znalost sebe. Teprve pak je schopen plně akceptovat pacienta, a porozumět mu, nejen na běžné psychologické úrovni. Ta je nutným předstupněm akceptace širší (kterou se zabývá i filozofie) a psychoterapeuticky účinné.

Plná akceptace, úcta a vřelost k pacientovi jsou nutnými podmínkami konstituce „výživného“ psychoterapeutického vztahu. Prakticky to předpokládá tera-

možná významně, neboť psychoterapie je náročná záležitost pro všechny ve všech směrech, a neměla by proto ztroskotat z důvodu „špatné indikace“, která jde ve svém důsledku na úkor klienta.

Druhou část položené otázky, tedy jak by měl žádoucí vztah mezi terapeutem a klientem vypadat, není snadné ve stručnosti zodpovědět. V současné době známe desítky psychoterapeutických směrů, jež mají v této věci nejednou rozdílná stanoviska, nicméně lze pozorovat **konvergenci** — postupné přibližování názorů na optimální podobu psychoterapeutického vztahu. Zmíněné přibližování vyplývá jednak ze zjištění, že zkušení terapeuti různé teoretické orientace „pracují“ s pacienty v mnohém podobným způsobem, ačkoli své počínání zdůvodňují odlišně. Dále ke konvergenci přispívají výzkumy průběhu a výsledků psychoterapeutického procesu. Právě tato zkoumání, mnohaletá teoretická práce a především praktická zkušenost s pacienty přispěly ke zjištění a poměrně přesnému vymezení podmínek žádoucího psychoterapeutického vztahu, jenž by měl být pozadím i půdou, na nichž se uskutečňuje opravdu účinná pomoc psychologickými prostředky. Zde je třeba vzpomenout nestora americké psychologie **C. R. Rogerse** (1902—1987), který vydatně přispěl k objevu žádoucích charakteristik psychoterapeutického vztahu, s nimiž se na následujících stránkách částečně seznámíme.

Psychoterapeutický vztah tvoří základní rámec, v němž lze užívat psychoterapeutické metody a techniky (kterých je dnes již nepřehledné množství) bez obav, že bychom mohli klienta poškodit. Tento moment zdůrazňujeme, neboť psychologické metody jsou vlivné a výsledky jejich působení nemusí být s ohledem na pacienta vždy příznivé. A nepříznivá je i jejich neúčinnost, která nastává nesprávným užitím, neboť klienta zatěžujeme a oslabujeme jeho důvěru v pomoc. Jinak vyjádřeno: jestliže psychoterapeutické metody a techniky ruší, či jsou neslučitelné s žádoucím psychoterapeutickým vztahem, považujeme jejich užití v daném případě za problematické. Průběh psychoterapeutického procesu je určen a vědomě řízen terapeutem, a to se projevuje v určitém typickém způsobu jednání s klientem. V současné době již považujeme za **prokázané**, že k pozitivním změnám v osobnosti a projevu klienta dochází, jestliže ho terapeut ve vysoké míře **akceptuje**, projevuje se vzhledem k němu **empaticky** a **autenticky**. V psychoterapeutické teorii se hovoří o třech základních proměnných, které by měly sytit a nést vztah mezi terapeutem a klientem. Tyto proměnné jsou významné i pro laickou pomoc psychologickými prostředky a jsou příznačné pro kvalitní mezilidské vztahy.

Jedná se o terapeutův

- **postoj**, který nazveme **plná akceptace, úcta a vřelost**;
- **schopnost vysoké empatie**, čili **porozumění vžitím**;
- **osobnostní rys** projevující se **značnou autenticitou** — **ryzostí** osobnosti a chování terapeuta.

Plná akceptace, úcta a vřelost přijetí klienta terapeutem je podmínkou veškeré další psychologické péče, skýtá základní podepření a otevírá prostor důvěře. A kde je důvěra, dostavuje se i naděje, která je také pro vývoj osobnosti od samého dětství pravděpodobně nejdůležitější okolností. Být přijat, tedy i potvrzen druhým, to je kvalita vedoucí k psychické stabilitě, neboť vytváří atmosféru jisto-

zdraví a vedl klienta k rozlišování mezi možným a nemožným (mnohdy fantazijním a majícím kořeny v dětství a dospívání), což nabývá na významu při dlouhodobé individuální terapii. Pacient zpravidla v rámci denního snění překonává distanci mezi terapeutem a sebou, může se s ním ztotožňovat, zařazuje jej ve fantazii do svého soukromí jako rodičovskou postavu, partnera či partnerku apod. Toto denní, ale i noční snění je významné k porozumění sobě, neboť obsahuje mnohé z toho, co klient potřebuje a čeho se mu nedostává. Kdyby se naproti tomu terapeut s klientem ztotožnil dlouhodobě a ztratil potřebný odstup, přestal by být terapeutem, přesto, že by mu poskytoval podporu „stejně smýšlejících“, jež však nemusí být vždy žádoucí. Přejídné a krátkodobé ztotožnění (subjektivní splynutí) s klientem není na závadu tehdy, je-li reflektováno, tedy je-li vědomé a pod kontrolou terapeuta. Vede k hlubšímu pochopení osobnosti a problémů klienta, má především poznávací úlohu.

Takto pojatá blízkost — vzdálenost je zakotvena v principiální rovnosti terapeuta a pacienta i v rámci psychoterapeutického vztahu, jehož podobu a průběh pochopitelně terapeut určuje a klient naplňuje v tom, že zpravidla přichází s tématy rozhovorů, je po něm vyžadována aktivita a snaha. Klient za sebe a své jednání v terapii i mimo ni je plně odpovědný, terapeut naopak nese odpovědnost za vytvoření optimálního a žádoucího psychoterapeutického vztahu pro terapii.

Které podmínky jsou optimální pro průběh psychoterapie a jakou podobu by měl mít žádoucí vztah mezi terapeutem a klientem? Zodpovězení této otázky, která sestává ze dvou částí, považujeme za mimořádně důležité, nebo se v něm skrývá „tajemství“ účinné psychologické pomoci poskytované druhému člověku. Psychoterapeutickým vztahem chceme vytvořit podmínky umožňující klientovi lépe porozumět sobě, ostatním lidem, světu, zorganizovat si život a vést ho tak, aby přinášel větší subjektivní spokojenost za současného respektování druhých lidí. Přitom dochází ke stálému rozvoji osobnosti pacienta a k uskutečňování jeho bytostných možností. Zároveň dáváme pacientovi (ale i sobě) zakoušet sílu lidské blízkosti, která je oporou, posilou a v našem případě i léčbou.

Na první část položené otázky lze odpovědět stručně: pro průběh a výsledek poskytované psychologické pomoci je optimální, **setká-li se motivovaný klient s motivovaným terapeutem**. To znamená, že klient má opravdový zájem měnit sebe a životní způsoby, tento zájem pramení z jeho nespokojenosti a eventuálně i ze zdravotních obtíží, přičemž připouští, že poruchy zdraví mohou mít psychosociální příčiny. U terapeuta dobrá motivace k práci s určitým pacientem je vyjádřena jeho ochotou se mu plně po určitou dobu věnovat, to nastává, cítí-li k němu sympatie, ale nebo i z jiných pohnutek, například má „zájem na práci“. Tento zájem bývá příznačný pro profesionální a zkušené terapeuty, kteří pracují v pohodě a nejsou přetížení či rozladěni z jiných důvodů (např. nevyřešené vlastní problémy, specifická únava z psychoterapie, jež má vesměs emoční povahu a nazývá se syndrom vyhaslosti či vyprahlosti apod.). Vidíme, že okolnosti práce odborníků poskytujících psychoterapeutickou pomoc se liší od jiných lékařských povolání. Těžko si lze představit, že by terapeut vedl klienta, který by mu byl nesympatický a tato nesympatie by přetrvávala, ačkoli by si ji byl plně vědom a znal její příčiny.

Přirazení vhodného pacienta ke vhodnému terapeutovi proto považujeme za mi-

společenství lidských bytostí. Naděje ve změnu k lepšímu je prakticky vždy přítomna. Na úrovni individuální, u pacienta, lze hovořit o naději **racionální i iracionální**, jež jsou ve vzájemném vztahu nepřímé úměrnosti.

Ukažme si to na příkladu těžce nemocného, jehož život je ohrožen. Čím má více racionální, reálné, objektivní naděje na překonání kritického zdravotního stavu, tím méně pocituje on a jeho nejbližší naději iracionální a naopak — je-li smrt nablízku a nejsme-li s ní smířeni, zbývá naděje iracionální, která vzrůstá. Není z běžného světa rozumu, nýbrž je nadějí v zázrak, náhodu nebo působení či náhlý výskyt něčeho, s čím jsme nepočítali a co situaci beznadějnou zvrátí k lepšímu. Lidé ošetřující umírající znají tento typ naděje velmi dobře a vědí, že ji nesmí nemocným brát. Opravdu platí, že „naděje umírá poslední“ a člověk bez naděje je psychicky mrtvý.

V psychoterapeutickém pojetí se naděje úzce váže k **normalitě**, kterou jsme dříve vymezili jako život člověka naplňujícího své možnosti, tedy realizujícího sebe. Naděje je pak jiným vyjádřením zdroje pozitivní změny, již je základní tendence lidské bytosti po dosahování vyšší kvality a dokonalosti — nejen své, ale i druhých a společně s nimi.

Cílem psychoterapie je pomoci druhému člověku, aby se dostal na cestu individuální normality, respektive aby se jí stále přibližoval, protože se jedná o nikdy nekončící proces, jenž může být v našem případě započat psychoterapií, která otevírá klientovi oči a ukazuje, „jak na to“. Tak dospíváme k souvislostem mezi důvěrou, nadějí a normalitou a je zřejmé, že **pro hodnotný psychoterapeutický vztah je přítomnost důvěry a naděje ve vysoké míře nezbytnou podmínkou**.

Psychoterapie se nejčastěji uskutečňuje prostřednictvím opakovaných individuálních nebo skupinových rozhovorů, přičemž mezi zúčastněnými se vytvářejí vztahy, pomocí kterých se navozují u klientů žádoucí změny. Psychoterapeutický vztah je zvláštním druhem mezilidského vztahu, obsahuje mnohé z toho, co meziosobní vztahy obsahují obecně a také něco navíc. Toto „navíc“ bude tématem zbývajících částí seznámení s problematikou psychoterapeutického vztahu. Zde se však musíme ve stručnosti nejprve zmínit o významné složce každého mezilidského vztahu, o **subjektivní blízkosti — vzdálenosti** s přihlédnutím k psychoterapeutické situaci. Jejich vzájemné vymezení mezi terapeutem a pacientem jsou pro průběh a výsledek terapie významné a v zásadě by se během psychoterapeutického procesu k sobě měli přiblížit **rovnoměrně** z obou stran. Terapeut tuto blízkost — vzdálenost vztahu určuje a ví, že ze strany klienta zvláště při dlouhodobé psychoterapii má vedle reálné podoby i stránku fantazijní, jež se také vyvíjí. Vymezení a kontrola zmíněné kvality vztahu patří do oblasti psychoterapeutického umění, získává se praxí, tedy zkušeností. Terapeut a klient by si měli být tak blízcí, aby klient mohl být bez obav maximálně upřímný, sdílný, ve vztahu se cítil pochopen a v bezpečí, aby si mohl na úrovni komunikace (nikoli jednání) dovolit vše. Pak klient spontánně prožívá a společně s terapeutem hledá a nalézá psychologické souvislosti v životě, vztazích a své osobnosti a řeší vlastní situaci i s ohledem na budoucnost, řídě se primárně prožíváním, jež vede neomylně k tomu, co je důležité více a co méně. Na druhé straně je určitá vzdálenost — distance mezi oběma nutná k tomu, aby si terapeut zachoval autoritu, duševní

Psychoterapeutický vztah má v sobě i prvky dalšího, nám všem známého, vztahu, a to **rodič — dítě**. Zde máme na mysli především tu část **mateřského postoje**, vyznačující se **hlubokou akceptací** dítěte ze strany matky, a to i dítěte „nevýdařeného“, což tvoří rámec, v němž se odehrává vše ostatní. Také my klienta přijímáme takového, jaký je, a náš základní vztah k němu, pokud jde o psychoterapii, by neměl být vázán na jeho postoje, názory, chování apod. **Otcovská stránka** se projevuje **autoritou**, ovšem autoritou v původním významu, kdy znamenala záruku, jistotu, vzor, moc a kdy její nositel měl odpovědnost, staral se a byl hodný napodobení. V tomto smyslu musí být terapeut pro klienta autoritou, která ho „podrží“ a poskytne oporu, neboť je spolehlivá, stálá, pevná. Těžko si lze představit dobrý psychoterapeutický vztah, v němž by si klient svého terapeuta nevážil a nepociťoval k němu důvěru. Terapeut není autoritou ledajakou, nýbrž vlídnou, laskavou, chápající, autoritou, která neprohlubuje nerovnováhu vztahu mezi oběma, nýbrž naopak tím, že klienta uznává jako plnohodnotnou a principiálně sobě rovnou bytost, tuto asymetričnost zmírňuje.

Dítě důvěruje matce i otci, stejně tak jako všechny pozdější hodnotné a blízké meziosobní vztahy spočívající na bázi důvěry. Utváření a prohlubování důvěry mezi terapeutem a pacientem patří k charakteristice **dobrého pracovního společenství**, v jehož rámci se teprve uskutečňuje a probíhá psychoterapeutický proces. Jelikož je důvěra pro pomoc psychologickými prostředky tak významná, zmíníme se o ní podrobněji.

Současné české slovo **důvěra** je poměrně frekventované a pochází ze staročeského **viera**, které má základ v latinském **verus** — pravý, opravdový, pravdivý. Důvěryhodný člověk, volněji řečeno, je sám sebou a opravdu zná a rozumí a nemá zapotřebí se přetvařovat. Rovněž k němu patří spolehlivost a stabilita, jde zde o období autority, jak jsme ji vymezili ve vztahu lékař — pacient. Nemocný zprvu pociťuje největší důvěru k lékaři, jenž požívá dobrou pověst založenou na jeho odborné autoritě a kvalitách, tedy rychlé a účinné léčbě. Tato důvěra v odbornou autoritu je důvěrou předem a rozvíjí se či zaniká vlastní zkušeností pacienta s lékařem. K důvěře nemocného v lékaře přispívá vedle odborné pověsti a jejího sugestivního vlivu spolu s účinností léčby také to, do jaké míry má pochopení pro subjektivní stránku onemocnění, tedy pro to, jak pacient nemoc prožívá, co pro jeho životní situaci znamená apod. Cítí-li nemocný, že lékař rozumí nejen medicínské stránce nemoci, nýbrž má pochopení i pro jeho lidskou stránku, důvěra v lékaře a léčbu roste. Především tedy důvěřujeme přirozené autoritě, která má pro nás pochopení, rozumí nám, a proto v případě nouze poskytne dle svých možností pomoc. Důvěryhodný člověk je spolehlivý, neohrožující, nám nakloněný, je subjektivně blízký a je nositelem naděje. Naděje patří mezi další klíčové pojmy v oblasti léčby i ostatní pomoci psychologickými prostředky.

Naděje v situaci psychoterapie znamená, že klient doufá ve změnu k lepšímu, které dosahuje za pomoci terapeuta, tedy i prostřednictvím psychoterapeutického vztahu. Naděje úzce souvisí s důvěrou, z níž částečně vyplývá a je nutnou podmínkou jakékoli psychoterapeutické práce, i když ji pacient nemusí vždy pociťovat a připouštět si ji, může ji i odmítat, jak tomu bývá u nemocných v hluboké depresi. Naděje patří k životu, je projevem pozitivních sil v člověku a jejím prožitkem jedinec participuje na pozitivním v obecném smyslu, jež vyvěrá ze

ňují rodičovský vliv o shovívavost, patřící k plodům životní zkušenosti, jež může ústit v moudrost. Takto jsme třemi větami charakterizovali rodiny, které bychom z psychologického hlediska nazvali dobrými a zdravými a jež se mohou pro vyvíjejícího i dospělého jedince stát **domovem**, tedy místem přijetí, porozumění, podpory a bezpečí. Domov je přístavem, do kterého se rádi vracíme, kde máme své pevné místo, jistotu, zázemí. Opakem domova je bezdomoví, nezakořeněnost s pocíťovanou nehostinností, neporozuměním a cizotou. Z předchozích řádků není obtížné usoudit, že v dobré rodině představující pro dítě i dospělého skutečný domov, vzniká základ emoční stability, akceptace sebe a odpovídající orientace v životě, rodičům pak skýtá možnost dalšího osobnostního rozvoje. Bez nadsázky lze konstatovat, že po celý život, pokud jde o duševní zdraví a kvalitní vedení života, jsou mezosobní vztahy mimořádně důležité. V pozitivním významu zvláště ty, pro něž je příznačná **blízkost, přijetí, vzájemná otevřenost, upřímná sdílnost**, tedy vztahy **důvěrné**, bez kterých není zakotvená v životě.

V souvislosti s naším tématem se zmiňujeme o vlivu rodičů na dítě, stejně jako o atmosféře domova a žádoucích mezosobních vztazích proto, že obsahují mnohé z toho, co vytváří psychoterapeutický vztah. Ne náhodou, ale přesto obrazně, pývá přirovnáván vztah mezi terapeutem a klientem ke vztahu rodič — dítě, stejně tak víme, že dobré přátelské a vůbec mezosobní vztahy obsahují psychoterapeutický potenciál, nicméně nelze mezi ně a psychoterapeutický vztah položit rovnítko.

Některé charakteristiky psychoterapeutického vztahu tedy známe všichni z osobní zkušenosti, například z kontaktu s lidmi, které považujeme za důvěrné a blízké přátele. Pro **přátelský vztah** je příznačná tolerance (nikoli lhostejnost), upřímnost, přijetí druhého se snahou o jeho pochopení, dialog založený na rovnosti a respektu. Komunikace probíhá „na stejné vlně“. Není zde místa pro neobdobní kritiku, taktizování, není zde nedůvěry a pocitu ohrožení. Druhý člověk je zde účelem a nikoli prostředkem vlastních potřeb a zájmů. V takto žitém vztahu se odehrává to, co nazýváme **lidským setkáním**, tedy chvíle, kdy prožíváme a uvědomujeme si vzájemnou blízkost a jednotu s druhým člověkem, porozumění, důvěru a touhu za běžnou zkušenost z mezosobních vztahů všedního dne. Psychoterapeutický vztah však nemůže být přátelským vztahem z několika důvodů. Hluboký přátelský vztah, stejně jako láska, je součástí našeho soukromého života, vzniká spontánně, žijeme jím stále, pokud trvá a má ráz možné reciprocity. Psychoterapeutický vztah v pravém slova smyslu vzniká „uměle“ a je časově ohraničen jen na období psychologické péče. Klientovi jsme sice k dispozici, ovšem v určitým způsobem a jen v dané míře. Během psychoterapeutického procesu se zaměřujeme na pacientovu osobnost a jeho prožitkový svět, zajímá nás, jak skutečnosti vnímá, prožívá a posuzuje. Vycházíme z klienta, naše vlastní osobnost a soukromí jsou k dispozici jen selektivně a potud, pokud napomáhají jeho sebeznání a uskutečňování žádoucích změn v osobnosti a chování. Úplná reciprocita je nemyslitelná — jsme zde pro klienta a ne naopak. Tento fakt je nakonec předem i průběžně celkovým rámcem psychoterapeutické situace, kdy se na nás klient obrací o pomoc, my mu určitou službu poskytujeme a současně vyžadujeme jeho aktivní spolupráci a naše role jsou zvláštním způsobem komplementární.

názoru a ovlivňování při snížené kritičnosti klienta, zpravidla za použití autority terapeuta.

Působení na **převážně akční stránku** člověka vyjadřuje pohled na lidského jedince jakožto bytost nejenom rozumovou a citovou, nýbrž i jednající a aktivně zasahující. V rámci psychoterapeutické práce se zde setkáváme s výrazy jako nácvik, přeučování, trénink, modifikace chování apod.

Princip ovlivňování akční stránky klienta spočívá v tom, že u něho odstraňujeme nežádoucí chování a učíme ho chování přijatelnému a novému, což se děje zpravidla vlivem systému odměn a trestů, kdy ráz trestu mívá i neposkytnutí očekávané odměny. Je-li člověk ke změně nežádoucího jednání v žádoucí motivován, odměnou mu je perspektiva změny k lepšímu, tedy anticipovaný stav.

V současné době jsou poměrně exaktně a detailně vypracovány postupy, jak lidské chování utvářet a měnit. Akční stránka člověka je ovlivňována metodami vycházejícími z teorií učení (např. postupná desenzibilizace, metoda přibližování), uplatnění zde nalézají i postupy jako hraní rolí, psychodrama apod.

Závěrem zdůrazňujeme, že při psychoterapeutickém vedení a ovlivňování pacientů je žádoucí respektovat všechny tři stránky změny — rozumovou, citovou a akční — a působit na ně **současně**, například prostřednictvím doplňkových programů. Jinak bývá dosažena změna jen krátkodobě či iluzí terapeuta, pacienta nebo obou. Ke změně trvalejšího charakteru zpravidla nedojde během jednorázové zkušenosti a v rámci situace terapie, nýbrž teprve zkušeností opakovanou, opakovanou i mimo vlastní terapii v životě klienta. Vlivem terapeuta se však tento proces, který má za cíl změnu, odstartuje, terapeut jej podporuje, usnadňuje a umožňuje jeho průběh.

Psychoterapeutický vztah

Člověk dávno předtím, než se narodí, je již důležitou součástí vztahů mezi rodiči a příbuznými, které svým blízcím se příchodem na svět stále více ovlivňuje. Od narození pak po celý život patří k lidskému společenství, v každém okamžiku a za každé situace je v kontaktu s druhými lidmi, pochopitelně nejen fyzicky, reálně, ale i prostřednictvím svých myšlenek, fantazie, vzpomínek a ve spánku snů. Lidmi jsme formováni neustále, neboť osobnost člověka a jeho individualita vznikají přes vztahy k ostatním lidem. **K sobě se dostáváme přes druhého.** Vztahy jsme a vztahy žijeme (pro upřesnění dodejme, že ne pouze jimi), což předpokládá naši **otevřenost** bezprostřední (přímé, ničím nezprostředkované) zkušenosti. Vztahy můžeme v řeči sdělovat a tento moment poukazuje na podstatný rys lidské existence, jímž je **vědomé** soužití s druhými lidmi, uskutečňující se hlavně prostřednictvím komunikace. Ostatní lidé, vztah k nim a mezosobní komunikace tvoří vlastní **centrum** našeho subjektivního světa. **Já jsem tak trochu i ten druhý.**

Dítě se zdravě psychicky a fyzicky vyvíjí jedině v kontaktu s lidmi, z nichž největší význam mají ti nejblíže, většinou rodiče a prarodiče. Matka v rodině zpravidla vytváří emoční atmosféru a stabilitu, odpouští neodpuštělné, otec zase vnáší do rodiny řád, jemu dítě skládá úcty a on je autoritou. Prarodiče pak dopl-

V psychoterapeutické praxi užíváme celé řady postupů působících na rozumovou stránku člověka. Stěžejní místo zaujímá rozhovor, jenž může být veden podle různých zásad, a rozeznáváme proto psychoterapeutické rozhovory v různém stupni — direktivní, nedirektivní, odkrývající (analyzující), zakrývající (podpůrné). Rozhovorem lze přesvědčovat i za použití sugestivních prvků, podávat důležité informace a interpretace, tedy výklad subjektivně významných souvislostí apod. K lepšímu porozumění sobě cestou rozumu lze užít i denního snění, fantazií a rozboru a výkladu nočních snů.

Působení **převážně na citovou stránku** klienta bývá nazýváno emoční korektivní zkušeností a v souvislosti s touto oblastí se setkáváme s výrazy odžití, odreagování apod.

Spolu s rozumností je člověk tvor citový, tedy prožívající a jeho pocítování, tak často opomíjené a podceňované, tvoří velmi důležitý zdroj poznávání, ale i onemocnění, neboť probíhá na nevědomé úrovni a je zakotveno **tělesně**. Pocíťujeme a prožíváme stále, aniž bychom si to uvědomovali a i tehdy, když svoji pozornost tímto směrem nezaměříme. Stále jsme nějak naladěni, nálada tvoří pozadí, před kterým vše vystupuje, může se stát i dominantou. Velmi přesně nás informuje „jak na tom jsme“, pokud prožitkům dovedeme a chceme naslouchat. Pocíťování stále „zabarvuje“ duševní život, citlivě indikuje naši situaci ve světě, konkrétní vztahy a obsahuje motivační sílu, čili může být pohnutkou jednání, které vede, udržuje a ukončuje.

Pocity jsou bezprostředně spjaty s tělesnou stránkou jedince, vegetativním nervovým systémem a v negativním případě se spolupodílejí na vzniku a udržování psychosomatických onemocnění. To je asi jedním z důvodů, proč v nejnovější době, jež prožívání a subjektivní svět člověka nedoceňuje a často je má za „slabost“, která spíše ruší jedince v dosahování jeho záměrů, psychosomatických chorob přibývá a naplňuje se úsloví „emoce — nemoce“.

Hlavním psychologickým prostředkem působení na citovou stránku je **psychoterapeutický vztah**, jenž záměrně a podle určitých pravidel terapeut vytváří. Dochází ke změnám v aktuálním prožívání (např. klidné a uvolněné chování terapeuta zbavuje klienta úzkosti a napětí) i v prožívání dlouhodobém (např. terapeut svým vstřícným postojem, zájmem a bezvýhradnou akceptací poskytuje klientovi novou zkušenost, jejímž důsledkem může být osobnostní přeladění). Psychoterapeuti používají celou řadu vyzkoušených a praxí ověřených postupů a technik, kterými navozují změny v citové oblasti. Jsou to například relaxační cvičení, čili soubor duševních a tělesných cvičení (tzv. autogenní trénink, řízená meditace, některé prvky z jógy) vedoucích k uvolnění a působících proti úzkosti, strachu, napětí, jichž lze současně užít i jako východiska dalších terapeutických postupů. Do oblasti pocítové a tělesně nesené je zaměřeno i tzv. zaostřování (focusing), představující novější metodu, pomocí které lze přivést klienta k odžití a uvědomění si duševních obsahů dosud nevědomých, často traumatické povahy, kterých se takto zbavuje. Citová oblast je u člověka dobře přístupná prostřednictvím podnětů přicházejících z oblasti umění, jehož různé formy — hudební, výtvarné, literární, pohybově-expressivní — jsou hojně využívány při pomoci lidem psychologickými prostředky. Volněji lze mezi postupy zaměřené na citový život člověka přiřadit i sugestivní metody postavené na přijetí nějakého

těti budou muset rodiče řešit vztah mezi sebou. Obdobně ztráta dosavadní systémové stability (např. v důsledku odchodu některého člena z rodiny) může mít za následek vznik či větší výskyt nežádoucího chování, na jehož odstranění se rodinný terapeut zaměřuje (konflikty, pokořování druhého, projevy bezmocnosti a závislosti apod.).

Život každé rodiny je určován řadou zvyků, pravidel, někdy až rituální povahy (např. při intimním sblížení). Její členové jsou vzhledem k sobě navzájem v pevném postavení a převládají zde specifické vztahy a způsoby komunikace — dorozumívání, stejně tak jako postupy, jimiž rodina řeší své problémy a vymezuje se vůči ostatnímu světu. Toto vše se může dostat do centra pozornosti terapeuta, jenž se snaží navozovat změnu pomocí celé řady strategií a technik.

Za hlavní zdroj změny v psychoterapeutickém významu považujeme tendenci člověka po dosahování vyšší kvality, zdokonalování sebe spolu s druhými a tuto skutečnost nazýváme psychosociálním zráním, osobnostním růstem a rozvojem. Zmíněná tendence se uskutečňuje díky biologickému zrání, učením a vlastní sebetvorbou — sebeřízením lidského jedince. Při úmyslném navozování změn psychologickými prostředky se zaměřujeme na osobnost člověka, jeho chování, postavení a funkci v rodině či ostatních malých společenských skupinách, jichž je každý členem (přátelé, spolupracovníci apod.) Zbývá ještě dodat, že změna vyvolaná psychoterapeutickým působením má stránku **rozumovou, citovou a akční**. Stránka rozumová znamená porozumění, pochopení, například změnu svého postoje k manželskému partnerovi klient dokáže popsat, zdůvodnit, nicméně je jako vše v duševním životě provázena citovou kvalitou, čili jej jinak než dříve prožívá, nově se k němu vztahuje a může dojít ke změně chování (akční stránka změny).

Položme si nyní otázku, **jak ke změně dochází** a které jsou **účinné faktory psychoterapie?** V dalším textu se opřeme o tři stránky změny (rozumovou, citovou, akční), proto musíme upozornit, že duševní život a projevy člověka tvoří vždy **celek** a rozdělení je umělé a uvedené z didaktických důvodů. Žádoucí změnu vyvoláme, zjednodušeně řečeno, záměrným ovlivňováním a využívám možností rozumové, citové a akční stránky člověka.

Působení na **převážně rozumovou stránku** tvoří základ psychoterapie a bývá vyjadřováno pojmy: náhled, kognitivní korektivní zkušenost, pravdivější sebepoznání apod. Princip spočívá v tom, že pomocí různých postupů vedeme klienta k nalezení a přijetí nového **porozumění** sobě, vztahům, kterými žije a vlastní situaci — to je maximální cíl; účinnou pomocí bývá i porozumění dílčí — například týkající se vzniku symptomu a jeho účelovosti (co jím pacient získává), určitého přetrvávajícího chování z dětství (tvrdohlavost a protivení se formální autoritě) apod.

Člověk je tvor rozumový, snaha po poznání sebe a světa je mu bytostně vlastní, stejně jako touha po porozumění smyslu života a svému postavení ve světě. Rozum zpřehledňuje za předpokladu, že se neubírá falešným směrem, proto je tak důležitá **osobnost psychoterapeuta**, stejně jako vychovatele, jež provázejí člověka po ne vždy snadné cestě vedoucí k sebepoznání. Porozumění orientuje, přináší úlevu a ukazuje další směr — lze jej přirovnat k nalezení správné cesty zbloudivším člověkem.

může posloužit tzv. **symptomatické chování**, příznačné pro nemocné trpící fobiemi, čili zcela nepřiměřenými strachy z určitých situací nebo předmětů (strach z jízdy veřejnými dopravními prostředky, strach z ostrých a špičatých předmětů, ze samostatné chůze po ulici atd.) Vyhýbání se situacím a předmětům vyvolávajícím neadekvátní strach lze odstranit přeucněním za předpokladu, že fobie vznikla prostým naučením a není „špičkou ledovce“ obsáhlejší a závažnější psychologické problematiky pacienta. Ve větších městech jsou poměrně četné fobie z jízdy dopravními prostředky a vznikají většinou tak, že se jedinci z důvodu momentální indispozice obvykle v přeplněném voze veřejné dopravy udělá fyzicky nevolno. Vznikne obava, že se nepříjemná příhoda bude opakovat a že postižený se stane centrem nežádoucí pozornosti spolucestujících; úzkostnější člověk se začne cestování vyhýbat, chování se tím začne posilovat, fixovat, vznikne fobie. Jako další příklad symptomatického chování, jež psychologickou cestou měníme v jednání přijatelné, neproblémové, může být nepřiměřené agresivní jednání vyvolané malým podnětem nebo některé typy přetrvávajícího nočního pomočování u dětí, jak se s ním setkávají pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a dětských zdravotnických zařízení.

Nemusí to být jen symptomatické chování, tedy přímo projev nemoci či poruchy, jež ztrpčují malým i velkým klientům nebo jejich okolí život a vytvářejí starosti, nýbrž i jiné projevy, které vycházejí z osobnostních rysů, povahy, nebo jsou důsledkem naučenosti či naopak nenaučenosti určitých způsobů jednání. Psychologicky lze ovlivňovat a měnit projevy vedoucí k většímu sebeprosazení nebo zase ústupnosti a ohleduplnosti k ostatním lidem, lze se učit řešit meziosobní spory konstruktivním způsobem atd. Teoreticky i prakticky jsme schopni měnit prostřednictvím psychologických prostředků a postupů alespoň částečně veškeré naučené chování lidského jedince, ovšem za předpokladu, že spolupracuje a se změnami souhlasí. V kontrastu s tím vidíme **manipulativní přístup** k člověku, kdy je s ním jednáno jako s věcí či někým nesvéprávným a kdy není informován o našich postupech, záměrech a cílech. Dokonce lze říci, že jeho neinformovanost je jednou z podmínek „úspěchu“. Je zřejmé, že manipulativní strategie jsou eticky vysoce problematické a při pomoci lidem psychologickými prostředky jejich užití nepřipadá v úvahu.

V souvislosti se změnou jsme se zatím zmínili o dvou oblastech, kde změnu závažně navozujeme: osobnost a chování člověka. Třetí místo ležící v pozornosti psychoterapeutů tvoří **rodina**, případně společenství lidí, ke kterému má klient citově blízko a kam patří. Jak již jsme dříve upozornili, věnuje se této oblasti rodinná terapie, vycházející zpravidla z teorií systému a komunikace. O jedinci je zásadně uvažováno jako o součásti celku a postupuje se s ohledem na tento celek. Na individuální patologie (např. duševní onemocnění a symptomatické chování) je nahlíženo jako na záležitost celé rodiny a mechanismus, jehož účelem je udržovat relativní rovnováhu a „únosný stav“.

Například matka nespokojená v manželství se silně upne na dítě, ve kterém pěstuje nepřiměřenou závislost, nesamostatnost, vytváří nadměrnou úzkost, která se stane zdravotním problémem. Otec žije mimo rodinné dění, jež je klidné a nekonfliktní. Je pravděpodobné, že při změně postoje matky k dí-

učíme ho lépe vyrovnávat se se zátěžovými situacemi atd. Principiálně vedeme klienta k lepšímu, tedy i pravdivějšímu **sebepoznání** a k **vidění souvislostí** mezi tím, jak události prožívá, jak na základě toho jedná a jaké mají události a jejich prožitky významy.

Změna v osobnosti mívá často za následek i změněné **chování**. Mnohdy je tomu i naopak, nové chování klienta vyvolá jinou odezvu v okolí, získává novou zkušenost, jež může působit korektivně a skuteční se proměna některé z osobnostních vlastností a postojů. Například pacient během psychoterapie ztrácí nepřiměřenou podezřavost k ostatním lidem a začne se k nim chovat, ve srovnání s dřívější dobou, přívětivěji a více společensky. Díky tomu jsou i ostatní k němu přátelštější a on jim stále více důvěruje, neboť důvěra vyvolává zpravidla důvěru a projevovaná nedůvěra opět nedůvěru.

Z praktické psychotherapeutické zkušenosti však víme, že změna v osobnosti nemusí vést vždy a automaticky k jinému chování a naopak — změněné chování nedává záruku změn v osobnosti. Záleží ještě na dalších okolnostech a podmínkách. Tuto skutečnost lze ukázat pomocí psychologického pojmu **role**, jímž se rozumí určité předem vyžadované a očekávané jednání odpovídající pohlaví, profesi, postavení apod.

Tak například k tradiční roli lékaře patří rozhodnost, obětavost, osobní zájem na pacientovi, nezištnost, jež také nemocní očekávají a vyžadují, zvláště tehdy, cítí-li se špatně. Na druhé straně lékař zpravidla chce mít pacienty podřídivé, poslušné, vděčné a uzdravující se, což opět patří k roli nemocného. Chování odpovídající předchozím přívlastkům zdaleka nemusí pramenit ze stálejších a hlubších vlastností osobnosti, nýbrž může být situačního rázu, pouhou rolí, kterou sice osobnost svým svérázem zabarvuje, ale nemění, jako by byla určena předem. Lékař vystupující v kontaktu s pacientem rozhodně a rázně nemusí být ve svém soukromém životě vůbec rozhodný, a také nemocný podřizující se v době nemoci ochotně lékaři, nemusí být zdaleka podřídivý a ústupný.

Víme, že „zvyk je železná košile“, mnohé děláme ze **setrvačnosti**, naše jednání ne vždy je osobnostně zakotvené a v pravém slova smyslu motivované. Určitým způsobem lze jednat proto, že jsme se to prostě naučili. Vzpomeňme rituální chování — projevy zdvořilosti a dobrého vychování — i jejich opak, nebo způsoby při stolování či dvoření se a namlouvání. Člověk se mnohdy nějakému chování naučí a nemusí to jeho osobnost ovlivnit, i když víme, že některé role a naučené projevy někomu sedí lépe, jinému hůře; záleží na povaze jedince a jeho motivaci.

Změny v osobnosti se často promítají i do chování člověka, jež mohou měnit a naopak, změnou chování lze navodit i změnu v osobnosti. Současně je známo, že to není spolehlivé pravidlo například proto, že obvykle nestačí chtít a rozhodnout se chovat jinak, musíme to také **umět**. Dobrá vůle v této souvislosti znamená mnoho, ale nikoli všechno. Proto při psychotherapeutickém procesu, stejně jako při výchově dětí, se snažíme zároveň ovlivňovat nejen osobnost, ale i chování v naději, že nové chování po „zaběhnutí“ povede také k osobnostním změnám, nebo že nežádoucí projevy prostě změníme či odstraníme. Za příklad nám

a zhola neužitečná. Jedná vůči mně nepřátelsky, kdo mi ukazuje můj nedostatek, aniž mi zároveň ukazuje prostředek, jak jej odstranit, kdo mě přivede k pocitu, že něco potřebuji, aniž mi umožní tuto potřebu uspokojit. Raději, kdyby mě byl nechal v mé animální nevědomosti!"

J. G. Fichte nás upozorňuje na velmi důležitý moment, týkající se i našeho oboru. Je to nutnost pozitivního a prakticky upotřebitelného vědění ku prospěchu člověka. Tedy co má být a jak toho dosáhnout. Psychoterapeuti už mnohé vědí především proto, že mají praktickou zkušenost s člověkem; poznávají, jak lidé cítí, myslí a žijí, protože se setkávají s ním a jeho „třináctou komnatou“. Vidí, jak z pohledu a zkušenosti jednotlivého člověka události začínají, probíhají a končí. Jejich poznání vychází z praxe, je proto reálné a rozhodně zde neplatí, že papír „unese všechno“. Z tohoto úhlu dnes pozitivně víme a nyní opakovaně zdůrazňujeme, že hlavní zdroj žádoucí změny je v **tendenci lidského jedince ke svému rozvoji a zdokonalování**, jehož vyšší kvalita táhne, a to jak na úrovni charakteristik a vlastností osobnosti, tak i vztahů a způsobu života. Čili každý z nás usiluje o normalitu, tedy uskutečnění a naplnění svých možností. Na tento trend se psychoterapeuti mohou spolehnout, znamená optimismus a vždy přítomnou naději v úspěch při pomoci lidem psychologickými prostředky; známe též okolnosti, které osobní růst podněcují a usnadňují, a tyto okolnosti se stávají „psychoterapeutickým nástrojem“.

Položme si nyní otázku, **kde se změna vlivem psychologického působení uskutečňuje?** Během psychoterapie se zpravidla zaměřujeme na tři základní oblasti, jež se vzájemně ovlivňují, a změna v jedné se mnohdy projevuje i ve zbylých dvou. Je to **osobnost** klienta, jeho **chování** a jeho **postavení v rodině, zaměstnání**, eventuálně mezi přáteli nebo lidmi jinak blízkými.

V **osobnosti** člověka, stručně řečeno, chceme měnit to, co tvoří či zapříčiňuje nepřiměřený vztah k sobě a hodnocení sebe, světa, případně ještě způsoby, jak se s životem klient vyrovnává. Někdy se zároveň zaměřujeme i přímo na zdravotní obtíže, které mohou být součástí osobnosti (např. zvýšená úzkost nebo vztahováčnost). Důležitý je význam toho, co nazýváme „já“ osobnosti. V psychologii pojmem „já“ označujeme obvykle subjekt vědomí, prožívání, poznávání, hodnocení a chtění. V „já“ člověka „sídlí“ identita, která umožňuje časovou kontinuitu osobnosti, čili vědomí a pocit, že to jsme stále my, ať se jedná o události z dětství či přítomnosti. Vyjadřuje to nejbližší, neboť znamená naše nejniternější soukromí, jsme to „my sami“. Důležitou součástí „já“ je individuální **sebeobraz**, tedy to, jak se vnímáme, hodnotíme, jak o sobě smýšlíme, náš postoj k sobě samým. V psychoterapii **zaměřené na osobnost** právě mnohé z toho, co jsme právě vyjmenovali, měníme. Například si přejeme, aby klient více akceptoval sebe, získal k sobě lepší vztah. Jindy usilujeme o snížení požadavků, které na sebe klade. Přiněžené požadavky a přijetí sebe považujeme za významné, neboť tvoří jednu z charakteristik duševního zdraví a není přehnané tvrzení, že teprve člověk mající pozitivní vztah k sobě může mít opravdu dobrý a otevřený vztah k ostatním lidem. **Předpokladem akceptace druhého je akceptace sebe.** Změn v různých oblastech osobnosti, o které terapeut spolu s klientem usilují, může být celá řada — například v **hodnotovém systému**, tedy v tom, jak se člověk dívá na svět, co považuje za důležité a co za nepodstatné, ovlivňujeme jeho postoje k druhým lidem,

Sebetvorba — **sebeřízení** vychází z poznání možnosti vlastního spontánního jednání a je výrazem svébytnosti a svobody člověka.

Hlavní předpoklady změny duševního života a chování člověka psychologickými prostředky (tedy to, co změnu vůbec umožňuje a zároveň vyjadřuje tři důležité charakteristiky lidského jedince) mají trojí zakotvení: **přírodní, sociální a subjektivní** (svobodné rozhodování a jednání).

Dříve, než se seznámíme s konkrétními mechanismy a způsoby navozování změny psychologickou cestou, věnujme krátce pozornost jejímu zdroji. V určité analogii s vývojem — růstem, který je vlastní živé přírodě, jsme konstatovali, že v lidském jedinci shledáváme tendenci k **psychosociálnímu zrání, růstu a rozvoji**. Snad nejzřetelněji lze předchozí pozorovat u malých dětí, neboť jejich vývoj probíhá často ve skocích, tedy nápadně. Je přirozené, že zdravý jedinec žijící v relativně dobrých podmínkách chce přesahovat sám sebe, být trochu víc, než je, prostě se pozitivně rozvíjet, a tím naplňovat své možnosti a vlastně i závazek být v plném smyslu člověkem. V klinické praxi shledáváme stejnou tendenci i u pacientů. Současně s ní počítáme, neboť jejím aktivizováním a posílením člověku pomáháme, aby se dostal na cestu směřující k svému znovunalezení, tedy aby se stal sám sebou. Praktická zkušenost ukazuje, že někteří lidé, kteří se v uvedeném smyslu zanedbávají, a tak vlastně lidsky živoří, přestože žijí zdánlivě normálně, jsou buď zvýšeně agresivní nebo úzkostní, depresivní a sužují se pocity viny, jimž nerozumějí. Úzkost, deprese a pocit viny tu znamenají varování, že nežijí tak, jak by měli a vlastně se nejedná o pouhý pocit, nýbrž o vinu skutečnou, tedy **dluh**, který mají vůči sobě i druhým, neboť u dospělého člověka se vlastní rozvoj uskutečňuje vždy spolu s rozvojem ostatních. **Identitu se sebou samým** — být opravdu sám sebou — považují psychoterapeuti za důležitý znak duševního zdraví. Být zajedno se sebou, také znamená neustálý rozvoj a zdokonalování, a protože je člověk bytostí společenskou, děje se tak ve vzájemném působení lidí mezi sebou, neboť **člověk těžko může být v souladu se sebou, pokud není v souladu s druhými**. Tím lze také zdůvodnit jeho zájem na pozitivních vztazích, jež jsou pro duševní zdraví nutností, stejně tak jako aktivní zasahování do okolního světa, na který jsme odkázáni.

Problematika zrání a rozvoje lidské osobnosti je tématem provázejícím celé dějiny lidského myšlení. Představuje i hledání odpovědi na tradiční filozofické otázky, kdo člověk vlastně je, odkud přichází a kam směřuje, jaké jsou jeho skutečné potřeby a oč usiluje. Znamená i pátrání po tom, co je pro lidskou bytost optimální, tedy žádoucí a vlastně nutné, má-li se zdravě rozvíjet, pěstovat a naplňovat lidství v sobě i druhých.

Zmíněná oblast nepatří jen filozofii, nýbrž je v centru zájmu i ostatních oborů zabývajících se člověkem a jeho životem a také člověkem v nouzi, jak je tomu u psychoterapie. Filozofie nám skýtá četné podněty k zamyšlení a upozornění. Varuje člověka před opojením tím, co dokáže a ukazuje na širší souvislosti, které jedinci moderní doby často unikají. Pokud jde o naše téma, ilustrujme si inspirující vliv myšlenek i starších autorů na úryvku z díla německého filozofa **J. G. Fichta** (1762—1813):

„Pouhá znalost vloh a potřeb člověka bez vědění, jak je rozvinout a uspokojit, byla by nejenom vysoce smutná a sklíčující, nýbrž byla by to i znalost jalová

chologickou cestou **nepřím**o — v jejich projevech a důsledcích. Jako příklad si uveďme dítě trpící psychotickým onemocněním, s nímž se pravděpodobně narodilo (tzv. časný dětský autismus). Vhodnou stimulací a psychologickým vedením při velké snaze a pomoci rodičů lze u něho vytvořit sociální návyky, společenské chování a rozvinout vše, co je v jeho možnostech. Lze to proto, že jakýkoli komplexnější lidský projev je mnohostranně podmíněn, tedy i činiteli přístupnými psychologickému působení. Toto je optimistické zjištění i v souvislosti s biologickým zráním, které je předpokladem změn fundovaných převážně biologicky a výrazem **přírodní určenosti člověka**.

Učení je druhým předpokladem změny. Rozumíme jím schopnost a z ní plynoucí procesy, jimiž jedinec získává nové zkušenosti a posléze i vlastnosti. Bez schopnosti učení by nebyla možná zkušenost. Psychologové se zvláště zajímají o **sociální učení**, jež je zprostředkováno druhými lidmi. Převážná část toho, co je specificky lidské (např. vědomí, slovní komunikace), je získána životem ve společnosti právě pomocí sociálního učení. Ve srovnání s ostatními přírodními druhy podíl učení při osvojování vlastností ve srovnání s biologickým zráním u člověka naprosto a jednoznačně převládá. Zdá se, že pro jeho socializaci, adaptaci a rozvoj je nejvýznamnější učení **nápodobou**. Lidský jedinec v určitých věkových obdobích přejímá velmi snadno a nevědomky chování, vlastnosti a postoje druhých lidí, s nimiž je v blízkém citovém vztahu, nebo kterých si váží. Proto má tak nesmírný vliv osobnost rodičů a jejich chování na formování osobnosti dítěte. Též si nápodobou rychle osvojíme jednání, jež je úspěšné při zvládání různých situací, nebo přejímáme chování, s nímž se častěji setkáváme a zároveň nemáme možnost srovnání a výběru jiného modelu.

Psychoterapie se zpravidla uskutečňuje v rámci a prostřednictvím intenzivního vztahu mezi terapeutem a pacienty. Usilujeme při tom o konstituci takového vztahu, jenž pro nemocné či z jiného důvodu potřebné, znamená novou zkušenost vedoucí při jejím opakování k přijetí, zobecnění a ke změně. Jedná se vlastně o léčbu novou sociální zkušeností. Sociální učení je předpokladem změny, jež jsou fundovány společensky a jsou výrazem **společenské určenosti člověka**.

Sebetvorbou — **sebeřízením** rozumíme, že za určitých okolností, a psychoterapie k nim také může přispět, chápeme vlastní podmíněnost, uvědomujeme si či cítíme vnitřní nebo vnější determinaci, které podléháme, a toto nové poznání nás od ní nejednou osvobozuje. Může dojít k tomu, že volíme a jednáme nově: **rozumně, odpovědně, eticky**, a je-li třeba, i **odvážně**. Lze říci, že ten, kdo řídí sebe, je svým pánem, má možnost na sobě pracovat a v případě vlastního rozhodnutí zasahovat aktivně do světa. Nejednou se pak dostává do rozporu se svými bezprostředními pragmatickými zájmy i jinými tlaky, které mají zdroj v něm samém, či okolí. Na tuto skutečnost upozorňujeme proto, že v člověku se sféra nepodmíněnosti a podmíněnosti kříží. Sebetvorba — sebeřízení poukazuje na oblast dotýkající se lidské svébytnosti, která ve svém spontánním jednání a tvorbě odkazuje na to, co je specifikem člověka a pro zdravou psychiku nejen charakteristické, ale **zásadní**. Pravděpodobně zde je třeba hledat „tajemství subjektivit“. Jinak řečeno: člověk a jeho jednání jsou nejen determinované, ale také **svobodné**. Lidský jedinec takto může překonávat sféru přírodní i sociální podmíněnosti tím, že zasahuje do světa řízením sebe sama.

ží, úpravě sebehodnocení, chová se uvolněněji a jistěji. Ve více oblastech nastává změna.

Opakem změny je **stálost**. Tyto pojmy jakožto své protiklady k sobě významově patří a vzájemně se potvrzují. Kdyby nebylo změny, byla by stálost prázdným pojmem.

Psychoterapeuti se obvykle zajímají o změnu uskutečňovanou v rámci osobnosti, chování a společenství lidí klientovi nejbližších — zvláště rodiny. Změna patří i mezi klíčové pojmy klinické psychologie a je odjakživa rovněž tématem filozofie, neboť změna, stejně jako pohyb či vývoj patří mezi kategorie, jimiž světů rozumíme, svět popisujeme a vykládáme, tedy vytváříme jeho obraz, s nímž pak zacházíme jako s realitou. V psychoterapeutickém pojetí představuje pozitivní změna realizaci možností člověku vlastních a rozvoje osobnosti a vztahů, v nichž jedinec žije. Takto lze vidět změnu i jako **úkol**, tedy něco, co máme a musíme naplňovat a čeho musíme dosahovat.

Položme si nyní otázku, jaké jsou **předpoklady změny duševního života a chování člověka**? Mezi lékaři je všeobecně rozšířen a přijímán názor, že hlavním cílem medicíny je poznání a ovládnutí procesů v těle takovým způsobem, aby určitý zákrok jen navedl organismus na cestu, na které se již sám vyrovná s nemocí či poruchou. Je zde počítáno s autosancí, autoreparací organismu. Zároveň víme, že pro veškerou živou přírodu je charakteristický vývoj a růst, což je umožňováno především biologickým zráním při zachování určitých vlastností prostředí. Mnozí psychoterapeuti zastávají, pokud jde o duševní život a projevy člověka, obdobný názor: lidskému jedinci je vlastní **psychosociální zrání a růst**; každý člověk má tendenci k rozvoji a dosahování **vyšší kvality své osobnosti a vztahů**, jimiž žije. Výrazy „psychosociální zrání“ a „růst“ vyjadřujeme jednu ze základních charakteristik lidského jedince, která je umožňována třemi předpoklady nestejně logické úrovně: biologickým zráním, schopností učení a sebetvorbou — sebeřízením.

Biologickým zráním, jež je předpokladem psychického vývoje jedince, označujeme změny biologické úrovně, ke kterým dochází uvnitř organismu. Nastávají spontánně a zákonitě tehdy, jestliže člověk dosáhne určitého vývojového stupně korespondujícího s jeho věkem a jsou-li zachovány základní podmínky zdravého života organismu (přiměřená výživa, teplo, stimulace apod.). Zmíněný proces je vlastní celé živé přírodě a nedá se podstatným způsobem urychlit. Například malé dítě začíná kolem 12 měsíců svého života vyslovovat prvá smysluplná slova a odváží se prvních samostatných krůčků. Ani tím nejlepším vedením však nelze tento vývoj uspíšit o několik měsíců.

Lidský jedinec tvoří jednotu tělesného a psychosociálního, a proto se biologické zrání projevuje v duševní oblasti a chování vyvíjejícího se jedince — ale i naopak. Částečně tím lze vysvětlit zrychlování psychického i somatického zrání nových generací bohatší psychosociální stimulací. Zkušenost nás přesvědčuje, že i biologicky dané charakteristiky člověka lze v omezené míře **přímo** měnit psychosociálními vlivy a psychologickými prostředky, jako je tomu například u psychosomatických onemocnění, jež lze příznivě ovlivnit psychoterapií a doporučeními z oblasti psychohygieny. Biologické danosti jsou dobře ovlivnitelné psy-

Předpoklady psychologické pomoci

Poslední část publikace začneme připomenutím — zopakováním několika myšlenek, tvořících milníky na cestě za bližším seznámením s psychoterapií:

Naše duchovní dějiny jsou snahou po porozumění sobě, výkladu světa jako celku a hledáním smyslu.

Psychoterapeutická péče je zasazena do celku obrazu světa, je jeho součástí. Psychoterapeut se stará o záležitosti člověku nejlépejší, včetně jeho vztahu ke světu.

Psychoterapie je jedna z forem pomoci člověka člověku, který ztrácí půdu pod nohama.

Psychoterapie je interdisciplinární obor tvořený převážně psychologickými poznatky a jejich praktickým využitím při pomoci lidem v nouzi. Má preventivní a mnohdy i-léčebný účinek.

Hlavním prostředkem, jímž navozujeme v duševním životě a chování klienta žádoucí změnu, je rozhovor a vztah.

Při uvádění předchozích dvou kapitol jsme užívali příměru vývoje našeho oboru s životním během člověka. Jestliže se jej chceme i nadále podržet, musíme pojednat o **změně a vztahu**, které jsou z psychologického hlediska klíčovými pojmy jak vývoje člověka, tak psychoterapeutického působení.

Změna osobnosti a chování

Změna je pro psychiku a chování lidského jedince příznačná a považujeme ji za projev vývoje života. Co je to změna? S tímto výrazem se setkáváme ve všech jazycích. Také jím označujeme vystoupení a prosazení se toho, co je nové, co se dříve vyskytovalo jen jako tendence a nyní to můžeme reálně konstatovat. Odehrává se jako **časový děj** a dospíváme k jejímu zjištění srovnáním současného stavu s výchozím.

Například psychologickým vyšetřením zjistíme značnou úzkostnost pacienta, který se obává selhání v situacích, na nichž mu záleží. Vlivem psychoterapeutické pomoci dojde k posílení jeho sebevědomí, naučíme ho se na náročné situace předem připravit, relaxovat a zprostředkujeme pochopení zdravotních potíží v souvislosti se sebedoceňováním a současnou snahou předčit druhé, být nejlepší. Tento pohled na sebe a tendenci v jednání pacient pochopí jako důsledek výchovy rodičů. Postupně dochází k ústupu potí-



Terapie ličením patří mezi pomocné psyoterapeutické metody, bývá provázána humorem. Mnohdy vede k pozoruhodně hlubokým sondám do osobnosti člověka a jeho motivace.



Arteterapie je osvědčenou součástí psyoterapeutických programů. Využívá se při individuální, skupinové i rodinné terapii. Na snímku malba prsty (finger paiting) užita individuálně v rámci skupiny.



Při aktivní muzikoterapii se používá jednoduchých hudebních nástrojů — na obrázky muzikoterapie v kombinaci s psychodramatem.



Psychodramatické přehrávání reálných nebo fantazijních příběhů nalézá uplatnění při skupinové a rodinné terapii.



Na řízení psychoterapeutických oddělení se podílejí pacienti prostřednictvím komunitních setkání a diskusí.



Rozhovor patří mezi hlavní způsoby, jimiž se uskutečňuje skupinová psychoterapie.

Psychoterapie se uskutečňuje především prostřednictvím rozhovoru ve dvojici či skupině. Vedle toho využíváme celou řadu pomocných léčebných metod a technik, jako jsou například psychodrama, hraní rolí, arteterapie, psychogymnastika, relaxace.



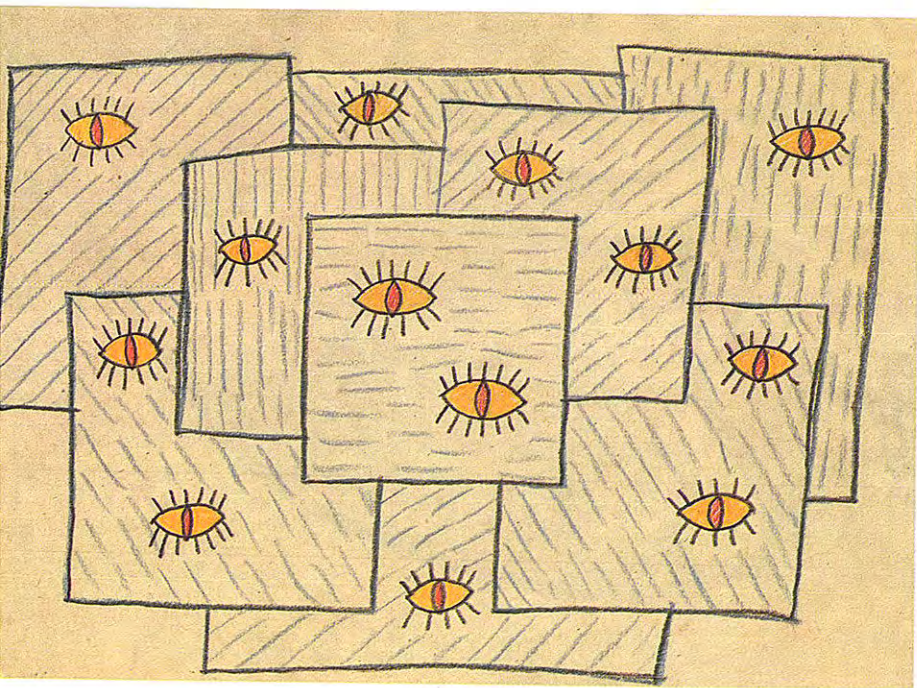
U zrodu Kabinetu psychoterapie pražské psychiatrické kliniky fakulty všeobecného lékařství v roce 1979 byli: zleva stojící Petr Příhoda, Anna Jirsová, Zdeněk Eis, doc. Vladimír Hort (tajemník psychoterapeutické sekce České lékařské společnosti), Jiří Růžička, Jan Vymětal: zleva sedící doc. Jaroslav Skála (vedoucí Kabinetu a současně předseda psychoterapeutické sekce České lékařské společnosti) a Zdeněk Mrázek.

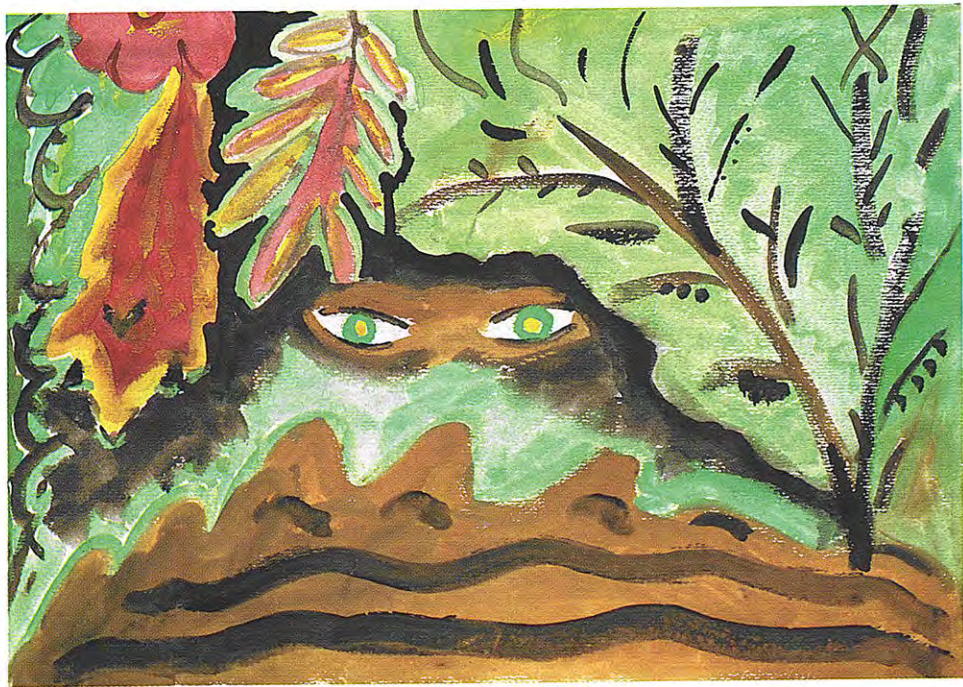


„Autoportrét“ — psychická nemoc může v člověku uvolnit kreativitu a v něčem nemocného obohacovat.



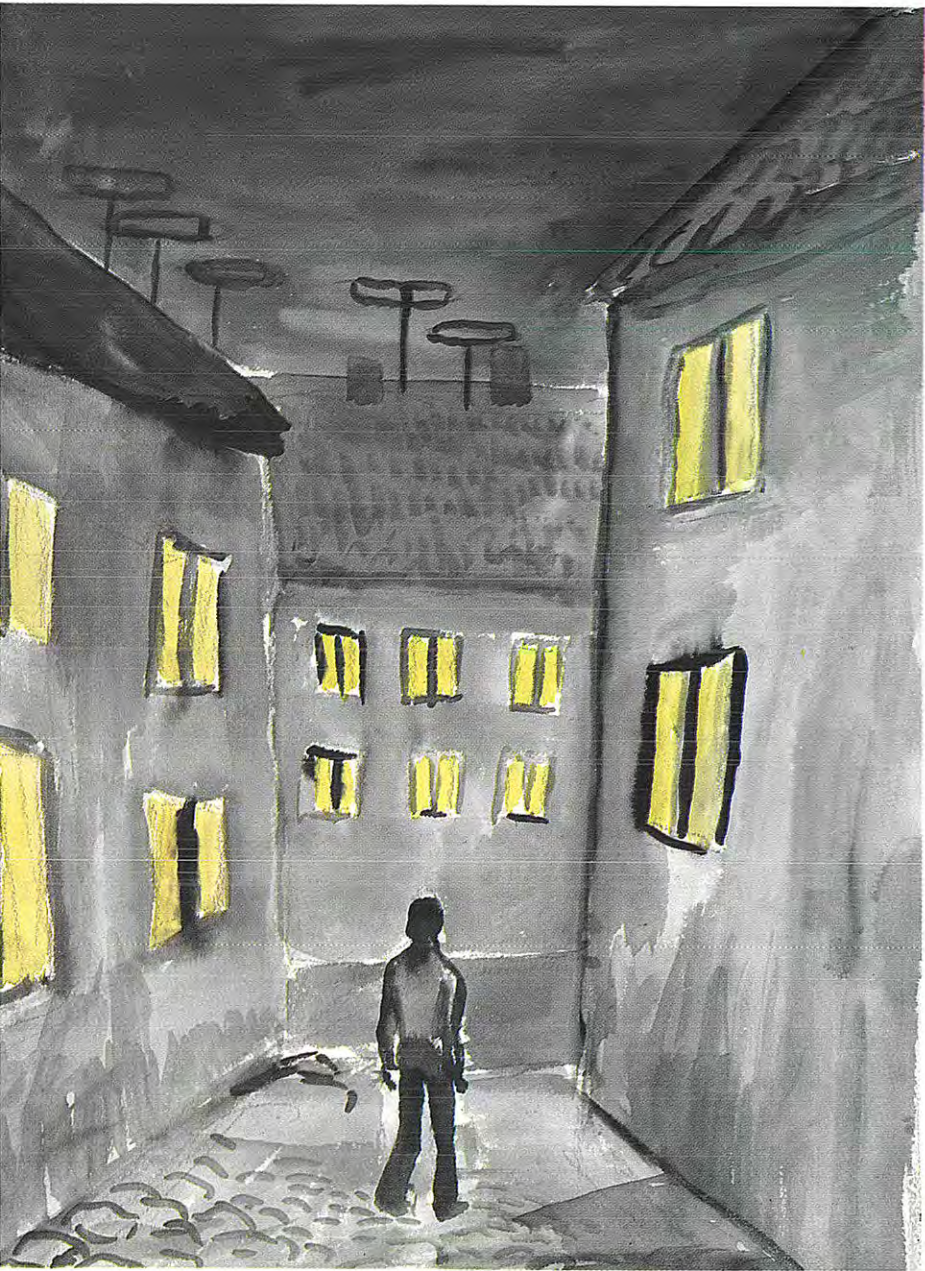
„Volnost, života míza“ — pocit sevřenosti, nemožnost svobodného rozhodnutí a jednání, spolu se silnou touhou po změně zná z určitého svého životního období většina lidí.





„Oči v pralese“ — v malířském projevu psychicky nemocných se nejednou vyskytují fantastické motivy, které vypovídají o jejich životě.

Obraz nazval autor „Oči“. Tato tematika se pravidelně vyskytuje u lidí zvýšeně podezřívavých a vztahovačných. Cítí se být pozorováni, posuzováni a v nebezpečí. Symbolika očí může znamenat i výčitky svědomí a pocit viny.



„Chodec“ — prožitky osamělosti, prázdnoty a izolace bývají příznačné pro člověka v duševní krizi, která přerůstá v depresi.



slabost;



touhu po síle, důležitosti, vlastní velikosti.



prázdnotu, nepotřebnost,



touhu po přátelství;

Spontánní i řízený výtvarný projev lidí, kterým poskytujeme pomoc psychologickými prostředky, má význam diagnostický i preventivně léčebný. Umožňuje poznání subjektivně významných duševních obsahů a základních postojů klienta. Výtvarný projev přispívá k porozumění sobě i druhému a k uvolnění zatěžujících pocitů.



V malbě hlavy robota zachycuje pacient vlastní pocity úzkosti a odosobnění od všeho živého.

Série obrázků čtrnáctileté dívky prozrazuje prožitky, které jsou časté u mládeže v pubertě:

Stručnou zmínku věnujme i slovu **prevence**. V lékařském pojetí znamená soubor zásahů směřujících k odstranění podmínek vzniku a rozšíření chorob, defektů, úrazů. Prevence z pohledu psychoterapeuta znamená opatření umožňující **optimální rozvoj a život člověka**, aby dosahoval toho, co je mu skutečně vlastní — své normality. Pro větší názornost uvedeme několik příkladů podmínek pozitivního vývoje a rozvoje osobnosti každého člověka.

Víme, že:

- kterékoli dítě patří do jakékoli kultury potřebuje ke svému zdárnému psychosociálnímu vývoji citové zázemí, poskytované dospělými osobami;
- v dospívání jsou pro mladého člověka nezbytné pozitivní identifikační vzory dané osobností rodičů, zároveň musí cítit sounáležitost s vrstevníky;
- jedna z nejdůležitějších okolností harmonického života v dospělosti je přiměřené společenské prosazení a dostatek vztahů k druhým lidem charakterizovaných otevřeností, porozuměním, vzájemností a absencí pocitu ohrožení;
- pro subjektivně spokojený život ve stáří, limitovaném fyziologicky, je nezbytná sociální začleněnost, pocit užitečnosti a uznání ze strany nejbližšího sociálního okolí.

Psychoterapii lze dnes vymezit i jako interdisciplinární obor vycházející z psychologie, který prostřednictvím psychologických prostředků pomáhá člověku v dosahování normality a nalézá uplatnění všude tam, kde jedinec nežije podle svých možností.

hodnotí. Tato souvislost je důležitá, protože **vztah k sobě a vztah k druhým jsou spojené nádoby** a z psychologického hlediska tvoří základ, z něhož se odvíjí vše ostatní.

Po předchozí přípravě lze psychoterapii vymezit jako **zvláštní druh pomoci potřebnému člověku prostřednictvím psychologických prostředků**, tedy prostředků založených na komunikaci, čili sdělování a sdílení. Cílem tohoto snažení, ve kterém hraje obvykle hlavní roli vztah a navození atmosféra mezi terapeutem a klientem či klienty mezi sebou a terapeutem při skupinové léčbě a rodinné terapii, je přímé či nepřímé vyvolání **změny** v duševním životě a chování. To mnohdy pozitivně ovlivní i zdravotní stav klienta a má léčebný účinek. Dnes víme že mnohá onemocnění člověka, nejenom duševní, souvisejí také s tím, jak jedinec žije, prožívá a hodnotí; proto lze ovlivňování i zásahy psychologickou cestou v tomto významu nazvat **specifickou léčbou**. Za neméně závažnou považujeme okolnost, že psychoterapeutickou pomocí dosahujeme u člověka **pravdivějšího sebezpoznaní, včetně hodnocení vlastních možností a porozumění situaci a postavení**, ve kterém se nalézá. To je důležitý moment a předpoklad kvalitního vedení života. Zmíněný vliv psychoterapeutického působení má proto vzhledem k náročným životním situacím a duševním krizím **preventivní účinek** a lze jej přirovnat **k výchově**.

Čtenář si může povšimnout, že častěji používáme výrazy běžné ve zdravotnictví — například léčba, prevence. Tato skutečnost je dána zvykem, neboť psychoterapie se vyvíjela po dlouhá léta jako součást medicíny, i když je její fundament v psychologii. Vezměme k ilustraci slovo „léčba“. V lékařských vědách je **léčba** chápána jako náprava struktury a funkce nežádoucí — patologické, ve strukturu či funkci žádoucí, rovnající se normě — zdraví. To předpokládá, že dokážeme zjistit a známe **strukturu a funkci normální, zdravou**, včetně jejich odchylek. V přírodovědně pojaté somatické medicíně není způsob určení nemoci a zdraví tak obtížný jako v našem oboru nebo v psychiatrii. Je tomu proto, že k diagnostice a léčbě převážně somatického onemocnění lze přistoupit již osvědčeným a obvykle i objektivním způsobem. Laboratorní a jiná vyšetření jsou například pro práci internisty spolehlivým vodítkem. Při určování zdraví a nemoci se v lékařství převážně užívá statistické normy: co se vyskytuje a funguje obvykle, bez nápadnosti, průměrně, bývá označováno za normální a zdravé. Velký problém však nastává při uvažování širších, tedy i psychosociálních hledisek tak, jak odpovídá nejnovějšímu definování zdraví jako „tělesného, psychického a sociálního blaha“.

Psychoterapeuti používají výrazy struktura a funkce jen jako příklady, tedy obrazně a rozhodně ne v anatomickofyziologickém významu. Také se statistickou normou nevystačí. V praxi se řídí **individuální normou**, která je srovnáním s klientovou **normalitou**, jež znamená optimální život konkrétního člověka usilující o uskutečňování svých možností ve společnosti druhých lidí a s ohledem na ně — čili **život člověka realizujícího sebe**.

Problematiku zdraví a normality nebudeme dále rozvíjet, ale upozorníme na zdánlivý paradox: jedinec trpící duševními obtížemi se může blížit normalitě víc než člověk zdánlivě zdravý, jenž vzhledem ke svým možnostem pouze přežívá, ale nežije. Zdravotní obtíže pak mohou být daní, kterou platí za to, že chce být více člověkem. Častěji jsou však výrazem toho, že nežije optimálně.

orientaci v problematice, a tím i způsob, jak s postiženým dále jednat. Vlastně nastala **reaktivace slabého a citlivého místa** v člověku a podle „povahy případu“ postupujeme již se znalostí věci. Konkrétně: v rámci psychoterapeutické intervence někdo potřebuje spíše povzbuzení a uznání (např. lidé s pocity méněcennosti), jiný dodání jistoty a ubezpečení o pevnosti našeho vztahu (např. problémem je separační úzkost) nebo porozumění osobním rozporům prostřednictvím poučení či výkladu (např. u lidí citlivých na vnitřní konflikty).

Také pro vlastní psychoterapii je dobré, jestliže si uvědomíme, že člověk je výslednicí celého svého předchozího vývoje. Lépe pak rozumíme a sami jsme v psychoterapeutickém vztahu jistější. Nápadnosti v chování klienta chápeme a máme možnost s ním jednat nejenom intuitivně správně, nýbrž své jednání vědomě uzpůsobujeme jeho specifickým vývojovým zvláštnostem, aby alespoň částečně v rámci psychoterapeutického procesu dozrál. V zásadě s námi jedná klient tak, jak „musí“, stejně tak jeho očekávání vzhledem k nám a terapii jsou z velké části dány jeho povahou, zvyky a způsobem, jak se pro něho typicky vztahuje k druhému. A víme-li konkrétně, „oč jde“ a pravděpodobně „proč“ tomu tak je, máme možnost jako psychoterapeuti klientovi ve vztahu poskytnout to, co mu chybělo a chybí, a přispět tak k dodatečnému „zhojení a dozrávání“, a tedy i dalšímu rozvoji jeho osobnosti. Tomu procesu napomáhá, jestliže si zároveň uvědomuje své potřeby a přání, a tím rozšiřuje a obohacuje své sebepoznání.

Vymezení oboru psychoterapie

V prvé kapitole jsme čtenáře provázeli historií psychoterapeutických momentů ve vývoji evropského myšlení a života — až po vznik samostatného oboru. Chtěli jsme tím také upozornit, že lidé potřební toho, co dnes nazýváme psychologickou péčí, zde byli odjakživa, stejně tak jako pomoc, kterou jim ostatní nabízejí a poskytují. Uvědomili jsme si, že **porozumění sobě a světu k člověku patří**, neboť poskytuje orientaci, zakotvení a stabilitu. Ten, kdo rozumí, tak zpravidla i ví, co dělat. V druhé kapitole jsme upozornili na několik důležitých oblastí praktického využití psychologických prostředků při léčbě a ostatní pomoci potřebným lidem. Všimli jsme si také kritických momentů ve vývoji člověka a okolností přispívajících k odolnosti vzhledem k psychické zátěži. Dosavadní text vlastně připravil půdu pro jasnější vymezení oboru, nalézajícího v lidském životě široké uplatnění včetně laické pomoci člověku člověku. Psychoterapie se obrací a nabízí své služby (alespoň teoreticky) všem, kdo se nalézají v subjektivně svízelné situaci, nebo jsou nemocní vlivem psychosociálních okolností a díky způsobům, jak se s nimi vyrovnávají či spíše nevyrovnávají. Pomáhá objevovat **silu a význam meziosobních vztahů** pro vývoj a duševní zdraví člověka a kvalitní vedení života, stejně tak přispívá k poznání, co lidskému jedinci škodí. Povšimněme si například následujících protikladných postojů a chování jednoho člověka vzhledem k druhému: vzájemnost — lhostejnost, vřelost — chlad, přijímání — odmítání, jež se k předchozímu těsně váží a jsou významné i pro ustavení vztahu člověka také k sobě, tedy jak na sebe nahlíží a nakonec i jak se

hlediska problémem, což však nelze říci o těch, kteří v dospělosti žili spíše „navenek“ a hodnotami vázanými časově, jako jsou sociální preference typu „věčného mládí“.

Způsob **prožívání stáří a konce života** je dán naší hodnotovou orientací, možností uplatnění a také tím, jak jsme přijímáni našimi nejbližšími. Samozřejmým předpokladem kvalitního stáří je fyzická pohoda. Jsme-li relativně tělesně zdraví, psychicky integrováni a druhým i akceptováni jako potřební, lze se osobnostně vyvíjet a růst až do smrti. To je pak stáří moudré a lidsky důstojné, chápající a přijímající vlastní život v širších souvislostech jako součást nadosobního řádu. Snadněji se umírá tomu, jehož život měl smysl.

Ve zkratce jsme se zabývali vývojem člověka s přihlédnutím ke klíčovým momentům v jeho životě, jež se mohou stát kritickými a vytvořit celý specifický komplex reagování, projevující se ve vztahu k sobě a světu. Tedy v tom, jak sebe a druhé hodnotíme, co od nich očekáváme, a na co jsme zvlášť citliví. Podle toho pak i myslíme a jednáme.

Jako příklad uveďme separační úzkost, o které jsme hypoteticky uvedli, že možná vzniká při porodu oddělením dítěte od matky. Podle této domněnky je uvedená úzkost vlastní nám všem, je tedy běžná a není ničím mimořádným. Víme však, že naopak někteří lidé jsou neobyčejně citliví na jakoukoli změnu, kterou vnímají jako ztrátu bezpečí a jistoty. Projevuje se u nich až rigidní sklon po stálosti, neměnnosti, i když je pro ně objektivně nevýhodná. Zmíněné projevy se s nimi táhnou od malička po celý život. Hypoteticky předpokládáme, že tato osobnostní charakteristika, zvláště výrazná v mezosobnostních vztazích, kde bývá tendence snadno vše vnímat jako ztrátu či ohrožení ztrátou, vzniká pravděpodobně v batolecím věku. Patrně tak, že dítě opakovaně zažívá matku jako nepřítomnou, a to v něm vyvolá děs a paniku. Nedostává se mu jistoty, což na ně působí traumaticky a v analogických situacích (ztráta bezpečí jistoty, stálosti vztahu) reaguje se zvýšenou citlivostí. Patří sem děti, jež si nemohou zvyknout na jesle, mateřskou školkou, odpovídají úzkostí, dětskou depresí, někdy i zvýšeným výskytem infekčních onemocnění. Problémem bývá pro ně i vstup do školy. Prožívají strach, chtějí „maminku s sebou“, vznikají u nich snadno školní fobie. Problémem bývá i pobyt mimo domov, ať už jde o školní výlety, prázdninové tábory, život na internátu, později u chlapců základní vojenská služba atd. Upozorňujeme, že sem patří jen část jedinců spadajících pod kategorii „úzkostných dětí“, neboť nadměrná úzkostnost může být zapříčiněna i celou řadou jiných okolností, než byla opakovaná separace v časném dětství.

Lidé se zvýšenou separační úzkostí, jež je jejich „citlivým a slabým místem“, bývají ve vztazích nadměrně závislí, druhého si až příliš nárokují a na rozchod reagují někdy bouřlivě, panicky, posléze depresivně. Z klinické praxe je známo, že i některé vážné duševní choroby (psychózy), mohou být „odstartovány“ právě ztrátou něčeho, co nemocný prožívá subjektivně jako nesmírně důležité.

Při zvládání duševní krize je znalost teorie o „citlivých a slabých místech“, tedy i klíčových momentech ve vývoji člověka, užitečná, protože nám umožní rychlou

ská vzájemnost mající podobu lásky. Teprve pak je vztah zralý k přijetí třetího. **Přivést děti na svět, starat se o ně, vychovávat** a jejich prostřednictvím si zajistit pokračování a vlastní stáří, to je dalším relativně dlouhým životním obdobím, v němž se „láme“ po třicítce životní dopoledne v odpoledne, tedy druhou polovinu života.

Ani nyní nelze opomíjet v manželství vzájemný vztah, zvláště pokud jde o psychickou a fyzickou intimitu, neboť tato je místem velmi citlivým. Na úrovni prožívání může mít „málo“ dalekosáhlé následky v pozitivním i negativním směru, pokud je podnětem spouštějícím, obrazně řečeno, celý „mechanismus“ té části lidské psychiky, kterou si člověk neuvědomuje. Tak například mezi některými manželi bývají častá „nekonečná hašteření“ jako výsledek touhy a zároveň obavy z větší vzájemné blízkosti. Nebo napětí ve vztahu „uměle“ vytvářené jedním z manželů slouží vědomému nebo neuvědomovanému vyhýbání se sexuálnímu soužití, ať již jsou důvody jakékoli. Častým problémem nazralého jedince je, že požaduje od druhého shodný pohled na svět, hodnocení událostí apod. Pokud dojde k odlišnosti, projeví se tendence si to vykládat, jako že jej partner „už nemá rád“, kdy „mít rád“ vlastně znamená „ve všem se mnou souhlasit“.

Pro bezdětné manžele či osamělého člověka se otevírá prostor k vyjadřování sebe rozvojem zájmů a tvořivosti, jimiž se lze kvalitně realizovat, a takto po sobě zanechat „stopu“.

Další stádium života v dospělosti nastává osamostatněním dětí. Mnohdy po nich zůstane „prázdná“, u nás často zaplňovaná pomocí v péči o vnoučata. Vedle toho však, a to je známkou osobnostní zralosti, dochází u člověka kolem čtyřicítky k obratu směrem do **duchovní oblasti**.

Tuto proměnu si přiblížme výrokem již jednou na začátku knížky citovaného starověkého myslitele Platóna (Symposion): „Duševní zrak počíná tehdy bystře vidět, když se tělesné oči chystají ztrácet svou bystrost.“

Člověka pak zajímá svět jako celek, jeho řád a smysl, stejně tak, dějinnost. Stále víc upřednostňuje vnitřní život, aniž by zanedbával svět vnější, povinnosti apod. V tom lze cítit obnovené hledání a nalézání vlastní identity, identity poučené zkušeností předchozího života. U lidí, kde tento postojový obrat nenastane, vidíme časté uplívání na konzumu, shromažďování, nadměrnou, nárokujející a druhé nakonec obtěžující vazbu na nejbližší příbuzné, tendenci „začít život znovu“, projevy prázdnoty, strach ze stáří, samoty atd. V tomto životním období se začínáme připravovat i na smrt vlastní a také svých blízkých. Uvažujeme o svém dosavadním životě, který máme „ještě čas“ učinit kvalitnějším. Popisované změny bývají podporovány i smrtí vlastních rodičů a s trochou nadsázky se říká, že teprve jejich definitivním odchodem se staneme opravdu dospělými, uvědomíme si generační návaznost a opět se zabýváme otázkami typu „kdo vlastně jsme“ a „jaký je smysl lidského života“.

Zpravidla po padesátce přichází **klimaktérium**, náročné období a „chvilce pravdy“ dosavadního života a individuálního vývoje — toho jedinečného a neopakovatelného příběhu. Pro jedince vnitřně zralé a pevné nebývá z psychologického

Předchozí nezralou podobu postojů a z nich plynoucí očekávání a požadavky vzhledem k druhým lidem lze dobře ilustrovat následujícími stylizovanými výroky: „dítě je mou ozdobou, již se chlubím a kterou tvořím podle svého vkusu,“ „manželka je tu proto, aby mne obdivovala a na slovo poslouchala,“ „vzal si mě, tak ať se stará“.

Opakem přechozího postoje je zralá forma vztahu k druhé lidské bytosti, ať již dítěti nebo dospělému, v které je jiný člověk cílem a ne prostředkem, společně s ním se rozvíjíme. Samozřejmě to neznamená, že nebudu plně uspokojovat potřeby svého malého dítěte, avšak principálně dítě považuji za bytost určenou ke svobodnému a na mě nezávislému existování. Jako rodič se na tom podílím i v době plné závislosti dítěte tím, že vytvářím podmínky, které odpoutání umožní. Odpoutat se lze tehdy, jestliže jsme byli připoutáni — jak je to nutné v časném dětství. Zprvu v partnerském a později v manželském vztahu to znamená, že druhého se snažím respektovat jako bytost, s níž mám mnohé, ale ne vše společné. Těsný citový vztah mezi partnery bývá zpočátku splýváním, ale jen na přechodnou dobu — tak trochu jako ve vztahu mezi matkou a nejmenším dítětem. To je typické pro zamilovanost. Postupně i v páru dochází k vzájemnému sebevyomezování, znovunalézání identity, stejně tak jako ohraničení páru vůči ostatnímu světu. Tento proces je nejednou provázen roztrpčeností a zklamáním, avšak objevení druhého jako odlišného pak může znamenat fascinující rozšíření zkušenosti, upevnění vlastní identity — a vlastně dojrání osobnosti. Růst a vývoj ve dvou probíhá **spontánně** a není vůbec snadný, neboť v našich očekáváních, způsobech prožívání partnera i sebe, stejně tak i v našem chování se projevuje celý náš předchozí osobnostní vývoj. Proto je pár záležitostí „křehkou“, kterou je zapotřebí neustále „pěstovat“ a při zanedbání této péče pak dochází v soužití k poruchám. Pro párové i manželské soužití je ideální, jestliže se oba doplňují, tvoří komplement, jenž je vyšším celkem. Jednoduše řečeno se k sobě „hodí“. Mají-li štěstí, naleznou se intuitivně, jinak je třeba soužití upravovat a vytvářet zcela vědomě. Jsou to ve vztahu nesmírně důležité kvality jako psychická blízkost — vzdálenost, respektování potřeby soukromí a autonomie druhého, sexuální soužití, problematika „moci a rozhodování“, způsoby řešení nedorozumění atd. Manželský vztah prodělává vývoj: ze zamilovanosti se stává láska a láska se dovtváří přátelstvím. Zamilovanost bychom blíže charakterizovali jako touhu po jednotě. Lásku jako jednotu potvrzující a umocňující individualitu každého, s tendencí existovat jen pro sebe; i pro přátelství jsou příznačné tolerování a spolupráce při zachování vzájemnosti a hloubky citu. Také život v dospělosti má svá stadia a kritickým obdobím bývá přechod z jednoho stadia do dalšího. První etapou — chcete-li úkolem — je **nalezení vhodného partnera** a rodiče „našich“ dětí. I to může být subjektivně velkou zátěží spojenou s pochybnostmi, rozhodováním a strachem z odpoutání od původní rodiny. Vzpomeňme jen opakovaně odložených sňatků či sňatků na štěstí zrušených na „poslední chvíli“. Pak nastává období **budování domova, samostatnosti a hledání společného životního stylu**. Jestliže již nyní — a u nás to je celkem běžné — přicházejí děti, nastává velké riziko, neboť dříve musí mít připravený domov, jehož základem je rodičov-

le pohlaví dítěte. V době dospívání se vyhraňuje a nabývá nové kvality objevením **vlastní sexuality**, která se projevuje ve vztazích majících fantazijní (bohaté denní snění) i reálnou podobu. Je to období studu a zamilovanosti. Dospívání bývá nazýváno „fází druhého vzdoru“. Běžná a v našich kulturních podmínkách zcela normální jsou nedorozumění a konflikty mezi rodiči a jejich dětmi, vzájemný nesouhlas a roztrpčenost, jež mohou nabýt až dramatické podoby. Mladíství bojuje s autoritou dospělého a také tímto způsobem vymezuje sebe. Druhého i sebe „testuje“, zkouší různé možnosti, čeká na odezvy. Osobní růst má v tomto období ráz meziosobních i vnitřních rozporů a uskutečňuje se jejich překonáváním.

Procházíme-li orientačně uzlovými body vývoje člověka, tak se nám stále vrací a připomíná základní vztahová potřeba být potvrzen a akceptován se vším všudy. Dospívající jedinec potřebuje ve zvýšené míře, aby byl druhým uznáván a aby mu bylo přitakáno. Takto si potvrzuje vlastní identitu. Cítí-li se slabý, hledá tuto identitu ve skupině vrstevníků, jež se chce od druhých odlišit například nápadnostmi v chování, oblékáním, a tím sebe vymezit — a najít. Výjimečnosti a ritualizace bývají typické také pro různé party a sekty, jež jsou pro mladé lidi, stejně tak jako pro nedospělé — dospělé s nedostačtěně utvořenou identitou, značně přitažlivé.

Vedle nalézání identity, jež se děje objevováním a zvládnutím vlastní sexuality a v rozporech se světem dospělých, má období dospívání ještě jedno podstatné specifikum. Je jím hledání, uvědomování a přijímání **vyšších hodnot** vlastním úsilím. To je bytostně lidské, pro rozvinutou osobnost vnitřně závazné — prostě opravdu *conditio humanae*. Hodnotové požadavky mladistvých vzhledem k druhým lidem bývají značné, nekompromisní a jsou často zdrojem nedorozumění, zvláště pokud jde o starší generaci, nejednou dnes hodnotově rezignující. Nekompromisnost, touha po absolutních a čistých hodnotách (opakem je utilitární a pragmatický postoj tak typický pro konzumní orientaci) je sympatickým a někdy pro nás dospělé i nepřijemným znakem mládí. Nepřijemným v tom, že nám připomíná, co sami opomíjíme. Nejsou to jen probuzené reminiscence na vlastní dospívání, nýbrž dotyk něčeho, co je u mnohých způsobem jejich života zanedbáno a co k člověku neodmyslitelně patří. Součástí kvalitní osobnosti a podmínkou identity je i **duchovní dimenze** táhnoucí „vzhůru“, kterou v sobě prvně objevujeme v dospívání.

Z psychologického hlediska se dospělým stáváme tehdy, jestliže jsme si plně vědomi vlastního „já“, své hodnoty, a svět se nám jeví smysluplný. Současně přestává přílišná zaměřenost na sebe ve prospěch **otevření se druhému**. To je radikální změna, jež nenastupuje rychle, nýbrž dotváří se i po celé období tzv. životního dopoledne, tedy zhruba do 30 let. A jsou lidé, kde tato otevřenost, jež je podmínkou kvalitního prožití dospělosti a vlastně rodičovství, se nikdy výrazněji nerozvine a zůstane jen v elementární podobě. Jinými slovy řečeno se tito jedinci nalézají na nedospělé úrovni, kdy existenci druhého člověka vnímají jako „něco“, co má pouze uspokojovat jejich potřeby, třeba i psychosociálního rázu, nebo „něco“, co je ohrožuje a je nebezpečné.

továno. Potom je z jejich strany, pokud jde o výchovné působení a vedení, s trochou nadsázky řečeno, možné všechno. Rodinné vztahy a rozchody jsou pro dítě tohoto věkového období nebezpečné, neboť svět pro ně přestává být zásadně harmonický, srozumitelný a domovem. Koncem předškolního období je již samo se sebou identické, plně si sebe uvědomuje jako „stejně“ i při proměnlivém okolí. Identita se snadněji vytváří ve vztahově stabilním prostředí umožňujícím identifikaci dítěte s rodičem stejného pohlaví.

Nástup dítěte do školy dnes pro ně neznamená tak radikální životní změnu, neboť zpravidla navštěvovalo mateřskou školu a má za sebou již jednu adaptaci na život v uměle vytvořeném kolektivu. Povinnosti dítěte a jeho nejbližších dospělých však narůstají, neboť s dítětem jsou hodnoceni i rodiče. Pro svědomitější rodiče a dítě bývá tlak školy neúprosný a prázdniny vysvobozením. Škola je světem práce a kde se pracuje, hodnotí se výsledky, srovnává se a „soutěží“. To považuje za „normální“. V životě dítěte zaujímá škola hlavní místo, tedy i vztahy mezi spolužáky a to, jak je ve třídě zařazeno. Ze školy pochází hlavní zdroj uznání, potvrzení, stejně tak jako osobní újmy a znehodnocení. V tomto životním období, jinak poměrně klidném, se utváří víceméně vědomý **sebeobraz**, tedy základní představa o sobě. Nižší sebehodnocení a „snaživost“ vznikají u jedinců, jejichž rodiče (nejen škola) na ně kladou nadměrné nároky. Pro tyto děti není „úniku“, nedokáží plně vyhovět a přitom požadavky okolí berou za své. Jejich život se zredukuje na školní přípravu a práci. V souvislosti se vzájemným srovnáním a hodnocením jsou děti ohroženy vznikem trýznivého **pocitu méněcennosti**. Brání se mu například chlubením a „vytahováním“. Nadměrné požadavky vedoucí k neurotizaci dítěte mívají rodiče, kteří mají ke svému potomku vztah jako ke svému „ideálnímu já“. Co sami nedokázali, chtějí uskutečnit v dítěti.

Také v tomto období potřebuje lidský jedinec zažívat úspěch, mít akceptující a jisté zázemí. Pak zdárně proběhne i další vývojově specifický úkol, a to **učení základním rolím** daným pohlavím dítěte. Sexuální identifikaci již získalo a nyní si osvojují děvčata ženskou a chlapci mužskou roli. Při nepřítomnosti některého rodiče či jeho kvalitní náhrady v rodině mohou u dětí vzniknout deficity v chování i vztazích, jež se promítnou do jejich pozdějšího partnerského a manželského života.

Například manželský život vyžaduje ústupnost a ohledy stejně tak jako „umění“ řešit spory způsobem, aby to nebylo příliš často na úkor jednoho z partnerů. Tomu však se člověk učí; dobrý vztah nestačí, neboť ten se rozvíjí či chradne právě na základě toho, jak se lidé spolu naučili vycházet.

Radikální obrat v životě lidského jedince nastává dospíváním. Ocítá se v bouřlivé řece mezi břehy dětství a dospělosti. Je to období intenzivního osobního rozvoje, touhy, hledání, pochyb a zklamání a snadné psychické zranitelnosti. Mladý člověk usiluje o **nalezení sebe a svého místa ve světě**, což spolu úzce souvisí. Je zvýšeně citlivý na mínění ostatních o sobě, snadno prožívá stud, cítí se zahanben. Postoje okolí tvoří někdy značnou část střípků mozaiky, z nichž se vytváří sebepoznání a sebeobraz.

Opět se setkáváme, nyní již v rozvinuté podobě, s otázkou **identity osobnosti**. Základ identity se tvoří identifikací dítěte s rodičem v předškolním věku. Během školních let se posiluje či oslabuje srovnáváním s ostatními a učením se rolí pod-

doby se rozvíjejí i další vztahové charakteristiky, jako již dříve zmíněná tendence navazovat těsnější vztahy či si druhé lidi spíše držet „od těla“. Opět se pohybuje v oblasti důvěry a nedůvěry, neboť vydání se zkušenosti lidské blízkosti („bez odstupe“) činí člověka také zranitelnějším, je vystaven nebezpečí většího ohrožení a zranění například výsměchem, odmítnutím. Toto období se snadno stane kritickým, jestliže se „já“ dítěte jasně nevymeží — například příliš úzkostná matka nedovolí osamostatňování, neboť ji symbiotická vazba vnitřně uspokojuje, nebo málo empatická matka dítě neakceptuje a nevytváří pro ně „bezpečný přístav“. Děti jsou pak ohrožené nerovnoměrným osobnostním vývojem, jenž může ústít v poruchy osobnosti, z nichž některé byly tradičně řazeny mezi psychopatie a dnes je nazýváme hraničně strukturované a narcistické osobnosti. Bývá pro ně příznačné oslabené vnitřní řízení, impulsivita, zvýšená ješitnost, velikášství, nadměrný egoismus apod.

Předchozí fáze vývoje končí kolem 3. roku života dítěte, kdy si dítě sebe již jasně uvědomuje a je osobností s individuálním svérázem. Nastává další období, v němž se mohutně rozvíjí jeho myšlení a řeč, fantazie a také vztahové zkušenosti. Aktivně vyhledává jiné děti a společně si s nimi hraje. Dříve dítě dospělé a starší sourozence napodobovalo vnějškově (např. gesta), nyní se s nimi identifikuje (ztotožňuje) vnitřně. Zpravidla tak, že děvče s matkou a chlapec s otcem. To je nesmírně důležité: vzniká jasná sexuální identifikace. Také je nuceno se vyrovnávat s rodičovskou autoritou, neboť bezpečnost a vedení dětí vyžaduje jejich omezení.

Dítě předškolního věku je plné energie, podnikavosti, zvědavosti, chce se rodičům zalíbit a být chválené. Proto se u něho vyskytuje žárlivost (např. na sourozence či někoho z rodičů) a agresivita jako způsob vybití energie, naučený způsob reagování na frustraci a sebeprosazování. Dítě samozřejmě není zlé.

Od nejbližších dospělých přejímá systém elementárních norem a zásad — tedy, co se smí, musí, nesmí, může — a za jakých okolností. Dítě se chce rodičům zavděčit a být „hodné“. Proto se učí mnohé v sobě **potlačovat**. A uvážíme-li bohatost jeho fantazie, je toho jistě dost. Dítě příliš přísně vedené je nuceno příliš se ovládat a potlačovat, což při souhře ještě dalších okolností vyvolává nadměrnou úzkostnost, jež může vést k neurotickému osobnostnímu vývoji. Stejně nebezpečné pro osobnostní vývoj je dítě vystavovat rodičovským konfliktům a jejich vztahovým tenzím. Malý člověk předškolního věku je k rozporům citlivý a vnímá je podstatně více, než se běžně předpokládá. Na tuto skutečnost výslovně upozorňujeme, neboť je zvnitřňuje, a pokud rozpory nejsou řešeny, vyvolávají emoční nesoulad a vedou k **vnitřním konfliktům**. O tom svědčí i dětské hry, jež jsou nesmírně bohaté, často plné fantazií a sloužící mj. k odreagování a „usmíření“ rozporů a konfliktů.

V tomto období s narůstáním zkušeností a rozvojem poznávacích schopností si dítě prvně uvědomuje, že rodiče nejsou tak všemocní, jak se dosud domnívalo. Může to vést ke zklamání a znejistění, s nimiž se někdy vyrovnává tím, že samo sebe začne považovat za všemocné a za „hybatele“ všeho. Co rodiče v jeho očích ztratili, si samo přisvojí, alespoň na čas. Jsou však jedinci, jimž tento postoj za určitých okolností zůstává a mohou sebe a své možnosti značně přeceňovat.

I v tomto období platí, že dítě se musí cítit být svými rodiči **milováno a akcep-**

vá fáze nastává koncem prvního roku dítěte, nazýváme ji obdobím **oddálení a znovupřiblížení**. Fyzické oddalování vede svým způsobem k psychickému oddělování dítěte od matky a to je nesmírně důležité. Matka na dítě reaguje selektivně, něco podpoří, něco přejde bez povšimnutí či projeví nesouhlas. Tak si dítě počíná utvářet elementární a konkrétní představu o sobě a dospívá k pevnější hranici mezi sebou a ostatním světem, včetně matky. Při svých návratech by se mělo setkávat, obrazně řečeno s významným teoretikem H. Kohutem, „s leskem v oku milující matky“.

Pro vymezení vlastní individuality je důležité období přibližně v druhé polovině druhého roku dítěte, kdy se v něm střetává tendence po těsné blízkosti až splynutí s matkou a sklon po samostatnosti a nezávislosti na matce. Je to období, kdy dítě používá dospělého „jako nástroje“, začíná se prosazovat, typické jsou výkyvy nálady a hněv, když se něco nedaří. Pro rodiče bývá nepochopitelné, že je dítě zároveň „chce i nechce“. Právě tato **ambivalence** je mohutným prostředkem rozvoje osobnosti, neboť se dítě **vnitřně** ohraničuje a osamostatňuje. Psychickému osamostatňování předchází osamostatňování fyzické, kdy dítěti nepřítomnost matky nevádí, jelikož si ji dovede živě představit — a takto je v něm vlastně přítomna a je k dispozici. Jinak dítě může na matčinu nepřítomnost reagovat panicky, separační úzkostí a nastává-li tato situace častěji, stane se uvedený projev jeho osobnostním rysem.

„Já“ člověka se zrodí, řekne-li poprvé vědomě, tedy situačně správně, **ne**. Obrazně a s trochou nadsázky vyjádřeno — v životě platí nejen „cogito ergo sum“ (přemýšlím, tedy jsem), nýbrž i „negito ergo sum“ (popírám, tedy jsem). Zpravidla to bývá v polovině druhého roku života, dítě již „stojí na vlastních nohách“ a bývá učeno tělesné čistotě, tedy i sebekontroly a ovládnání impulsů. Nyní také začíná vznikat stud, a kde je přítomen stud, vytvářejí se i pochyby. U dětí často zahanbovaných shledáváme později sklon k pocitům viny. V tomto období je lidský jedinec přímo zaplaven intenzívnými pocity, v nichž se nevyzná, a jedná proto impulsivně. Jeho chování musí rodiče přijmout a již tím je regulují, neboť umožní dítěti odžítí a tím oslabení těchto impulsů. Tak se dítě učí **diferencovat** a posléze i vnitřně ovládat své silnější pohnutky, což je významný způsob strukturování osobnosti.

Zhruba kolem druhého roku života přichází u dětí **období vzdoru** — negativismu. Souvisí s individualizací jedince a s uvolňováním z těsné vazby s matkou. Lidský jedinec, obrazně řečeno, roste v odporu a vzdor je jedním z mohutných prostředků utváření autonomie „já“. Malý člověk naráží na hmotné i nehmotné překážky, jejichž překonáváním se cvičí a rozvíjí. Rodiče by mu měli zprostředkovat pocit vlastní hodnoty, neboť dítě v zásadě jejich postoje přejímá a stávají se součástí jeho **sebeobrazu**. Pro rozvoj osobnosti a sebehodnocení je optimální, dávat-li rodiče dítěti najevo svoji náklonnost a umožňují-li mu zažívat úspěch. To lze považovat za důležité „výživné látky“ psychického růstu.

Opět si položíme otázku, co se stane, neproběhne-li toto období zdárně? Předpokládáme, že ve zmíněné vývojové periodě se vymezuje a ohraničuje osobnost člověka, tedy utváří hranice mezi „já“ a „ne já“ — okolním světem. Součástí procesu je vznik autonomie osobnosti a zárodku sebeřízení a s tím souvisejících vztahových vlastností (např. ústupnost oproti svěhlosti). Do konkrétnější po-

sečkat s příjmem potravy. Chvilku vydržet, „ovládnout se“. S trochou fantazie zde vidíme počátek sebevlády, ovládnání vlastní impulzivitu, stejně tak jako již zřetelnějšího odlišení sebe od okolního prostředí.

V prvním roce života je dítě „kojenec“, čímž vyjadřujeme to hlavní. Předkládáme k úvaze, není-li pro jeho duševní rozvoj neméně důležité, jak je zacházeno s jeho tělem co do jistoty či nejistoty nošení a pádu, tedy **stability držení**. Bezpečnost kojení nejvíce závisí na nesení, vedle kojence je vlastně i „nesenec“, což lze v plné míře vidět u přírodních národů, kde matky nosí děti po celý den.

Pro lidského jedince je první rok života rizikovým, jestliže se matka či osoba ji zastupující projevovaným potřebám dítěte nepodřizuje a dítě prožívá ve zvýšené míře neřibost. Matka se má přizpůsobit rytmu dítěte a nechat se jím „užívat“. Zdá se, že základní komunikační a interakční vzorce (např. škádlení) mezi matkou, otcem a dítětem jsou vrozené. Pro složitější projevy však rodičům instinktivní vybava nestačí a zde je pak na místě ji doplnit vedle vědění o **empatii**, pomocí které dobrý rodič zprvu cítí a posléze si uvědomuje, co dítě potřebuje. Rozvinutá rodičovská empatie je vlastně náhradou zvířecích instinktů umožňujících přežití. Dobrá matka se o dítě stará především empaticky. Co se štane, jestliže popisované období neproběhne pro dítě optimálně? V psychologii a biologii člověka je známá souvislost: čím dříve dojde k poškození organismu a určité funkce (např. řeči), tím jsou následky dalekosáhlejší a náprava či léčba obtížnější. Proto na počátku života jsme nejcitlivější. Nechybějí hypotézy, které datují vznik dětského psychotického onemocnění právě do tohoto období. V oblasti meziosobních vztahů si lze povšimnout výskytu dvou nápadnějších postojů a z nich plynoucího chování člověka k člověku. Jsou lidé, kteří mají tendenci se ve vztahu „lepít“, stále hledají oporu, překračují snadno ve vztazích obvyklou distanci, nemohou se nasytit vynucené blízkosti a intimity. Jiní si naopak opět drží až nadměrnou distanci, jiného člověka k sobě subjektivně nepřipustí, jako by se obávali nespolehlivosti druhých a zklamání. Nechtějí se vydat, aby nebyli zraněni. Nabízí se hypotetická souvislost mezi utvořením základní vztahové tendence člověka k člověku právě na základě kvality vztahu a péče jeho matky o něho v prvním roce života. Rádi bychom upozornili, že psychický vývoj se odehrává v rámci vztahů, je proto vždy psychosociální. Pokud jednotlivá fáze řádně neproběhne, ovlivňuje negativně následující období a může dojít ke kumulaci nežádoucích činitelů. Proti této tendenci stojí tendence opačná — kompenzační, jež určitý deficit vyrovnává. Možnosti kompenzace jsou ohromné a jejich popisováním bychom se dostali mimo rámec této knížky. Nerovnoměrný vývoj je pak výsledkem střetu sil progresu a regrese.

Mateřsky vřelým chováním se dítěti dostane základní životní jistoty, která v něm stimuluje další poznávací i pohybovou aktivitu, umožňující další fázi vývoje. Od „já jsem“ k „já mohu a dovedu“.

S rozvojem pohybových dovedností dítěte se z kojence stává batole. Kojenec se promění v „lezence“. Pohybová aktivita je určována nejen vrozeným temperamentem dítěte, nýbrž také tím, jak je ze strany dospělých podněcováno a jak dítěti poskytují jistotu a bezpečí. Dostává-li se mu jich v plné míře, stává se samostatným, nezávislým. Pohybem v prostoru od matky se odpoutává, její přítomnost kontroluje zrakem a opět se k ní samostatně přibližuje a vrací. Tato vývojová

Vlastní porod, přicházení na svět, je prvním klíčovým momentem a převratnou událostí v životě dítěte, je spojen — pro dítě vždy a pro matku většinou — se strachem a utrpením. Dítě je zasypano zcela nezvyklými podněty (bolest, dosud nepoznané taktilní a světelné podněty, vlastní dýchání, narovnání páteře atd.) a není divu, že v psychologii se hovoří o **porodním traumatu** a vzniku úzkosti, která je také reakcí na separaci — oddělení z jednoty s matkou. Člověk je vržen do světa. Z psychologického stanoviska, které je stanoviskem humánním, lze pak jedině a jednoznačně uvítat všechny snahy po „porodech bez násilí“, při nichž se projevuje maximální snaha po šetrném zacházení s matkou a dítětem, které se postupně a pomalu přivyká na život mimo tělo své matky.

Po narození je dítě plně závislé na péči druhé osoby, jíž bývá zpravidla matka. Prvých 2—3 měsíce ji pravděpodobně nevnímá individuálně, ačkoli již na základě čichu diferencuje a může ji podle vůně poznat. Dítě je převážně pohrouženo a „uzavřeno“ do sebe, v interakci s okolím převládá pasivita, většinu času prospívá a dozrává. Popisované vývojové období proto nazýváme **autistickým**. Představuje de facto prodloužení prenatalního života a ne náhodou se říká, že lidský jedinec se vždy rodí předčasně. Z psychologického hlediska pak péče o ně spočívá v **maximálním uspokojování všech jeho potřeb** (jídla, tepla apod.) včetně odstraňování nelibých podnětů a napětí (potíží se zažíváním ap.) v souhlase s **individuálním a biologickým rytmem** dítěte (intervaly krmení, spánku apod.).

V dalším období vývoje začíná stále bohatěji komunikovat s okolím a manipulovat se svým tělem. Vztahuje se ke světu aktivně. Ve 4—5 měsících sledujeme u dítěte diferencovaný a živý výraz obličeje, postupně začíná rozlišovat mezi matkou a ostatními. Na rozdíl od dřívějšího období nyní pravděpodobně vnímá, že péče přichází z vnějšku, ačkoli ještě zřetelně nerozlišuje mezi sebou a okolím, včetně matky. Hranice mezi dítětem a jeho prostředím není pevná, teprve se utváří. Vzhledem k těsné vzájemné vazbě s matkou, jež je v pravém slova smyslu životodárnou, hovoříme o **sybiotické fázi** vývoje. Domníváme se, že již v prvním roce života se počíná formovat lidské „já“, které je nejdříve zprostředkováno přes tělesné pocity spojené s jídlem, změnou polohy a taktilně — přes kůži, jež spolu s čichem mají první pocitově nesenou komunikační hodnotu. Zde jsou počátky toho „já jsem“, tedy i identity, jejíž elementární podoba asi pochází z těsného tělesného kontaktu dítěte s matkou. Vznik lidského „já“, naší osobnosti, je zakotven **tělesně** (utvářením tělového schématu) a **vztahově** (způsobem péče a chováním nejbližších dospělých). Ke vnímání sebe, a tím i k počátkům sebeuvědomění přispívají i pocity nepříjemné, jako je například prořezávání zoubků a období nemoci. Snahou rodičů by mělo být, aby nelibých podnětů v nejranějším údobí života dítěte bylo co nejméně. Důraz klademe na plné „jidelní uspokojení“ nejlépe formou kojení, při kterém by matka a dítě měly být spolu v kontaktu co největší plochou nahého těla. Tedy nejen přes jemnou sliznici úst a bradavku matčina prsu a prostřednictvím sání, jež po nasycení končí „slastným“ usnutím dítěte. Fyzická těsnost a co největší uspokojení veškerých potřeb utvářejí u dítěte základní postoj **důvěry** vůči světu, jež pak vnímá jako **spolehlivý**. Pravděpodobně zde jsou také kořeny **emoční stability** — či lability, provázející člověka i v pozdějších letech života. S krmením v prvním roce života souvisí další důležitý moment, signalizující počátek vzniku „já“ — je jím schopnost dítěte po-

váním apodiktických tvrzení, čímž se oslabuje ostrost úsudku. Takto vytvářené teorie pak skutečnost spíše zakrývají než odkrývají. Víme, že o základním pohledu člověka na svět, dříve než jej podrobí, pokud jej vůbec podrobí, kritickému myšlenkovému zkoumání, rozhodují jeho vlastní zážitky a zkušenosti, stejně tak jako sugestivně působící vliv autorit. Také psychoterapeutické teoretické myšlení by se mělo, není to vůbec snadné, předchozích zdrojů zkreslení vyvarovat.

Na dalších stránkách si povšimneme, co formuje a rozvíjí osobnost, zejména pokud jde o její stabilitu, bohatost a vztah člověka k sobě a světu. Opatrně se opřeme o práce a myšlenky všeobecně uznávaných odborníků, u nichž je zajímavé, že většinou vyrostli, i profesionálně, v Evropě a z důvodů politicko-existenčních se uchýlili do Spojených států (Ch. Bühlerová, Erik H. Erikson, H. Kohut, Margaret S. Mahlerová aj.).

Vyjdeme ze dvou předpokladů, které považujeme za nesporné a prokázané. Prvý zní, že osobnost člověka stejně jako jeho organismus se rozvíjeji zdravě a bohatě, vytvoříme-li jim podmínky, jež tento vývoj umožní a podpoří. Můžeme hovořit o vrozených dispozicích, které vedou k harmonickému vývoji jedince, i o tom, že lidský základ je dobrý — na lidskou spontánnost a tendenci k opravdovosti se lze principiálně spolehnout. Není bez zajímavosti, že tato tendence po vyšší kvalitě, dokonalosti a harmonii se projevuje u člověka i v denním a nočním snění, je obsažena v mýtech, pohádkách apod. Prostě nás to „tlačí a táhne vzhůru“. Druhým předpokladem je poznání, že lidský jedinec si utváří osobnost a typické způsoby reagování ve vztazích k druhým lidem, a to po celý život. Říkáme, že tento vztah je konstitutivní povahy. Pro jeho zformování a působení jsou nejdůležitější polární vztahové kategorie typu: blízkost—vzdálenost, závislost—nezávislost. Zde lze hledat důležitá tajemství vzniku a vývoje lidské osobnosti, nalezení toho, co tvoří „výživné látky“ umožňující růst lidské individuality.

Určení vzniku lidského života je snadné — je jím početí. Máme-li však uvést počátek našeho duševního života, dostaneme se do nesnázi, jelikož chybí pevná kritéria i spolehlivé způsoby psychologického zkoumání. A postrádáme-li ve vědě to základní, otevírá se cesta nejrůznějším spekulacím, domněnkám a fantaziím, jak nás o tom přesvědčují současná prenatální psychologie, zabývající se psychikou člověka a jejím vývojem od početí až po okamžik zrození. Jedno je však jisté: zhruba od 6. měsíce vývoje objektivně prokazujeme u plodu už celou řadu psychomotorických a individuálně různých reakcí, které v posledních týdnech těhotenství jsou již bohatě rozvinuté. Dítě slyší, pociťuje chuť, reaguje tak, že během celého nitroděložního života má zdravě se vyvíjející zárodek a plod dokonale uspokojené všechny potřeby. Obrazně řečeno se má tak, jak se již nikdy později mít nebude. Proto bývá toto období z psychologického hlediska nazýváno „ideálním stavem“, „původním rájem“, „místem vytouženého návratu“ apod. Vlastní porod pak „vyhnáním z ráje“ a nechybí spekulace spojující mýty o „ztraceném ráji“ a „ostrovu blaženosti“ s údajnou vzpomínkou člověka na předpokládaný „ideální stav“ v lůně matky, kdy není vystaven tlaku potřeb, které má plně a stále uspokojené, rád by proto toho znovu dosáhl a opět splynul s matkou. My bychom se, však spíše přiklonili k názoru, že se jedná o věčnou touhu nás lidí po štěstí a dokonalosti, a tak umísťujeme naše přání do tohoto období, z psychologického hlediska těžko přístupného.

tvím rozvinuté empatie zakoušíme jako naši účast na lidství a univerzu. V prvním roce života se dítě učí diferencovat sebe od prostředí, dochází k rozvoji poznávacích a pohybových aktivit. Postupně získává zkušenost s příjemnými i nepříjemnými podněty. Libost vyvolává příjem potravy přiměřeně teplé a vhodně konzistentní, stejně tak hlazení a mazlení. Nelibost je způsobena kupříkladu silným hlukem nebo prudším nárazem na podložku. Tyto důsledky při vzniku konkrétních představ a s rozvojem paměti již v prvním roce života vedou k radostnému očekávání (úsměv, výskot) či projevům strachu (tenzní neklid, pláč, křik). Líbí a nelíbí povy zprostředkují nejbližší opatrovníci a zvláště matka. Z tváře matky, jejího hlasu, gest, později i slov se učí dítě předvídat, co nastane, „odečítá“ přísun příjemných a nepříjemných podnětů. Tak si vysvětlujeme počátky rozvoje schopnosti vcítění, jež probíhají ve vzájemném jednání — **interakci** — mezi dítětem a dospělým. Vidíte, že od samého počátku lidského života vše probíhá a vyvíjí se jako mnohostranný děj, při kterém se empatie pěstuje v rámci pozorování sociální situací. Dítě od svých rodičů, prarodičů a sourozenců mnoho získává prostým napodobováním.

K mohutnému rozvoji schopnosti vcítění dochází v předškolním období prostřednictvím pohádek, kdy již u dětí shledáváme rozvinuté spolucítění a soucit. Empatii lze pěstovat a kultivovat po celý život člověka. Vzpomeňme jen umění, kterým svůj citový život obohacujeme, rozvíjíme fantazii a myšlení. K umění patří užívání se a prožívání — což přímo souvisí s empatií. Proto bývají zvýšeně empatičtí lidé, kteří pěstují aktivně umění nebo v něm mají zálibu. Rozvoj schopnosti vcítění také nastává tím, že člověk získává větší a adekvátnější zkušenost sám se sebou, tedy spolu s pravdivým sebepoznáním. S přibývajícím věkem, pokud lidský jedinec zůstane sobě a světu otevřený, se schopnost jeho empatie zpravidla ještě zvyšuje. Spolu s dalšími osobnostními kvalitami pak může vyústit v hluboké porozumění druhému člověku a životu. Vysoce empatičtí bývají lidé moudří, zkušení, dobří „lidoznalci“.

Krátkou ukázkou z oblasti lidských poznávacích schopností jsme chtěli upozornit, že naše psychika se vyvíjí vždy jako celek a především v rámci sociální situace. Kvalita meziosobních vztahů je pro formování osobnosti a všech jejích vlastností a funkcí nejpodstatnější.

Nyní si konečně položíme otázku, kde jsou klíčové momenty ve vývoji lidského jedince. Současně zaměříme naši pozornost do oblasti „citlivých a slabých míst“ ve vývoji člověka, jejichž přijetí či překlenutí činí osobnost psychicky zralejší, otužilou a naopak nedostatečné zvládnutí zapříčiňuje větší náchylnost k selhání. Odpověď budeme hledat za pomoci současného psychologického vědění a budiž otevřeně řečeno, že toho stále mnoho nevíme. Nezbyvá, než abychom si vypomáhali různými hypotézami i poznatky z praxe majícími omezenou platnost. Pokusíme se vyvarovat časté chyby v myšlení, kdy část se vydává za celek, jako například v některých psychologických teoriích, kdy ze skutečnosti, že sexuální sféra je pro člověka významnou životní složkou, což opravdu platí, se učiní zobecňující závěr, že člověk je svou podstatou bytostí sexuální a že zpětně lze na tuto sféru veškeré lidské chování převést a z ní vyložit. S ukvapenými a někdy i zdánlivě přesvědčivými dalekosáhlými závěry se setkáváme i u věhlasných odborníků, bývají podepřeny emočně působícími příklady, analogiemi a opako-

objektivně se však jedná o okolnosti neškodné. Okolí pak překvapí jejich panická reakce či preventivně — obranné jednání, jež se v extrémní podobě vyskytuje u lidí trpících některými duševními onemocněními či poruchami osobnosti. V mírné, nenápadné podobě to je poměrně časté „citlivé a slabé místo“, například u trémistů či jedinců nadměrně s druhými soutěžících, kteří chtějí být ve všem první atd. Jako poslední příklad specifické citlivosti na určitou situaci vzpomeňme těch, kteří nesnášejí, obecně řečeno, jakékoliv ztráty. Značně úkorně hodnotí i malou nevýhodu jako „nespravedlnost“, nejednou jsou zvýšeně podezíraví a vztahovační, reagují depresivně nebo tvrdohlavým prosazováním skutečného či domnělého práva.

Kvalita subjektivního zhodnocení pak v psychické rovině vede k pravidelnostem v prožívání a jednání: vnímáme-li citelnou ztrátu, reagujeme obvykle depresivně. Při urážce opět máme sklon se mstít a usilovat o zadostiučinění, což vše se může odehrávat jen na fantazijní, symbolické, nebo dokonce snové úrovni. Vnímaná nespravedlnost mívá za následek „boj za pravdu a právo“, někdy i v podobě tvrdohlavé a přehnané neústupnosti. V tělesné rovině dochází s největší pravděpodobností u mnohých lidí na přechodnou dobu k oslabení imunitního systému a i snadnějšímu onemocnění infekčními chorobami. Na odolnosti lidského organismu se podílejí psychické činitele v míře daleko větší, než bychom předpokládali.

Klíčové momenty ve vývoji lidského jedince

Následující část zařazujeme do textu proto, aby nám pomohla přiblížit a částečně objasnit okolnosti vedoucí k psychickému selhávání. Budeme se věnovat vzniku lidských „citlivých a slabých míst“, a to **vývojově**. Zvolené téma tak souvisí s prevencí nežádoucího osobnostního vývoje, stejně jako s jeho nápravou prostřednictvím záměrného psychologického působení.

Protože pro pochopení lidského jedince, ale i jeho výtvorů a projevů je sledování vývoje důležité, zvolili jsme tento pohled.

Víme, že každá lidská vlastnost či projev duševního života, byť jakkoli složitý, má své zdroje, zpravidla jednodušší počátek a postupný rozvoj spojený s diferenciací a nabýváním vyšší kvality. Pro ilustraci si uveďme vznik a rozvoj schopnosti vcítění do druhého — empatie, která umožňuje plnější poznání jiného člověka a jeho motivace, a tím přispívá k vytváření kvality mezilidského vztahu.

Dítě nepřichází na svět jako tabula rasa (nepopsaná deska), ale díky genetickým činitelům a vlivům působícím na zárodek a plod v těle matčině a později při porodu se vytváří individuální svéráz narozeného dítěte. Na fyziologické úrovni nenarozené dítě a matka tvoří jednotu, kdy silné prožitky matky (radost, hněv, smutek) vedou vlivem společného krevního oběhu k analogickým dějům u ještě nenarozeného dítěte. V této napojenosti lze vidět biologický základ empatie, tedy vrozenou dispozici. Pro narozené dítě je matka vším. Několik měsíců po porodu má vztah mezi matkou a dítětem tzv. symbiotický ráz a v této době pravděpodobně neodlišuje sebe od matky a okolního světa. Z tohoto těsného vztahu lze hypoteticky odvozovat jednotu, jež prostřednic-

rozřeší teprve při dlouhodobém a zevrubném poznání pacienta. Stává se, že lidé reagují zdánlivě nevypočitatelně. Co jednomu vůbec nevadí, druhého značně rozruší. Dokonce i u stejného jedince, to je však vzácnější, může přibližně stejná, opakující se situace někdy vyvolat bouřlivou reakci, jindy zůstane bez povšimnutí. Zdroj této zvláštnosti pak spíše hledáme v aktuálním stavu osobnosti než v samotné situaci.

Například malé dítě reaguje rozmrzelostí a pláčem v prostředí, jež v něm běžně probouzí zvědavost jen proto, že je unavené, hladové apod. Nebo dospělý se bezdůvodně „utrhne“ na někoho blízkého, k němuž má vysoce pozitivní vztah proto, že má za sebou a v těsném sledu v zaměstnání řadu nepřijemností, je plný napětí, které takto uvolní a odreaguje tam, kde si to „může dovolit“.

Obecně však platí, že určitý jedinec v situacích, které vnímá a hodnotí jako obdobné a stejné (přitom však objektivně stejné vůbec nemusí být!), bude reagovat podobně, tedy pro vnějšího pozorovatele vypočitatelně a předvídatelně. Klíčem k pochopení takového chování, jak již jsme se zmínili na předchozích stránkách, je subjektivní význam určitých signálů, jež vyplývají z typu dané situace. Každý z nás je citlivý — anebo naopak necitlivý a netečný — k něčemu jinému.

Například dítě projevuje radost při spatření babičky, kterou spojuje s laskavou trpělivostí, hrami a sladkostmi. Tato pozitivní zkušenost se může generalizovat a děcko pak dává najevo radostné očekávání a náklonnost ke starším ženám, jež se vlastní babičce na pohled a gesty podobají, nebo se dokonce tato zkušenost a postoj přenáší i do období pozdějšího a projevují se pozitivním vztahem ke starším ženám. Důvěruje jim a v případě potřeby je i vehementně a nekriticky hájí.

V souvislosti s odolností vzhledem k zátěži je třeba upozornit na specifické situace zcela individuální povahy, na které jsme zvýšeně a někdy extrémně citliví. Vyskytují se i u lidí jinak značně konstitučně odolných, stabilních, disponujících funkčními psychickými obrannými mechanismy a pružnými strategiemi, jimiž řeší náročné životní situace. Tato „citlivá a slabá místa“ jsou obvykle vývojově podmíněna, vznikla během individuálního života, zpravidla v dětství a dospívání.

Pro objasnění uvedme tři příklady:

Jsou lidé, zvláště muži, jichž se nesmírně dotkne, jestliže je například při představování přehlédne, při oslovení si nevybavíme či spleteme jejich jméno. Dlouho si nás pamatují. Cítí to jako urážku, ponížení, zranění vlastní důstojnosti, v tomto případě spíše ješitnosti, žádná omluva nepomůže. Reagují zdánlivě nepochopitelným a přehnaným hněvem, chtěli by „vyhodit svět i sebe do povětří“, může dojít i k tomu, že se nám buď vědomě, nebo nevědomě budou mstít. Jiný typ jedinců zvýšeně citlivých a snadno zranitelných zase projevuje silný stud spojený s vegetativním doprovodem (zčervenání, zvýšené pocení). V druhém příkladě vzpomeňme jedinců vnímajících a hodnotících snadno některé situace jako subjektivně ohrožující a nebezpečné —

chom pak mohli vzniklou svízel řešit. Odborná psychologická pomoc pak nejednoduše spočívá v tom, že pacient za pomoci terapeuta si uvědomí, kdo vlastně je a jak se odvíjí jeho poznávání a hodnocení, tedy názory i prožívání, jak je jeho jednání motivováno. Poznává to, co dosud bylo skryto a co mnohdy ani netušil. Tak i subjektivně nepříjemná událost, třeba spojená se zdravotními obtížemi, může znamenat příležitost k pravdivějšímu sebepoznání, jež při odborném vedení vede ke změně ve způsobu života a k jeho zkvalitnění.

Zatím jsme popisovali okolnosti, které zvyšují nebo snižují odolnost lidského jedince k psychické zátěži. Uvažovali jsme o nich v souvislosti s osobností člověka. Kromě této osobnostní výbavy, pro kterou je klíčovým pojmem stabilita osobnosti, to jsou **zdroje vnější jistoty**, které někdy rozhodnou, zdali u jedince dojde, či nedojde k takovému duševnímu stavu, kdy již nějakou náročnou životní situaci nezvládá a je destabilizován.

Z klinické praxe víme, že do naší péče se zpravidla nedostávají lidé mající **pevné rodinné zázemí**, které pro ně představuje skutečný domov. Domov je tvořen stabilními, principiálně neproblémovými meziosobními vztahy a vzájemnou zásadní akceptací a porozuměním. Stabilita, přijetí a porozumění pak vytvářejí základní zdroj vnější jistoty vedoucí k „otužilosti“ vzhledem k psychické zátěži. Není náhodou, že s tímto tématem se setkáme ještě později v souvislosti s psychologickým vztahem, neboť terapeut klientovi také dodává to, čeho se mu v žádoucí a nutné míře nedostává — oporu, povzbuzení a bezpečí.

Druhým zdrojem jistoty přicházejícím z vnějšku je **smysluplná činnost**, ať již má podobu práce, hry nebo provozování koníčka. Opět je z klinické praxe všeobecně známo, že se málokdy setkáme s pacientem, který by měl skutečně tvořivou nebo užitečnou práci, jež by mu byla posláním a přinášela vnitřní obohacení. Pracovní planost či provizorium jsou okolnosti zvyšující náchylnost k duševním krizím. Naopak mezi oblastí, které vůči nim odolnost zvyšují, lze přiřadit zájmy. V nich mnozí naleznou kvalitní realizaci a zájmy se jim stávají prostředkem setkávání a společného činění. Hodnotné zájmy, a tím i smysluplné trávení času jsou tedy důležitou posilou i kormidlem při plavbě řekou života. Jejich význam pro základní životní pocit a kvalitu života narůstá v pokročilejším věku, kdy již člověk není v pracovním procesu. Proto i psychologické vedení malých i velkých klientů by nemělo opomíjet tuto závažnou oblast, jež se stává jedním ze zdrojů stabilizace osobnosti a okolností zvyšující odolnost v životní nepohodě. Člověk žije smysluplně, jestliže koná smysluplně a tvořivě i ve vztahu k ostatním lidem.

Ukázali jsme, že psychologická odolnost lidského jedince je výsledkem určitých kvalit osobnosti a přítomnosti zdrojů vnější jistoty a opory. Zbývá nám stručně pojednat o třetí oblasti, která mnohdy rozhodne o tom, prožije-li člověk duševní krizi se vším, co je s ní spojeno, nebo nikoli. Dostáváme se tak k **typu samotné situace**. Předchozí postup a rozdělení jsou v psychologii osvědčené a odpovídají poučení přicházejícímu z psychologie osobnosti, že chování určitého člověka je výslednicí „funkcí“ jeho **osobnosti a situace**, v níž se nalézá, na kterou reaguje a případně ji musí řešit.

Psychoterapeut v praxi se s vlivy situace na lidského jedince denně setkává a někdy jsou i pro odborníka zprvu nepochopitelnou záhadou, která se

dá ve snaze najít vhodného partnera pro život. Jeho nároky na druhého třeba i klesají a neúčastný pozorovatel by mohl dospět snadno k závěru, že dotyčnému či dotyčné to „přestalo myslet“. To bývá častý případ vysokoškolaček, jež se po dostudování spokojí s ženichem, který stojí vzděláním „níže“, což by tolik nevadilo, kdyby s tím nebyl mnohdy spojen rozdílný a nejednou neslučitelný styl života, odlišná hodnotová orientace, zájmy a jiné, pro život důležité kvality osobnosti. V současné době je stále více svobodných matek, které nenalezly stabilního a kvalitního muže obvykle proto, že se nespokojily s „málem“. Silná touha po dítěti je vede k založení rodiny bez muže a otce, i když si uvědomují, že jejich život nebude lehký. Nebývá to rozhodnutí snadné, ale touha po dítěti, tedy motiv rodičovství, převáží a zvítězí.

Vidíme, že přemýšlení může být podstatně určováno potřebami, které mohou být i „slepé“, pokud si je neuvědomujeme. Na naše jednání působí potřeby prostřednictvím prožívání a emocí, které mají bezprostřední motivační sílu. Vazba mezi poznáváním, tedy i myšlením, a citovou stránkou člověka je vzájemná. Pro kultivované a rozvinuté myšlení (např. na rozdíl od myšlení dětského či příliš jednoduchého) platí, že dokáže rozeznat, případně „odfiltrovat“ vliv jdoucí z emočního zdroje. V situaci nezvládané zátěže ústící v duševní krizi to je však značně obtížné, proto lidé potřebují pomoc ostatních, někdy i odbornou, jež jim mj. „zjednává v hlavě jasno“.

Určité prožívání bývá zpravidla vyvoláno a udržováno tím, jak jedinec situaci vnímá a hodnotí, čili jaký význam jí přisuzuje, a co pro něho znamená. Tento proces je podstatně ovlivňován předchozími zkušenostmi, klíčovými zážitky, ale i jeho názory a postoji. **Poznáváme a hodnotíme celou osobností.**

Například k sympatickým lidem pocítujeme náklonnost, jsme rádi v jejich blízkosti, důvěřujeme jim a máme tendenci se jim svěřovat. Když však vnímáme a hodnotíme druhého člověka jako sympatického? Především tehdy, jestliže nějakým způsobem zvyšuje naši prestiž a sebevědomí — například oceněním, pochvalou, pozitivním údivem. Souvislost s ješitností je zřejmá. Takové „psychické pohlazení“ je neméně potřebné než pohlazení fyzické, protože je jím potvrzována naše kvalita a jsme uznáni jako hodnotní. Ocenění se nemusí týkat pouze nás osobně, nýbrž i lidí (ale i prestižních předmětů, např. pro někoho automobil), na kterých nám nesmírně záleží a svým způsobem s nimi tvoříme jednotu. Zde máme například na mysli vztah dobrý rodič — dítě. Úspěchy dítěte jsou pak úspěchy i jeho rodičů, neúspěchy dítěte rodiče bolí a mohou je prožívat jako vlastní selhání a chybu s pocitem viny. Za sympatické dále snadno považujeme lidi, kteří zastávají obdobné názory a postoje, jako my sami nebo byli svědky našeho úspěchu, něco dobrého pro nás udělali atd. Z příkladu také vidíme, jak lidské prožívání úzce souvisí se sebehodnocením a vztahy k ostatním lidem — a ostatních lidí k nám.

Vnímání a hodnocení probíhá neustále, automaticky, vůbec si je nemusíme uvědomovat. Zpravidla o nich přemýšlíme teprve tehdy, narazíme-li na překážku a vznikne-li problém vyvolávající rozladu, starost, či pocity nelibé a varující, že něco není v pořádku. Potom se snažíme situaci a okolnostem porozumět, aby-

přístup k životu, stejně tak jako pomíjivé hodnoty typu tělesné přitažlivosti či kultu zdraví a mládí, skýtají člověku v zátěži malou oporu. Dokonce mohou vést k duševní krizi, jsou-li ohroženy nebo dojde-li k jejich ztrátě. Naproti tomu hodnotový systém příliš časově nevázaný na lidského jedince, umožňuje v životě pevnější zakotvení a snadnější překonávání svízeli všeho druhu. Představuje kompas, který nás orientuje a zároveň spolehlivě upozorňuje, co máme a nemáme dělat. V tradici evropské kultury to je vztah k duchovním hodnotám, tedy k něčemu, co člověka s jeho bezprostředními zájmy přesahuje a co je svou povahou stále a poskytuje oporu. Zde je třeba upozornit, že lidské bytosti je vlastní touha po porozumění celku světa, jeho smyslu i svému místu na zemi v konkrétním čase. Je zřejmé, že tato oblast souvisí s dříve zmíněnou identitou.

V dějinách si lze povšimnout, že krize duchovního života, ať jsou její zdroje jakékoli, se posléze vždy promítá do běžného, každodenního života lidského společenství i jedince. Zde vidíme jasnou propojenost i možný zdroj mnohých individuálních trápení. Člověk zakotvený v pevném a kvalitním hodnotovém systému je schopen snášet a překonávat neobyčejně mnoho. Vzpomeňme lidí vystavených hrubému psychickému a fyzickému nátlaku nebo zase nenápadné a chronicky působící manipulaci. Utrpení všeho druhu snadněji překonáme, jestliže chápeme jeho smysl jako výzvu a závazek v něm obstát. Setkávat s utrpením se a zakoušet je patří k subjektivně nepříjemnému a objektivně nutnému lidskému údělu. Představuje to šanci uvědomit si, co je v životě podstatné, důležité a co nevýznamné. Naštěstí je každé trápení v čase, má tedy svůj začátek i konec a samotné toto zjištění a uvědomění přináší úlevu — a pro mnohého i odvalu a sílu je podstoupit a vystát.

Součástí osobnostní výbavy člověka související s jeho odolností k zátěži, případně s vyrovnáváním se s krizí, je i jeho **úroveň mentálních schopností (inteligence)**. Z klinické praxe víme, že intelekt nelze posuzovat odděleně od některých dalších osobnostních charakteristik (např. vůle, emocionality), proto to je otázka velmi složitá. Faktem však zůstává, že máme-li se v určitém problému orientovat, řešit jej a poučit se pro příště, nutně k tomu potřebujeme myslet. Význam myšlení lze hledat i v etymologii samotného slova krize. Řecké slovo *krino* znamená: rozdělovat, rozlišovat, třídít. K němu se váže i *krisis*, jež v původním významu prý také znamenala soud. Soudit znamená rozvažovat, porovnávat, dospět k závěru a posléze učinit rozhodnutí. To vše je bez myšlení nemožné. Pro lidskou bytost je příznačné, že neustále zvažuje a rozhoduje, vybírá z možností a volí. Možnost volby, jejímž předpokladem je rozvinuté myšlení, má jedině člověk.

Je známo, že myšlení a rozhodování jsou v životních situacích často ovlivňovány také celou řadou subjektivních okolností, zvláště neuspokojenými potřebami, jež mohou působit až naléhavě a stát se motivem jednání. Upozorňujeme, že ne vždy jsme si naši motivace plně vědomi.

Za ilustrující příklad lze uvést přání a potřebu mít vlastní dítě, své pokračování a objekt péče, jež se vyskytuje téměř u každého mladého člověka po dosažení určitého věku. Tomu předchází touha žít v intimním psychickém a fyzickém vztahu, který ústí ve sňatek a založení rodiny. Pokud tato potřeba a z ní vyplývající motivy jednání nejsou uspokojeny, mladý člověk stálehle-

Zmíněné role mohou být značně různorodé a vyžadují třeba i protichůdné chování, ale je to právě identita, jež by měla být sjednocujícím společným jmenovatelem veškerého počínání. Ač různé role, jsem to stále já sám — a nikdo jiný. V této souvislosti ještě upozorníme, že pro moderní dobu je příznačné vnějškové určování a řízení člověka, k tomu přispívá celý výchovný a vzdělávací systém. Silné vnějškové řízení vede k obtížnějšímu utváření osobnosti a k oslabování již vytvořené identity i autonomie osobnosti.

Z psychopatologie známe poruchy identity vedoucí někdy až k její ztrátě, které znamenají velmi vážné narušení osobnosti. Ve výrazné podobě jde o těžké formy hysterie a psychotická onemocnění. Tyto poruchy zaznamenáváme také při některých otravách centrálního nervového systému. Pozitivní výjimky tvoří zážitky sebezpřesahování spojené se změnou vědomí a přechodným setřením hranic osobnosti (např. stavy navozené meditací, pocit splyvání s vesmírem, prožitek splnutí partnerů v orgasmu při ideálním intimním spojení).

Jestliže o někom řekneme, že je **autonomní** (z řeckého *autonomos* — sám sobě zákonem), znamená to, že je přiměřeně sebevědomý a zásadně sebe sama určující. Nevyjímáme tím, že by nedbal ostatních, protože při zvažování se poučí z názoru a zkušenosti druhých, ale rozhodne se sám. Je zřejmé, že lidé úzkostnější a váhaví bývají také méně autonomní, což souvisí s jejich sebezpodceňováním.

Člověk vnitřně autonomní je nezávislý. Polární psychologické pojmy — **závislost** — **nezávislost** — mají pro současné psychotherapeutické myšlení zásadní význam. Míjíme jimi vztahový postoj obsahující složku poznávací (hodnotící), emoční a činnou, která se projevuje v tom, jak reagujeme a jednáme. Závislost či nezávislost tvoří základní kvalitu meziosobního vztahu. Lidé vnitřně nezávislí, svobodní, jsou osobnostně stabilní a méně snadno narušitelní podněty přicházejícími z vnějšku.

Důležitou součástí osobnosti jsou již dříve zmíněné **psychické obranné mechanismy**, stejně tak jako **strategie řešení problémových situací**. Pokud jsou psychické obranné mechanismy skutečně funkční, zvyšují odolnost vůči zátěži. Avšak jsou funkční opravdu jen tehdy, když důvody zátěže (např. vnitřní konflikt) nejsou zbrzděny natolik, aby mohly posléze znovu vstoupit do vědomí v podobě, jež umožní racionální řešení. Také otázka strategie řešení problémových situací je velmi zajímavá, neboť každý člověk má celkovou tendenci k určitému postupu, jímž svízele řeší. Někdo spíše ustupuje a problém „obchází“, jedná nepřímou, jiný jde na věc přímo, až agresivně. Je nasnadě, že do subjektivně obtížné situace se s menší pravděpodobností dostane člověk, který disponuje celou řadou různých strategií, jež uplatňuje pružně, včas a podle typu problémové situace a svých možností.

Významným zdrojem vnitřní jistoty, přispívajícím k autonomii, je **hodnotový systém** člověka, pokud je pevný, nerozporný a jedinci opravdu vlastní. Obrazně řečeno, tvoří naši páteř, tedy to, co nás drží vzhůru, vzpřímeně a umožňuje pohyb. Hodnotový systém je spolehlivý tehdy, není-li bezprostředně vázán na skutečnosti snadno ohrožitelné vnějším zásahem. Například konzumní, zvěcnělý

Psychická odolnost vůči zátěži a duševním krizím

Na následujících stránkách se seznámíme s okolnostmi, které zpravidla určují, do jaké míry je člověk sám schopen se vyrovnat s náročnými životními situacemi. Není to téma jednoduché, neboť vždy záleží na souhře celé řady faktorů včetně náhody a na momentálním stavu organismu (např. únava — odepčitost, plně fyzické zdraví — stav oslabení po nemoci). Věnujme pozornost okolnostem stálejším, jež nám pomohou lépe předvídat, kdy je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Zařazení této i následující podkapitoly představuje také poučení vztahující se jak k výchovnému vedení dětí, tak k uspořádání vlastního života. Obojí je významné pro prevenci duševních krizí.

V psychologii i psychoterapii je dnes již známo, že odolnost lidského jedince k psychické zátěži, tedy to, jak snáší a zvládá náročné životní situace, případně krize, závisí na jeho osobnostní výbavě, na zdrojích vnější jistoty a na typu samotné situace. Oč tedy jde?

V souvislosti s **osobnostní výbavou** je třeba říci, že jde o vše, co vytváří **stabilitu osobnosti** a vyplývá z vlastností člověka. Patří sem například **emoční stabilita**, která je určována vrozeným temperamentem, ale i **vlivy prostředí**. Nejvýznamnějším vlivem zde je jednání matky s dítětem v jeho raném dětství, dále pak způsob výchovy a celková rodinná atmosféra, v níž dítě vyrůstá. Později se o tom všem zmíníme ještě podrobněji. Jedinci emočně stabilní vydrží mnohem větší psychickou zátěž než lidé labilní (např. neurotičtí) a také nejsou tak citliví k psychickým „škodlivinám“, jako konfliktní prostředí, vzájemně neslučitelné, avšak subjektivně významné informace, nadměrný hluk či nedostatek spánku a další. Předpoklady ke stabilní osobnosti mají lidé identičtí a autonomní.

Identita, totožnost, má v tomto významu blízko k ryзости osobnosti a patří mezi hlavní znaky duševně zdravého člověka. Identický člověk je sám sebou a přijímá se takový, jaký je. Má k sobě pozitivní vztah, uvědomuje si poměrně přesně, co si přeje a oč usiluje, na druhé straně ví, co si nepřeje a nechce. Na sebe nahlíží v souvislostech celého dosavadního života. Uvědomuje si, že jeho přítomnost je dítětem minulosti i rodičem budoucnosti. Člověk identický dobře odlišuje sebe od druhých, hranice jeho osobnosti jsou pevné. Například jasně rozlišuje vlastní názor od cizích, což není vždy snadné zvláště pro jedince s nejasnými hranicemi osobnosti, u kterých shledáváme silnější tendenci připisovat vlastní postoje a pohled na skutečnost ostatním.

Vedle časové kontinuity a stálosti (včera, dnes i zítra jsem to stále já sám) identita znamená, že člověku je vlastní společný a **sjednucující základ** pro různé části osobnosti, jež odpovídají jeho jednotlivým životním rolím.

Mluvím-li se svou matkou, jsem vzhledem k ní dítětem — i když již dospělým. Pomáhám-li svým dětem se školní přípravou, vystupuji v roli rodiče; v zaměstnání žiji svou profesionální rolí, stejně tak jedním v roli manžela atd.

rozsah, hloubku a dosah uvědomit, jinak není schopen se s ní vyrovnat, neboť vlastně neví, co řešit. Proto mu pomozme postupně a ve snesitelných dávkách (tzv. pravda po lžičkách) si ji plně uvědomit tak, aby znal pravý stav věcí, a nepodporujme častou snahu obviňovat okolí.

Psychoterapeutická pomoc člověka člověku spočívá také v tom, že druhému umožníme připuštění a rozeznání pocitů včetně jejich odžití. Jinak nás svazují, tlumí a znesnadňují řešení zátěžové situace. Člověk vnitřně zatížen nelibým prožíváním se musí otevřít a tento proces podpoříme, jestliže se do něho vcítíme, naše pozorování mu sdělíme a vyjádříme s taktem vlastní situačně vázaný prožitek. Takto se dostáváme k důležitému rysu psychoterapeutického rozhovoru — k jeho **přirozenosti**. Rozhovor mezi dvěma lidmi plyne přirozeně, je-li vzájemnou výměnou a sdílením. Přispívá k tomu dotazování, jímž projevujeme osobní zájem, účast — nikoli zvědavost. Vhodnými dotazy lze upozornit na oblasti, které partner rozhovoru přechází, nevidí a jsou důležité. Rozhovor je přirozený také tehdy, vyjádříme-li vlastní názor, nikoli však v duchu tradičního hodnotícího postoje, nýbrž se opíráme o své prožívání, jež bývá v takových případech dobrým rádcem. V projevování názoru jsme však opatrnější a příliš nezobecňujeme, neboť psychoterapeutickým rozhovorem chceme potřebnému poskytnout emoční podporu, napomoci lepší orientaci v sobě a situaci, případně v překlenutí obtížného období, za druhého však nepřebíráme odpovědnost a rozhodování, vyhýbáme se sugestivnímu ovlivňování. Zkušenost nám říká, že dospělý a duševně zdravý člověk se dokáže nejlépe sám rozhodnout, neboť zná vlastní situaci do všech detailů, my se mu pouze snažíme k tomu vytvořit dobré podmínky. Je samozřejmé, že dodáme věcné informace, pokud je druhá strana postrádá — například na koho se obrátit při nutnosti institucionální pomoci.

Závěrem snad zbývá říci, že vedle duševní podpory, jež je výrazem naší **lidskosti a vzájemnosti**, ze stejného zdroje čerpáme, nabídneme-li člověku v nouzi naší pomoc ve formě **konkrétního činu** a vedeme-li jej k tomu, aby si o pomoc nestyděl říci a dokázal ji přijmout. Zdánlivě málo může pro jedince v zátěži znamenat velmi mnoho — například ohlídání dětí, obstarání nákupu.

Pomoc člověka člověku, jeho podpora, podržení, které mnohdy vedou k přijmutí a vyrovnání se se situací neměnnou, nebo ústí v úsilí o aktivní změnu při poznání vlastních možností a porozumění situaci — toto vše má ráz psychoterapie a je psychoterapií sui generis. **V lidské blízkosti, snaze po porozumění a ochotě pomoci slovem i činem se skrývá obrovský psychoterapeutický potenciál.** Z jiného úhlu pohledu si lze povšimnout, že lidé vlivem přehlížení vlastního prožívání a málo projevovaného respektu a ohleduplnosti k sobě navzájem se dostávají do poloh, v nichž se cítí špatně a jejich lidská důstojnost je snižována. Prvky psychoterapeutického přístupu projevované v jednání mohou **zvýšit kvalitu vedeného života** tím, že přispívají k osvobození člověka od negativního vnitřního ladění, umožňují **osobnostní rozvoj** a činí vztahy mezi lidmi lidštějšími.

Tuto část končíme parafrázováním úsloví, že „darem obohacujeme více sebe než obdarovaného“, jež předkládáme čtenáři k úvaze.

Při vedení **psychoterapeuticky účinného rozhovoru** se lze držet některých ověřených zásad, které známe všichni z vlastní zkušenosti a z kontaktu s lidmi, kteří nám rozumějí a prožíváme je jako blízké. Při pomoci druhému člověku slovem je nejdříve nutno vytvořit podmínky, které klidný a nerušený rozhovor umožní. Je-li tomu tak, snažíme se pak druhému opravdu pozorně naslouchat a porozumět, jak sám věci prožívá, hodnotí, tedy co pro něho znamenají. **Aktivní naslouchání** a úsilí o **porozumění vnitřnímu světu** druhého člověka není vůbec snadné, neboť jsme zvyklí hned všechno hodnotit v kategoriích „dobré—špatné“, „správné—nesprávné“, „pravdivé—lživé“ apod. Zároveň máme tendenci považovat vlastní pohled za objektivní a samozřejmě tomu tak vůbec nemusí být. Při aktivním naslouchání se **vcitujeme** do partnerova hovoru, jeho subjektivního světa a osobní situace, na které chceme pohlížet jeho očima. Toto porozumění sdělujeme, **aniž bychom je hodnotili z našeho hlediska.**

Například: „Mám dojem, že už máš těch neustálých dohadů a žárlení dost, pěkně tě to šťve, uvažuješ o rozchodu, ale zase nechceš ublížit.“ Nebo: „Pořád musíš na to myslet, že je mrtvý, jako by i tvůj život končil. Je to pro tebe hrozné, pořád se s ním nemůžeš rozloučit.“

Během rozhovoru jsme plně a stále na druhého soustředěni, vlastní pohled, hodnocení a názor dáváme spíše stranou, neboť bývají hlavní překážkou porozumění člověku v jeho situaci. Vedeme-li rozhovor v tomto duchu, cítí z nás člověk v nouzi osobní zájem a navozujeme atmosféru důvěry, umožňující upřímnost a otevření sobě i druhému. Jedinec v krizi přestává být sám — **subjektivní samota** bývá pro člověka s problémy typická a její překonání je důležité — zároveň si věci začíná „srovnávat v hlavě“ a našimi ústy řečené vidět v potřebném odstupu. **Osobní zájem** přináší podporu a uklidnění a sám o sobě je velkou pomocí — samozřejmě zájem opravdový, nikoli předstíraný a neupřímný.

Má-li si člověk ve svých vztazích udělat jasno, nebo zvládnout nějakou konkrétní zátěžovou situaci, překonat náročné období, učinit významné rozhodnutí apod., musí si nejdříve **udělat jasno sám v sobě a vědět, co vlastně chce.** Člověk v duševní krizi je dezorientován a tento zmatek doprovázejí nepříjemné pocity (tenze, úzkost), nebo v sobě cítí prázdno. Prožívání je spolehlivým kompasem i zdrojem informací, jak na tom skutečně jsme, neboť žijeme a hodnotíme celou osobností, nejen rozumově. Pocity nás neomylně přivádějí ke všemu důležitému a významnému — **pocity nelžou.**

Lidé mají sklon se nepříjemnému vyhýbat, což platí i o negativních prožitcích, které přehlízíme a v sobě potlačujeme. Z toho pak vzniká tenze, přispívající ke vzniku psychosomatických onemocnění. Prožívání doprovází i ostatní procesy duševního života a mají-li nelibý akcent, tak subjektivně vadí, ale je nutné je vydržet, „z cesty neuhnout“ a touto prostou skutečností některé situace vyřešit. Například se smrtí někoho blízkého se vyrovnáme jedině truchlením a prožitím hlubokého zármutku. Lidskou reakcí na neštěstí druhého je **spoluúčast, soucítění.** Neměli bychom se stydět je projevit. Za méně vhodné považujeme utěšování postiženého ve smyslu „těšinských jablíček“, jež nejsou slovy pravé útěchy, nýbrž „sladkých lží“. Bolestným tématům se vyhnout nelze. Člověk v krizi si musí její

Linka důvěry České Budějovice Psychiatrické odd. NsP III Linka první psychiatrické pomoci B. Němcové 44 370 00 České Budějovice	(038) 36 3 68	nepřetržitá
Linka důvěry Středočeského kraje Psychiatrická léčebna KÚNZ 293 00 Mladá Boleslav-Kosmonosy	(0326) 26 2 22	nepřetržitá
Linka důvěry Příbram Městská poliklinika Příbram III. 261 01 Příbram	(0306) 21 915	pondělí a pátek 7.00—18.00 hod. úterý, středa, čtvrtek 7.00—15.30 hod.
Linka důvěry Bílá Voda Psychiatrická léčebna 790 69 Bílá Voda u Javorníku	(0645) 52 24	nepřetržitá

Předchozí text nás přivádí k závěru, že laická pomoc depresivnímu člověku v duševní krizi, člověku uvažujícímu o ukončení života, spočívá ve zprostředkování profesionální péče. Důvod je jasný: změní-li se depresivní rozlady v trvalejší stav (na okolnostech a příčinách nezáleží), který bývá již známkou nemoci, postižený by se měl stát pacientem a být léčen. Jeho vedení vyžaduje odborné znalosti a přístupy, kterých laik není z pochopitelných důvodů schopen, i když si může počínat intuitivně správně. Dobrá vůle v takových případech nestačí.

Něco jiného však představuje pomoc druhému člověku v situaci zvýšené zátěže a duševní krize, jež není provázena depresí, kdy lze vhodně voleným přístupem a jednáním umožnit jedinci její řešení, přinést podporu, úlevu a zamezit vzniku a rozvoji deprese. Co tedy dělat, aby se druhý člověk nestal pacientem či klientem?

Naši pozornost obrátíme k **laické psychologické či psychoterapeutické pomoci**. Vyjdeme ze situace člověka v krizi, tedy člověka zavaleného a zaměstnaného problémy, na které přestává vlastními silami stačit, a způsoby, kterými se je snaží řešit, jsou málo účinné. Subjektivně prožívá zklamání, roztrpčení, napětí, nerozhodnost, cítí se sám, neví jak dál, prostě má v hlavě zmatek. Jak již jsme se dříve zmínili, vážnější duševní svízele mívají nejčastěji příčiny v mezosobních vztazích, ale i v životních událostech znamenajících ránu, ztrátu (např. úmrtí někoho blízkého) a vyžadujících změnu životního stylu (např. díky úrazu, nemoci). Při pomoci člověku v psychické nouzi, která ho obvykle staví i do situace nesnadného rozhodování, za něho nemůžeme převzít odpovědnost a rozhodování. Problém my sami neřešíme, ale dáme se k dispozici „psychicky“ tím, že nabídneme svůj čas, zájem, blízkost a ochotu s ním vše zatěžující prohodit a případně pomoci i činem. Těžištěm se stává **rozhovor**.

poručujeme obrátit se na některou **linku důvěry**, jež jsou zdravotnickým zařízením, respektujícím v případě přání plnou anonymitu a diskrétnost ve všech směrech (anonymita je možná i vzhledem k zaměstnancům linky důvěry). Linky důvěry jsou zřízeny s cílem prevence sebevražd a jako pomoc lidem nalézajícím se v psychické a sociální tísní. Pracují zde zkušení odborníci, z nichž mnozí mají psychoterapeutický výcvik, jsou ochotni se v rámci pomoci angažovat, poradí, jak v konkrétním případě postupovat, eventuálně další zařizování a léčbu převzou do svých rukou.

Pro informaci uvádíme seznam linek důvěry pracujících v Čechách a na Moravě, jejich telefonní čísla, adresy a pracovní dobu. Lze se na ně obrátit i dopisem. *)

Název a adresa	telefon	pracovní doba
Linka důvěry Praha Psychiatrická klinika Ke Karlovu 11 128 00 Praha 2	(02) 29 79 00	nepřetržitá
Linka důvěry mládeže Praha Psychiatrická klinika Ke Karlovu 11 128 00 Praha 2	(02) 29 64 02	7.30—16.00 hod. v pracovní dny, jinak v kombinaci s LD Praha (02) 29 79 00 nepřetržitě
Linka naděje Brno Psychiatrická klinika Jihlavská 100 600 00 Brno-Bohunice	(05) 32 33 33	nepřetržitá
Linka důvěry Olomouc Psychiatrické odd. OÚNZ Univerzitní 7 770 00 Olomouc	(068) 27 7 77	7.00—17.00 hod. denně
Linka důvěry Třebíč Psychiatrická ambulance poliklinika OÚNZ 574 01 Třebíč	(0618 uzel) 44 44	7.00—15.30 hod. v pracovní dny

*) Zpracováno za použití publikace: Linky důvěry v Československu. (Redakce MUDr. H. Nováková, PhDr. Z. Eis, CSc.)
Edice LD, č. 30, Mladá Boleslav-Kosmonosy 1982

vané všude tam, kde se s lidmi ohroženými sebezničením setkáváme (např. linky důvěry, psychologické a psychiatrické ambulance), lze považovat kombinaci následujících znaků za nebezpečnou:

1. Člověk je v **depresivní náladě** projevující se smutkem, apatií, výčitkami svědomí, „vzdává to“, nad vším mává rukou, nemusí být lítostivý a plačtivý. Nebo se stal nápadně klidným a vyrovnaným po předchozím období zoufalství z marného řešení určitého problému apod., což bývá známkou rozhodnutí zemřít. Pro depresivní náladu směřující k sebevraždě je typický stav **zúženého vědomí**, kdy se člověku zdá, že jeho možnosti je stále méně, opouští bývalé hodnoty a důvody žít, ztrácí zájem o přátele a lidi jinak blízké, uzavírá se do sebe, zůstává mu jen určitý problém. Pociťuje neschopnost jej řešit, která přerůstá v nechuť se jím zabývat, nastupují pak sebezničující myšlenky a fantazie.

2. Člověk **připouští možnost sebevraždy** jako řešení, na toto téma hovoří nerad či vůbec, má však **sebevražedné myšlenky a fantazie**. Horší jsou fantazie pasívní, mající ráz vtíravých, naléhavých, dotěrných představ o odchodu ze života, jež bývají zprvu nepříjemné, obtěžující, jedinec se jim brání, nakonec však často podléhá. Aktivní sebevražedné fantazie člověk „řídí“ sám — a ne naopak, jak tomu bylo v předchozím případě. Bezprostředně hrozí nebezpečí sebezničení tehdy, jestliže jedinec uvažuje o způsobu a místě, kde si vezme život, zkouší to „na nečisto“ (např. se trochu řízne do ruky), informuje se o léčích, shání je, chodí přes most, aniž musí, navštěvuje nádraží, pohybuje se po kolejích apod.

3. Člověk v nebezpečí sebevraždy mívá sny o tom, že si vzal život, nebo že je z jiné příčiny mrtvý, ve snu se setkává s mrtvými příbuznými, cítí spíše úlevu.

4. Dává si do pořádku osobní věci, vyřizuje nevyřízené záležitosti — v celkovém kontextu tak, jak ho známe, nás to překvapuje — snaží se vyrovnat s druhými lidmi z pozice toho, kdo se omlouvá a případně nenápadným způsobem loučí, apod.

5. Trpí nechutenstvím, ubývá na váze.

6. V noci málo spí, před sebevražedným činem lidé často probdí jednu nebo více nocí.

7. Riziko sebezničení stoupá, byl-li již v minulosti u jedince sebevražedný pokus, či někdo z okolí, přátel, příbuzných si pokoušel vzít život, nebo si jej vzal.

8. Akutní opilost v mnoha případech doprovází a „spouští“ sebevražedné jednání, neboť alkohol snižuje zábrany (napití, „na kuráž“), depresí utlumeného člověka může aktivizovat, současně ještě více zužuje vědomí — situace se jedinci zdá bežvyčodnější než ve stavu střízlivosti.

Jak jednat s člověkem, u kterého se obáváme, že hrozí sebevražedné jednání, a který je tedy ohrožen na životě? Jistě nemusíme nijak podrobněji rozvádět a stačí konstatovat, že v případě **započetí sebevražedného pokusu** (např. požitím léků, pořezáním) nebo **přistížení člověka při přípravě prostředků** k ukončení života, je na místě požádat například sousedy o pomoc, postiženému poskytnout první ošetření a neprodleně zprostředkovat **převoz do nemocnice** (lékařská služba první pomoci). To bývá situace spíše výjimečná; častěji se setkáme u svých známých či příbuzných s případy, kdy cítíme, že sebezničující aktivita je možná (viz předchozí znaky sebevražedného jednání), i když **akutní ohrožení života nehrozí**. Také zde je vhodné zprostředkovat postiženému odbornou pomoc a čtenáři do-

jak narušena a které nemají zpravidla ani pevnější sociální zázemí, a proto jsou k sebevraždě „náchylné“, stejně tomu tak bývá u psychoticky nemocných, kteří se někdy pod vlivem bludů a halucinací pokoušejí o sebevraždu. Nebývá to však časté, s výjimkou **nemocných s těžkými depresivními stavy**, kde je naopak sebevražedná aktivita pravidlem. Tyto deprese přicházejí periodicky a nepravidelně, obvykle v jarním a podzimním období. Často začínají nespavostí a člověk takto postižený se zpravidla ráno cítí hůře než večer. Pro tento typ život ohrožujících depresí je příznačný **trvalý a nemotivovaný smutek**, absolutní pesimismus, kdy „nic nemá cenu“, přítomné bývají silné **nepodložené výčitky svědomí a pocity viny**. Nemocný někdy odmítá potravu, na svůj vzhled nedbá, zanedbává osobní hygienu, jeho mimika je chudá, gesta nevýrazná, dělá dojem zpomalenosti. Depresivní obraz se někdy rozvine během několika dnů a člověka takto postiženého je nutné co nejdříve dopravit k obvodnímu či okresnímu lékaři — psychiatrovi, který zpravidla zajistí další léčbu v nemocnici. Při pomoci jedincům závislým na alkoholu či jiných látkách je žádoucí se obrátit na obvodní či okresní ordinaci pro alkohol a jiné toxikomanie (OAT při OÚNZ), jež poradí, jak s nemocným dále postupovat, neboť pro toxikomany je příznačné, že se léčit nechtějí a jejich systém výmluv, slibů a smlouvání bývá tím složitější a rafinovanější, čím jsou inteligentnější a vzdělanější.

Toxikomanie a psychoticky nemocní však netvoří „velká statistická čísla“ sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd. Sebevražedné statistiky „dělají“ běžní lidé, kteří se dostali do duševní krize, kterou sami nezvládají a nablízku není nikdo nápomocný překlenout toto náročné životní období. Zpravidla trvající krize a marné pokusy o její řešení vlastními silami člověka vyčerpají — nastupuje postupně depresivní nálada a další změny v psychickém životě, jež ústí ve snahu si vzít život a „mít konečně od všeho pokoj“. Znamená to, že teoreticky a prakticky může k sebezničujícímu jednání sáhnout každý člověk, jenž se dostane do deprese, sociální izolace a přetrvávající situace, která přináší utrpení, a ztratí naději ve změnu k lepšímu.

Jak poznáme člověka bezprostředně ohroženého sebevraždou? Nejdříve se pokusme otázku zodpovědět negativně, tedy kdy **vážné sebevražedné jednání** je nepravděpodobné, ačkoli jedinec hovoří o úmyslu si vzít život. Psycholog a psychiatr se v praxi setkávají s ženami a muži (a není jich málo), kteří za vypjatých okolností, ponejvíce za partnerských a manželských konfliktů či při rozchodech a rozvodech, sebevraždou „vyhrožovali“ či ji náznakově nebo demonstrativně provedli. Pravidelně se jedná o nátlak a emoční vydírání druhého člověka, za kterým je jednoduchá manipulace a kalkulace typu: „vidíš, k čemu mě dohnal(a)“ a „jestli mne nechceš mít na svědomí, tak to (ne)uděláš!“. K těmto krokům se uchylují lidé emočně labilní, afektovaní, hysteričtí a v jejich podání bývá zmíněné jednání „účinné“, neboť těžko chce mít někdo někoho „na svědomí“. Vzhledem k jejich osobnostní destabilizaci, subjektivně prožívanému utrpení a především možnosti demonstrativního sebevražedného jednání, jímž se zdravotně poškozují a které také nemusí vyjít a omylem například léky přeberou, vyžadují odbornou psychiatrickou péči, což je jediné a nutné řešení.

Jaké jsou signály vážného sebevražedného jednání z důvodu duševní krize u „běžných lidí“? Vyjdeme-li z praxe psychoterapeutické první pomoci poskyto-

ma **sebevražda** je pro nás důležité, neboť je poměrně častým způsobem „řešení“ vážné duševní krize a většina čtenářů se pravděpodobně s něčím obdobným ve svém užším či vzdálenějším okolí setkala. Tento způsob odchodu ze života není vzácností, člověk se stává „sebevrahem“ zpravidla daleko dříve, než sebezničující pokus vykoná. Seznámíme se ve zkratce s některými okolnostmi a znaky umožňujícími nám identifikovat jedince ohroženého „dobrovolně nedobrovolnou smrtí“.

Předně zdůrazňujeme, že **pouze vnější okolnosti** vedou k sebezničujícímu jednání jen **zcela výjimečně**, neboť v člověku je vůle k životu nesmírně mocnou silou, snad nejmocnější vůbec. Zde je na místě mluvit spíše o **oběti** — **obětování** se za druhého jako nejvyšší forma altruismu — například rodič dá život za dítě, někdo se obětuje v rámci záchrany ostatních v nebezpečné situaci katastrofy. Historie nás poučuje, že lidé jsou schopni zemřít pro ideje, nebo dobrovolným a demonstrativním odchodem ze světa burcovat svědomí druhých a varovat.

Pro dobrovolný odchod ze světa máme v mimořádných případech pochopení u lidí trpících **nevléčitelnou chorobou** doprovázenou tak silným utrpením a omezením života, že se jedinec rozhodne dále nebýt. Zdůrazňujeme výjimečnost této situace, k níž bychom zařadili i nemožnost déle vydržet silné fyzické neutišitelné bolesti. Ale i v případě těžce nemocných to zpravidla bývají depresivní pohnutky, jež je vedou k tomu, že na sebe vztáhnou ruku. Je to proto, že člověka i při značném fyzickém a psychickém utrpení drží **naděje** ve změnu k lepšímu. Čím silnější je racionální naděje (objektivní okolnosti a možnosti), tím slabšího uplatnění dochází iracionální naděje (touha a doufání nemající konkrétní zdůvodnění a podobu) a naopak: malá racionální naděje je ve vztahu nepřímé úměrnosti k iracionální naději — i v beznadějně situaci doufáme v obrát, „zázrak“, tedy řešení přicházející náhle a neočekávaně. Jestliže pomineme vnější okolnosti, mající zpravidla úlohu spouštěče, tak sebevražděné jednání vychází z **vnitřních okolností**, tedy **psychického stavu člověka**, jak vnímá a hodnotí situaci, což podstatným způsobem ovlivňuje rozhodování o odchodu ze života, volbu prostředků a „vhodnou“ dobu.

Položme si nyní otázku, které skupiny obyvatel jsou sebevraždou nejvíce ohroženy. Kde a u koho je sebezničení nejčastější? Odpověď zní, že to jsou lidé závislí **na návykových látkách**. Máme na mysli tzv. **nealkoholovou i alkoholovou toxikománii**. Nealkoholová toxikománie je u nás na vzestupu a postihuje zvláště dospívající a mladé dospělé zhruba do 30 let. Zneužíváním léků a rozpouštědel se mění jejich osobnost, stávají se k životu lhostejnými a vzniklé problémy snadno „řeší“ tak, že drogu předávají, případně u nich vznikne psychóza, při níž si vezmou život (těžká deprese, halucinace apod.). Další skupinou obyvatelstva náchylnou k agresivnímu chování jsou lidé **závislí na alkoholu**. Agresivita vzhledem k druhým, „navenek“, se snadno může obrátit „dovnitř“ a k sebevraždě je pak krůček. Osoba závislá na alkoholu se pitím dostává do osobního debaklu, kdy nemůže dále „žít s alkoholem ani bez alkoholu“ a subjektivně bezvýchodné situaci „uniká“ smrtí. Navíc sám alkohol při nadměrném pití vyvolává depresivní náladu; deprese u osob závislých na alkoholu nejsou ničím neobvyklým, stejně jako jejich sebezničující jednání.

Mohli bychom dále pokračovat ve výčtu skupin osob, jejichž osobnost je ně-

Například kultivovaní manželé s dítětem se spolu naučili „slušně vycházet“ a fungují dobře po stránce ekonomické a výchovné, avšak intimně a pozitivně citově spolu nežijí, jsou si vzájemně „cizí“, z lhostejnosti se tolerují, mívají období vzájemné „mírné alergie“, ale otevřené a vyhocené konflikty mezi nimi nikdy nebyly. Muž udržuje s vědomím manželky dlouhodobý mimomanželský vztah, žena mívala dříve známosti spíše přechodné, krátkodobé, o sexuální život zájem neprojevuje, významnou hodnotou pro ni jsou přátelství s vrstevnicemi a zaměstnání. Po odchodu dcery z domova se muž chce odstěhovat ke své známosti, neboť se prý dříve s manželkou domluvili, že spolu zůstanou do dospělosti dítěte „a pak si každý budeme žít po svém“, rozhodl se rozvést a oženit s milenkou. Žena na tuto změnu reaguje zprvu hněvem, pak depresivně, vyhledává pomoc v manželské a předmanželské poradně.

Nejvíce problémů lidem přináší soužití s druhými a vůbec meziosobní vztahy, ať již se jedná o vztahy partnerské, rodinné, nebo na pracovišti. U dospělých lidí to bývá nejčastější zdroj konfliktů a ostatních komplikací majících za následek nekvalitní život a někdy i zdravotní obtíže. Zvláště nežádoucí bývá, jestliže se k neoptimálně vedenému životu přidá ohrožení či ztráta **sebeúcty a akceptace sebe**, jež jsou nezbytnou součástí duševního zdraví — pak člověk „nežije, ale jen přežívá“. Jinak vyjádřeno: dospělý člověk, má-li se cítit v životě opravdu zakotven, potřebuje mít **pozitivní vztah k sobě a někoho stabilního, důvěryhodného, s nímž vzájemně sdílí dobré i zlé**. Tímto konstatováním se dostáváme k otázce, jak ke konkrétní duševní krizi dochází?

Duševní krize nastává, jestliže se jedinec střetne s překážkou, kterou není s to vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navyklym způsobem. Následuje pak dříve či později narušení a ztráta **duševní rovnováhy**, jež sama o sobě není duševní poruchou či nemocí, ačkoli v ni může ústít, pokud nedojde k řešení. S nevyřešenou krizí související zdravotní potíže jsou nejčastěji depresivní stavy a rozličné tělesné příznaky nemající objektivní podklad — např. bolesti hlavy, zad, žaludku nebo zácpa. Duševní krize bývá provázána pocitem ztráty jistoty, bezpečí, nastupuje subjektivně prožívané ohrožení, bezradnost a dojem, že „jsem na všechno sám“. Osobnost je ohrožena ve své integritě, člověk se dostává do stavu napětí, jež přechází v úzkost nebo „únavu ze života“, kterou signalizuje depresivní nálada a prožívání. Lidé, kteří při situaci zvýšené zátěže mobilizují síly, mají jich dostatek, jednají-li racionálně, účelně a bez zbytečných odkladů a průtahů — ti zpravidla psychoterapeutickou podporu nepotřebují. S krizovou situací se vyrovnají sami či s přispěním svých blízkých a známých. Je známo, že zátěž pomůže jednotlivci nejlépe vyřešit rodinné společenství, jež je pevné a s vřelými vztahy mezi jeho členy. Stabilní, dobrá rodina posiluje osobnosti svých členů a naopak rodina nepevná, nebo dokonce sama v krizi jednotlivce destabilizuje a nechrání před vnějšími zátěžovými vlivy. Z předchozího vyplývá značný význam rodiny pro duševní zdraví jednotlivce, neboť **princiálně bez stabilní rodiny není stabilního jednotlivce a také naopak**. Jedná se o vzájemnou podmíněnost.

Chceme-li člověku nalézajícimu se v duševní krizi být nápomocní, nutno nejdříve zvážit, není-li dotčený ohrožen na životě rozvíjející se depresí, jejíž součástí bývají sebevražedné myšlenky, fantazie, případně sebezničující jednání. Té-

již dobře ilustruje výrok německého lékaře H. Bürger-Prinze, který prohlásil, že „bychom byli už všichni dávno mrtví, kdybychom měli ve svém těle vypínač, který by se dal stisknout na ‚konec‘“. Snad právě proto je sebevražda — s výjimkou určitého období ve starověkém Řecku a Římě — v naší kultuře odsuzována a dnes psychopatologizována. Z kontaktu s lidmi, kteří si chtěli a chtějí vzít život, však jednoznačně vyplývá zkušenost, že jejich rozhodnutí, mnohdy impulzivního rázu, je projevem deprese jakožto nemoci či součástí jiného onemocnění. V méně případech jsou sebevražedné myšlenky a jednání východiskem z neúnosné situace bez perspektivy v tom směru, že člověk nepocituje naději v obrát k lepšímu a snášet utrpení je nad jeho síly. Právě v těchto okamžicích potřebuje **lidskou blízkost**, která prolomí hradbu osamění a pomáhá překonat ty nejhorší chvíle.

Náročných životních situací a z nich plynoucích krizí rozeznáváme celou řadu a lze je dělit z různých hledisek za použití rozličných kritérií. Běžné, nás všechny postihující, a tedy „normální“ jsou **krize vývojové**, pravidelně se vyskytující v určitém období života člověka — například v dospívání, klimakteriu — patří sem i mezníky ve vývoji rodiny, jako je narození prvního dítěte, odchod dětí z rodiny, kdy zakládají vlastní domácnosti (tzv. syndrom „prázdného hnízda“), přechod do důchodu, úmrtí jednoho z manželů atd. Z hlediska duševního zdraví jsou zvláště nebezpečné **krize traumatické** jako důsledek událostí přicházejících náhle, „jako blesk z čistého nebe“. Sem patří neočekávané úmrtí někoho velmi blízkého, zjištění manželské nevěry apod. Je-li postižený člověk zoufalý a ve svém neštěstí osamělý, může nedat zkratově, impulzivně a agresivně proti sobě či druhým. Tuto situaci si lze přiblížit výrokem S. Freuda, že „sebevražda je v podstatě vražda, která se neuskutečnila, již bylo zabráněno“. Z jiného hlediska vzato rozeznáváme **krize zjevné**, tedy jedincem připuštěné (např. chronické či jinak vážné a ohrožující onemocnění), nebo **latentní**, utajené, které si člověk v jejich významu a dopadu neuvědomuje. Nejčastěji se projevují nepřímou ve vedení méně hodnotného a jednostranného způsobu života (např. stálý „útěk“ do pracovní aktivity, který vede k přepracovanosti, jako následek manželského nesouladu) nebo ve zdravotních obtížích (např. nadměrná únava, stěhovavé bolesti v souvislosti s nepříjetím stárnutí). Krize lze také rozdělit na akutní a chronické. **Akutní krize** přivádí nejčastěji klienty do manželských a předmanželských poraden a na linky důvěry s těžkostmi v oblasti manželských a partnerských vztahů — to je nejčastější důvod, proč dospělí klienti vyhledávají pomoc psychologa. Zvláště náročné a duševní zdraví ohrožující je období předrozvodové a rozvodové, pokud je provázáno nenávistí nebo silnou jednostrannou závislostí na tom, s kým se rozvádíme, jehož tak ztrácíme, a je to „jako bychom ztráceli sebe sama“. Takto prožíváme a hodnotíme všechny rozchody, jichž želíme. **Krize chronické** bývají svým průběhem nenápadné, ale stále zatěžující. Nejčastěji se opět týkají mezosobních vztahů, a jestliže vyvrcholí, stávají se akutními a postižený, obvykle „slabší strana“, vyhledává odbornou pomoc. Toto vyvrcholení nastává změnou ve stávajících vztazích, k níž dojde na základě nové události, třeba i v jiné oblasti, než je chronifikovaný problém, a pak se dlouhodobá vztahová krize řeší.

tů s těžkou poruchou osobnosti v sobě zahrnuje výchovné prvky a jejich význam narůstá v závěru léčby.

Duševní krize a psychologická pomoc

Již dříve jsme upozornili, že psychotherapeutická podpora není poskytována jen na půdě zdravotnictví, nýbrž jeho rámec již přesáhla. Profesionální psychotherapeutická pomoc je uskutečňována stále ve větším rozsahu psychologickými poradnami, zvláště pak manželskými a předmanželskými, jež jsou určeny pro dospělé klienty s problematikou vztahovou, a pedagogicko-psychologickými poradnami s klientelou dětí a dospívajících. Toto upozornění bychom nyní rozšířili o zkušenost běžného života, která nám říká, že vůbec nejčastější psychotherapeutická podpora je **laická, neprofesionální**, již si navzájem poskytují lidé sobě známí i neznámí. To je případ člověka majícího nějaké vážné trápení a naleznuvšího „duši spřízněnou“, pozorně naslouchající. Rozmluva přináší okamžitou úlevu a někdy napomůže i k řešení svízelné situace. Trpící jedinec je podpořen, přestává být na problém sám, ke slovu přichází zkušenost, vyjádřená úslovím: „sdílená radost — dvojnásobná radost, sdílená bolest — poloviční bolest“. Mezi osobní vztahy obsahují obrovský psychotherapeutický potenciál, žel i opak, člověk člověku působí také utrpení, slovem lze nejen zachránit, ale i zabít. Dostáváme se tak k důležitému a nenápadnému uplatňování pomoci lidem psychologickými prostředky, lidem, kteří se nalézají v duševní krizi. Zmíněný druh pomoci není vyhrazen pouze odborníkům, ale týká se každého člověka, protože s potřebným a nešťastným člověkem se setkává kdokoli z nás. Stejně jako bychom měli být schopni poskytnout základní první pomoc člověku tělesně poraněnému či v nebezpečí života ze somatických příčin, měli bychom být schopni „ošetřit duši“ jedinci psychicky trpícímu, strádajícímu; také jeho život může být ohrožen. Duševní a tělesná bolest mají společné jediné to, že jsou stavem vyžadujícím změnu a voláním o pomoc. Voláním, jež bychom měli dokázat zaslechnout a jednat. Další stránky proto zaměříme tímto směrem s nadějí, že se nám podaří čtenáři přiblížit tuto potřebnou a zanedbávanou část mezi osobnostních vztahů. Nejdříve se pokusíme orientovat v základních typech krizí, dále pak se budeme věnovat hledání odpovědi na otázku: „Co s tím?“

Duševní krize známe všichni z vlastní zkušenosti. Je to něco, co k člověku a jeho životu neodmyslitelně patří a co má také svoji pozitivní stránku: jejich prožitím a překonáním se vnitřně obohacujeme a osobnostně rosteme. Ovšem za předpokladu, že je překonáme opravdu a subjektivní ztráty přehodnotíme způsobem umožňujícím nakonec jejich přijetí a smíření.

Duševní krize bývá reakcí člověka na náročnou životní situaci, již nezvládá a stává se krizovou situací, která v krajním případě může nabývat rázu až **mezí životní situace**, kdy dochází k ohrožení jeho základních hodnot. Člověk si to uvědomuje a prožívá proměnu svých lidských možností. To bývají chvíle „velkých zklamání a ztrát“, kdy se lze pohybovat až mezi životem a smrtí — z vlastního rozhodnutí a vůle. Téma dobrovolného odchodu ze života je pro každého přitažlivé, neboť **sebevraždy** je schopen pouze člověk. Je to záležitost navýsost lidská,

Během psychoterapeutického procesu pomáháme pacientovi k orientaci v sobě, jsme plně s ním a jsme jeho opora. Velkou práci dá zpracování pacientovy psychotické zkušenosti a nalezení smyslu onemocnění, tedy jakou má v jeho životě funkci, co se jím mění, z čehož pak vyplývá, jak mu z psychologického hlediska čelit.

Psychoterapie psychoticky nemocných klade na osobnost terapeuta mimořádné nároky a je nejobtížnější, protože vyžaduje nesmírnou trpělivost, vytrvalost a osobnostní sílu terapeuta. Také se může stát nebezpečnou, pokud jde o duševní zdraví terapeuta, neboť se dostává do světa šílenství, jež také každý z nás, obrazně řečeno, nosíme v sobě. Je proto velmi žádoucí, aby byl osobností stabilní, zralou a měl pevné rodinné zázemí, jinak se vystavuje nebezpečí „nákazy“, nebo si vytvoří ve vztahu k nemocným odstup a silný „profesionální krunýř“, jenž jej sice chrání, ale psychoterapii znemožňuje. Mezi terapeutem a psychoticky nemocným se vytváří výrazná emoční vazba dlouhodobě přetrvávající, pacienti, jak sami říkají, nosí terapeuty „v sobě“, jsou pro ně těmi spolehlivými, k nimž se v případě nouze navracejí. I to bývá pro dobré terapeuty zdrojem zátěže, neboť jim de facto pacientů stále přibývá.

Ještě bychom chtěli upozornit, že u nás se v současné době psychoterapeutické pomoci dostane jen malému množství psychoticky nemocných. Kvalifikovaných terapeutů je málo a také organizační zajištění této časově náročné formy péče je nedostatečné.

Závěrem této části je potřebné se zmínit o vedení jedinců s těžkou **poruchou osobnosti** (hraničně strukturované a narcistické osobnosti). Psychoterapeutická pomoc těmto pacientům vyžaduje značných zkušeností a speciálních znalostí. Odborníků, kteří jsou schopni ji opravdu fundovaně poskytnout, je naprostý nedostatek. U pacientů se nejedná o onemocnění, nýbrž o poruchu, tedy o určitý nedostatek vzniklý ve vývoji jedince ve struktuře osobnosti, struktura je nestabilní a „něco“ v ní chybí, konkrétně vnitřní „brzdy a zábrany“, stejně jako jasné vlastní ohraničení a vymezení vzhledem k ostatnímu světu. Zdravotní obtíže těchto pacientů a jejich chování jsou značně pestré a proměnlivé. Mohou se u nich na přechodnou dobu vyskytnout psychotické příznaky (např. halucinace), především je však nápadná impulzivita (výbuchy zlosti, lítosti, silné pocity křivdy), nezdrženlivost (mnozí mladiství toxikomané trpí touto poruchou), nestálost (mění častěji zaměstnání i partnery) atd. Jejich myšlení a hodnocení, zvláště ostatních lidí, ale i idejí, je černobílé ve smyslu „buď, anebo“. Snadno idealizují, obdivují, nebo zase zavrhnou a nenávidí.

Hlavním cílem psychoterapie je posílit jejich „já“ a zvláště psychické obranné mechanismy. Děje se to nejlépe dlouhodobou léčbou při kombinaci individuálních a skupinových rozhovorů. Vedení těchto pacientů vyžaduje nesmírnou trpělivost a opravdu zralého terapeuta, protože jejich reakce bývají bouřlivé, zdánlivě těžko pochopitelné a rozporuplné. Důležitým úkolem terapeuta je poskytnout pacientům jistotu, vytvořit pro ně stabilní a chápající prostředí, jež je vždy „podrží“. Velmi pomalu, zejména prostřednictvím vcítění, je terapeut učí, aby se v sobě vyznali, reálněji se hodnotili a řídili se rozumem. Postupně na ně klade požadavky, dává jim stále složitější úkoly, jimiž u pacientů cvičí funkce „já“ (např. sebeovládání), a tím způsobuje jejich diferenciaci a rozvíjení. Vedení pacien-

telná nejen vlivem manifestních psychotických příznaků, jež silně znemožňují lidský kontakt (např. neklid pacienta, jeho nesoustředěnost), nýbrž i vlivem tlumivě působící farmakoterapie. S odezníváním ataky přistupujeme co nejdříve k systematické psychoterapii přes relativně nenáročné aktivity (např. poslech hudby, krátký rozhovor).

Při psychoterapii psychoticky nemocných zpravidla **kombinujeme individuální a skupinové formy práce**. Začínáme individuálním kontaktem a po získání pacientovy důvěry a jeho navázání jej připravíme na spolupacienty a postupně začleníme do skupiny. Terapeut má při práci s psychoticky nemocnými značně nesnadnou úlohu, které není každý schopen dostat. Vstupuje do jejich zvláštního světa, nesmí zde být cizorodým prvkem a zároveň musí všechny zvláštnosti tvořící součást osobnosti nemocného plně respektovat. Přitom zůstává sám sebou a uchovává si vlastní integritu v doteku s dezintegrovaným světem duševně nemocného. Alfou i omegou je získání **důvěry** pacienta, na níž psychoterapeutická práce stojí a s níž padá. Tuto důvěru lze získat a prohloubit tím, že nemocný cítí naši upřímnou snahu **porozumět a pomoci**. Psychoticky nemocní jsou zvláště citliví na **upřímnost** či neupřímnost a předstírání v projevu terapeuta a opravdu si je může získat pouze ten, kdo je sám sebou a zároveň má nemocné rád. Tedy „ryzí vztah a láska léčí“. Je příznačné, že zkušení a dobří psychoterapeuti pracující s psychoticky nemocnými jsou vzhledem k nemocným značně **obětaví**, práce je jim posláním a hranice mezi jejich soukromím a profesionálním životem není vždy jasná. Pacientům jsou vždy a plně k dispozici.

Při léčbě psychologickými prostředky je nejdůležitější **vztah** mezi terapeutem a nemocným, neboť tvoří most, přes který za doprovodu terapeuta pacient přechází ze světa šílenství do světa běžného a všem společného. Význam vztahu zdůrazňujeme proto, že obvykle všechny vztahy pacienta jsou nemocí výrazně proměněny (dívá se a hodnotí jinak), dlouhodobý kontakt s terapeutem umožňuje jejich korekci a nápravu, je pro psychotika **životně důležitým**.

Psychické onemocnění je onemocněním celé osobnosti, má tedy svoji historii, vývoj a individuální význam. Úkolem terapeuta je pomoci nemocnému poznat jeho smysl, protože psychotické příznaky, byť jakkoli bizarní, jsou srozumitelné a pochopitelné v kontextu životní situace a osobnostního vývoje. I halucinace a bludy mohou vyjadřovat obavy, přání a vůbec vztah nemocného člověka k sobě, světu a budoucnosti. Pravidelně zjišťujeme, že příznaky mají obranný význam před subjektivně i objektivně neúnosnou situací pacienta a jsou pokusem o přizpůsobení a voláním po „lepší“ životě.

Například pacient, jemuž se rozpadla rodina, přišel o zaměstnání a je v důsledku nemoci v plném invalidním důchodu, trpí zrakovými a sluchovými halucinacemi s obsahem světové nukleární katastrofy, která, jak říká, „lidstvo očistí“; neví, zda-li on přežil či nikoli; vzápětí sděluje, že na živu zůstaly děti, kterým on bude pomáhat a vychová je. Nebo jiný nemocný, v dětství „vysmívaná dítě“, má tělové halucinace, jež si vysvětluje tím, že byl vybrán mimozemskou civilizací ke zprostředkování kontaktu mezi ním a lidstvem a je mu přisouzena mimořádná úloha.

vazbou mezi matkou a dítětem, vedoucí k tomu, že se dítě nemůže osamostatnit, také v rodinách majících vážně a chronicky nemocné dítě, trpící tělesným onemocněním. Právě toto symbiotické spojení v kombinaci s emočně chladnou, neempatickou, dítě okupující a nerespektující matkou bývá dáváno do příčinné souvislosti s budoucím duševním onemocněním.

Příčiny psychóz většinou zatím naznáme. Zkušenost nám říká, že při léčbě se vyplácí současně působit na obě předpokládané stránky onemocnění — psychosociální a biologickou. Teoreticky pak máme větší šanci usměrnit nemoc, případně ovlivnit ty mechanismy, jež ji rozvíjejí a udržují. V tomto pojetí má psychoterapie při léčbě psychóz nutné a nezastupitelné místo.

Psychotické onemocnění začíná obvykle tím, že člověk začne pozorovat — zprvu nenápadně, posléze stále výraznější změny ve svém okolí, jimž nerozumí a které v něm vyvolávají nejistotu, podezření, obavy, jež pokračují v napětí a úzkost. Svět se různou rychlostí mění; jedinec má například dojem, že ostatní lidé na ulici mu věnují nežádoucí pozornost, pozorují ho, mluví se o něm, předměty v bytě nejsou tam, kde mají být, dostavuje se nespavost. Takto postižený může začít dělat protiopatření, neboť vše považuje za zcela reálné, přerušuje kontakt se známými, vyhledává samotu, přestává komunikovat se členy domácnosti, nebo naopak má zvýšenou potřebu jim vše sdělovat — „mluví z cesty“, přestává vycházet z domu, dostavují se halucinace, nejčastěji sluchové. Jeho nejbližší říkají, že se povahově mění.

Psychoticky nemocní ztrácejí orientaci v dosud neproblémovém světě, jenž se stává hádankou a problémem, zprvu se u nich vytváří **ambivalentní vztah** ke světu, lidem blízkým a k sobě, pro něž je příznačný postoj „ano i ne“, tedy současná dvojjakost a dvojznačnost. Mluvíme o ztrátě „přirozené samozřejmosti“. Snaží se nalézt pro vše vysvětlení, cítí se být vykořeleni z obvyklého způsobu života, osamoceni, nikdo jim nerozumí, dostávají se do izolace a zpravidla se uzavírají, ponořují do sebe. Ambivalentní postoj tak přerůstá v **autismus**, kdy si lidé vytvářejí vlastní svět, někdy velice bohatý, živý, jindy chudý a prázdný, jenž lze přirovnat k fantastickému snu. Hranice mezi nimi a okolním světem se stírá, nerozlišují mezi představou, myšlenkou a skutečností, rozcházejí se stále více s realitou, respektive se pro ně realitou stává to, co si představují, myslí, halucinují. Na začátku onemocnění pacient připouští možnost, že je nemocný, někdy i sám vyhledá pomoc, časem se vědomí nemoci oslabuje, až se ztrácí docela, souběžně s prohlubujícím se autismem a rušením za normálních okolností pocíťované hranice mezi člověkem a okolním světem. Svět psychotika lze přirovnat ke snu v bdělém stavu.

Psychoterapie psychoticky nemocných je jedinou léčebnou metodou spíše výjimečně, a to v případech **psychogenních psychóz**, které jsou vyvolány psychogenními a sociogenními momenty (např. dlouhodobá a extrémní psychická zátěž, chronický a pro člověka neřešitelný konflikt nesmírné důležitosti). Většinou je pomoc psychologickými prostředky součástí dalších léčebných opatření, z nichž převládá intenzivní farmakoterapie. S psychoterapií začínáme co nejdříve od zjištění onemocnění, v ideálním případě hned na začátku v tzv. prodromálním období, kdy je pacient slovu přístupný a je schopen plnohodnotného kontaktu. Během vyvrcholení onemocnění (tzv. ataka) je zpravidla psychoterapie nemysli-

hlavním léčebným postupem, osvědčuje i při péči o pacienty trpící některými z **psychotických nemocí**.

Psychózy tvoří celou skupinu chorob, které byly a jsou hlavním zájmem práce psychiatra a představují ve více směrech velmi vážná duševní onemocnění. Vlivem psychózy se pacient osobnostně mění, na přechodnou dobu se u něho setkáváme se značnými změnami v jeho duševním životě a chování, v některých případech mohou přetrvávat v oslabené podobě po více let a chronifikovat. Bývají značně pestré, liší se v kvalitě i délce trvání, nicméně jsou tak výrazné, že nemocný se stává nápadným a jeho projev je laikům nesrozumitelný, nepochopitelný a zpravidla vyvolává obavy a negativní odezvu okolí. Pacient totiž jedná či může jednat pod vlivem svých poruch z oblasti vnímání (např. iluze, halucinace), myšlení (např. bludy) a emocionality (např. manická nálada).

Psychotická onemocnění, zvláště skupina **endogenních psychóz** (typickým zástupcem je schizofrenie), představují velký léčebný problém, neboť dosud chybí poznání příčin vzniku těchto onemocnění, stejně tak jako jistý terapeutický postup a opatření vedoucí k žádoucímu výsledku, který by byl trvalý. Různorodost a pestrost jejich klinického obrazu, průběhu onemocnění i mnohdy překvapivá reakce na léčbu z nich tvoří onemocnění dosud „záhadná“. S jistotou však víme, že psychotické příznaky (např. halucinace) jsou zpravidla psychologicky srozumitelné a mnohdy psychoterapeuticky přístupné a ovlivnitelné. V dalším textu se budeme zabývat podrobněji psychoterapií endogenních a psychogenních psychóz. Z psychologického hlediska je klíčem k poznání psychoticky nemocného jeho osobní historie jdoucí od dětství včetně výchovných vlivů, jež ho formovaly.

Pokud jde o etiopatogenezi (teorie příčin vzniku a rozvoje onemocnění) mnohých psychotických onemocnění, setkáváme se s celou řadou domněnek, hypotéz, z nichž žádné nejsou odborníky všeobecně akceptovány. Psychóza dokáže osobnost pacienta natolik změnit, že se jednoduše nechce věřit, že by to mohlo být způsobeno okolnostmi psychosociální povahy — to je pozadí, z něhož vychází postoj těch, kteří jsou přesvědčeni o **biologickém původu** psychotických onemocnění. Současně jedním dechem vyslovují naději, že jednou bude biologická podstata onemocnění objevena stejně, jak je tomu v případě nemocí a poruch úspěšně léčených jinými lékařskými obory. Známeli příčinu, tak nalezení „léku“ již není nepřekonatelným problémem. Zastánci **psychosociální etiopatogeneze** se opírají o zkoumání rodin s psychoticky nemocným členem a při srovnání s ostatními rodinami shledávají pravidelné zvláštnosti ve výchovném stylu a osobnostech rodičů, celkové atmosféře rodiny, způsobech dorozumívání mezi členy rodiny atd. Výsledky výzkumných studií lze zjednodušeně vyjádřit takto: rodiny s psychoticky nemocným mu jako dítěti a dospívajícím jedinci znesnadňovaly vytvoření pevné osobnosti včetně jasného ohraničení sebe a okolí a nalezení vlastní identity a role tím, že v něm pěstovaly enormní závislost, zpravidla na matce, a přiváděly ho do neřešitelných emočních konfliktů v případě, že se chtěl osamostatnit. Slabým místem těchto přístupů zůstává skutečnost, že nelze odlišit, co bylo dříve: vliv výchovy a postoju rodičů vedoucí k onemocnění dítěte (třeba až v dospělém věku) nebo jiné chování dítěte „od počátku“, jež vlastně rodiče nutilo jednat tak, jak jednali. Navíc se setkáváme s těsnou až symbiotickou

nosti, předem se vždy ohlásili a případně odmítnutí nebrali úkorně. Takto, obrazně řečeno, byla vytvořena „hranice“ mezi mladými manželi a budoucí babičkou a dána pravidla, jak tuto hranici překračovat. Podařilo se situaci uklidnit, vztahy vyjasnit a vlastně i problém vyřešit bez „ztrát či zisků“ někomu na úkor druhého, všichni klienti pociťovali úlevu.

Rodinná terapie proběhla podle našeho názoru úspěšně proto, že terapeut získal důvěru klientů svým chápavým postojem pro důvody jednání a vlastní chování každého z nich, stal se pro ně autoritou. Také vznikly rozkol každého s každým byl zralý k řešení, neboť všechny tři velmi zatěžoval a potřebovali někoho, kdo jim podá pomocnou ruku a umožní smíření. Jinými slovy řečeno: motivování klienti se setkali s odborníkem, který jim věnoval čas. Po narození dítěte se pak vztahy mezi manželi a babičkou zcela normalizovaly.

V současné době rozeznáváme celou řadu rodinně terapeutických přístupů lišících se teoretickými východisky i používanými metodami. Společně zpravidla mají to, že jsou manipulativní, s rodinou se jedná jako se systémem, tedy spíše věcně (neosobně), terapeut vystupuje v roli experta, jenž vysvětluje a říká, co se má dělat. Klienty obvykle se svými záměry neseznamuje, neboť pak by jeho postup v mnoha případech ztrácel na účinnosti. Z řady technik rodinné terapie, z nichž některé staví na paradoxu, se zmiňme o postupu nazvaném „předepsání symptomu“, při kterém terapeut nařizuje vědomé a časté konání toho, co ve vztahu mezi lidmi vadí a čeho se chtějí zbavit. Například, je-li bezprostředním problémem ve vztahu mezi manželi hádání se „pro maličkost“, lze, v případě jejich spolupráce a vezmou-li pokyn vážně, jim „předepsat“ (určit přesně dobu), kdy se spolu musí hádat, třebaš bezdůvodně. Spontánní jednání, která jinak vznikají bezděčně, se naplánují a dostanou tak pod kontrolu. Manželé mohou prožitím absurdity svého jednání, pokud není jejich vztah opravdu silně narušen, ustát v chronickém „hádní pro hádní“, nebo je podstatně omezit a za pomoci terapeuta své vzájemné vztahy upravit.

O přístupu rodinné terapie platí totéž, co o ostatních psychoterapeutických postupech: setká-li se terapeut, jenž se o pacienty a vlastní práci skutečně zajímá a své „řemeslo“ ovládá, s lidmi, kteří jsou motivováni, tedy přejí si změnu a jsou ochotni pro ni „něco obětovat“, jakož i kvůli této změně spolupracovat, úspěch terapie je velmi pravděpodobný.

Rodinná terapie se rozvíjí zhruba v posledních dvaceti letech a využívá i poznatků jiných oborů (teorií komunikace, informace, kybernetiky apod.). I zde se ovšem žel často projevuje tradiční redukcionismus a sklon ke kvantifikovatelným postupům inspirovaným matematickou přírodovědou, avšak v moderním podání. Na těchto přístupech lze pozorovat, že není akcentován bezprostřední léčebný záměr. Ve skutečnosti však jde a má jít o zlepšení vztahů v rodině a zkvalitnění života klientů, a to za předpokladu, že psychopatologické symptomy odezní a nové se nebudou tvořit. Jinak řečeno: úpravou vzájemných vztahů **zkvalitníme lidem život, což působí léčebně i preventivně.**

Jak již jsme se dříve zmínili, nalézá pomoc psychologickými prostředky zatím největší praktické uplatnění v psychiatrii, i když by měla být součástí všech lékařských oborů. Tato pomoc se vedle potíží neurotického charakteru, kde je

notka pojímána jako celek čili systém sestávající z jednotlivých prvků či subsystémů. To jsou jednotliví členové rodiny, mající v rámci rodiny určité postavení a z něho vyplývající vztahy k ostatním příslušníkům rodiny. Tento systém „usiluje“ o stav dynamické rovnováhy, homeostázy, vytvářený jednáním jednotlivých členů mezi sebou a obrazně řečeno, tvoří spojené nádoby. Tedy změna u jednoho vede ke změně u ostatních, jak již bylo uvedeno. Ilustrujme si to na zkušenosti z praxe, kdy se stává, že úspěšné léčení pacienta skupinovou terapií má za následek vznik neurotických symptomů u některého člena jeho rodiny, jenž se pak stává pacientem. Příklad zároveň upozorňuje, že při narušení určité stávající struktury a vztahů dochází k pokusu o obnovení původního stavu i za cenu zdravotních obtíží, jež však mohou rodinu vnitřně stabilizovat. Rovnováha může být ohrožena celou řadou událostí, jako je mimomanželský vztah někoho z rodičů, narození dítěte, ovšem nemusí vždy docházet k „řešení“ prostřednictvím tvorby symptomů. Při rodinné terapii, která je zásadně zaměřena na rodinu jako celek, nikoli na jednotlivé její příslušníky, se snažíme orientovat ve vztazích a okolnostech, jež vedou k onemocnění některého člena a zpravidla direktivními pokyny se snažíme dynamiku rodinných vztahů změnit tak, aby se rodina stabilizovala jiným způsobem. Pro přiblížení rodinné terapie si uvedme příklad.

Syn — jedináček si založí rodinu a odstěhuje se od ovdovělé matky, která je dominantní a na syna silně emočně vázána. Často mladé navštěvuje, pomáhá finančně, prací, radí nezkušené snaše atd. Její návštěvy jsou stále častější, má tendenci zde přespávat, narušuje soukromí a vztahy mezi mladými manželi. Snacha otěhotní, mezi ženami dochází k rozepřím, vzájemným schválnostem, jež ústí ve velký konflikt, po kterém tchyně odchází a s gestem přeruší „veškeré styky“ s mladými, neboť syn se nakonec postavil na stranu své manželky. Tchyně je pak psychicky léčena pro depresivní syndrom (pláčtivost, apatie), užívá antidepresíva. Mezi jejím synem a manželkou vzniká napětí, syn prožívá vzhledem k matce pocity viny, jež zesilují po jeho návštěvě matky, která pláče a nechce s ním komunikovat. Manželka odmítá s tchyní jakýkoliv kontakt a nepřeje si, aby se manžel s matkou stýkal; situaci vyhrocuje: „buď já, nebo ona“. Manžel se za těchto okolností obrací na linku důvěry z důvodů manželských neshod, neboť jeho žena, která je již ve vyšším stupni těhotenství, se hodlá přestěhovat ke svým rodičům. Terapeutovi se pro spolupráci podařilo získat nejdříve mladé manžele, pak i tchyni. Rodinná terapie probíhala tak, že terapeut nejdříve navázal prostřednictvím individuálního rozhovoru velmi dobrý kontakt s každým z obou manželů a snažil se, aby se vžili do situace druhého, jak věci prožívá a vidí, potom při společném sezení s terapeutem své pocity ventilovali. V tomto stadiu rodinné terapie byl terapeut spíše na straně ženy, která se tak cítila tím jistější a přestávala preventivně na manžela útočit, vyhrožovat odchodem a přistoučila na to, že manžel bude svoji matku pravidelně navštěvovat. Také ji pozval terapeut prostřednictvím syna k pohovoru, vyslechl její názor, že „vše myslela dobře a sklídila nevděk“, z čehož vyplýval silný pocit křivdy. Terapeut převzal roli prostředníka a po úpravě vztahů mezi manželi uspořádal společné setkání i s matkou — tchyní, ovšem po předchozí náležitě přípravě všech zúčastněných, jež vyznělo v tom smyslu, že „o tom, co bylo, nebudeme mluvit“, „bylo to nedorozumění“, „dnes se to často stává“. Po smíření následovala dohoda o vzájemných návštěvách tak, aby vzájemně respektovali své domác-

ka zcela přirozeným společenstvím, do kterého se rodí a žije v něm po celý život. Otázka tedy nezní, zda individuální nebo skupinový přístup, nýbrž v jakých případech a za jakých okolností je co vhodnější; rozvádění naznačené problematiky by již vybočovalo z rámce publikace, a proto zaměříme pozornost zpět ke skupinové psychoterapii.

Skupinová psychoterapie se provádí ambulantní formou, v rámci denních stacionářů (pacienti jsou přes den intenzivně léčeni ve zdravotnickém zařízení, večer a noc tráví doma) nebo během pobytu v nemocnici. Skupiny sestávají zpravidla z 10—15 pacientů obojího pohlaví, různého stáří, různých osobních i zdravotních problémů. Měla by být sestavena tak, aby odpovídala malému reálnému společenství, jak se s ním člověk setkává i v běžném životě. Vedou ji nejčastěji dva psychoterapeuti, nejlépe muž a žena. Jednotlivá sezení mohou trvat i více hodin, skupinové dění má dynamiku danou vztahy lidí mezi sebou a jejich návyklými způsoby chování. Někdo se prosazuje, chce vést, jiný ustupuje, podřizuje se a reptá atd. Tato dynamika je pro práci se skupinou nejdůležitější a psychoterapeuti ji plně využívají, neboť lidé mají tendence chovat se ve skupině stejně, jako v situacích běžného života; na základě opakování, odborně řečeno, „interakčních vzorců chování“, jež jsou někdy značně neměnné, jako by naprogramované předem, získávají pozici mezi lidmi a způsob, jak s nimi ostatní jednají, tedy sociální odezvu. U nemocných s neurotickou problematikou to obvykle úzce souvisí se vznikem a udržováním onemocnění. Cílem léčby je tyto souvislosti poznat, umožnit je pacientovi prožít, naučit ho jiným způsobům jednání apod.

Příklad k osvětlení: mladý pacient vyvolává ve skupině bezdůvodně konflikty se staršími muži, které provokuje a kritizuje „za každou cenu“, neboť mu připomínají otce, jenž ho v dětství a dospívání nebral vážně, ponižoval apod. Otec již zemřel, ale „nevyřízené účty“ s ním vedou nemocného až k nutkavému dráždění starších mužů, s nimiž se utkává.

Skupinové rozhovory bývají doplňovány psychodramatem, výkladem snů, využívá se výtvarného projevu pacientů (např. kreseb, maleb), poslechu hudby, tělesných cvičení, relaxace atd. Záleží na zaměření terapeutů a na tom, jaké terapeutické techniky ovládají. Ambulantní skupinová psychoterapie zpravidla probíhá řadu měsíců při setkávání skupiny jednou týdně na 2—3 hodiny, při pobytu v nemocnici nebo v rámci nově zřizovaných denních stacionářů trvá kolem 2 měsíců.

Dosud jsme uvedli individuální a skupinový způsob léčby pacientů s neurotickými příznaky, zbývá se ještě ve stručnosti věnovat rodinné terapii, kde systematicky a cíleně ovlivňujeme celou rodinu, již je nemocný součástí.

Rodinná terapie představuje zvláštní formu psychoterapeutické pomoci poskytované nejen tomu, kdo trpí zdravotními problémy psychického rázu, nýbrž všem členům rodinného společenství, kdy terapeutické zásahy jsou orientovány na rodinu jako celek. Bylo zjištěno, že změna v chování, zdravotním stavu apod. jednoho člena rodinu obvykle ovlivní a mění i projev zbývajících členů rodiny a z tohoto faktu se vychází při terapeutických intervencích. Rodinné terapeutický přístup se opírá o tzv. **systémové pojetí**, kdy je tato nejmenší společenská jed-

somatická vyšetření a mívá tendence dávat své zdravotní potíže, zvláště převládají-li tělesné (např. závratě, omdlávání, žaludeční nevolnost a pocity na zvracení, tlaky a píchání v srdeční krajině), do souvislosti s tělesnou a nikoli duševní stránkou. Dožaduje se dalších vyšetření, nejednou se cítí uražen, že se dostal do psychiatrické a psychologické péče, neboť „není blázen“. Bývá vybaven léky, působícími symptomaticky (nikoli příčinně), přinášejícími krátkodobou úlevu a při dlouhodobém užívání si na nich vytváří závislost, jež se může stát **toxikománií**, způsobenou tím, že řádně bere léky předepsané lékařem. Z praxe známe případy (nikoli časté), že valná část zdravotních potíží nemocného zmizí postupným vysazením léků, které dlouhodobě užívá, a ordinovaných v dobré vůli lékařem, jež ho chce zbavit farmakologickou cestou neurotických příznaků. Vysazováním léků odeznívají jejich vedlejší účinky — a teprve pak lze začít se systematickou psychoterapií. K té je zapotřebí pacienta vždy připravit, motivovat, aby uznal alespoň souvislost mezi zdravotními potížemi a způsobem svého života a aby byl ochoten se na léčbě aktivně podílet a vydržet.

Psychoterapeutická péče o nemocné s neurotickou symptomatikou se děje **individuálně, skupinově** či v rámci **rodinné terapie**.

Individuální terapie je nejčastěji ambulantní, a to **krátkodobá** (zhruba do 15 terapeutických hodin v rozmezí do 3 měsíců), **střednědobá** (3—6 měsíců při četnosti setkání mezi klientem a terapeutem 1—2× týdně) a **dlouhodobá** (více než 6 měsíců při různé frekvenci terapeutických hodin). Během krátkodobé terapie se obvykle snažíme pacienta emočně podpořit, podržet a pomocí rozhovorů nalézt ústřední problém znamenající pro něho enormní emoční zátěž a tento problém chceme přesně vymezit a řešit. Pokud je to úkol nevládnutelný, vedeme nemocného k jeho přijetí a smíření se s ním. Při střednědobé terapii se kombinuje předchozí postup s tím, že klientovi umožníme nahlédnutí — „pootevření dveří“ — do širších a zpravidla i hlubších souvislostí jeho osobnosti a vztahů, jimiž žije, jinak řečeno se toho doví a prožije více. Dlouhodobá systematická psychoterapie může trvat i více let a je zcela výjimečnou formou intenzivní psychoterapeutické péče. Při jejím správném průběhu dochází k přestavbě a proměně osobnosti pacienta.

V současné době rozeznáváme již desítky způsobů i strategií, jak individuální psychoterapii, jejímž hlavním prostředkem je **rozhovor** mezi pacientem a terapeutem, uskutečňujeme. Je i celá řada dalších typů individuálního psychoterapeutického vedení klientů, kde není položen akcent na rozhovor, nýbrž na sugesci, hypnózu a další postupy spočívající v **nácviku** odnaučování se strachu a jiným symptomům, **učení** se určitým formám chování (např. nácvik sociálního sebeprosazení), jež jsou velmi vhodné a účinné u některých pacientů se speciální problematikou. V této souvislosti se někdy místo psychoterapie užívá pro zmíněný způsob psychologické péče název **modifikace chování**.

Skupinová psychoterapie původně vznikla jako „z nouze ctnost“, v důsledku nedostatku kvalifikovaných psychoterapeutů a velkého množství potřebných pacientů a klientů. Poměrně rychle se ukázalo, že rozhodně není ve srovnání s individuálním přístupem méněcennou, naopak, při jejím uskutečňování zkušenými skupinovými psychoterapeuty má mnohé přednosti, protože neuróza byla a je, zjednodušeně řečeno, nemocí meziosobních vztahů. Vždyť skupina je pro člově-

dé, málo diferencované, pozorujeme odklon od hlubšího prožívání a vnitřního života ve prospěch povrchnosti a směrem ven. Lidé „utíkají do činností“, touží po rozptýlení a obohacení svého světa originalitou a tvořivostí a na této náhražce ulpívají. V rozvíjení tohoto tématu nejnovější doby a současnosti nebudeme dále pokračovat, jen jsme chtěli upozornit, že člověk je nakonec takový, jaký způsob života vede, což nezůstává bez odezvy, ani pokud jde o jeho zdravotní stav.

Na konci těchto úvah se ještě zmiňme o příčinách neurotických obtíží, přicházejících z poněkud jiných oblastí. Do lékařské a psychologické péče se dostávají **přepřacovaní lidé**, kteří si „chtějí vydělat“ nebo „neumí říci nadřizeným ne“ a vykonávají mnohdy práci postrádající smysl nebo jsou vystaveni stresům typu: nadměrný hluk, teplo či chlad, nepravidelná životospráva, soustavně narušování spánkového rytmu apod. Výrazné neurotické symptomy, nutící člověka vyhledat odbornou pomoc, se tvoří také tehdy, nedokáže-li jedinec po delší dobu uspokojovat nějakou svou přirozenou potřebu, která je všeobecně důležitá. Říkáme, že tato potřeba je **frustrována** a jedinec takto trpící **deprivován**.

Ilustrující příklad: u dospělých a tělesně zdravých lidí se můžeme setkat se zvýšenou úzkostí jež je někdy záchvatovitého rázu bez zřejmého vnějšího podnětu nebo se „somatizuje“ — nejčastěji v pocíťované poruchy srdeční činnosti bez objektivního nálezu — jestliže nemají delší dobu možnost sexuálního žít, či se jinak sexuálně vybit.

Psychoterapie, jak již víme, je hlavní léčebnou metodou u psychogenně a sociogenně vzniklých zdravotních potíží, kdy je **narušen vztah mezi jedincem a jeho bezprostředním, zvláště sociálním prostředím** (rodina, pracovní kolektiv, přátelé a známí). Zároveň člověk není schopen vlastními silami tuto situaci změnit, ať již z důvodů své hodnotové orientace, jež mu nedovolí „vzít věc z nadhledu a rozlišovat mezi důležitým a nedůležitým“, nebo díky svým osobnostním vlastnostem a nepřiměřeně fungujícím psychickým obranným mechanismům,*) které při správné činnosti umožňují vyrovnávání s náročnými životními situacemi. Čtenář zná jistě z vlastní zkušenosti nebo ze zkušenosti jiných lidí, že naopak nezdravé až patologické bezprostřední sociální prostředí dlouhodobě působící dokáže i zdravého a psychicky silného jedince neurotizovat, nemá-li možnost úniku. Pacient přicházející do psychoterapeutické péče zpravidla prodělal zevrubná

*) Psychických obranných mechanismů, jež jsou součástí osobnosti, rozeznáváme několik desítek. Častá je **racionalizace**, kdy své jednání a postoje či motivy zdůvodňujeme pseudorozumně („kdyby bylo kouření tak nezdravé, lékaři by nekouřili“) a mnohé odpovídá úsvovím o „sladkém citrónu“ a „kyselých hroznech“. Zcela běžným obranným mechanismem je i **projekce**, kterou lze vyjádřit rčením: „podle sebe soudím tebe“ (např. můžeme slyšet, že „všichni lidé jsou pokryteční, nepoctiví“ a zmíněný výrok spíše vypovídá o autorovi, který sám sebe promítá do druhého; aniž by si to uvědomoval). Jako třetí příklad psychických obranných mechanismů volíme **popření** charakterizované úsvovím „co nechceme, to nevidíme“. Je překvapující, jak evidentní problémy a objektivně svízelné situace lidé u sebe dokáží nevidět právě díky předchozímu mechanismu.

vatelstva, kdy systém **vnitřně závazných hodnot** určujících jednání, které může jít i proti osobně užitečným a výhodným zájmům, se oslabuje. Psychoterapeuti naznačené proměny člověka znají ze své profesionální praxe stále lépe; vysvětlují je tím, že děti vyrůstají bez matek a otců v rodinách ztrácejících vnitřní soudržnost i vřelost vztahů mezi jejími členy, jež je příznačná pro stabilní a dobrou rodinu. Starosti nám dělá i nárůst výskytu lidí s **hraniční a narcistickou strukturou osobnosti**. Předpokládáme, že tato vážná osobnostní porucha vzniká na základě jednání rodičů, zvláště matek, s dětmi v prvních třech letech jejich života.

S klasikou neurózou se setkáváme poměrně málo, přesto jsou **neurotické zdravotní příznaky** (nikoli neuróza jako nemoc) nejčastějšími obtížemi pacientů a vyskytují se stále více i mezi nemocnými všeobecných lékařů i ostatních lékařů nepsychiatrů. Nabývají podoby tělesných příznaků a při hledání jejich zdrojů a v další psychoterapii se vyplácí podržet se **konfliktního modelu** vzniku, kdy hledáme v člověku protichůdně jdoucí tendence, které si vůbec nemusí uvědomovat ani tušit, při tom činí jeho rozhodování nesnadným až nemožným, mají za následek zanedbávání skutečných potřeb a hodnotného žití. Příčinu tedy vidíme ve vnitřních rozporech člověka a v nenaplnování jeho osobních možností.

Jako příklad vnitřního rozporu nabývajících rázu konfliktu bychom uvedli neslučitelnost mezi určitým jednáním člověka, jež subjektivně cítí jako nesprávné, rozumově posuzuje coby možné a dále v něm pokračuje. To je případ lidí, kteří opouštějí osobu blízkou z důvodů, jež nepovažují za jednoznačně dostatečné, a přesto „nemohou jinak“. Za příklad meziosobních konfliktů, které také mohou ústít v neurotickou symptomatiku, poslouží dlouhodobě skryté či vyhocené otevřené konflikty na pracovišti (nejčastěji z důvodů neuznání, „nespravedlnosti“) nebo v rodině (často boj o moc, neschopnost kompromisu, sebeprosazování na úkor druhého). Pacientem se stává ten, kdo to už „nemůže vydržet“, je tím slabším a prohrává. Vnitřní rozpory a vnější konflikty se mnohdy kombinují, sporných oblastí bývá více, výsledkem je subjektivně prožívané napětí měnící se v úzkost a symptomy.

Stále častěji se v praxi setkáváme s pacienty, kteří zanedbávají vlastní **osobnostní rozvoj**, tedy život, v němž realizují sebe a žijí podle skutečných bytostných možností s ohledem na druhé a v souhlase s nimi, neboť osobnostní rozvoj je vázán i na ostatní a může se uskutečňovat jen společně s lidmi nám nejbližšími. To je důležitý poznatek, tudíž jej opakujeme: **rozvoj vlastní se principiálně děje spolu s rozvojem těch, na kterých nám nejvíce záleží a kteří stojí člověku subjektivně nejbliže**. Proto je třeba chápat nemocného člověka v souvislosti s jeho rodinou, jakou roli a postavení zde zaujímá, zajímají nás převládající vztahy a životní styl rodiny, prostě to, jak lidé žijí.

Velmi rozšířené a nenápadné psychogenně a sociogenně způsobené zdravotní obtíže bychom nazvali „drobnou psychopatologií všedního dne“. Týkají se nejvíce oblasti nálady, jedinec si je vzhledem k jejich chronicitě a pozvolnému nástupu zpravidla neuvědomuje a bývají obvykle projevem nedostatků v oblasti osobnostního rozvoje a neoptimálně vedeného života. **Poruchy nálady** nás nejlépe informují o tom, jak žijeme a čeho se nám nedostává. Je to stav, kdy „náladu žádnou nemáme“, vše pocitově splývá, prožívání co do intenzity i kvality je chu-

Nyní se vydejme do oblasti, v níž je psychoterapie „doma“ teoreticky i prakticky a kde tvoří, nebo by měla tvořit, „páteř léčby“. Tímto místem je **psychiatrie**. Psychoterapie a psychiatrie si jsou „věrné“, i když jejich vztah není vždy vyrovnaný a nedorozumění prostý. Zmíněné skutečnosti souvisejí s pojetím duševního onemocnění a rozvojem psychoterapie jako samostatného oboru, jenž přestal být pouhou léčebnou metodou. Také psychiatrie má mezi ostatními lékařskými obory zvláštní postavení, neboť přírodovědně biologický model onemocnění jako takového, vytvořený v minulém století, zde neplatí. Domněnky o anatomico-biochemické podstatě duševních onemocnění se přes ohromnou výzkumnou snahu a vynakládané finanční obnosy, za použití neuvěřitelně jemných diagnostických prostředků na molekulární úrovni a dalších způsobů vyvinutých v posledních dvou desetiletích, zatím většinou nepodařilo prokázat. V odborných knihách se dočteme o „komplexní podmíněnosti a léčebném přístupu“, „vícefaktorovém modelu“ apod., jimiž je jinými slovy vyjádřeno, že v této oblasti toho zatím mnoho nevíme. Jsou to naopak často společenské vědy, zvláště psychologie, sociologie, kulturní antropologie a historie, které mnohé z tajemství duševních onemocnění osvětlují, ukazují jejich společenskou podmíněnost a ovlivnitelnost psychologickými prostředky a sociálními zásahy. Přesvědčivě to vidíme i v běžné, každodenní praxi při léčbě lidí, kteří mají psychiatrickou diagnózu a vyskytují se u nich duševní potíže psychologického rázu. Psychiatrie, pokud tato fakta respektuje, se dostává mimo všeobecně platný medicínský model nemoci, jenž klade z pochopitelných důvodů důraz na biologickou stránku nemoci, jak nás o tom přesvědčují i osnovy studia na lékařských fakultách. Psychiatrie tak směřuje stále více ke společenským vědám, čímž zdůvodňujeme dřívější tvrzení o zvláštním postavení psychiatrie mezi ostatními lékařskými obory a také to, že psychoterapie by měla tvořit „páteř léčby“ duševních poruch a onemocnění.

Psychoterapie je v psychiatrii **hlavním způsobem léčby** všude tam, kde zdravotní potíže mají **psychogenní nebo sociogenní příčinu**. To je případ neurotického onemocnění projevujícího se duševními a tělesnými příznaky (např. dlouhodobě skleslá nálada, ztráta „radosti ze života“, poruchy spánku, nepřiměřené strachy a obavy, sebepodceňování, bolesti hlavy, bušení srdce, předrážděnost), které se mezi obyvatelstvem velmi často vyskytují a známe je i my sami z osobní zkušenosti, neboť téměř u každého člověka se někdy vyskytly, byť ve slabším stupni v určitém náročném období jeho života. V posledních letech pozorujeme nesnadno vysvětlitelný jev úbytku klasických forem neurotického onemocnění, kdy nemoc bylo možno stopovat již od dětství. Hovořili jsme o neurotickém vývoji a struktuře osobnosti, v dospělosti pod vlivem okolností pak nemoc propukla manifestně a jedinec se stal pacientem. Možná, že moderní člověk vlivem výchovného vedení v rodinách, vlivem velkých a rychlých změn v životním způsobu a atmosféře doby, ztratil některé vlastnosti a povahové rysy, které dříve vedly k vnitřním konfliktům, z nichž nejčastější se odehrávaly mezi vlastním morálním hodnocením, svědomím a požadavky jdoucími z nevědomí (vzpomeňme dříve uvedený vrstvý model osobnosti S. Freuda). Těmito problémy dnes lidé tolik netrpí, shledáváme však u nich deficity v oblasti rozhodování jdoucího z mravní oblasti a obrazně hovoříme o „morálních dysfunkcích“ a „psychopaticizaci“ oby-

ně ovlivňují nežádoucím způsobem řečový projev a klient se tak dostává do „začarovaného kruhu“. Psychoterapeutické vedení poskytované logopedy je proto nezbytné nejen pro vlastní spolupráci při nácviu správného mluvení, ale i jako prevence neurotického osobnostního vývoje.

Další psychologicky náročnou práci logopeda tvoří řečová rehabilitace pacientů po **náhlé mozkové příhodě** (tzv. mozková mrtvice), mající často za následek narušení schopnosti rozumět a užívat řeč (různé typy afázií). Postižení lidé mívají dojem, že se „zbláznili“. Pacienti bývají proto úzkostní, v napětí a vedle toho i depresivně ladění, neboť mozková příhoda přichází zpravidla jako „blesk z čistého nebe“; nemocní a jejich příbuzní se nemohou na ni připravit, nastupuje bezradnost, strach ze smrti a později z následků onemocnění. K přiblížení situace nemocných si uvědomme, že například i lidé vysokoškolsky vzdělaní se učí poté mluvit a psát znovu od začátku s pomocí slabikáře, k tomu se nejednou připojují i pohybová omezení, ochrnutí, mohou mít potíže se sebeobsluhou, udržováním základní tělesné čistoty, jejich lidská důstojnost je z více stran ohrožena. U nemocných s afáziemi je třeba začít s rehabilitací řeči hned, jak to dovolí tělesný stav pacienta. Psychoterapeutické vedení je součástí nácviu řeči, spočívá ve velmi důležitém povzbuzování postiženého člověka, kdy jeho malý úspěch je vlastně velkým úspěchem. Tam, kde nemocný cítí zájem a snahu pomoci, snadno a záhy se naváže a vyvine se psychoterapeutický vztah, jenž se stane vztahem životodárným, pomáhajícím žít a nepropadnout beznaději.

Náhlá mozková příhoda se může projevit značně pestrými příznaky a zůstávají po ní různé závažné následky od minimálních až po zneschopnění pacienta, kdy ztrácí některé lidské charakteristiky a je plně odkázán na péči ostatních. Logoped se věnuje spíše objektivně lehčím nemocným, ovšem i tehdy jejich postižení mívá za následek změnu sociální role v rodině (např. celý život v rodině dominantní muž se stává závislým), v zaměstnání a také s tím souvisejí negativní změny v sebehodnocení nemocných. Vidíme, že každé závažné postižení má **stránku tělesnou, psychickou a sociální**. Také zde je vhodné zahrnout do péče, po dohodě s ostatními členy léčebné rehabilitačního týmu, celou rodinu, učít je provádět s pacientem nácvi, probrat s nimi obavy a být jim k dispozici. Už tím, že si na potřebné uděláme čas a v klidu prohovoříme vše, co je zatěžuje a zajímá, vytváříme pozitivní kontrast s tím, nač jsou lidé obvykle zvyklí. **Zájmem a ochotou ke kontaktu** rozvíjíme **důvěru** v nás, a tím i v léčbu a péči poskytovanou zdravotnickým zařízením. Kde roste důvěra, roste i **naděje** a to je něco, co musí být součástí léčebné péče o všechny závažně nemocné lidi. Ochota ke kontaktu a projevovaný zájem mají psychoterapeutický dopad, neboť člověk nedůvěřující spolupracuje nespolehlivě, necítí reálnou naději ve změnu k lepšímu a na životě mu přestává záležet. Jsme-li bez naděje, tak z psychologického hlediska umíráme.

Na předchozích stránkách jsme si přibližovali psychoterapii uvedením příkladů převážně z lékařských oborů, kde si užití psychologických prostředků při léčbě a vedení pacientů do praxe cestu teprve razí a je zde „doma“ teoreticky. Bez přehánění lze říci, že psychoterapie nalézá uplatnění všude tam, kde lidé trpí psychicky i fyzicky a jsou při jasném vědomí, což je u pacientů většiny lékařských oborů.

ztráta, jež nemusila být jen ztrátou někoho blízkého, nýbrž dosud významné osobní hodnoty životního smyslu apod., takže jedinec přestal mít, obrazně řečeno, zájem na životě. Pravděpodobně proto bývá označována typická osobnost člověka, který má v budoucnu větší naději onemocnět nádorovým onemocněním, za depresivní. Byla vyslovena hypotéza, že k charakteristickým znakům „rakovinné osobnosti“ prý patří pasivita, neprosazování se a ústupnost; tito lidé jsou údajně příliš hodní, nedokážou odmítat i neoprávněné požadavky druhých a hledají chybu spíše v sobě než u ostatních. Výskyt předchozích charakteristik jistě neznamená, že jedinec s těmito vlastnostmi musí onemocnět nádorovým onemocněním. Pokud představují zmíněné vlastnosti rizikový faktor, stává se významným teprve v kombinaci s ostatními karcinogenními činiteli (nezdravé životní prostředí apod.).

Psychologická pomoc pacientům s nádorovým onemocněním a jejich příbuzným je nesmírně důležitá nejen z etického, nýbrž i z léčebného hlediska, neboť nemocný správně psychologicky vedený lékař i léčbě důvěřuje, lépe při radioterapii a chemoterapii spolupracuje. Zkušenost ukazuje, že i snadněji snáší vedlejší negativní účinky léčby, často znamenající pro nemocného velké utrpení. Dokonce se stává, že se dostávají i v menší míře (např. úporné zvracení při chemoterapii).

Psychologická péče spočívá v tom, že umožníme nemocnému a jeho příbuzným mluvit o jejich obavách a ventilovat negativní prožívání, takže se jimi tolik nesusuzují. Pomáháme nemoc přijmout a s tímto faktem se vyrovnat, posilujeme reálnou naději ve změnu k lepšímu a zvláště dbáme, aby se pacienti nedostali do subjektivní samoty a sociální izolace. Okolí totiž mívá často tendenci se jich stranit nejen z důvodů nesprávných informací (strach z nákazy) či iracionální štítlivosti, ale i ze strachu z emočních reakcí pacientů. Kontakt s člověkem vážně nemocným a trpícím zpravidla vyvolává myšlenky na možnost vlastního utrpení, onemocnění a smrti; přirozená je pak tendence zdravého člověka se těmto představám a myšlenkám nevystavovat, neboť jsou zneklidňující.

Psychoterapeutická pomoc nemocným a jejich nejbližším se uskutečňuje hlavně prostřednictvím psychoterapeutických rozhovorů, relaxačními a meditačními cvičeními a hypnózou. Také je známo, že aktivní pacient žije déle a kvalitněji. Proto zaměřujeme psychologickou péči i tímto směrem — výborné jsou rehabilitační kroužky, svépomocné i profesionálně vedené psychoterapeutické skupiny s nemocnými a jejich příbuznými.

Psychoterapeutická podpora a vedení nalézají uplatnění i v práci **speciálních pedagogů — logopedů**. Náročné po stránce odborné a lidské je vedení klientů trpících **koktavostí**, již se ne vždy podaří zcela definitivně odstranit. Je to práce na celý život a její průběh je podstatně určen psychologickými faktory. Lidská řeč je citlivý indikátor prožívání člověka a kde je problém s koktavostí či s jinou řečovou vadou, tak v situaci rozrušení, trémy, úzkosti se projeví znova či ve zvýšené míře. Zadržávání v řeči je nápadné, postižení se za ně stydí, děti a dospívající proto mohou přestat v neznámém prostředí mluvit apod. Porucha řeči je u vyvíjejícího se člověka vždy velmi závažný psychologický problém, neboť ovlivňuje sociální kontakty a sebehodnocení, jež jimi pochopitelně trpí a u postiženého jedince mohou vzniknout pocity méněcennosti a sociální plachost, které pak zpět-

péče o takto ohrožené lidi spočívá ve změně jejich životních postojů a stylu, což je značně nesnadné, neboť jim de facto bereme pracovní činnost, jako je výkonost, obětavost, spolehlivost — ve prospěch zdraví. Lidé po infarktu vyžadují psychologickou rehabilitaci a psychotherapeutické vedení ve dvou směrech tak, jak odpovídá oběma častým a nežádoucím způsobům vyrovnávání se s nemocí, která bezprostředně ohrožuje život. Nemocní si často svoji chorobnost odmítají v plném rozsahu připustit. Popírají ji a vytěsňují z vědomí zvláště tehdy, netrpě-li většími fyzickými obtížemi řídicí se zásadou „co nechceme, to nevidíme — a nemáme“. Psychotherapeutické vedení v takových případech směřuje k tomu, aby pacient přijal realitu i s nutnými omezeními pro budoucnost a uvědomil si, co jej vedlo k hektickému životnímu stylu, jehož další pokračování by se rovnalo sebevraždě. Druhou a menší problémovou skupinu pacientů tvoří ti, kteří reagují na fakt nemoci depresivní náladou s pesimistickým postojem ohledně budoucnosti. Psychotherapeutická pomoc mj. spočívá v tom, že o jejich vnitřní svět a životní situaci projevujeme zájem, pozorně a trpělivě jim nasloucháme a prohovořujeme s nimi jejich obavy, úzkosti, což přináší nejen úlevu a odeznívání deprese, ale i přiměřenější orientaci v sobě a reálnější hodnocení.

Druhou nejčastější příčinou smrti v dospělém věku je **rakovina**. Její výskyt — zvláště u lidí střední věkové generace — stále vzrůstá a v současné době přibližně každý čtvrtý dospělý člověk umírá na nádorové onemocnění. Ačkoli jsou kardiovaskulární choroby objektivně čtenější a nebezpečnější, získala rakovina pověst „nemoci století“ a Čapkovy „bílé nemoci“ patrně proto, že o okolnostech jejího vzniku a rozvoje toho více nevíme, než víme. Počítejme s tím, že v nejbližších letech získá „vážného konkurenta“ v **syndromu získaného selhání imunity (AIDS)**, ovšem pokud nenastane radikální změna v prevenci a terapii jednoho či druhého onemocnění. Rakovina také bývá v představě spojována s rozkladem, hnilobou, bezmocí, utrpením a bolestným umíráním. Název onemocnění jistě není zcela náhodný: rak žije pro člověka skrytým a tajemným způsobem života a co jednou do svých klepet chytí, to nepustí. Též léčba, přes nesporné úspěchy zvláště u nádorů včas diagnostikovaných, zatím neodpovídá představám lékařů a ještě méně postižených pacientů a jejich příbuzných. Rakovina zůstává velkou neznámou a tajemstvím přírody, které lze brát i jako varování, neboť je nemocí „pána tvorstva“ v zemích s rozvinutou průmyslovou civilizací. V této souvislosti se nabízí otázka, je-li pokrokem skutečně to, co za pokrok běžně považujeme.

Rakovinu řadíme mezi psychosomatická onemocnění a je s největší pravděpodobností způsobena souhrou celého **komplexu činitelů** rozličné povahy, jež vyjadřujeme známým souslovím o rizikových faktorech vzniku a rozvoje nádorového onemocnění, mezi které patří znečištěné ovzduší průmyslovými a automobilovými exhaláty, zvýšená radioaktivita, přítomnost nepřírodních látek v potravinách atd. Je-li rakovina zapříčiněna komplexem činitelů, její prevence a léčba musí být také komplexní povahy a musí zahrnovat i psychosociální okolnosti, pokud je jejich souvislost mezi vznikem a průběhem onemocnění možná nebo zřejmá. Považujeme například za prokázané, že dlouhodobé depresivní prožívání oslabuje **imunitní systém**, tedy schopnost organismu vytvářet v dostatečném množství účinné protilátky a bránit se škodlivinám. Bylo zjištěno, že u mnohých onkologicky nemocných předcházela propuknutí nemoci nějaká subjektivně významná

me narůstání negativního prožívání a hodnocení do neúnosné míry (zoufalství či apatie jako projev deprese). Pacientkám a příbuzným napomáháme k přijetí a vyrovnání se se skutečností nemoci, léčby a jejich následků. Není bez zajímavosti, že psychoterapeuticky velmi účinná se ukázala být skupinová práce s nemocnými stejně postiženými a jejich rodinnými příslušníky, kdy si navzájem poskytují emoční podporu, vyměňují zkušenosti a především rozumí své situaci na základě vlastního prožitku, a to je nejcennější. Lze považovat za pravidlo, že lidé, s nimiž se **fundovaně psychoterapeuticky** pracuje, nemoc samu a všechna z ní plynoucí omezení lépe snášejí a plněji využívají zbylých možností.

Vážné onemocnění či péče o umírajícího v rodině jsou pro všechny zúčastněné hraničními životními situacemi, jejichž prožití a zvládnutí může znamenat obohacení a přinést pozitivní osobnostní změny. Setkáváme se se zdánlivým paradoxem — rodina i pacient žijí v nemoci lépe a kvalitněji než v období „neproblémového zdraví“ před vypuknutím choroby. V rodinách, jimž se odborné pomoci nedostává, je to však řídký jev. Psychoterapeutická péče navazující na řádnou bazální lékařskou pomoc (mírnění bolesti, nevolnosti apod.) vede zúčastněně, spolu se zkušeností z utrpení a bezmoci, k **rozlišení**, co je v životě důležité a co nikoli. Lidé se hodnotově jinak orientují než dosud. Nastává vzájemné sblížení a nové poznání členů rodiny mezi sebou, jež právě přináší výjimečná a přitom tak lidská situace utrpení a péče o trpícího. Obdobu vidíme při psychoterapeutické práci s umírajícími a jejich příbuznými. Lidé dnešní doby, více než kdykoli v minulosti, chtějí vyřadit utrpení a smrt ze života pomocí fantazii o lékařské vědě, která má přinést „štěstí, zdraví, dlouhá léta“. Ovšem lidská přání bývají jiná než realita a možnosti. Na umírání a smrt nejsme připraveni — na rozdíl od dřívějších generací, kdy byly součástí života, běžnou zkušeností již od dětství člověka a ritualizovány. Proto dnešní člověk při konfrontaci s nimi potřebuje zpravidla psychoterapeutickou podporu a pomoc a má velké štěstí, jestliže se mu jí dostane. I lidské utrpení a smrt mají svůj **individuální a obecný smysl**. Jestliže jej objevíme a přijmeme, pocítíme úlevu, osobnostně zrajeme a jsme vnitřně bohatší. Z toho plyne, že psychoterapeutická péče o vážně nemocné a umírající zvyšuje kvalitu života jim i jejich příbuzným. Může a má vést k osobnostnímu rozvoji pacienta v závěrečném období života, neboť platí, že člověk nemá zemřít dříve psychicky než fyzicky. Jistě nemusíme zdůrazňovat, že psychoterapeut pečující o těžce nemocné, umírající a jejich rodiny musí vědět z vlastní zkušenosti, co to je lidské utrpení, a současně být co nejlépe vyrovnán s vlastní smrtí, k čemuž tato lidská práce — poslání — zároveň vede. Jen ten, kdo je sám pevný, může podírat druhého.

Jako další příklad psychoterapeutické péče si uveďme oblast **psychosomatických onemocnění**, na jejichž vzniku a průběhu se podílejí významnou měrou psychické a sociální faktory. Blížeji si všimneme **nemocí kardiovaskulárních** (oběhových), jež jsou statisticky nejčastější příčinou úmrtí u dospělé populace.

Dnes považujeme za prokázané, že jedním z rizikových faktorů, zvětšujícím pravděpodobnost výskytu těchto chorob, je **životní styl** člověka. Kandidát infarktu neumí odpočívat, je chronicky pracovně přetížen, zpravidla bývá zvýšeně citlivý, vše chce stačit, mívá větší odpovědnost než pravomoc, své prožívání potlačuje a neřídí se jím, vše chce zvládnout vůlí a rozumem atd. Psychologická

boké neporozumění jdoucí ruku v ruce s nedůvěrou, která se stává postojem k druhým a světu. Prostřednictvím psychoterapeutického vztahu se právě důvěra rozvíjí, terapeut se stává nenápadnou autoritou a dospívající si ho postupně stále více váží a přijímá ho. Uskutečňuje se alespoň částečně korekce jeho postojů k dospělým a vyrovnání se se světem, který již není dětský a kam dospívající stále více patří. U klientů majících zvláštní svízele se zařazením mezi vrstevníky je vhodnou formou pomoci skupinová rozhovorová psychoterapie, kterou lze kombinovat s různými technikami (např. psychodrama, kreslení) a sociálními aktivitami (společné výlety apod.). Také zde platí pravidlo, že je žádoucí spolupráce nejbližších rodinných příslušníků a vedení klienta s ohledem na rodinu a vedení rodiny s ohledem na klienta.

Během dospívání se z dítěte rodí dospělý člověk. Psychoterapeut tomuto „porodu“ napomáhá a dbá, aby proběhl co nejsnadněji a jen s nejnutenějšími „psychickými úrazy“, protože období dospívání je obdobím zvýšené citlivosti, tedy i zranitelnosti a v hlavních rysech nabývá osobnost člověka téměř definitivní podobu. Ne neprávem slycháváme tvrzení, že dětství a dospívání si člověk v sobě nosí po celý život.

Závěrem části o pubertě a adolescenci lidského jedince si dovolíme pokračovat v analogii s příchodem člověka na svět. Každý víme, že nejlepší porod je fyziologický, tedy přirozený. Také psychoterapie, pomáhající zrodu osobnosti dospělého člověka, by měla být především **přirozeným vztahem**, kdy druhého respektujeme, jsme principiálně na jeho straně, důvěřujeme mu a máme ho rádi.

Psychoterapeutická péče poskytovaná dospělým zdravotnickými zařízeními

Využití psychologických prostředků při pomoci **dospělým lidem** s cílem ovlivnění jejich vnitřního světa, chování a tím i života, je opravdu rozsáhlé, značné a různorodé. Na příštích stránkách se pokusíme tyto možnosti ilustrovat a nabídnout střípky mozaiky, z níž si čtenář sám utvoří konkrétnější představu o psychoterapii klientů a pacientů dospělého věku.

Pohybujeme se nejdříve na půdě zdravotnictví a vyjdeme ze skutečnosti, že **každé vážnější onemocnění, úraz, defekt**, vyvolává v postiženém **psychickou odezvu**, neboť je vnímá jako ohrožující a nežádoucí změnu, s kterou se musí vyrovnat a uzpůsobit životní styl a plány novým okolnostem. To platí v plné míře u nemocných, kteří se podrobí operaci měnící citelně jejich dosavadní tělesné schéma. Například amputace prsu jako preventivně léčebný zákrok prováděný u některých typů nádorového onemocnění u žen hluboce zasahuje psychiku pacientek nejméně ze dvou důvodů. Jednak si uvědomí a prožijí, že jejich onemocnění je „to nejhorší“ a na postupu, což při všeobecné nesprávné a nedostatečné informovanosti o této chorobě představuje nesmírnou zátěž. Dále zpravidla dochází k otřesení sebevědomí nemocných, protože subjektivně hodnoceno, ztrácí část své ženskosti, což vadí zejména ženám v mladším a středním věku, cítí se být znehodnocené. Jistě nemusíme dále argumentovat o nezbytnosti psychoterapeutické **přípravy na operaci a vedení po operaci**, jimiž zabraňujeme a předcházíme

a v něčem, pokud možno, vynikat. U malých pacientů shledáváme také prvé projevy i vážnějších psychosomatických potíží (např. zvýšený či kolísající krevní tlak) a právě těmto rizikovým dětem a rodinám je velmi žádoucí věnovat psycho-terapeutickou péči. Vedle relaxačních technik, jako je autogenní trénink, je vhodné provádět psychoterapii slovem prostřednictvím rozhovoru, neboť děti jsou již „rozumné“, schopné chápat souvislosti a diferencovaně vnímat vlastní prožívání spolu s obsahy je provázejícími (např. co si přeje, čeho se bojí). V pravidelných rozhovorech vedených s jednotlivcem či ve skupině hledají společně s terapeutem zátěžové momenty a porozumění svému vnitřnímu i žitému vnějšímu světu. Odborníci z praxe velmi dobře vědí, že předpokladem každé další návazné pomoci na psychoterapii či jiných opatření (spolupráce terapeuta se školou, rodiči) je **porozumění** dítěti. Musíme dobře rozumět, abychom mohli účinně pomáhat. Také snaha o porozumění vnitřnímu světu dítěte a navázání tohoto intimního kontaktu i porozumění samo o sobě působí na psychiku dítěte, stejně jako dospělého člověka, blahodárně — je „lékem“.

Nejvíce zátěžových momentů u dětí staršího školního věku vychází z jejich situace a postavení ve škole, protože celkový trend vedení dětí je stále ještě zaměřen na výkon, soutěž, což bývá zdrojem neurotizace a vytváření, z hlediska duševní hygieny a duševního zdraví, méně žádoucích osobnostních vlastností. Máme na mysli například velké až nereálné požadavky kladené dítětem a později i dospělým na sebe, neustálé srovnávání s druhými, což vyvolává tenzi, jedinec se dostává do permanentně působícího stresu a v dospělosti získává šanci zemřít mlád na kardiovaskulární selhání. Zvláště nebezpečný je současný tlak školy spolu s vlivem tíživých rodičů na dítě, které zároveň není zvláště nadané. Zdravotní obtíže, například neurotického rázu, jsou pak pro ně „vysvobozením“. Jistě nemusíme zdůrazňovat, že spolupráce s rodinou a školou je u většiny případů podmínkou úspěšné pomoci psychologickými prostředky.

Období **puberty a adolescence** znamená zásadní obrat v životě člověka. Předcházející věková období byla relativně klidná, harmonická ve srovnání s tím, co s dospíváním přichází. Jedinec zpravidla ztrácí orientaci ve světě a také sám sebe se stává záhadou, problémem. Je to období hledání sebe sama, vlastní identity. Překonáváním tohoto zmatku a nalézáním svého místa člověk osobnostně zraje, stává se dospělým. U dospívajících se vedle jejich specifických problémů (např. otázka vzhledu, navazování prvních erotických, případně sexuálních kontaktů) v zárodečně podobě setkáváme i s většinou problémů a úskalí dospělého věku, které se při nešťastné konstelaci okolností vyhrocuji a mohou ústit v depresivní stavy, vážně myšlené i demonstrativní sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy. Proto psychotherapeutická pomoc může nabýt rázu první pomoci.

Dospívání s sebou přináší emoční labilitu a přomnohě přechodnou ztrátu duševní rovnováhy; z psychologického hlediska to je rizikový věk, zvláště tehdy, postrádá-li dospívající harmonické rodinné zázemí, porozumění a nemá-li mezi dospělými pozitivní vzory, které přijímá a napodobuje, tedy přirozené a opravdové autority. A to je dnes případ stále častější.

Individuální psychotherapeutické vedení, kdy se terapeut stává průvodcem po obtížné cestě dospíváním, bývá indikováno při výrazných těžkostech s dospělými. Nemusí se jednat přímo o otevřené konflikty, ale například i zásadní a hlu-

Pro děti **mladšího školního věku** (do 5. třídy) je hra s hračkami stále tím nejpříťažlivějším zaměstnáním, postupně však nabývají významu i jiné hry — například pohybové, soutěživé. V zásadě se používají obdobným způsobem a za stejným účelem jako u dětí předškolního věku; prostřednictvím hry lze děti připravit na nepříjemný lékařský zákrok, pobyt v nemocnici, rozvodovou situaci atd. Využití hry nabývá na významu u jedinců, kteří se špatně přizpůsobují škole a dětskému kolektivu, hra je univerzálním prostředkem psychologické péče o děti s jakýmkoli psychickými potížemi, vážnějšími tělesnými nemocemi nebo defekty, jež sebou pro dítě vždy přinášejí omezení, která mohou nežádoucím způsobem formovat vyvíjející se osobnost. Psychoterapeuticky zaměřenou hrou zlepšujeme **kvalitu života** dítěte.

Hra je pro děti předškolního a mladšího věku tou nejpříťažlivější činností, a proto hlavním prostředkem psychoterapie. V tomto věku děti využíváme i hry, ať již aktivní či pasivní, s loutkami a maňásky. Dítě samo přehrává, nebo je mu přehráváno v přijatelných „dávkách“ to, čeho se bojí, s touto situací se obeznámí a učí se jí čelit tím, že jí je postupně vystavováno. I dětský výtvarný projev, zvláště volná či vázaná kresba (na téma dané terapeutem předem), má v sobě psychoterapeutický potenciál. Například dítě s příliš bohatou fantazií si představuje bytosti, jichž se pak bojí. Vlastní fantazii a „vyvolané duchy“ nemusí zvládat, jeho představy jsou až vtíravé a rodiče přicházejí s obayou, netrpí-li halucinacemi. Fantazijní představy lze zmírnit až odstranit tím, že je dítě nakreslí či namaluje, pojmenuje, případně vymodeluje a zařadí do hry. Tímto „zreálněním“ ztrácejí na síle a přestávají obtěžovat.

Praxe ukazuje, že je velmi žádoucí současně vést psychoterapeuticky i rodiče, případně sourozence, tedy **celou rodinu**. Je tomu proto, že problémové dítě tvoří zpravidla (ne vždy) nejslabší článek v řetězci meziosobních vztahů a vlivů v rodině. Dokáže ostatní svým projevem aktivně ovlivňovat a někdy znamená velkou zátěž (např. dítě chronicky nemocné nebo hyperaktivní), čímž podstatně určuje jednání ostatních členů rodiny a rodinnou atmosféru. Dítě nikdy není v rodině bezvýznamné, jeho závislost, eventuální bezmocnost a pasivita se mohou stát v rodinné struktuře silně vlivným a mocným momentem. Proto se musíme starat, pokud možno, o rodinu jako celek, nejen tedy pouze o některého člena tohoto základního lidského společenství.

Při psychoterapeutickém vedení dětí **staršího školního věku** (od 5. třídy) stále více využíváme slovo, **rozhovor**. Uplatnění nalézají také **relaxační metody** sloužící k fyzickému, a tím i psychickému uvolnění a zbavení tenze. Psychoterapeuti užívají i dalších postupů a metod, jako například **psychodrama**, kdy klienti přehrávají jako na divadle důležité momenty z dřívějšího i současného života, svá očekávání, sny apod. V upravené formě lze využít téměř všechno, co známe z psychoterapeutického repertoáru dospělých klientů a pacientů. Děti, pokud nejsou výrazně zdravotně či výchovně narušené, s námi zpravidla se zájmem a velmi dobře spolupracují.

Psychoterapeuticky vedeme klienty úzkostné, tenzní, s tzv. poruchami chování (např. zvýšená agresivita, záškoláctví) a s rozvíjejícími se pocity méněcennosti, jež bývají nenápadnou, značnou a častou svízelí dětí v tomto věkovém období, neboť jednou z psychických potřeb starších školáků je, že potřebují být úspěšní

němu zájmu o pacienta a přerůstá v **osobní zájem**, terapeut se nemocnému více věnuje a stává se mu již proto sympatičtější. Při pomoci druhému člověku psychologickými prostředky je tento postoj terapeuta velmi důležitý a přispívá k úspěšnému průběhu a výsledku práce. Psychoterapie je rozhodně více než profesionální přátelství a zájem, avšak ze zkušenosti víme, že u značné části klientů jsou jejich problémy i zdravotní potíže nějakým způsobem vázány na **subjektivně prožívanou osamělost**. Člověk může být subjektivně osamělý, i když se nalézá uprostřed mnoha lidí, kteří mu však nerozumí. Zmíněný pocit a stav myslí bývá živnou půdou pro ztrátu duševní rovnováhy a toto nebezpečí signalizuje. Duševní onemocnění jsou různými variacemi na téma lidské osamělosti a v tom bychom mohli hledat jedno z vysvětlení, že v zemích s rozvinutou průmyslovou civilizací při současné velké zalidněnosti, sledáváme stále více jedinců potřebných psychoterapeutické péče, stejně jako sociálně patologických jevů (rozvodovost, toxikomanie, lhostejnost apod.). Proto v souvislosti s psychoterapeutickou péčí zdůrazňujeme skutečný zájem o pacienta a náklonnost, neboť už tím poskytujeme to, co se mu zpravidla nedostává v potřebné míře.

Předchozí poznámkou se dostáváme blíže těm, jimž je psychoterapeutická pomoc určena — našim klientům a pacientům. Tuto specializovanou péči, ať již ji provádíme ve zdravotnictví či mimo ně, považujeme za vhodnou formu pomoci jedincům rozličných věkových kategorií při značně pestré osobní problematice a různém „psychologickém obraze“. Vydejme se tedy za našimi klienty a pacienty a ukažme si možnosti u koho a jakým způsobem se pomoc psychologickými prostředky poskytuje.

Psychoterapie u dětí a mládeže

U **předškolních dětí**, které jsou zvýšeně úzkostné, nebo neklidné, případně s agresivními projevy, lze prostřednictvím **terapie hrou** s hračkami, ať již prováděnou s dítětem individuálně, v dětské skupině či společně s rodiči, pomáhat mírnit a odstraňovat nežádoucí projevy v chování a prožívání dětí. Psychoterapeutické využití hry je značné, neboť je pro dítě nejpřirozenější a **spontánní činností**, kdy na fantazijní úrovni, „zkusmo“, avšak „opravdově“, lze odreagovat nelibé prožívání krivdy, stejně jako posílit sebevědomí dítěte tím, co dokáže, a tím, že je bereme zcela vážně. Zároveň malého klienta učíme akceptovat realitu (např. co smí) i nutná omezení (např. nelze rozbítet hračky, fyzicky napadát druhé děti, hra má svůj konec). Učí se uvolnit, ovládat, sociálně kooperovat. Takto využitá hra má vedle výchovného významu i účinek léčebný a preventivní, neboť je pro dítě nejlepším prostředkem duševní hygieny.

Další příklad psychoterapeutického působení formou hry u nejmenších dětí představuje práce s těmi, které jsou do sebe uzavřené, málo komunikující, plaché, nejraději samy. Opět prostřednictvím hry s hračkami (děti si např. staví „svůj svět“) nebo i s využitím jednoduchých dětských hudebních nástrojů (xylofon, bubínek) s nimi navazujeme kontakt, učíme je „brát druhého na vědomí“, nebát se domluvit apod.

Co je to psychoterapie

V prvé kapitole jsme se zabývali historií a vznikem oboru. Na myšlenkách některých významných postav byla dokumentována kontinuita představující psychoterapeutické myšlení. Je to cesta vedoucí k porozumění sobě i světu v širších souvislostech, tedy projev potřeby člověka být orientován a vést smysluplný život. Vlastní psychoterapie vznikla, jak již nyní víme, jako léčebná metoda, tedy určitý postup, jímž se nemocný zbavoval zdravotních obtíží souvisejících s jeho osobností a způsobem života.

Chceme-li dnes tento obor, nikoliv pouhou metodu, blíže určit, dostaneme se k celé řadě problémů a z nich plynoucím otázkám a odpovědím. Mohli bychom čtenáře provázet mnohými oklikami, zkratkami i slepými uličkami, jimiž obor prošel v posledních desetiletích. Bylo by to zajímavé, poučné, avšak vzhledem k rozsahu a zaměření publikace nemožné. Opět nás napadá srovnání s člověkem, neboť i ten se vyvíjí mnohdy nerovnoměrně, po zrychlení přichází období stagnace, třeba i návratu, může se dostat do labyrintu, z něhož potřebuje vyvést, a pak přichází k psychoterapeutovi. Pro zajímavost dodejme, že „psychoterapeutem psychoterapie“ je filozofie, která může ukázat, kde se obor nalézá, odkud přišel a kam směřuje, kde jsou jeho silná místa i Achillovy paty.

O ohraničení a bližší určení současného stavu psychoterapie se pokusíme přes její dnešní praktické uplatnění, tedy prostřednictvím toho, co a kde se při jakých příležitostech dělá. Dříve si však něco povězme o samotných psychoterapeutech.

Psychoterapeuti mají za sebou víceletý speciální výcvik v rámci vzdělání, jehož těžiště je položeno na **sebepoznávání**. Porozumění druhému předpokládá porozumění sobě. Co se takto dověděli a prakticky osvojili, používají při pomoci ostatním lidem. Psychoterapeuti jsou nejčastěji psychologové, lékaři, ale i jiní vysokoškoláci (např. speciální pedagogové), stejně jako středoškoláci (např. zdravotní sestry, sociální pracovnice). Můžeme se s nimi setkat v rámci návštěvy zdravotnických zařízení, jako jsou interní, psychiatrická či pediatrická oddělení, stále ve větší míře se vyskytují v manželských a předmanželských poradnách, stejně jako v pedagogicko-psychologických poradnách určených pro děti a mládež se školními a výchovnými problémy. Na první pohled se psychoterapeuti od ostatních lidí neliší, snad jsou jen zvýšeně kolegiální, mívají tendenci tento obor prosazovat a rozvíjet, zůstává v nich tedy **profesionální nadšení** — i po více letech praxe. Tento sympatický rys zpravidla méně oceňují jejich nadřízení, o to více však pacienti a klienti. *) Profesionální zájem, jak se zdá, vede obvykle ke zvýše-

*) Pacienti jsou lidé, kterým je poskytována pomoc v rámci zdravotnických institucí, klientům v nezdravotnických zařízeních (např. poradny); faktický rozdíl je hlavně právní, neboť zdravotník nese za pacienta právní odpovědnost. V našem textu je toto rozlišení nevýznamné a obou označení užíváme promiskue.

popularita a vliv klesají a zůstává její původní určení, jímž je léčba a hlubinná psychologie.

Potud k počátkům psychoterapie. U kolébky léčby psychologickými prostředky u nás stojí neuropsychiatr **J. Stuchlík** (1890—1967), jenž s ní odbornou veřejností seznamoval a sám se jí prakticky zabýval — zvláště sugescí a hypnózou. Zdůrazňoval přístup k člověku jako k psychosomatickému celku a psychohygienu, která je vlivným prostředkem prevence mnohých duševních poruch a onemocnění.

V současné době rozeznáváme celou řadu psychoterapeutických směrů a škol majících různá teoretická východiska i zdůvodnění vlastních postupů a počínání. Liší se mnohdy i svým pojetím člověka a cílů, o které usilují. Nejstarší tradici mají školy **hlubinné psychologie, sugestivní a hypnotické přístupy**. Až po druhé světové válce se rozvíjejí směry opírající se o **teorie učení, filozofickou antropologii, teorie systémů a komunikace**, nejnovější jsou směry inspirované **východní filozofií**, jako je například **transpersonální psychoterapie**. Teoretici psychoterapie mají proto velice nesnadnou úlohu při hledání míst společných i rozdílných, avšak daří se již vymezit skutečně účinné faktory psychoterapie — tedy to, co pomáhá. Jejich cílem je vytvoření **jednotné a diferencované teorie**, jež by například umožnila určit pro konkrétního pacienta (s mnoha typickými charakteristikami) nevhodnější postup a terapeutickou strategii. Tento přístup nazýváme integrativním a v závěru knihy se o něm ještě zmíníme.*)

*) Bližším popisem a srovnáním škol a směrů se nebudeme zabývat, neboť bychom příliš vybočili z rámce práce. Odkazujeme na seznam literatury a učebnice psychoterapie, kde čtenář nalezne podrobné poučení.

tedy nevědomí. Současná psychoanalýza se intenzivně věnuje oblasti „já“ a možná, že perspektivně dojde i na oblast „nadjá“.

Psychoanalýza S. Freuda znamenala zásadní obrat v léčbě duševních onemocnění psychologickými prostředky, neboť zdůraznila porozumění sobě, byť z dnešního hlediska problematické, jako předpoklad uzdravení a stabilního duševního života. Počínajíc S. Freudem víme, že vznik a vývoj neurotického onemocnění závisí na dynamice a vývoji osobnosti pacienta a na jeho zkušenostech. Ve vztahu mezi ním a psychoterapeutem se uskutečňuje terapie. Vztah je pro léčbu tím hlavním.

Další významnou osobností stojící u kolébky psychoterapie je francouzský filozof, psycholog a neuropsychiatr **P. M. Janet** (1859—1947). Byl současníkem S. Freuda, avšak jeho názory posuzoval střizlivě a kriticky; jeho učení považoval za stadium vlastní koncepce, nesouhlasil se sexualizací psychiky, symbolickým výkladem snů apod.

P. M. Janet přednášel mj. psychologii jako profesor pařížské Sorbonny a věnoval se i praktické terapii neuroz. Například již roku 1889 odstranil hysterické symptomy mladé ženy tím, že prostřednictvím hypnózy jí umožnil znovu prožít a odreagovat traumatickou událost z puberty. Zabýval se sugescí, hypnózou, vědomými a nevědomými vztahy i procesy. Vypracoval originální teorii o automaticky a nevědomě působících psychických procesech, vytvářejících samostatné útvary v nevědomí, jež mají přímý vztah k duševním onemocněním. V jeho pojetí by psychoterapie měla vést k navození rovnováhy mezi tím, co si člověk uvědomuje a nevědomou oblastí psychiky.

O P. M. Janetovi se zmiňujeme především proto, že jako první vymezuje psychoterapii jako léčení **psychologickým působením**, majícím své zákonitosti. Musí se dít individuálně podle okolností pacientova života a typu osobnosti. To v podstatě odpovídá i dnešnímu pojetí psychoterapie, jakožto oboru tvořeného psychologickými poznatky a jejich praktickým využitím pomoci lidem v nouzi.

S. Freud a P. M. Janet žili ve stejné době, zabývali se podobnou tematikou, přednášeli, publikovali a byli skutečně výjimečnými osobnostmi. Avšak S. Freud dosáhl mnohem většího ohlasu, psychoanalýza se stala vlivnou, a to nejen jako léčebná metoda, nýbrž i jako kulturní, sociální a mocenský jev (např. některé významné osobnosti politického a hospodářského světa prodělaly psychoanalýzu). Domníváme se, že tuto skutečnost lze vysvětlit obvyklým způsobem: S. Freud byl muž, který přišel s „pravým slovem v pravé chvíli na pravé místo“. Lidé dvacátého století se zvýšeně a plným právem zajímají o sebe, svět, a nakonec i o budoucnost, již cítí jako ohroženou. Jistě ne náhodou jsou častá spojení slov typu „před válkou“, „po válce“, „mezi válkami“ poukazující na jev, jenž je stále přítomen v našem století. Starost o sebe a budoucnost, zkušenost s psychickým a fyzickým násilím na straně jedné, na straně druhé postupující krize hodnot jako celosvětový jev a opuštění tradičních výkladových teorií sebe a světa při neustálé potřebě orientace. To je situace, do které přichází psychoanalýza, nabízející a poskytující svým obsahem přitažlivé, jednoduché, a proto snadno pochopitelné porozumění, jež je současně vázáno až esotericky, „tajemně“, tedy pro člověka opět přitažlivé. Nutno však dodat, že v posledních zhruba dvaceti letech její

sti uvědomované; „já“ reprezentuje naše vnímání, myšlení, chtění, obsahuje psychické obranné mechanismy, které mají za úkol snižovat v organismu napětí vznikající nejčastěji tím, že impulsy jdoucí z vrstvy „id“ (např. sexuální, agresivní) se dostávají do rozporu se svědomím, jež je funkcí „nadjá“, jako nejvyšší a vývojově nejmladší vrstvy osobnosti. „Nadjá“ člověku zakazuje, přikazuje a vzniká hlavně přijímáním rodičovských pokynů za své. Dítě se bojí ztráty jejich náklonnosti, lásky či trestu. „Já“ má za úkol dávat do souladu (harmonizovat) vrstvu „id“ a požadavky z ní plynoucí s vrstvou „nadjá“. Velký význam pro tvorbu osobnosti i vzniku některých psychických onemocnění přikládá S. Freud konfliktu. Neuróza má podle psychoanalýzy původ v tom, že dochází ke konfliktu mezi pudovými silami a jejich kontrolou, jež se děje způsobem, který znemožňuje jejich energetické vybití, například tím, že je jedinec potlačí zpět do nevědomí či z nevědomí nepřipustí. Tak vzniká úzkost tvořící základ neurózy.

Pro utváření osobnosti člověka jsou nejdůležitější podle psychoanalýzy prvé roky života, tedy rané dětství. Osobnost a charakter jsou formovány prožívanými vztahy dítěte k rodičům, sourozencům a naopak. Co se v tomto období vývoje člověka vytvoří, je rozhodující a tvoří základ pro vše později přicházející a má celoživotní platnost.

Psychoanalytická terapie, trvající řádově roky, spočívá v tom, že pacient leží v uvolněné poloze a má za úkol volně asociovat, tedy říkat bez zábrán vše, co ho momentálně napadne. Terapeut se projevuje neutrálně, zdrženlivě a společně s pacientem hledá souvislosti a významná místa v dětství, jež utvářela jeho povahu, názory, postoje, způsoby reagování apod. Ve vztahu k terapeutovi prožívá při této náročné a dlouhodobé léčbě pacient mnohé z toho, co pociťoval k nejdůležitějším lidem svého života — zpravidla rodičům. Své emoční postoje a způsoby reagování přenáší na terapeuta, vytváří se tzv. přenosová neuróza, jejímž rušením se uskutečňuje pokrok v léčbě a nastává uzdravení. Terapeut nabízí pacientovi výklad — interpretace různých souvislostí na základě průběhu a obsahu volných asociací, rozboru snů i celkového chování nemocného. Významnou roli hraje překonávání tzv. odporu pacienta, tedy nechtí pokračovat v psychoanalytické zaměřené léčbě. Odpor se projevuje například tím, že nemocného při asociování nic nenapadá nebo přichází k psychoterapeutovi pozdě či zapomene domluvený termín. Výsledkem dobře prováděné psychoanalytické terapie v pojetí jejího zakladatele je, aby tam, kde je „ono“, se dostalo „já“, čili člověk má být schopen si uvědomit své původně nevědomé pohnutky a dokázat, řečeno slovy S. Freuda, „milovat a pracovat“.

Psychoanalýza vedla pacienta ke zvláštnímu druhu poznání odpovídajícímu poměrně jednoduchému redukčnímu výkladovému modelu, jenž je i pohledem na svět. K tomuto poznání se však propracovává značně obtížnou a emočně náročnou cestou. Léčba je de facto ukončena tehdy, jestliže nemocný psychoanalytický výklad přijímá a je schopen sám své počínání analyzovat a interpretovat. U některých pacientů však můžeme pozorovat méně žádoucí změny osobnosti: etický relativismus a přílišnou zaujatost sebou, vedoucí až k odklonu od života.

Od svého vzniku na přelomu tohoto a minulého století prodělala psychoanalýza další vývoj a mnohé z původních názorů S. Freuda poopravila. Zjednodušeně řečeno: S. Freud pro psychoterapii objevil a rozpracoval problematiku „id“,

Tyto emoční konflikty si neuvědomují a jejich poznáním a současným znovuprožitím se uskutečňuje léčba. Na tomto poznatku vybuodoval celou teorii vzniku a terapie neuróz lidské osobnosti s mnoha dalšími závěry, jež některé byly pozdějším vývojem oboru potvrzeny, jiné vyvráceny jako subjektivistické (ne obecně platné) či dobově podmíněné. Během svého života se S. Freud setkával až příliš často s nepochopením ze strany vlivných konzervativních lékařských kruhů, ve slovních i písemných útocích býval posílán „za mříže“ či do blázince — pochopitelně jako pacient. Na druhé straně získal mnoho žáků a stoupců, jeho učení včetně léčebné metody se brzy rozšířilo do celého světa, protože se ukázalo být, vedle atraktivnosti a poměrné jednoduchosti, v tehdejší době terapeuticky účinné. Freud se během svého života sblížil s řadou vynikajících kulturních a vědeckých osobností našeho století — byl například v přátelském vztahu s A. Einsteinem, R. Rollandem. Jeho učení o nevědomé lidské motivaci a snech si velmi cenili surrealisté, z našich básníků byl inspirován psychoanalýzou mj. básník V. Nezval.

Na dalších stránkách se pokusíme alespoň v náznacích přiblížit některé myšlenky a poznatky, ke kterým se zakladatel psychoanalýzy, a vlastně i **hlubinné psychologie** dopracoval. Pod vlivem S. Freuda vzniká **dynamická psychoterapie**, což je jeden z hlavních směrů současné psychoterapie, který je také u nás nejobtížnější a v praxi nalézá největší uplatnění.

Povšimněme si nejprve výrazu „dynamický“, jenž celý tento přístup charakterizuje. Etymologický původ slova je v řeckém „dynamis“, což značí sílu — potenci, ale také možnost — moci něco. Původní psychoanalytické pojetí se významově pojí spíše s prvním určením chápaným až jako fyzikální veličina. Ne náhodou se v souvislosti s psychoanalýzou hovoří o redukčním energetickém, nebo dokonce „parním modelu“ lidské psychiky. S. Freud jako dítě 19. století byl přísným naturalistou a deterministou, což se projevilo v jeho teoretických konstrukcích, kterými vysvětloval v praxi viděné a zažité. Domníval se, že v člověku jsou neuvědomované vnitřní síly působící motivačně. Organismus usiluje o jejich rovnováhu, nekonfliktnost a o co nejmenší napětí — dnešním jazykem řečeno — o homeostázu. Na osobnost člověka se dívá strukturálně — vrstevně a vývojově; má za to, že sestává ze tří vrstev řazených nad sebou. Nejspodnější část tohoto hypotetického, ale v praxi se osvědčujícího, a proto užívaného modelu, nazývá „ono“ (latinsky id), které tvoří prostorově největší část osobnosti jedince. Obsahy „id“ si člověk přímo neuvědomuje, jsou nevědomé a jsou zdrojem psychické energie, instinktů a pudovosti vůbec. O obsazích „id“ vypovídají noční sny, mající mnohdy symbolickou, bizarní podobu, a vyjadřují nevědomá přání člověka. „Id“ je přístupné prostřednictvím volného asociování, což jsou spolu s výkladem snů dva hlavní prostředky původní psychoanalytické léčby vedoucí k uvědomění si nevědomého materiálu, jenz je v určitých souvislostech příčinou zdravotních obtíží. Podle Freuda je psychický život narozeného dítěte tvořen pouze touto vrstvou, kde vládne princip libosti — slasti, čili snaha dosažení příjemného (např. přijímání potravy) bez ohledu na realitu, a vyhýbání se nepříjemnému (např. bolesti). Vlivem zrání organismu a bezprostředního prostředí dítěte se vytvářejí i zbylé dvě vrstvy osobnosti — „já“ (latinsky ego) a „nadjá“ (latinsky superego). Toto „já“ stejně jako „nadjá“ může být z větší čá-

děl. Své počínání nazýval magnetickými kúrami a vysvětloval je životním a univerzálním fluidem-magnetismem, tedy jakousi látkou hmotné povahy, jež je vesměrná i pozemská a zvláště nadaní lidé pomocí ní dokáží ostatní ovlivňovat a uzdravovat. Jak je doloženo, přes neadekvátnost výkladu dosahoval u některých typů osobností dobrých léčebných výsledků. Na tuto okolnost si dovolueme upozornit a setkáváme se s ní dodnes: mnohdy problematická teorie se vytváří v duchu toho, co je momentálně považováno autoritami za „vědecké a správné“, a účinná praxe se jí teprve sekundárně zdůvodňuje. F. A. Mesmer argumentoval způsobem na tehdejší dobu v medicíně obvyklým a žádoucím, tedy fyzikalisticky. Svůj výklad doplňoval o astrologické aspekty, mající v lékařství bohatou tradici, která pochází od jednoho ze zakladatelů novověkého lékařství, alchymisty a astrologa **Theophrasta von Hohenheima nazývaného Paracelsus** (1493—1541). Tento myslitel a praktický lékař zdůrazňoval zkušenost založenou na pozorování a opakování dějů a člověka pojímal v návaznosti na starší tradici jako „mikrokosmos v makrokosmu“.

Jinou významnou osobností přispívající ke vzniku psychoterapie jako oboru je francouzský neuropsychiatr **J. M. Charcot** (1825—1893). Zajímal se o tzv. funkční duševní poruchy, které se symptomaticky projevovaly jako některá neurologická onemocnění, avšak chyběl prokazatelný organický nález. Pro odbornou veřejnost pořádal přednášky, demonstroval sugesci a hypnózu u hysterických nemocných, čehož se jako posluchači a diváci účastnili i zakladatelé vlastní psychoterapie S. Freud a P. M. Janet. Vedle toho, že seriózně zkoumal sugesci a hypnózu, vstoupil do dějin psychoterapie vysvětlením hysterických obrn dynamickým traumatem (silně působící událost), tedy pojmem patřícím již do dynamické psychoterapie. A to nás již přivádí ke vzniku vlastní psychoterapie, spojené s jmény neuropsychiatrů S. Freuda a P. M. Janeta.

S. Freud (1856—1949) patří do řady těch, kteří opravdu významně obohatili světovou vědu i kulturu. Pokud jde o psychoterapii, tak téměř všichni pozdější vlivní psychoterapeuti, zakladatelé nových směrů apod., byli Freudovým učením ovlivněni — ať již pozitivně (pokračovatelé, zdroj inspirace), či v negativním směru (kritika, překonávání). Ve Vídni prožil zakladatel **psychoanalýzy** téměř celý svůj život. To je důležité, neboť ve Vídni tehdy vládla přísná morálka. Ve škole patřil mezi premianty a učitelé si zvláště cenili jeho barvitého a bohatého slohu, svědčícího o rozvinuté fantazii a vysokém intelektu. Sám Freud se později rozhodoval, má-li nastoupit dráhu spisovatelkou či lékařskou, jak tehdy bývalo zvykem v židovských kruzích. Zvolil povolání lékaře, pracoval jako nadaný neurolog, odjel na stipendium do Francie, kde jej výrazně ovlivnil již zmíněný populární pařížský psychiatr J. M. Charcot. Freud se na počátku své lékařské dráhy často setkával s neurotickými nemocnými, na které tradiční léčebné praktiky (např. masáže, koupele) nezabíraly. Tyto pacienty pod vlivem pařížské zkušenosti začal léčit hypnózou, která však měla pouze dočasný a krátkodobý účinek. Přesto získal ve Vídni pověst „zázračného lékaře“, a tím pochopitelně i závist, nevraživost a nepřátelství tamějších lékařských kruhů. Freud byl vynikající pozorovatel a všiml si, že nemocným přináší úlevu, mohou-li o sobě a o svých problémech volně mluvit. Zjistil, že neurotičtí pacienti trpí těžkými emočními konflikty, které vznikly, jak se domníval, v jejich časném dětství a provázejí je až do dospělosti.

vání nezávisle proměnných při současném sledování závisle proměnných v umě-
lých podmínkách. Opírají se o fyziologii, jež se v minulém století rychle a slibně
rozvíjela, a fyziku, která jim byla přesností a jednoznačností vzorem a ideálem.
Počátky samostatné psychologie jsou spjaty s experimentálním přístupem a vzni-
kající obor se inspiruje a čerpá z přírodovědných disciplín. Není jistě náhodou,
že u kolébky psychologie stojí lékaři, neboť přírodovědný přístup je lékařskému
myšlení vlastní a v medicíně hraje dodnes prvořadou úlohu. Zásadní nesouhlas
s takto založenou psychologií sledávám u filozofů **F. Brentana** (1838—1917)
a **W. Diltheye** (1833—1901), kteří se zabývali přibližně v téže době duševním ži-
votem člověka, ale z jiných hledisek. Rozdíl mezi pojetím empirie F. Brentana
a pojetím empirie u přírodovědného přístupu plyne z použité metody: F. Brenta-
no považuje za základní metodu psychologie **introspekci**, tedy zaměřenost na
vnitřně probíhající psychické procesy ve vědomí člověka. Dospívá k vymezení
psychických jevů jako **aktů**, jimž je vlastní zaměřenost k nějakému obsahu, čili
intencionalita. Úkolem psychologie je pak objasňovat významy intencionality.
Psychologii budovanou na výše uvedeném základu odmítá, protože psychické je-
vy se kvalitativně liší od jevů fyzikální povahy. W. Dilthey dokazuje, že funkční
jednotu psychického života nelze vysvětlit redukčním způsobem. Za základ
pravdivého a duševnímu životu přiměřeného poznávání považuje možnost **poro-
zumět** druhému pomocí **empatie** — vcítění. Předpokladem porozumění prostřed-
nicvím empatie je vnímající a chápající **vědomí** a **introspekce** jako vhodný po-
stup. Součástí Diltheyova pohledu je pojem **struktury**. Psychický život tvoří
skladbu nevysvětlitelnou z jednotlivých částí. Tato struktura je účelná, smysluplná,
podléhá vývoji a jediné takto je přístupná vysvětlení.

Vidíme, že u zrodu psychologie jako samostatného vědního oboru stojí spor
mezi badateli kladoucími důraz na přírodovědný přístup, zdůrazňujícími kvanti-
fikaci, měřitelnost a v tomto pojetí exaktnost, a badateli považujícími zmíněný
přístup za zásadně chybný. Úmyslně stavíme obojí pojetí do příkrého rozporu
a nezdůrazňujeme vzájemné ovlivňování, ke kterému dochází tam, kde přísná
exaktnost ztroskotává, nebo v opačném případě, kdy spíše spekulativní přístup
je pro plnění praktických psychologických úkolů málo použitelný. V takových
případech své uplatnění nalézá **dialektické myšlení**, nebo **eklekticky syntetizující
přístup**.

Se situací v mnohém obdobnou se setkáváme i u psychoterapie. Také zde shle-
dávám obě uvedené tradice — přírodovědnou a duchovnědnou. Jako krajní po-
lohy uveďme systémovou teorii a modelování pomocí počítačů na jedné a psy-
choterapii inspirovanou filozofickou fenomenologií na druhé straně.

Začátky vlastní psychoterapie — vznikání oboru

O začátcích psychoterapie hovoříme tehdy, jsou-li psychologické
postupy využívány **záměrně**, **systematicky** a **cíleně** k léčebnému ovlivnění druhého
člověka. Těmto požadavkům se jako první blíží německý lékař, teolog a filo-
zof **F. A. Mesmer** (1734—1815), který od roku 1776 převážně ve Vídni prováděl
individuální a skupinovou sugestivní a hypnotickou léčbu — aniž by o tom vě-

ším nebezpečím je únava a lhostejnost. Budeme-li proti tomuto nebezpečí všech nebezpečí bojovat se statečností, pak z nich povstane nová životní niternost a nové zduchovnění jako záruka lidské budoucnosti, neboť nesmrtelné je to, co je v souladu s rozumem.

Hlavní myšlenka ověřená i psychoterapeutickou praxí je, že pomáháme-li lidskému jedinci z krize, bývá přísná racionalita nejlepším vodítkem, protože vede k nalezení pravdy, která nabízí východisko a lze na ní nejdopovědněji stavět — na rozdíl od iluze, sebeklamu a zkreslení skutečnosti. Člověk v krizi ztrácí orientaci, přestává rozumět tomu, co se děje, dosud neproblematický život se stal problémem nad jeho síly. S touto situací se dnešní psychoterapeuti běžně setkávají při své práci s pacienty. Vyhrocující se poloha moderního člověka, který se mnohdy jen s obtížemi přizpůsobuje rychle nastupujícím proměnám života, vede až příliš často k vykořenění a relativizaci základních hodnot. Dnešnímu lidskému jedinci chybí v této oblasti kontinuální zkušenost generací, čas k vydechnutí, dosavadním vývojem vytvořené adaptační mechanismy včetně způsobů myšlení a orientace nenalézají vždy uplatnění, případně jsou dokonce zavádějící. Vznikají nové typy osobností, mění se struktura zdravotních problémů, přibývá onemocnění psychosociálně a ekologicky podmíněných. Naznačené skutečnosti nás upozorňují na narůstající potřebu psychoterapeutické péče ve společnostech nabývajících vědeckotechnický ráz.

Malou odbočkou jsme chtěli ukázat, že filozofické myšlení se vztahuje k širším souvislostem a nutně se prolíná s psychoterapií, kterou přinejmenším inspiruje a nutí k zamyšlení.

Dosavadní úvahy nad trendy minulosti nás přivádějí k závěru, že naše duchovní dějiny jsou snahou o **porozumění sobě, o výklad světa jako celku a hledáním smyslu**. Obraz člověka a světa se proměňuje předchozím poznáním i dalšími okolnostmi. Významná je novověká snaha o poznání za účelem ovládnutí světa, ke kterému napomáhá matematizace jeho obrazu, ústící ve vládu techniky a proměny člověka, jež nemají v dějinách obdoby. V této situaci nabývá na významu psychoterapie představující jednu z forem pomoci člověku ztrácejícímu půdu pod nohama, tedy jedinci v nouzi, trpícímu zdravotními obtížemi, osobními či jinými těžkostmi, a to tehdy, je-li na prvním místě ve hře jeho subjektivita (prožívání, postoje, hodnocení apod.). Z dějin evropského myšlení se poučujeme, že porozumění sobě a světu spolu úzce souvisí a vede k **porozumění smyslu**, který lidský jedinec potřebuje k důstojnému vedení života. Proto je **psychoterapeutická péče vždy zasazena do celku obrazu světa a je jeho součástí**.

Zatím bez argumentace považujeme psychoterapii za léčbu psychologickými prostředky, uskutečňující se a opírající se v první řadě o psychologické vědění. Hledáme-li v historii poučení a klíč k současnosti, je nutno se zmínit i o počátcích psychologie jako samostatného vědního oboru.

Z publikací zpracovávajících dějiny psychologie se dovidáme, že počátek vzniku psychologie jako relativně samostatného vědního oboru spadá zhruba do druhé poloviny minulého století. Konkrétně se pojí se jmény **G. T. Fechnera** (1801—1887), **W. Wundta** (1832—1910) a **W. Jamese** (1842—1910). Tito první psychologové ve smyslu psychologie jako empirické a exaktní vědy, zavádějí do oboru míry a čísla a používají **laboratorní experiment**, čili systematické obměňo-

dy vázané na kabalistiku a tendence, sahající až do období před našim letopočtem, jsou pro naši problematiku zajímavé. Nejzajímavější knihou středověké kabaly je Zohar, pocházející pravděpodobně ze 13. století. Pro nás jsou tato dodnes „tajemná a temná“ činní pozoruhodná tím, že obsahují psychologickou zkušenost, která značně později byla a je využívána i psychotherapeuticky (např. technika asociací, hypnóza). Jsou zde uvažovány síly zjevné i skryté (démonologie) a předjímána koncepce nevědomí. Překvapivě známě zní i důraz položený na praxi, pro ni se odvozuje teorie, stejně jako tendence poznat a prakticky zasahovat, nenápadně kontrolovat, ovládat a řídit. To vše je možné proto, že jednáící člověk je prý součástí řetězce spojujícího vše se vším, takže vše se vším souvisí a kdo souvislosti pozná, stává se mocným. Podobné tendence nalézáme u **alchymistů**. Těmi se však již dostáváme do novověku a dneška. Pro **novověkou filozofii** je charakteristické zdůraznění evidentnosti a jasnosti. **Rozum a zkušenost** jsou určující (ačkoli i celým novověkem dodnes prochází nit mystického přístupu), je formulován **subjekt — objektový vztah** umožňující pojetí světa jako **obrazu**, který člověk svým poznáváním a praxí vytváří. Svět je objektivizován, následně i lidská psychika, se vším, co k ní patří. Tento postup de facto dodnes přetrvává ve vědách včetně psychologie.

Významným a prvním důsledným myslitelem tohoto trendu, považovaným za zakladatele **matematické přírodovědy**, je **G. Galilei** (1564—1642). Přírodu pojímá jako matematické universum, řídí se tedy zákony matematiky, jimiž lze jsoucno rozložit v nejjednodušší elementy a opět složit v původní struktury (metodo risolutivo — metodo compositivo). Matematika a zejména geometrie se stávají vzorem ostatním oblastem lidského poznání. Díky rozvoji metodologie se pak z filozofie relativně osamostatňují a vyčleňují jednotlivé obory. Stále více nabývá na významu **kvantifikace**, kdy se k pozorovaným jevům přiřazují číselné hodnoty, s nimiž se pak operuje tak, jako by šlo o samotné původní jevy a často se i takto nesprávně hodnotí. Vrchol zmíněného trendu lze spatřovat v počítačové technice a jejím používání. Ke kvantifikaci přistupuje požadavek **užitečnosti** kladený na vědu, která tím nabývá charakteru služebnosti záměrům člověka. Na základě zkušeností posledních let lze klást otázku, zda na této cestě člověk nepřibálil do svého zavazadla také falešné ambice a zda ve skutečnosti nejedná z důvodů, jež nemá v rukách a které nezná.

Požadavek kvantifikace a užitečnosti nabyl na významu v druhé polovině minulého století a ve století našem vedl k závažnému rozvoji přírodních věd, techniky a vůbec k **technickoekonomickému myšlení**. Věda a technickoekonomické myšlení se rozvíjejí způsobem, jenž zprvu imponoval; člověk se jejich prostřednictvím stal bytostí opravdu mocnou, někdy si o sobě myslící, že všemocnou a přisvojující si tradiční atributy „božskosti“. S trochou ironie však dodejme, že vůči své „moci“ stojí bezmocně. V této souvislosti připomeňme varování významných myslitelů, týkající se stále rostoucí diskrepance mezi schopností lidstva ovládat a manipulovat svět včetně lidí a rozumným a smysluplným užíváním všech možností ke svému skutečnému prospěchu. Společným jmenovatelem těchto varovných hlasů je, že krize života má jen dvě východiska: zánik života, odvrátí-li se od svého vlastního racionálního smyslu, úpadek do nepřátelství vůči rozumu, a tím do barbarství, nebo znovuzrození heroismem rozumu. Nejtě-

o historii psychoterapeutického myšlení, však přináší významná témata související s křesťanským pojetím boha, tedy **autority** dobrotivé a přísné, na které je lidský jedinec závislý. Důležitými pojmy, jež jsou i běžnou pracovní zkušeností dnešního psychoterapeuta a mají kořeny právě v křesťanství, jsou **víra**, trest, odpuštění, ale i **naděje**, která je trvalá a vždy přítomná. Křesťanství zná i tíži pochybování, nejistotu a — řečeno jazykem psychologie — **ambivalenci**, tak příznačnou pro člověka moderní doby. Cítíme, že předchozí výrazy nám nejsou cizí, neboť naše kultura, hlavně rodinná výchova, má také prvky této tradice. Nelze opominout princip **zповědi** přinášející úlevu tím, že se člověk prostřednictvím jiného člověka dostává do kontaktu s autoritou, která chápe, přijímá a odpouští.

Řeckého člověka si lze představit jako bytost racionální, filozofující, k bohům se vztahující jako k sobě rovným a se svým osudem bojující. Křesťanský člověk středověku je spíše citový, neboť víra je záležitostí především citově neseného vztahu. Křesťanskému bohu se podřizuje, zároveň nese za své jednání, jež je zúčtovatelné, odpovědnost.

Pro historii psychoterapeutického myšlení je podle našeho názoru nejdůležitější, že základní normou a regulativem v jednání člověka s člověkem, jenž se stal někým blízkým, tedy bližním, je **láska**. Ilustrujme si tento významný moment úryvkem ze starého biblického textu:

„Kdybych mluvil jazyky lidskými i andělskými, ale lásku bych neměl, jsem jenom dunící kov a zvučící zvon . . . Láska je trpělivá, laskavá, nezávidí, láska se nevychloubá a není domýšlivá. Láska nejedná nečestně, nehledá svůj prospěch, nedá se vydráždit, nepočítá křivdy. Nemá radost ze špatnosti, ale vždycky se raduje z pravdy. Ať se děje cokoliv, láska vydrží, láska věří, láska má naději, láska vytrvá . . .“

Křesťanství nabádá k **soucitění** s člověkem, který se nalézá v situaci nouze, a k **nezištné pomoci**. Tedy k tomu, co jazykem moderní psychologie nazýváme například „mateřským postojem“ nebo širěji — **prosociálním chováním**, jehož si ceníme zvláště tehdy, je-li projevem altruismu. Altruismus zde pojímáme v původním latinském významu, jenž poukazuje na lidskou vzájemnost, která je mj. umožněna empatií, čili schopností člověka se vcítit do druhého člověka. Je zřejmé, že práce zdravotníka i psychoterapeuta je svou povahou prosociální záležitostí.

Zamýšlíme-li se nad motivy křesťanství v souvislosti se stopováním psychoterapeutických momentů v kulturních dějinách, musíme alespoň upozornit na **židovské náboženství**. Také tato část kulturních dějin — ve vztahu k psychoterapii — na své zevrubné zpracování teprve čeká. S židovským náboženstvím je spojováno umění **výkladu**. Je to pokus o porozumění skutečnosti tak, že ji zprostředkovaně uchopíme, určitým pojmovým a vztahovým „překladovým“ systémem majícím pevná pravidla, která znají jen zasvěcení. Souvislost s některými psychoterapeutickými přístupy je zřejmá. Takovou výkladovou knihou je například Talmud, interpretující Thoru, čili pět knih Mojžišových Starého Zákona. Rabin je vykladač, učitel, rádce.

Rovněž **mystika** a **magické praktiky** židovských společenství, jakožto tajné vě-

Starí Řekové často filozofovali prostřednictvím **rozhovoru** — **dialogu**. Také v moderní psychoterapii je rozhovor hlavním, i když ne jediným postupem, jímž pacientovi pomáháme. V původním významu řecké *dia-logos* znamená skrze slovo, řeč a starí myslitelé tím nemínili nic menšího než metodu, kterou nalézáme, odkrýváme a formulujeme pravdu. Obdobně tomu bylo i s **rétorikou**, vyvíjející se od samého počátku evropské vzdělanosti jako její součást a přispívající k rozvoji duchovního života. Své uplatnění našla také v oblasti soudnictví a práva; rétor ovlivňoval druhé řeči a není bez zajímavosti, že objevitelem „**umění útěchy**“ byl významný řečník **Antifón z Athén** (480—411 př. n. l.). Prvky a počátky psychoterapeutického myšlení, akcentujícího rozum, který vede k sebepoznání, osobní harmonii a „zdravé myslí“, nalézáme i u pozdějších antických filozofů, u stoiků.

Dosud jsme se zabývali tradicí, která je v kolébce naší kultury a zdůrazňuje **rozumové poznání** uskutečňované prostřednictvím řeči, a především rozhovoru. Pro zmíněnou linii řeckého myšlení je významné pojetí pravdy, která zde není něčím relativním a libovolným, či dogmatickým a svévolným, ani neodpovídá exaktnímu faktu, jak je tomu v poslední době vlivem mohutného rozvoje vědy a techniky. Pravda je zde **vnitřní evidencí** a nutností ze sebe vyplývající, pro člověka závaznou a bytostně k němu náležející. Obrazně řečeno: řecký člověk „nemá pravdu“, nýbrž „pravda má jeho“, je to řeč, její pěstování a naslouchání, v níž se pravda ukazuje.

Při sledování tradice psychoterapeutického myšlení ve starověkém Řecku lze vidět i druhou linii, mající základ ve **vztahu člověka ke světu jako celku** tvořenému lidmi a bohy, živými i mrtvými. Řecký člověk usiluje o porozumění jednotě světa v jeho rozmanitosti. Mýtus, na rozdíl od nás, je pro něho smysluplnou a živou přítomností, své bohy „potkává“, jsou jeho spojenci i protivníky, vchází s nimi do kontaktu. Tento způsob vztahování se ke světu je pro nás těžko pochopitelný; spíš tušíme, než abychom měli jasnější představu — patrně i díky následné křesťanské tradici. Důležité je to, že řecký člověk participuje na běhu světa jako celku.

V této souvislosti můžeme také vzpomenout na mystéria, rituály, věštby, při nichž snad byly vykládány sny, používány omamné látky k navozování změn vědomí, abreakci atd., což je pro psychoterapii zajímavé. Můžeme předpokládat, že Řekové znali a užívali sugesci a hypnózu k léčebným a ne jenom rituálním účelům.

Linie psychoterapeutického myšlení ve starém Řecku poukazuje tedy na vědomé zasazení člověka do celku světa, který spoluutváří již tím, že v něm hledá své místo a smysl a že si takto rozumí. Jak tedy vidíme, antická tradice může oslovit i dnešního psychoterapeuta.

Motivy **středověké křesťanské kultury** jsou pro vývoj psychoterapeutického myšlení rovněž zajímavé a významné v několika směrech, avšak jsou zatíženy tolika předsudky, že jejich zhodnocení zůstává pro historiky psychoterapie úkolem. Pro naši potřebu si stručně, a proto značně zjednodušeně, uvedme následující: středověká filozofie byla v zajetí víry, čili nekritického přijímání dogmatu, jemuž se rozum musel podřídit a sloužit. Je-li dogma povýšeno na oficiální stanovisko, samostatné a kritické myšlení degeneruje. Zmíněné období, pokud jde

„léčba duše“. Psyché — duše, je nejdříve synonymem života, původní životní síly, mající zdroj v sobě samé. U člověka, můžeme dodat, znamená i vztah ke světu vůbec. Řecké slovo therapeuó — sloužení, therapéon — služebník bohů, opatrovník, poukazuje na poslání a úkol toho, kdo je terapeutem. Vycházíme-li z původních významů, je psychoterapeutem ten, kdo slouží, opatruje princip života a má blízko k bohům, kteří ho pověřují. Moderněji bychom řekli, že psychoterapeut se stará o záležitosti člověku nejvlastnější, včetně jeho vztahu ke světu.

Dějiny evropského myšlení, jež by mělo být i nám vlastní, začínají **starověkým Řeckem**. Zásada přistupovat k lidskému individu, tedy i nemocnému člověku, jako k duševnímu a tělesnému celku, který má zájem o vlastní subjektivitu a způsob života, stála již při zrodu naší civilizace a lékařství v evropském pojetí. Značně později, s rozvojem přírodovědného bádání, jež se ukázalo být v mnohém tak účinné, že medicínu i náš život ovládlo, se na tuto „pravdu“ zapomnělo. Subjektivní a vztahová stránka člověka — tedy to, jak prožívá, myslí, co opravdu potřebuje a chce, jakými hodnotami a meziosobními vztahy žije apod. — se dlouho opomíjela a právě v tom můžeme hledat důvod dnešního zvýšeného zájmu o psychologii a psychoterapii.

Pro ilustraci počátků psychoterapeutického myšlení si uveďme úryvek z raného dialogu (Charmides — O povahové harmonii) jednoho z velkých řeckých filozofů **Platóna** (427—347 př. n. l.). Byl napsán před více než dvěma tisíci lety, a pokud je nám známo, je zde poprvé ve světovém písemnictví — moderně řečeno — zmínka o psychoterapii a o přístupu k člověku jako k duševnímu a tělesnému nedělitelnému celku. Úryvek je z rozpravy mezi Sókratem, Kritiém a mladíkem Charmidemem, jenž trpěl bolestmi hlavy, a praví se v něm:

„... Řekové mají pravdu, když vyslovují zásadu . . . že jako se nemá podnikat léčení očí bez léčení hlavy ani léčení hlavy bez léčení těla, tak že se nemá ani tělo léčit bez duše, nýbrž to prý je také příčina, že mnohé nemoci unikají řeckým lékařům, že se totiž nestarají o celek, o který je třeba pečovat, neboť když ten není v dobrém stavu, že není možno, aby byla v dobrém stavu část. Neboť z duše . . . vycházejí všechny věci i zlé i dobré pro tělo a pro celého člověka a odtamtud přitékají, jako přitékají z hlavy k očím: proto tedy, že je třeba onen zdroj nejprve a nejvíce ošetřovati, má-li být i hlava i ostatní tělo v dobrém stavu. Řekl pak, že se duše ošetřuje . . . jakýmiisí zaříkávaními a ta zaříkávaní že jsou krásné řeči; z takových řečí že vzniká v duších rozumnost, a když ta vznikne a je tam, že již je snadné opatření zdraví i hlavě i ostatnímu tělu. Když pak mě učil tomu léku i těm zaříkávaním, pravil: Jen ať tě nikdo nepřemluví, abys tímto lékem léčil jeho hlavu, jestliže nejprve neodevzdá svou duši, aby byla od tebe ošetřena tím zaříkávaním. Nyní totiž, pravil, je u lidí ta chyba, že někteří se pokoušejí být lékaři oddělujíce jedno od druhého, rozumnost od zdraví.“

Potud Platón ústy Sókrata. Na vysvětlenou dodejme, že „krásným“ se ve starém Řecku označovalo vše harmonické, uměřené. U Platóna rozumnost spočívá v poznání a ovládnání sebe sama a v konání dobra, k čemuž nevyhnutelně vede rozum. Citovaná ukázka poukazuje na tradici léčit člověka zásadně jako celek, jehož duševní a tělesné děje jsou neodmyslitelně propojené.

Z historie oboru

Psychoterapie je obor poměrně mladý. Systematicky se pěstuje, rozvíjí a v praxi používá jako léčebná metoda zhruba od počátku našeho století. Za tuto krátkou dobu prodělala bouřlivý vývoj, řadu změn. Z „umění“ a pouhé „dovednosti“ stavěné na zkušenosti se stává samostatný teoreticko-aplikační obor se všemi náležitostmi. Úmyslně užíváme vidu nedokonavého, neboť její vývoj zcela není ukončen.

Nově vznikající disciplína byla zprvu užívána a pěstována v rámci lékařství, jmenovitě neuropsychiatrie. Dnes již zcela zřetelně proniká — u nás i v zahraničí — za hranice medicíny a obohacuje po stránce teoretické i praktické mnohé další oblasti lidského konání, zvláště ty, které se nějakým způsobem zabývají jednajícím člověkem (např. psychologické poradenství, pedagogika).

Kdybychom přirovnali psychoterapii k životnímu běhu člověka, tak má za sebou dětství a počíná údobí jejího dospívání. Jako každá mladá disciplína, stejně je tomu i u dospívajícího člověka, musí se starat o vlastní identitu, tedy nalezení, vymezení a zdůvodnění svého místa a určení. Víme, že toto „rození a nalézání sebe“ není snadné. Dosažení „prahu dospělosti“ u lidského jedince i vědního oboru představuje kus namáhavého hledání, práce, konfliktů, ale i radosti pro toho, kdo se snaží vidět a porozumět.

Podněty z dějin evropského myšlení

Pokusme se oboru přiblížit a alespoň zhruba jej ohraničit za pomoci **historie psychoterapeutického myšlení** tak, jak se vyskytuje v dějinách evropského myšlení. Důvod, proč volíme tuto cestu, je evidentní: současný stav navazuje na minulost, je jejím pokračováním; zároveň v sobě předjímá i vývoj v bližší a vzdálenější budoucnosti. Pochopit přítomnost bez přihlídnutí k tomu, co se událo a bylo myšleno, nelze. Za takových okolností a při této snaze bývá smysluplné přihlídnutí k původním, tedy nejstarším významům slov. Klasické jazyky chápaly poznávanou skutečnost bezprostředně (přímo) a nevztahovaly se k ní natolik abstraktně a utilitárně, jako je tomu u moderních jazyků dnes. Za zmínku stojí, že v jazyku a řeči je obsažena ohromná psychologická zkušenost lidstva; současně jsou i jemným indikátorem života jedince i společnosti (např. bohatost či chudost vyjádření nebo posouvání významů slov).

Výraz **psychoterapie**, která se běžně nazývá léčbou psychologickými prostředky, je řeckého původu a je složen ze dvou slov, zpravidla překládaných jako

Předmluva k druhému vydání

Psychoterapeuti vědí, že zájem je zpravidla výrazem nějaké potřeby. Proto si položíme otázku, co vyvolalo zvýšený zájem veřejnosti o publikaci zabývající se pomocí psychologickými prostředky? Čeho se v člověku dotkla a co si asi čtenář od ní slibuje? O vyčerpávající a obsáhlou odpověď se pokusit nemůžeme, neboť by vyžadovala alespoň průzkum čtenářského zájmu, avšak lze se vyjádřit o zkušenosti autora s lidmi, kteří ho po přečtení knížky osobně, dopisem nebo telefonicky kontaktovali. V první řadě to byli klienti, tedy ti, kteří se sami nalézali v situaci psychické nouze a obraceli se o pomoc, nebo někdo jim blízký. Pro druhý okruh zájemců bylo příznačné, že publikace v nich rozezvučela či zesílila strunu vyjadřující touhu a potřebu pravdivějšího sebepoznání, zahrnujícího v sobě i oblast smyslu vlastního počínání a života. A řečeno bez obalu, mnozí zde, a poté při rozmluvě s autorem, hledali jasnou a rychlou odpověď, která však neexistuje. Poznání sebe sama a smyslu života není dáno v podobě informace, tohoto poznání člověk dosahuje vlastním aktivním životem, otevřeností a reflektovanou zkušeností. Je to tedy něco, co podléhá vývoji, co je jedinečné a souvisí se zráním osobnosti, k němuž nevyhnutelně patří hledání sebe a posléze stávání se sebou. V rozhovorech s tímto okruhem čtenářů se ukazovalo, že zmíněná tendence je spojena s hlubším zájmem o ostatní lidi a že ústí v lidskou vzájemnost. Cesta k sobě vede přes druhého a na cestě k druhému vycházíme od sebe. Cítíme, že se pohybujeme ve sféře hodnot a přirozeného základu lidské bytosti. A právě tato oblast, jak se zdá, oslovila dnešního čtenáře nejvíce.

Zmíněné okolnosti vedly autora k rozšíření druhého vydání o kapitoly: Psychická odolnost k zátěži a duševním krizím, Klíčové momenty ve vývoji lidského jedince a Psychoterapeutický proces, jeho cíle a výsledky.

Uvědomujeme si, že psychoterapie není pouhou léčebnou záležitostí, nýbrž člověku napomáhá orientovat se v sobě i ve světě, jenž se tak rychle mění. Má tedy i význam společenský. Nyní stojíme na prahu posledního desetiletí našeho století i dalšího tisíciletí. Století plného nebývalých protikladů, tisíciletí ohromného rozvoje lidstva. Je potěšitelné, že i náš obor je v tomto vývojovém proudu užitečný a přispívá konkrétnímu lidskému jedinci při dosahování jeho možností a zdravého způsobu života.

Úvodní poznámka

Knižka, kterou se právě chystáte číst, vznikla z praktické potřeby informovat lektory Socialistické akademie a učitele vůbec, stejně jako zájemce z řad široké veřejnosti o nově vznikajícím oboru — psychoterapii. Svět se všemi jeho vztahy a člověk jakožto jejich průsečík i aktivní činitel změn se stávají z mnoha důvodů složitějšími. Objektivní i subjektivní nároky na každého z nás rostou. Na významu nabývá to, co nazýváme lidským faktorem.

Psychoterapie představuje zvláštní formu pomoci jedinci i skupinám obyvatel v situaci zátěže, která může ústít, či již vyústila v poruchy zdraví. Tato forma bude nalézat stále větší uplatnění, o čemž svědčí i nedávný pokyn Ministerstva zdravotnictví SSSR o zřizování psychoterapeutických ordinací, jež jsou přidruženy k ambulancím všech lékařských oborů. V první etapě do roku 1990 budou vybudovány ve všech městech a do roku 2000 i na venkově tak, aby jedna ordinace byla k dispozici pro 30 000 obyvatel. V SSSR je položen důraz i na výzkum emocionálního stresu a jeho předcházení.

Psychoterapeutická pomoc má význam preventivní a léčebný. V Československu je poskytována odbornými pracovišti, žel pro jejich nedostatek ve značně omezené míře. Občanů, kteří potřebují tuto formu pomoci, je více, než může současná síť odborných zařízení poskytnout. Proto je důležité cílevědomě a účelně využívat psychoterapeutického potenciálu obsaženého ve vztazích mezi lidmi. Nemalý význam má a může mít práce lektora, protože vzděláváním a rozvíjením zájmů posluchačů přispívá ke kvalitnímu využívání jejich volného času. Člověk postrádající hodnotné zájmy prakticky nemůže dobře trávit volný čas, který je zapotřebí pro duševní hygienu a přispívá k rozvoji osobnosti. Součástí práce lektora a učitele, a to bychom rádi zdůraznili, je vést posluchače k tomu, aby měli uspokojivé vztahy k druhým lidem a aby stimulovali tvůrčí přístup k životu. Tyto žádoucí prvky v lektorově práci se mohou podstatně inspirovat psychoterapeutickým myšlením. Následující kapitoly proto představují informativní úvod do psychoterapie a byly napsány s přihlédnutím k potřebám pracovníků v oblasti výchovy a vzdělávání.

Závěrem bych rád upřímně poděkoval MUDr. Dagmar Traugottové, CSc. a PhDr. Vladimíru Špalkovi za kritické připomínky k textu, jichž jsem využil při jeho konečné úpravě. Znamenaly pro mne vydatnou pomoc.

Recenzovali: doc. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.
MUDr. Zdeněk Mrázek
doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.

© PhDr. Jan Vymětal, 1987

ISBN 80-7012-004-5

PSYCHOTERAPIE

Pomoc
psychologickými
prostředky

Jan Vymětal

HORIZONT
PRAHA
1989

Psychoterapie je interdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality. Nalézá uplatnění všude tam, kde jedinec nežije podle svých možností.

Během psychoterapeutického procesu terapeut zpravidla pomáhá svému klientovi k pravdivějšímu sebepoznání a tím k odstraňování vnitřních omezení a překážek v jeho optimálním životě. Současně vytváří podmínky k rozvíjení a obohacování klientovy osobnosti. Psychoterapie tak zvyšuje kvalitu klientova života a mnohdy působí léčivě.

Zájmová publikace ČÚV Socialistické akademie ČSSR
Komise mimoškolského vzdělávání