

## Klinický koučink jako forma psychoterapie

Jiří Růžička

### Clinical coaching as the form of psychotherapy

#### Shrnutí

Předložený text má několik vnitřně provázaných rovin. Autor se domnívá, že není nespočet psychoterapií, ale že se jedná o jedinou široce založenou disciplínu, která má mnoho podob, řadu filosofických východisek, teoretických podob, variant, metod a postupů práce, výkladových systémů, způsobů jejich vytváření i uplatňování a v neposlední řadě také svá kulturní východiska a modifikace.

V evropském pojetí již není psychoterapie primárně zaměřená na symptomy a psychopatologické projevy, neboť se týká celé osoby, celého člověka v kontextech, které lidské existenci přináležejí (srov. EAP, 2011). Autor poukazuje na limity tradiční psychoterapie a ilustruje je na psychoterapeutickém koučinku uplatněném v psychoterapeutickém programu. Poukazuje na potřebu dalšího vývoje a přerodu oboru. Z komplexního pojetí psychoterapie pak podle autora plyne možnost ji ustavit jako celý a samostatný vysokoškolský obor s postgraduálním systémem specializací.

**Klíčová slova:** psychoterapie, psychoterapeutické programy, klinický a psychoterapeutický koučink, vzdělávání v psychoterapii.

#### Abstract

The text consists of a number of intertwined layers. The author believes that there is not a variety of different psychotherapies, but that psychotherapy is a single field containing many different faces, variations, methods, techniques, origins, interpretation approaches, as well as ways of their creation and application. He shows how symptom-based psychotherapy is insufficient for handling the changes that are going beyond the elimination of psychopathology and that are necessary for preventing re-occurrence. Such changes are also essential for opening new possibilities of a fulfilling and meaningful life. He shows this on Clinical coaching and other “non psychotherapeutic” methods. According the author, in fact, psychotherapy concerns the entire personality, all of the human being as such, including his/her relationships field. The author foreshadows novel possibilities of development and rebirth of the field, emphasizing the importance of graduate university education and subsequent post-graduate specialization.

**Key words:** psychotherapy, psychotherapeutic education, clinical and psychotherapeutic coaching, studies of psychotherapy.

V péči o lidi s duševními potížemi neustále zápasíme s metodologickými problémy. To, co v odborné péči děláme, se obsahově i významem liší od toho, za co je námi takové jednání považováno, jak je pro sebe i pro druhé prezentujeme, co pacienti pro sebe potřebují a co jim nakonec prospívá. Tato skutečnost je frustrující a patří mezi nedostatečně probádané oblasti psychoterapie.

#### Kazuistické ilustrace

Jedná se o tehdy 33letého muže, který podle diagnostických závěrů trpěl od svých 15 let vleklou depresí. Podrobil se psychiatrické péči, během které bral po dobu asi deseti let antidepresiva. K farmakoterapii byl nakonec přiřazen pobyt v denním stacionáři, individuální psychoterapie, následovala docházková skupina. Jeho klinický stav se z hlediska ústupu depresivních potíží výrazně zlepšil. Pacientovi se vrátila nová naděje spokojeného života, pro kterou ho psychoterapie otevřela. Pravda, depresivní ladění ustoupilo, ale jak jsme postupně zjišťovali, nezměnily se jeho životní návyky, jeho chování. Stále sedával doma, stále hleděl na televizní obrazovku nebo na stěnu a čekal, až bude

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika Eset, Praha

**Adresa pro korešpondenci:** PhDr. J. Růžička, PhD., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika Eset, Janáčkovo nábřeží 11, 150 00 Praha 5, ČR

večer a bude moci jít spát. V práci zase čekal, až skončí směna a odejde domů. Takhle se to neustále opakovalo. Skupina mu doporučila některé aktivity: aby docházel za kamarády, aby se pokusil o partnerské seznámení, aby si našel konička. Na doporučení sice chodil do hostince, ale nic mu to nepřinášelo. Pokusil se o několik seznámení, ale schůzky promlčel a pak již nepřišel. Nejenže nevěděl, co by jej vlastně bavilo, jeho zájmy byly zakrnělé, ale neuměl ani svoje představy v životě uplatnit, neuměl je uvést ve skutek. Vycházení z domova mu spíše přidělavalo potíže a přinášelo zklamání a další frustrace, jeho zdravotní stav se zhoršil. Krátká KBT podchytila jeho depresivní propady, ale bylo nám jasné, že se situace bude opakovat a pacient bude nejspíše zase tam, kde byl před léčbou. Supervizor sice nabízel hypotézy o sebedestruktivním nutkavém chování, potlačených agresivních impulsích, doporučoval další dávku KB cvičení, hospitalizaci, vzniklo i podezření z organického psychosyndromu, leč navržené hypotézy a z nich plynoucí léčebné pokusy nikam nevedly.

Zdálo se, že nemáme žádné účinné prostředky vedoucí ke změně. V diskusích s kolegou Čálkem jsme opakovaně museli konstatovat, že to, jak žijí naši pacienti, vlastně známe pouze zprostředkovaně, aniž bychom kdy byli svědky jejich reálného života, což je nejen metodologicky závažná skutečnost<sup>1</sup>. Nabízelo se proto nahlédnout do života našeho mladého muže. Tak se i stalo. Byt měl jen nejnútnejší syrové a neosobní vybavení. Na jídlo chodil k rodičům, nebo si něco koupil. Pak jsme šli ven. Sedět s ním v hospodě byla pro obě strany kalvárie. Já jsem se neustále snažil o rozhovor, on pokyvoval hlavou nebo se, což bylo obzvláště frustrující, někam v mysli zatoulal a vůbec mi nenaslouchal. Bylo mi jasné, že to nebyl záměr, lhostejnost nebo výraz nudy. Nevěděl, jak s lidmi hovořit, nechápal, že druhému je třeba naslouchat, reagovat, neuměl držet nit hovoru, ani jej rozprávět. Byl přesvědčen, že je nezajímavý, a také se tak choval. Se ženami to byla hotová katastrofa (Poněšický, 2004). Někdy sice nečekaně pronesl něco, co mile překvapilo a dávalo naději, že se hovor rozvine. Na sporadických a neuspořádaných projevech však nebylo možné žádnou konverzaci postavit.

Bylo zjevné, že prostředky klasické psychoterapie neumožňovaly udržet pacienta dlouhodobě zdravého. Pouhé zmizení příznaků nemohlo být základním cílem jeho léčby, ale pouze jedním z jejích dílčích ambicí. Neboť v psychoterapii běží o život člověka v celku, nikoli jen o změnu uměle abstraktní oblasti definované zvenku nějakým rezortem nebo jiným druhotným institucionálním zájmem<sup>2</sup>. Jde nám vždy

o to, aby člověk mohl žít svůj život plně, svobodně a společně s druhými lidmi. K tomu však bylo nutné výchovné vedení k samostatnosti, budování jiného životního slohu, společenských dovedností, partnerství, milostného života, obnova hodnot a duchovních sil a kapacit (Sperry, 2010 a,b). Náš doadečňý postup, který vedl nikoli jen k dílčí změně, ale proměně života dotyčného muže jsme nazvali psychoterapeutický, nebo širě klinický koučink<sup>3</sup>.

Za několik málo měsíců byl dotyčný muž k nepoznání. Začal si osvojovat to, co před tím neuměl, a to, co psychoterapie i její účastníci, psychoterapeuti a pacienti či klienti, maně předpokládají, totiž že, když je někdo vyléčen, tj. zbaven symptomů a absolvoval úspěšné zakotvení v psychoterapeutickém vztahu s následným vyvázáním, již také umí „zdravě“ žít. Ale kde a kdy se měl takovému životu naučit? To, co se naučil a také uměl, byl celý jeho adolescentní život v depresi. Žít „normálně“ a smysluplně neznamená žít podle kritérií pojišťoven nebo ideologického předpisu právě vládnoucí definice zdraví a nemoci. Náš život také nemůže být redukován na polaritu zdraví – nemoc (Syřišťová, 1972; Šolcová, 2007). Psychoterapie nám ve svých mnoha pojetích ukázala témata i oblasti lidského života, kterými se prostřednictvím svých významných směrů a škol musíme zabývat prostě proto, že patří bytostně k lidskému životu, k naší existenci.

Člověk je společenský plod, vyšlechtěná bytost, dílo lidské pospolitosti, jež má historické kořeny i dějinnou tvář. Učíme se všemu, co v životě děláme, chodit po dvou, jíst přiborem, hodnotám, rozumění světu i sobě (Sokol, 2007; Patočka, 1999; Maťa, 2004). Je ale také dílem své vlastní péče o sebe, sebevýchovy (Kohoutek, 2002; Platón 2003b)<sup>4</sup>.

Aby náš mladý muž mohl zakotvit mezi lidmi, se kterými žil, aby mohl navázat známosti, které by ho těšily, aby si osvojil kulturně společenské umění, musel se dle našeho doporučení, svého rozhodnutí a za pomoci dočasných pěstounů učit umění žít s druhými lidmi, které v minulosti nezískal. Stanovil si oblasti životních priorit, jejich místo v životě a pak s naší asistencí postupně tvořil pružný plán jejich uskutečňování. Vypřátl se na potřebné dovednosti, způsoby jakými lidé obvykle jednají, chovají se a cítí a pak se pustil do osvojování kompetencí. Nechali jsme ho posuzovat to, co udělal, jak se mu dařilo či nedařilo vybudovat

s pokusy o sebevraždu protože podle vyjádření jednoho muže: „chtěl už jsem konečně něco pocítit, život pod skleněným poklopem je nesnesitelný“. V terminologii vědomí x nevědomí, se jeho emoční život stal nereflexivním a neuvědomovaným, zatímco významová, „kognitivní“ stránka světa mu byla zjevná. Ztrátou svobodného bytí bylo jeho rozumějící prožívání rozdělené. Emoce se ukazovaly již jen jako příznaky, zatímco pro sebe si svoji situaci a své stavy vykládal mechanicky nebo jim vůbec nerozuměl. Vzniklý rozpor prožíval provinile. Měl za to, že je neschopný a líný. Takto byl nazýván otcem a jeho kázeňské vysvětlení považoval za směrodatné. Ve skrytu duše se však proti němu bouřil. Rozpor mezi poslušností a odporem k situaci však neunášel, neboť byl na jedné straně drcen svědomím, na straně druhé zoufale a bez podpory bojoval o svobodnou svébytnost. Nezdůraznitelně šel k sebeznění. To mělo nejen podobu úvah o sebevraždě, sebevražedný byl i jeho životní styl; způsob stravování, zanedbávání tělesných neduhů a potíží (např. soustavně porušoval diabetickou dietu, nebral léky na zvýšený tlak, nechodil na lékařské kontroly).

<sup>3</sup> Ukázalo se, že naše rozhodnutí přineslo spoustu dalších odborných i stavovských otázek, jejichž zásadní řešení předpokládá nový pohled na psychoterapii, její podoby i další metodologické promyšlení rozpětí, možnosti a především způsobu vzdělávání v psychoterapii.

<sup>4</sup> Odlišný je názor evolučních psychologů, kteří považují lidské vlastnosti a projevy za důsledek přírodního výběru (Wright, 2002).

<sup>1</sup> Jedná se sice o všeobecně známou věc, která se různým způsobem zdůvodňuje jako zbytečná, kontraindikovaná, dokonce eticky problematická (sic), ale my jsme udělali to, co já osobně dělám celou svoji profesionální praxi, že totiž zajdu ke svým pacientům do rodiny, do místa kde žijí, bydlí, mají rodinu. Někdy jdu i na jejich pracoviště nebo se zúčastním jejich práce, či jiných aktivit. Navštěvovat pacienty doma patřilo po staletí k samozřejmé praxi lékaře.

<sup>2</sup> Jestliže připustíme, že člověk je vždy celek, pak působení v jedné oblasti se týká jeho celého (srov. celostní, systemické, strukturalistické, fenomenologické, humanistické, daseinsanalytické koncepty v psychoterapii). Zábýváme-li se proto jen dílčím aspektem a nesledujeme-li stále onen celek, může dokonce dílčím pozitivním působením docházet k negativnímu působení v rámci celku. Často je medikace, kterou podáváme z hlediska ustoupení symptomů, v pořádku, ale je běžné, že emoční život lidí je utlumen natolik, že se ocitají za jakousi skleněnou bariérou, a jejich život je, jak řekla jedna klientka, bez chuti a bez zápachu. Setkali jsme se i v minulosti

vztahy s lidmi, komunikovat, společenské dovednosti v situacích, které jsou pro druhé srozumitelné a běžné. Iniciativu v hledání a posuzování cest jsme ponechali v rukou dotyčného, poskytovali jsme mu však náš názor a postřehy, pevnou podporu a laskavé povzbuzení v jeho snažení. Schopnost mít na situaci vlastní názor se postupem času dostatečně zvětšila, takže byl čím dále nezávislejší na druhých. Osvojení nabytých hodnot i odvaha a tvořivost při jejich realizaci se stávaly jeho osobní věcí. Sebehodnocení se stávalo stejně důležité, jako hodnocení druhými<sup>5</sup>. Prázdnou, ve kterém žil, se zaplnilo lidmi, událostmi, svůj život začal vnímat propojeně s údělem lidí, kterým se přiblížil. Jestli je možné hovořit o svobodném růstu, pak se ho nepochybně týká. Nemoc člověku přináší nesvobodu. Lidská svoboda je nezadatelným údělem, právem i podmínkou byt člověkem v každé situaci. I v situaci nemoci.

A náš bývalý pacient? Je dnes na nejlepší cestě ke smysluplnému životu.

Další příklad: žena středního věku si vybírala partnery, kteří ji vykořisťovali, zneužívali a ponižovali. Když od posledního takového člověka díky psychoterapii odešla, zdálo se, že je vyhráno. Po čase se sice do života „zařadila“, ale svůj život žila prázdně. Na základě dřívějších poučení jsme se začali zabývat její životní skladbou. Ukázalo se například, že i když již nebyla fascinována určitými typy, neuměla mít radosti z běžných věcí, neboť byla zvyklá na excesivní prožitky. Zaměřili jsme se tudíž na osvojování životního slohu, rytmu a prožívání „obyčejné“, každodennosti. V důsledku toho se, kromě jiného ukázalo, že např. dg. narcistická osobnost s hraničními rysy, která jí byla přisouzena, postihovala mnohem více její životní styl nežli vnitřní strukturu osobnosti, jak bývá běžně uváděno (Kohut, 1971; Kernberg, 1975). Jakmile změnila způsob života<sup>6</sup>, což se zdařilo po půl roce koučinku, zbylý hraničně narcistický projev ustoupil do pozadí nebo se vytratil<sup>7</sup>. Na základě této zkušenosti jsme se museli zabývat nejen konkrétní pacientkou, ale objevily se otázky mířící jak k psychotherapeutické

kému provozu, tak i k psychotherapeutické diagnostice<sup>8</sup>. Je klasická psychiatrická či klinicko psychologická diagnostika pro psychotherapii rozhodující? Nebylo by potřeba se zabývat programově především těmi tématy, kategoriemi, oblastmi a problémy, které jsou psychotherapii genuinně vlastní? Totiž konkrétními životními příběhy lidí, událostmi, názory a zvyklostmi, aniž bychom je nutně potřebovali vtěsnat do kategorií, které z nich nutně neplynou, ba dokonce je podstatně nevyjadřují. K čemu například byla diagnóza „narcistická osobnost s hraničními rysy“, když nám nejen nepomohla, ale dokonce bránila se rovnou zabývat životním slohem a alternativními možnostmi, jak naplnit a emočně bohatě žít své dny, což do té doby přiměřeně nedělala.

Na místě je pak závěr, že psychiatrické a psychologické vyšetření i diagnózy jsou užitečné a z mnoha důvodů potřebné, často i nevyhnutelné, nicméně nejsou pro psychotherapii základním diagnostickým vodítkem. Jsou nejspíše formalizovaným způsobem mezioborové komunikace<sup>9</sup>. Ze somatické diagnostiky se přímo odvíjejí metody léčby. Např. určitá tkáň je postižena stafylokokovou infekcí (impetigo, ečhtyma), což je diagnóza. Příslušná, z daného tkáňového stavu a procesů v ní vyvozená léčba je pak podání antibiotik, zajištění hydratace a farmakologická nebo fyzikální úprava teploty, popřípadě je provedeno odpovídající dermatologické čištění tkáně. Zlomenina bérce vede rovnou k repasi a fixaci kostní a svalové tkáně. Parazitní onemocnění se léčí odstraněním látek, které parazit zanesl do organismu a následků, které způsobily. To, co o své nemoci říká pacient, je pro lékaře sice pomocná, nicméně druhořadá informace, výpověď pacienta o prožívání nemoci a jejímu dopadu na osobní život je pouhou orientační informací, která nemá na vlastní léčbu podstatný vliv<sup>10</sup>.

Zcela opačné je to v psychotherapii, kde rozhoduje to, čím a jak pacient žije a jak svému životu (ne)rozumí. Klasická psychopatologická diagnóza nic neříká o tom, čím se v léčbě psychotherapii budeme zabývat, ani jak léčit. Psychotherapeutická diagnóza je např.: pacient neumí svoje pozitivní sebehodnocení chápat jako trvalou samozřejmost, ale

<sup>5</sup> Koučování se zúčastnili dva, svým pojetím odlišní, koučové. Direktivnějšího jsme doplnili a posléze vyměnili za nedirektivního, což vedlo k samostatnějšímu přístupu pacienta k sebeřízení.

<sup>6</sup> Nešlo zde o pouhé mechanické dovednosti, ale o pro ni významná témata týkající se hledání smyslu toho, jak žije. Jakmile např. pohřbila urnu svých rodičů „tak, jak se to dělá“, když sama rozhodla o své závěti, když začala uvažovat o tradičních hodnotách národa, přejímala postupně mnohé z nich nejen rozumově, ale také jim významně podřídila svůj život.

<sup>7</sup> Jindy však vidíme, že změna životního stylu k významnému ustoupení utrpění nevede. U obsedantně kompulzivního pacienta jsme sice dosáhli změny řady životních návyků, nikoli však postojů k jeho domácí situaci i sama k sobě. Psychotherapeutické a pro léčbu rozhodující určení problému nutně zahrnovalo také porozumění vztahům v rodině, které neumožňovaly svobodné rozhodování, volbu, a tak ani žádnou změnu. Náš vstup do rodiny uvolnil mnohá pouta, která se zdála nezměnitelná. U jiného pacienta trpícího rovněž OCD však došlo k nečekanému zlepšení jeho zdravotního stavu poté, co pochopil, že dosavadní vztahové závazky v rodině i práci byly neautentické, jeho způsob života sice splňoval profesní požadavky a rodinná péče společenskou konvencí „na 110 %“, ale plnil pouze jím předpokládaná očekávání okolí, nikoli vlastní zájmy. S nově nabytým poznáním, které mu velmi rychle pomohlo najít svoje práva a s nimi i ztracenou vlastní důstojnost, si našel i jiné zaměstnání, změnil rodinnou situaci a s plným nasazením začal žít svůj pravý život. Musel se rozhodně rozloučit s retardačními a zajišťujícími zvyklostmi a prožitky (což není nic snadného) a učit se přejímat, jak žít bez neustálého a ujišťujícího zabezpečování a jak s dostačující důvěrou vnímat a prožívat otevřený tok lidského života. Psychotherapie musí vždy důsledně dbát na individualitu každého životního příběhu člověka, podle toho se „vrozumívat“ a opravovat „diagnózu příběhu“.

<sup>8</sup> Diagnózy v oblasti duševní jsou odlišné v závislosti na výchozí pozici, ze které na ni pohlížíme. Tak např. úzkostná porucha je z hlediska psychopatologie emoční poruchou, z hlediska sociálního neprůbojností, z hlediska vývojového regresí, z pohledu výchovného rezistencí atp. Přitom odstranění poruchy bude proveditelné jednou a tou samou metodou, totiž psychotherapií, navíc pak se stejným výsledkem s použitím teoreticky odlišných ba i antagonistických škol. A přitom nezávisle na tom, zda psychotherapii bude lege artis provádět lékař, psycholog, kněz nebo psychotherapeuticky vzdělaný pedagog, zdravotní sestra či jiný profesionál.

<sup>9</sup> Psychotherapeut nakonec musí psychiatrické a psychologické diagnostické kategorie vyabstrahovat z pacientova projevu, dojmu, kterým působí, informací, které o něm získá. To mu sice pomáhá zohlednit vážnost potíží v systému klasifikací nemocí, ale za tuto možnost platí příliš velkou ztrátou uceleného psychologického pohledu na jedince a jeho životní kontexty. Psychiatrické diagnostické kategorie bývají také častým nerozpoznaným důvodem, proč bývá psychotherapie považována v určité diagnostické kategorii za neproveditelnou nebo neefektivní. Tak např. teprve vymaněním se z ustálených nosologických kategorií změnou postoje k léčitelnosti hraničních poruch osobností se také, byť jen částečně změnilo její diagnostikování.

<sup>10</sup> Zvláštní kapitolou tvoří tzv. psychosomatické nemoci, které se zpravidla léčí jak klasičtí medicínou, tak psychotherapií. Ze shora uvedeného nutně neplyne, že nemoc je pouze potíží tělesných tkání. Komplexní péče o celého nemocného člověka je péčí o člověka v situaci nemoci určené řadou podmínek; tělesnosti, stavem duše, vztahů a jejich reálných podob, např. v rodině. V takovém konceptu ovšem s ryze medicínským pojetím nemoci nevystačíme.

musí se o něm pokaždé znovu a znovu ujišťovat<sup>11</sup>. Léčba pak spočívá v osvojení si takového způsobu sebehodnocení, které trvalost kladného sebehodnocení upevní. Všechny ostatní diagnostické kategorie, jako například porucha ego funkcí, oslabení narcismu či porucha osobnosti, jsou nevlastní a druhotné. Z nich totiž přímo neplyne, na rozdíl od somatické diagnózy, způsob léčby. V psychoterapii je průběžná výpověď a sledování konkrétních životních kroků vždy určitého člověka prioritní a diagnosticky i léčebně rozhodující<sup>12</sup>.

Zatímco psychiatrická diagnóza je vůči psychoterapii genuinně odlišná, klinicko psychologická diagnostika je pokusem spojit jakýmsi „oslím můstkem“ psychopatologické kategorie s abstraktními psychologickými modely a zakoušenou realitou druhého člověka. Modely vznikají na základě hypotetických psychologických konstrukcí (považovaných ideologizací za realitu), korelovaných s abstrahovanými skutečnostmi pacientova života, jako jsou například konkrétní vztahy, události, vzpomínky na ně, zážitky z různých období života a výpovědi o prožívání i (ne)rozumění světu a lidem i sobě v něm.

Třetí příklad: Před řadou roků k nám přišel do léčby mladík, student gymnázia. Velmi záhy jsme rozpoznali jeho nemalé literární nadání, důvodem jeho nástupu k léčbě ovšem nebyl talent, ale jeho strach, nejistota a ztracenost mezi lidmi a ve vztazích s nimi. Celý jeho tělesný projev byl prkenně strojový, hovořil spisovně a ve tváři byl takřka amimický. Výraz ve tváři i v pohybech představoval spíše mima nežli mladého muže. Ještě nikdy neměl známost, nepěstoval kamarády, ani přátele. Vztahové stažení a nerozvinutá otevřenost vůči lidem i živočichům a jejich projevům byly diagnostikovány jako „autistické rysy“ a „hraniční chování“. V některých testech vycházel jako schizothymní, osobnost s asociálními rysy, atp. Psychoterapie byla dlouhá a klopotná. Výsledek stál za to. Ze „zamindrákovaného“ a podivínského chlapce vyrostl suverénní a sebevědomý mladý muž, který žil nezávislý a nekonvenční život. Jenže ouha! Vždy, když si našel dívku, tak ta od něho po kratší známosti odešla. Shodou náhod jsme seznali důvody. Jednal s nimi pánovitě, povýšeně, choval se necitelně a jen málokdy skrýval, co dívky vnímaly jako aroganci a co on mylně považoval za autenticitu a mužnou otevřenost. Díky psychoterapii nastolené důvěře a dobrým vztahům názory na sebe vyslechl. Neútočil, neurazil se, ani se „nezdekompenzoval“, ale překvapeně se zeptal. „A co s tím mohu dělat? Měl jsem za to, že minulost už mne nebude pronásledovat“. No, a pak jsme podobně jako v předešlých případech seznali, že uměl pouze to, co viděl, slyšel a co na sobě zakoušel dlouhé roky v dětství, po dobu dospívání, doma, se svými rodiči a co se pro něj v bleděmodrém opakovalo ve škole. Nemohl totiž umět nic jiného, nežli to, co příslušelo osvojenému. Kde by si mohl jiné chování osvojit, jak by mu mohly do krve přejít jeho nové vhledy a porozumění? Samy

sebou? Zčista jasná jen proto, že pochopil svoji dřívější nouzi, důvody a souvislosti? Musel se ještě dále učit vnímat, cítit a rozpoznávat působení převzaté domácí životní kultury ve svém vlastním chování. Jistě, ve skupinové terapii se ledasčemu přiučil a přijal mnohé z toho, co ve skupině okoukal od jiných. Ale to na od domácích poměrů oproštěný život „venku“ zdaleka nestačilo. Bylo to stejné, jako když se mohamedán stává křesťanem (a naopak), venkovan člověkem velkoměsta, movitý člověkem bez domova. Všichni ti si musejí postupně osvojit a zvnitřnit novou kulturu života a se svou původní se dalším sociálně kulturním učení musí rozřehnat (Campatelli et al., 2004). Nové poznatky změnilly celou naši odbornou strategii a v jejím důsledku měla další péče mnohé mentorské (Brumovská a Málková, 2010), koučinkové, výchovné a sebevýchovné rysy<sup>13</sup>.

Osvojit si život v nové situaci, např. v nemoci vyžaduje nejen velké úsilí při přijímání trpkého údělu, ale také nové „know how“ života v nemoci. Naopak, lidé, kteří se uzdraví z dlouhých tělesných nemocí, mají před sebou mnohdy obtížnější výzvu nežli být nemocnými, totiž život ve zdraví. Žít zdravým životem není samo sebou, stejně tak jako není samo sebou žít v nemoci. I tomu všemu je třeba se učit, nejen behaviorálně, a také nejen hovory o minulých zraněních nebo nových hodnotách a životních perspektivách. Je také třeba dát lidem možnost svůj vlastní způsob najít a pomoci jim si osvojit v nové situaci odpovídající způsob života. Musí přejmout řadu dovedností a praktik a přizpůsobit se nové životní skladbě a nové životní etapě také autenticky rozumět, akceptovat ji, naučit se ji naplnit smyslem, vytvořit novou kulturu vlastního života (Frankl, 2006; Tavel, 2007; Čálek, 2003).

Moje úvahy však míří ještě jinam. Zdá se být zřejmé, že dlouhodobě se vyvíjející stav „psychoterapeutického baby-lónu“ předznamenává konec klasické psychoterapie a zároveň ohlašuje nové možnosti (Vybiral et al., 2010).

Abychom co nejlépe porozuměli danému problému, není třeba se zabývat ani jednotlivými školami a směry, ani jednotlivými technikami a metodami, ale pokusíme se věc ukázat na tom, čeho se dostává tomu, kdo byl zařazen do psychoterapeutického programu. Zde člověk prochází promiscue celou řadou různých psychoterapeutických procedur, které byly vyvinuty pro určitý směr nebo školu. Pobývá v komunitě, chodí na skupinová sezení, ve kterých se mohou střídát nejen psychoterapeuti, ale i odlišné metody a postupy. Jeden den je kromě komunitního setkání a skupin také arteterapie, další den bioenergetická práce s tělem, výklad snů, návštěvy rodinných příslušníků, týdenní bilancování, k tomu chodí lidé na individuální psychoterapeutické sezení a kontroly farmakoterapie (tomuto modelu se podobají psychoterapeutické programy kliniky Eset). Na podobné psychosomatické klinice v Issny (Německo), mají možnost chodit také na masáže, rehabilitační tělocvik, taneční terapii

<sup>11</sup> Psychoterapeutické diagnózy je patrně užitečné ponechat v neformalizované podobě, než je tomu jinde. A to proto, že diagnóza v somatické medicíně přímo ukazuje k profilu nemoci, zatímco v psychoterapii se její „profil“ nejen postupně ukazuje, ale také vytváří. Duševní nemoc má zcela jinou, svébytnou podobu i vlastnosti nežli nemoc tělesná.

<sup>12</sup> Podobně je tomu s osobním vztahem v léčbě. V somatické medicíně nerozhoduje, psychoterapie je na něm postavena.

<sup>13</sup> Koučování i z něj plynoucí přístup představuje podle některých autorů nový postoj i metodu vedení a řízení lidí, a to nejen v pracovním procesu, ale také v jiných, běžných oblastech života. Zřiká se autoritativních postojů, vztah je založen na partnerství a spolupráci, ale i na vztahu k sobě, vztahy k druhým lidem jsou podobné, jako vztahy sama k sobě. Z tohoto předpokladu se pak odvozuje i proces učení a změny postojů i jednání. Whitmore (2005) se dokonce domnívá, že tento přístup ohlašuje novou éru řízení a lidských vztahů. Úkolem koučinku je, aby člověk našel vlastní zdroje sebeporozumění, rozhodování a jednání založené na odvážném a nekonvenčním pohledu na své životní možnosti.

a bohoslužby. V Krakově, ale běžně např. ve Finsku, se psychoterapie zúčastňují rodinní příslušníci a blízcí lidé, psychotherapeuticky vyškolený sociální pracovník coby rodinný terapeut navštěvuje jejich domovy, rodiny. Na jiné klinice, Median v Berggieshübelu u Drážďan, pacienti kromě toho jezdí na koních, mají program v bazénu, hodiny meditací, osvětový a kulturní program. Takové dobře sestavené programy bývají spolehlivě účinné.

Na celé věci je především pozoruhodné to, že jednotlivé školy a směry užité v programech fungují tak říkajíc podél svých teoretických drah i postupů, izolovaně jeden od druhého, zatímco pacient je žije napříč a jednotně. Je rovněž nápadné, že ačkoli jsou odborníci vyškoleni v různých, leckdy teoreticky vzájemně nekompatibilních školách, pracuje se jim nejen relativně dobře, ale také si rozumějí. Čím to? Protože o lidech referují a pojednávají v každodenním jazyku, hovorovou řečí. Vypadá to, že si rozumějí nikoli proto, že si osvojili svůj a navíc ještě sousedský teoretický systém, ale právě tomu navzdory. Rozumějí si, neboť sdílejí stejný, společný předteoretický přirozený svět, společně užívají přirozenou řeč, hovorovou mateřštinu. Ačkoli se v odborných diskusích v případě pacienta jedná o jednoho a téhož člověka a každá jednotlivá teorie léčebného programu má zcela samostatnou koncepci lidské psychiky a výkladový rámec svých metod, přesto si lidé různých škol a směrů nejlépe rozumějí tehdy, když hovorovým jazykem vystihnou konkrétní životní situaci, ve které se pacient nachází, dokážou ji výstižně popsat a hovořit o ní jako „normální“ lidé. A to přináší radost a je příslibem i zřetelným ukazatelem, kterým směrem by se psychoterapie mohla ubírat. Vzdělání a profese hrají sice důležitou, ale nikoli prvořadou roli, primární je porozumění, které plyne z „laického“ vhledu do života a má rysy životními zkušenostmi poučeného poznání<sup>14</sup>. Pak bývá komunikace mezi představiteli směrů a škol i z ní plynoucí spolupráce možná a smysluplná. To jsou nejnápadnější rysy psychotherapeutických programů a zároveň základní metodologický rozpor v systému a podle mého soudu i jádro trvalých potíží a nesourodého stavu psychoterapie.

I když jsme si na současnou situaci v psychoterapii zvykli, stejně jsme si nakonec vědomi, že potřebujeme takové teorie a takové vzdělávání, které postihne teoretickou různorodost integrací metod a směrů v nich účastných. To však nelze provést aditivně, ani reduktivně. Pokusy integrovat jednotlivé školy a směry metateoreticky<sup>15</sup> zde také byly, ale výsledky nejsou uspokojivé (Rapaport, 1951, 2006). Žádné škole, která se nazývá integrující nebo integrovaná, byť někdy tvrdí, že její metodologie a pojetí člověka jsou k tomu vhodné, se takový úkol nepodařilo splnit (Knobloch, 1999; Norcross a Goldfried, 2005). Důvod je prostý. Všechny školy jsou partikulární. Z určitého jednostranného, dílčího nebo jinak reduktivního výkladového rámce je nemožné vyložit celého člověka. Nemám tím na mysli výklad beze zbytku, jak se čtenáři vzdělaného přírodovědecky pravděpodobně jako samozřejmost nabízí. Mám na mysli člověka celého ve smyslu úplnosti jeho lidské existence (Heidegger,

1996, 1987; Boss, 1975). Domnívám se, že psychoterapii je třeba založit jinak a jinde, než v prostoru zpředměťující a tímto odcizující přírodovědecké metodologie uplatňované na lidskou existenci. To již dlouhá desetiletí znovu a znovu ukazují fenomenologicky a existenciálně orientovaní autoři. (z mnoha např. Binswanger, 1962; Boss, 1975; Condrau, 1998; u nás Čálek, 2003; Horák, 2009; Růžička, 2010; dříve Němec, 1971; Rezek, 2008).

Z odborných setkání kolegů i z mé vlastní zkušenosti je patrné, že kromě pro psychoterapii přiměřených teoretických východisek potřebujeme také psychoterapii vlastní a samotné diagnostické metody a postupy, které dokážou celek lidské existence adekvátně postihnout a také vyjádřit. Potřebujeme takové formy zkoumání, které postihnou pro jednotlivého člověka rozhodující složky psychotherapeutického vlivu a ruku v ruce s procesem je odpovídajícím způsobem posoudí. I když kvantitativní metody mají své nesporné a nenahraditelné místo, pro psychoterapii je podle mého soudu kvalitativní přístup základní.

A nakonec, potřebujeme nové formy psychotherapeutického vzdělávání. Zdá se, že je jen věcí času, kdy se objeví na některé z evropských univerzit či vysokých škol ucelený a úplný, tj. bakalářský a navazující magisterský studijní obor psychoterapie. Dovedu si představit, že podobně jako to vidíme na studiu lékařství, teprve po zvládnutí základního korpusu psychotherapeutických studií by mohlo dojít ke specializacím nejen napříč rezorty, ale pro všechny oblasti, kde je a kde psychoterapie může být lidem užitečná. Co ještě považují za důležité, jsou aplikační možnosti psychoterapie<sup>16</sup>. Dosavadní převaha orientace na deficit, nemoc a potíže by rovněž, dle mého soudu, byla více vyvážena orientací na celého člověka, na pozitivu, která považujeme za samozřejmá a tudíž v jistém ohledu nezajímavá. Psychoterapie bude, zdá se, prováděna v týmech a ve spolupráci s jinými odborníky nikoli jen v situacích nouze, ale také blahobytu, štěstí a duchovním rozletu. Nikoli jen v nemoci, ale i ve zdraví, trvalém nebo znovu, třeba i jen částečně získaném<sup>17</sup>. Připomenul bych ještě, že bez sebevýchovy (Platón, 2003a,b) je psychoterapie stěžejí jen poloviční. Psychoterapií ovlivněná sebevýchova má svoje zvláštnosti, které jsou jen málo zkoumané, byť si jich jsme dobře vědomi. Nepochybně by se slušelo, abych věnoval pozornost také současným i budoucím možným potížím a nezpůsobivosti psychoterapie. To je však jiná kapitola pro jiný text.

Téma bylo ve zkrácené a odlišné verzi i akcentu předneseno na listopadové psychotherapeutické konferenci v Luhačovicích v r. 2011.

<sup>14</sup> To je posléze myšlenkovou transformací složité a jen málo reflektované vtělováno do příslušného modelu.

<sup>15</sup> Grandiózní úkol, který ztroskotal, na sebe vzal svého času ego-analytik D. Rapaport (1951, 2006), v psychologii motivace podobně pak např. (Madsen, 1972).

<sup>16</sup> V osmdesátých letech minulého století jsme uplatnili psychotherapeutické teorie a zkušenosti v koncepci výchovné péče pro děti v kolektivních zařízeních do čtyř let věku. Výsledek byl takový, že se k nám jezdili inspirovat kolegové z tehdejší Západní Evropy. Komunitně skupinové aspekty psychoterapie jsou na naší škole vtěleny do výchovně vzdělávacího procesu.

<sup>17</sup> Po roce 1989 jsme v praxi zaznamenali řadu potíží s adaptací na nové sociálně politické poměry, na změnu režimu, změnu společenského a majetkového statutu, změny v hodnotách a jejich přijímání. Pro tyto lidi byla indikovaná speciálně se modifikující psychotherapeutická intervence. Na naší klinice např. pracujeme na psychotherapeutickém programu pro lidi po iktech a traumatech CNS.

## Literatura

- Binswanger, L.:** Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. 3rd ed. Zurich: Munich/Bâle, 1962.
- Boss, M.:** Grundriss der Medizin und der Psychologie. Stuttgart: Huber, 1975.
- Brumovská, T., Málková, G.:** Mentoring. Praha: Portál, 2010.
- Campatelli, M., Rupnik, M., Špidlík, T., Tenenace, M., Žust, M.:** Nové cesty pastorální teologie, Krása jako východisko. Velehrad-Roma: Refugium, 2004.
- Condrau, G.:** Sigmund Freud a Martin Heidegger. Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie. Praha: Triton, 1998.
- Čálek, O.:** Skupinová daseinanalýza. Praha: Triton, 2003.
- Frankl, V.:** A přesto říci životu ano. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2006.
- Heidegger, M.:** Bytí a čas. Praha: Oikoymenh, 1996.
- Heidegger, M.:** Zollikoner Saminäre. In: Boss, M. (ed.): Gesauntausgabe. Sv. 34. Frankfurt a.M.: Klatteman, 1987.
- Horák, L.:** K existenciální terapii. In: Kořa, J.: Dobro a zlo a řeč v psychoterapii. Praha: Triton, 2009.
- Kernberg, O.F.:** Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson, 1975.
- Knobloch, F., Knoblochová, J.:** Integrovaná psychoterapie v akci. Praha: Grada, 1999.
- Kohoutek, R.:** Základy užití psychologie. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2002.
- Kohout, H.:** The Analysis of the Self. A systemic Approach to the psychoanalytic. Treatment of narcissistic Personality Disorders. London: Hogarth, 1971.
- Madsen, K.B.:** Teorie motivace. Srovnávací studie moderních teorií motivace. Praha: Academia, 1972.
- Mařa, P.:** Svět české aristokracie (1500-1700). Praha: Nakl. Lidové noviny, 2004.
- Němec, J.:** Bolest a naděje. Deset esejů o osobním zrání. Praha: Vyšehrad, 1971.
- Norcross, J.C., Goldfried, M. R. (eds.):** Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York : Oxford, 2005.
- Patočka, J.:** Péče o duši. I, II, III. Praha: Oikoymenh, 1996, 1999, 2002.
- Platón:** Faidron. Praha: Oikoymenh, 2003a.
- Platón:** Ústava Praha: Oikoymenh, 2003b.
- Poněšický, J.:** Fenomén mužství a ženství. Praha: Triton, 2004.
- Rapaport, D.:** Organization and Pathology of Thought. New York: Columbia, 1951.
- Rapaport, D.:** The theory of ego autonomy: a generalization. In GILL, M.M (ed.). The collected Papers of David Rapaport. Content.apa.org/journals/pap/23/1/159 by Shulman –2006-Related articles.
- Rezek, P.:** Fenomenologická psychologie. Spisy IV. Praha: Ztichlá klika, 2008.
- Růžička, J.:** Ego-analýza, kritická studie. Praha: Triton, 2010.
- Sokol, J.:** Malá filosofie člověka. Praha: Vyšehrad, 2007.
- Sperry, L.:** Core Competencies in Psychotherapy Series. Routledge, 2010a.
- Sperry, L.:** Highly Effective Therapy: Developing essential clinical competencies in Counseling and Psychotherapy. Routledge, 2010b.
- Syřišťová, E.(ed.):** Normalita osobnosti. Praha: Avicenum, 1972.
- Šolcová, I.:** Zdraví z pohledu filosofie. Československá psychologie, 51, 2007, č. 4, s. 423-443.
- Tavel, P.:** Smysl života podle V.E. Frankla. Praha: Triton, 2007.
- Vybíral, Z., Castonguay, L., Danelová, E., Hodoval, R., Kulhavý, V., Plchová, R., Příbylová, H.:** Kolik je na světě psychoterapií? Brno: Psychoterapie, FSS Muni, 2010.
- Whitmore, J.:** Koučování. Praha: Management Press, 2005. Psychoterapeutická a psychosomatická klinika Eset, Praha. Léčebné programy. www.klinikaeset.cz,
- Wright, R.:** Morální zvíře. 2. revid. vyd. Praha: Naklad. Lidové noviny, 2002.

*Do redakcie došlo 20.3.2012.*

*Akceptované pre publikovanie 22.6.2012.*