

Roč. XVII. č. 63

EMPATIA

BULLETIN

*Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny.
Odbor sociálnoprávnej ochrany detí, sociálnej kurately
a poradensko-psychologických služieb.
Asociácia manželských a rodinných poradcov
a sociálnych pracovníkov SR v Bratislave.*

Slúži na komunikáciu a informovanie o formách práce, úspechoch
i ťažkostiach na ceste pomoci človeku v náročných životných situáciách.

NIELEN PRE ODBORNÍKOV

Číslo 1

marec 2010

Bratislava

OBSAH

EDITORIAL	4
MEDZI NAMI	
Mgr. Zoltán Šafrán: Kazuistika 1	6
Mgr. Zoltán Šafrán: Kazuistika 2	9
TÉMA	
Mgr. Eva Krivosudská: Nešpecifické a novodobé formy porúch príjmu potravy	12
Mgr. Miroslava Rosinová: Interpohlavné rozdiely agresívneho správania v partnerskom násilí	17
ROZHOVOR	
Rozhovor s Jonom Fredericksonom (preklad PhDr. Ivan Valkovič a Mgr. Vladimír Hambálek)	23
PREKLAD	
Dorit Eldar -Avidan, Muhammad M HaJ-Yahia, Charles W. Greenbaum: Rozvod je súčasť môjho života. (Dokončenie z minulého čísla, preklad PhDr. Ivan Valkovič).	41
PREČÍTALI SME	
Iva Šolcová: Vývoj resiliencie v detstve a dospelosti. 2009 Grada, Praha (J. Kusá)	48
Janet Tolan: Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii. 2007 Portál, Praha (J. Kusá)	49

EDITORIAL



Život nie je o počte nadýchnutí, ale o chvíľach, ktoré nám dych berú.

Najlepším obdobím na takéto chvíľky býva u väčšiny ľudí tradične jar. Obnovený zázrak života nám pripomína cez všetky zmysly svoje dary: krásu pre oči, vône pre čuch, spev vtákov a šum trávy pre sluch. Aby aj hmat a naša duša našli svoje, o to sa už musíme postarať. Nájsť si, čoho sa dotknúť, koho objasť, pohladieť, čím sa nadchnúť, potešiť. Na jar to vôbec nie je ťažké.

Je v podstate ľudskej existencie niekam smerovať, niečo chcieť, po niečom túžiť, v niečo dúfať. Keď to v nás nie je, potom sme už len – boli. Čím väčšie sny, túžby a očakávania, tým väčšie hĺbky v nás otvoria, vytrysknú odtiaľ zdroje, o ktorých sme ani netušili, že ich máme. Dosiahneme aj na hviezdy, keď po tom túžime a chceme to dosť silne.

S veľkou túžbou, nádejou, energiou a silou k činu nachádzame aj ten najlepší spôsob ako byť na tomto svete spolu s inými ľuďmi, prírodou, vesmírom. Ekologická láska, ktorá obsahuje v sebe lásku k človeku ako druhu, s jeho ontogenézou, pamäťou na rané štádia života, nám dáva schopnosť myslieť ako hora, cítiť ako medveď, sova, či netopier, a tak uchovať ich svet pre nich a pre seba. Uvedomí si nepriateľa v sebe, ako i toho, kto ho premôže, cudzinca v nás i cestu, ktorú treba prejsť, aby sme sami sebe neboli cudzí. Keď Erich Fromm hovoril o odcudzení, nikdy netvrdil, že sa nám to stalo, ale že sme si to spôsobili a len my to môžeme zmeniť. My hovoríme – byť kongruentný a otvorený...

Ale predovšetkým byť v kontakte s láskou k sebe, s pokojom v sebe, s hlbokým prijímaním daru svojho života. Opúšťať svoje strachy a hnevy a odpúšťať si, že sme sa nimi nechali ovládnuť, že sme dbali viac na druhých, ako na svoj vnútorný hlas. Keď sme v súlade s jarnou prírodou, jej dynamikou a prudkosťou, môžeme sa rýchlejšie dostať do harmónie a súladu sami so sebou, prírodou, svetom a ľuďmi.

Empatia vám prináša uistenie, že všetko, ide ako má, pokračovanie prekladu prinášame, veľký rozhovor s osobnosťou tiež, aj kazuistiku máme, aj nové autorky sa vyskytli. Možno by sme iba potrebovali vašu spontánnu spoluúčasť, aj keď vie-

me dobre, že toto oslovovanie je evergreen. Tešíme sa na nových i staronových autorov.

Želáme čo najkrajšiu a najinšpiratívnejšiu ďalšiu jar vášho života.

J. Kusá a redakcia



Keby nebolo spomienok, človek by nevedel, že raz bol i šťastný.
Goethe

❧ ❧

Eduard Bakalář zomrel 18. februára 2010 vo veku nedožitých 76 rokov.

Nedá mi, aby som sa s vami nepodelila o túto správu, pretože si Eda Bakalára dobre pamätáme nielen z jeho kníh, ale aj z osobných stretnutí.

Učil nás hrať jeho hry, ktoré opakovane vychádzajú už aspoň tridsať rokov (Psychohry), zoznamoval nás s gestaltterapiou, logoterapiou, prednášal na konferenciách o mnohých témach vrátane smrti.

Posledne sme ho vnímali ako autoritu na porozvodovú prácu s deťmi a syndróm zavrhnutého rodiča. Zostali jeho knihy, ale prekvapenie a smútok nad jeho odchodom, pocit osirenia je zároveň mementom.

Čeť jeho pamiatke.

❧ ❧

MEDZI NAMI

Kazuistika 1

Chcel by som sa podeliť so svojimi skúsenosťami pri práci s klientom systemickým prístupom, ktorý sa počas mojej, teraz to už tak môžem nazvať, dlhoročnej práce s klientmi v manželskej a predmanželskej poradni, v CPPS a teraz na referáte poradensko-psychologických služieb úradu práce sociálnych vecí a rodiny ukázal ako veľmi účinný prostriedok na dosiahnutie zmeny a vyriešenie problémov, rešpektujúc vnútorné zdroje, vlastný potenciál a ľudskú prirodzenosť klientov.

Reč bude o mladej žene, volajme ju Eva, ktorá nás požiadala o stretnutie po tom, ako sa vrátila z opakovaného liečenia na psychiatrickom oddelení v krajskom meste.

Eva je mladá, 19-ročná, slobodná žena, ktorá trpí opakovanými atakmi depresie pre ktoré je liečená na psychiatrii a aj naďalej je v ambulantnej starostlivosti psychiatra a užíva antidepresíva. Prvýkrát sa depresia objavila tesne pred maturitnými skúškami, nasledovala prvá hospitalizácia, ktorá jej znemožnila absolvovať maturitnú skúšku a ani dnes, po viac ako roku, Eva maturitu nemá. Žije v rodinnom dome len so svojím otcom, matka jej tragicky zahynula pri autonehode práve v čase, keď sa vracala z návštevy u Evy, ktorá bola v tom čase opäť hospitalizovaná na psychiatrii. Ďalších súrodencov nemá. Je inteligentná, veľmi pekne verbalizuje, je veľmi sčítaná a hoci vyslovila pochybnosti, či dokáže popísať svoje ťažkosti robí to celkom prirodzene a veľmi zrozumiteľne. Jej najväčším problémom, ktorý by chcela vyriešiť, je jej postava: „Som tučná,“ hovorí, „to je môj najväčší problém“. Objektívne, Eva má nadváhu.

Naše prvé stretnutie netrvalo dlho. Prišla v čase, keď sa vrátila domov z poslednej hospitalizácie, vyhládala nás a prejavila záujem pracovať na svojom probléme. Už predtým mala pozitívnu skúsenosť s inou psychologičkou, čo jej asi uľahčilo jej rozhodovanie. Na prvý pohľad vyzerala milo, pekná tvár, mala jednoduchý účes, jej oblečenie hovorilo o skromnosti. Hoci má nadváhu, nevyomýka sa z priemeru. Subjektívne jej to ale vadí, chcela by byť štíhla ako vtedy, keď sa jej podarilo zhodiť niekoľko kíl v štvrtom ročníku gymnázia. „Vtedy som bola najšťastnejšia,“ povedala a spontánne sa rozhovorila o svojom detstve a školských rokoch, keď v učení nemala problémy, učila sa dobre na základnej i strednej škole, ale vždy bola osamotená, akoby o ňu spolužiaci nejavili záujem a ani ona sama nepodnikala nič preto, aby sa zapojila do diania v triede. Nemala nikdy nejakú dobrú kamarátku, „mala som len spolužiakov“ a aj to bolo príčinou „mojich neskorších ťažkostí“. Už v materskej škole sa jej deti vysmievali, že je tučná. To občas vyčíta

otcovi a viní ho z toho. Na otázku, kedy si myslí, že by mohla mať menej ťažkostí, odpovedala veľmi jednoznačne: „Keď budem chudá“. Takto sa postupne sformulovala hlavná Evina objednávka – pomôžte mi schudnúť a byť opäť šťastnou. Jej súčasnú spokojnosť či nespokojnosť sme si overovali pomocou meracej otázky typickej pre prácu systemickým prístupom od 0 do 10 bodov (10 maximálna spokojnosť). Eva sa cítila byť na štvorke. Tá istá škála zisťujúca jej motiváciu pre zmenu mala hodnotu 10 – t. j. výrazná motivácia. Považovali sme to za dobrý základ pre našu spoločnú prácu a keďže sa blížil koniec nášho prvého stretnutia, odporučili sme Eve, aby si všímala, čo jej pomáha a kedy môže byť sama so sebou spokojná na ceste k vytýčenému cieľu a dohodli sme termín ďalšieho stretnutia o dva týždne (medzitým boli Veľkonočné sviatky).

Na ďalšie stretnutie prišla Eva presne podľa dohody. Bola oblečená v tmavom, ale jednoducho oblečení a spontánne začala rozprávať o uplynulých dvoch týždňoch. „Bola som na dedine u svojej tety, tam som jej pomáhala, ale som aj veľa pribrala cez Veľkú noc“. Domov sa vrátila preto, že na ďalší deň sme mali dohodnuté stretnutie. Okrem predloženej výčitky sa vzápätí pochválila tým, že začala ráno chodiť do kostola. (Bol to pokrok oproti nedávnej minulosti, kedy odmietala chodiť medzi ľuďmi). „Povedzte mi, ako ste to dokázali?“ bola konštruktívna otázka, ktorou sme sa usilovali priviesť klientku k uvedomeniu si svojich vlastných možností a najmä hľadaniu jej vnútorných zdrojov. „Lebo som si povedala, že ráno tam budú najmä staré ženy a tam sa nehanbím a rozhodla som sa, že tam budem chodiť. A nehanbím sa prísť ani sem, pretože si myslím, že vzdelaní ľudia nemajú predsudky voči tlstým ľuďom“. Táto Evina odpoveď bola veľmi povzbudzujúca. Ukázalo sa, že Eva nie je vydaná na milosť vonkajším, ale ani vnútorným okolnostiam, ale že naopak, dokáže aktívne zapájať svoju vôľu. Zároveň si Eva uvedomuje, relatívnosť jej súčasného problému vo vzťahu k iným ľuďom, ktorí „majú možno oveľa väčšie trápenie“.

Pokračovali sme ďalšími konštruktívnymi otázkami: „Ako ste dokázali v minulosti schudnúť?“ „Bolo to len tak, samé od seba?“ „Nie, veľa som cvičila a viem, že aj teraz, ak budem chcieť schudnúť, budem musieť niečo obetovať. Nič nie je zadarmo. Pokúsim sa ísť do nového fitka, ale len okolo obeda, keď tam bude málo ľudí, potom by som išla k tete do Poľska . Potom by som mala ísť na svadbu do Vranova nad Topľou a potom by som mohla skúsiť ísť do kostola aj večer. Ale neviem ešte, či to urobím“. „Prečo to chcete takto urobiť?“ „Chcem to urobiť pre seba, aby som bola so sebou spokojná. Neviem, ale či to dokážem“.

„Určite to nebude ľahké, myslím si, že s tým treba aj počítať a napriek tomu to netreba vzdávať“.

Pretože sme sa priblížili k záveru stretnutia, boli sme zvedaví, ako vníma Eva priebeh konzultácie. Položili sme jej teda otázku, či je to, čo spolu robíme, to, čo ona potrebuje. „Áno, pretože doma sa nemám s kým porozprávať“.

V závere sme už iba zrekapitulovali celé stretnutie a na doma sme ponúkli Eve, aby sa pokúsila urobiť všetko tak, ako sme o tom hovorili. Pripomenuli sme ešte raz, že to, ako rýchlo sa jej bude dariť, závisí od nej samej (tým sme chceli pripomenúť zdroje, ktorými v súčasnosti evidentne disponuje...) a aby tomu tak naozaj bolo, k tomu si budeme navzájom držať prsty (vyjadrenie obvyčajnej ľudskej spoluúčasti). Ďalšie stretnutie sme si dohodli opäť o dva týždne.

S Evou sme sa stretávali ešte takmer rok. Za túto dobu sa u nej striedali obdobia bezstarostného nadšenia pre zmeny, ktoré vo svojom živote plánovala uskutočniť (doplniť si maturitnú skúšku, pokúsiť sa o prijatie na niektorú vysokú školu, postupne sa osamostatniť a vymaniť sa spod závislosti na otcovi, a obdobia depresie, kedy viac ako inokedy jej vadilo to, aká je „tučná“, že s otcom žije v neustálom napätí a podobne. Obrovským pozitívom ale bolo, že napriek tomu, že jej stav sa zlepšoval len pomaly, nikdy neprestala dôverovať v to, že spoločne môžeme naplniť jej cieľ a neprerušila našu spoluprácu. Postupom času sa dokázala síce trochu s neistotou a obavami, ale predsa prejsť po meste aj cez deň, a dokonca sa zapojila do speváckeho súboru, pri rímsko-katolíckom kostole, s ktorým absolvovala aj zájazd do zahraničia (Bulharsko). Kým spočiatku bola pod vplyvom silných antidepresív, postupom času ich obmedzovala a aj keď ich nikdy nevyšedila úplne (bola v stálom kontakte so svojím psychiatrom), spoliehala sa na ne stále menej a o to viac vyhľadávala mnohé aktivity, ktorými zaháňala depresívne myšlienky.

V čase, keď sme s Evou ukončili naše stretnutia, sme opäť zisťovali jej subjektívnu spokojnosť na škále od nula – maximálna nespokojnosť po 10 – maximálna spokojnosť. Eva uviedla, že jej spokojnosť by sa dala hodnotiť asi na 7 – 8, čo bolo v porovnaní s tým, keď sme začínali naše stretnutia (vtedy to bolo na 4-ke), veľkým posunom k lepšiemu. Naše stretnutia sme ukončili v čase, keď sa Evin stav zlepšil natoľko, že dokázala zvládať svoju depresiu, nachádzala v sebe dosť vnútornej energie i zdrojov na to, aby sa ani v budúcnosti nepoddala depresii. V tom čase už mimochodom schudla asi 8 kíľ.

Keď sme sa asi pred pol rokom náhodne stretli v meste, Eva bola pekne upravená, oblečená v pestrom oblečení a čo je najpodstatnejšie, bola štíhla a pôsobila príjemným a spokojným dojmom.

*PhDr. Zoltán Šafran
psychológ RPPS Stropkov*

Kazuistika 2

Klientela referátu poradensko – psychologických služieb v Stropkove je široká. V škále problémov, s ktorými sa na referát obracajú klienti si zasluhuje pozornosť aj nasledujúci prípad vysokoškolača R. S.

R. S. sa narodil pred dvadsiatimi rokmi v rodine vysokoškolákov, obaja sú učitelia, 47 a 46 roční. Má staršiu sestru, 23 ročnú, slobodnú t. č. tiež vysokoškolačku.

Vyrastal v usporiadaných pomeroch, rodina bola založená mierne konzervatívne, čo je vzhľadom k profesii rodičov aj primerané.

R. S. sa učil veľmi dobre. Na základnej škole bol vždy vyznamenaný, preto sa rodičia rozhodli prihlásiť ho na 8 ročné gymnázium.

Aj počas štúdia na 8 ročnom gymnáziu dosahoval R. S. výborné výsledky. Keď bol asi v kvinte (5. ročník) teda asi 15 ročný vyhľadal psychológa a požiadal ho o vyšetrenie intelektových schopností. Výsledky vyšetrenia boli výborné, psychológ mu nameral úroveň intelektu blížiacu sa ku genialite. Tomu zodpovedali aj školské výsledky a aj široká škála záujmov.

Začal navštevovať anglickú jazykovú školu, pokračoval v štúdiu na základnej umeleckej škole, venoval sa všetkému, čo súviselo s prírodou, k tomu sa pridružila cyklistika a samozrejme počítače.

Pretože v škole študoval bez ťažkostí a v počítačoch videl aj svoju budúcnosť, rozhodol sa, že po ukončení gymnázia pôjde študovať tento technický odbor. Poslal si prihlášku na viacero vysokých škôl, medzi ktorými nechýbala ani pražská Karlova univerzita. Bol prijatý na všetky vysoké školy preto si mohol vyberať. On sa rozhodol, že to skúsi na Karlovej univerzite v Prahe.

Počas svojho vývinu bol ladený skôr uzavretejšie, z hľadiska temperamentu by sa na neho hodil popis flegmatika. Hoci bol tichší, nikdy si z ničoho nerobil ťažkú hlavu, problémy dokázal riešiť bez búrlivých sprievodných emócií.

Po prázdninách, po ukončení gymnázia, nastúpil na Vysokú školu technickú Karlovej univerzity v Prahe.

S rodičmi bol v kontakte prostredníctvom mobilu ale aj e - mailu. Asi po mesiaci si rodičia všimli, že R. začal častejšie ako predtým uvádzať v mailových správach svoju nespokojnosť s rozličnými usernameami.

Písal o problémoch s ubytovaním , o tom, že štúdiom na vysokej škole si predstavoval ináč a podobne. Bolo cítiť, že R. nie je spokojný, ale nikdy to takto otvorene nepovedal.

Blížilo sa skúškové obdobie a R. začal robiť skúšky. Ako vždy doteraz nemal problémy ani tento krát a skúšky za zimný semester urobil na prvý termín. O to väčší bol šok rodičov, keď prišiel R. domov a oznámil im, že prerušil štúdiom a pravdepodobne sa už do tejto školy nevráti. Našťastie rodičia prijali toto rozhodnutie s porozumením, a nenútili R. aby si to ešte rozmyslel. Ani to nebolo potrebné, pretože R. cítil voči rodičom výčitky, bol presvedčený, že ich sklamal a to postupne spôsobovalo, že sa u R. začali objavovať pocity smútku, prestávalo ho baviť to, čo ho predtým bavilo, stával sa čoraz depresívnejším. Pretože si to uvedomoval aj on sám, rozhodol sa, že vyhľadá lekársku pomoc. Obrátil sa na psychiatra, ktorý u neho diagnostikoval začínajúcu depresívnu schizofréniu a predpísal antidepresíva. Tieto lieky R. utlmili ešte viac, väčšinu dňa potom prespal, stával sa neschopným uplatniť svoju vôľu.

Tu si rodičia uvedomili, že je najvyšší čas pomôcť R. Sami vyhľadali psychiatra a prekonzultovali s ním možnosti a dôsledky terapie, nechceli sa zmieriť s myšlienkou, žeby ich syn trpel duševnou chorobou. Dohodli si ďalšie, tento krát psychologické vyšetrenie na referáte poradensko-psychologických služieb v Stropkove. Jeho závery im dali novú nádej, pretože psychológ uzavrel vyšetrenie so záverom reaktívny depresívny stav, teda stav, ktorý vznikol u R. ako dôsledok nezvládnutých problémov, ktoré sám nedokázal riešiť pravdepodobne v čase, keď nastúpil na VŠ . Psychológ potom odporučil konkrétne pomalé kroky, ktoré spoločne museli celá rodina absolvovať. Spočiatku sme sa s R. stretávali každý týždeň, neskôr boli stretnutia raz za dva týždne a nakoniec raz za mesiac. Celkove sme sa stretli 15 krát.

Takto mohol R. postupne znižovať dávky antidepresív až nakoniec ich prestal užívať úplne. Opäť sa začal stávať aktívnejším, začal sa postupne venovať svojím záujmom a najviac sa začal venovať cyklistike. Chodil na cykloturistiku do blízkeho okolia, absolvoval rôzne lesné túry. Rodičia s pochopením a potešením sledovali túto postupnú premenu R. Po krátkej dobe im oznámil, že opäť sa chce prihlásiť na vysokú školu, tento krát humanitného zamerania. Bolo to prekvapujúce, rodičia sa obávali, aby zvýšená záťaž opäť nespôsobil zdravotné problémy , ale prejavili plnú podporu a dôveru, že to R. určite zvládne.

R sa začal pripravovať na prijímacie pohovory, medzitým sa zoznámil a začal chodiť s dievčaťom, v ktorom tiež našiel oporu.

Výsledky prijímacích skúšok dopadli výborne, R. bol tretí najlepší, čo len potvrdilo jeho naozaj vysokú úroveň rozumových schopností. Nastúpil na vysokú školu a v súčasnosti bude končiť prvý ročník. Zdravotne sa cíti dobre, opäť je sám sebou, je spokojný so svojim výberom vysokej školy, darí sa mu v partnerskom vzťahu. Príležitostne si dohodne ďalšie konzultácie na RPPS a navštevuje aj sedenia skupinovej psychoterapie v mieste sídla školy.

ZÁVER: ako z uvedenej kazuistiky vidieť, problémy „nechodia po horách ale po ľuďoch.“

R. ako veľmi úspešný študent poznal svoje schopnosti a pri voľbe školy rozhodli práve ony. Nepoznal však podmienky na vysokých školách a internátoch, ktoré vzhľadom k jeho osobnostnému založeniu boli náročné a ukázalo sa, že nad jeho sily. Skutočnosť, s ktorou sa musel sám vyrovnáť v Prahe bola nečakane zložitá.

Nechcel zaťažovať svojich rodičov, voči ktorým cítil veľkú zodpovednosť, a tak sa pokúšal riešiť svoje problémy sám. Nepodarilo sa mu to.

Našťastie doma mal rodičov, ktorí mu dôverovali, nenútili ho robiť niečo, čo on akosi podvedome odmietal (napríklad vrátiť sa do školy v Prahe, keď si ju už vybral a pod.), nevzdali to, ale aktívne vyhľadali pomoc. Nechali si poradiť a viesť. Pozitívnu úlohu zohrala aj láska v živote R. , ktorú si našiel v preňho dosť ťažkej chvíli, ale ktorá sa mu stala okrem rodičov ďalšou oporou. Nakoniec sám R. dokázal prehodnotiť svoje schopnosti a vybral si školu, s ktorou je spokojný a úspešne ju aj študuje.

*PhDr. Zoltán Šafran
psychológ RPPS Stropkov*



Dovolili mu rozťahnuť krídla, aby zistili, aké rozmery musí mať klieťka.

Tomáš Janovic

TÉMA

NEŠPECIFICKÉ A NOVODOBÉ FORMY PORÚCH PRÍJMU POTRAVY

Mgr. Eva Krivosudská

Fyzický vzhľad je jedným zo základných aspektov identity. Vnímanie a prežívanie vlastného tela, ako aj predstavy o jeho atraktivite, sú individuálne veľmi odlišné. Sú ovplyvnené nielen sociálnym a kultúrnym kontextom, psychickými vlastnosťami, procesmi a stavmi jedinca, ale aj podobnosťou so spoločenským ideálom. Ak by sme mali zhrnúť podstatné vlastnosti dnešného telesného ideálu prezentovaného médiami, určite by medzi nimi figurovala štíhlosť, mladosť a pevnosť, ktorá často pôsobí, ako propagácia porúch príjmu potravy.

Tradične bol dôraz na telesný vzhľad kladený len u žien. V posledných rokoch sa ale situácia mení. Obeťami kultu tela sa stále častejšie stávajú aj muži. Pribúda počet chorých s rôznym vzdelaním, kultúrnym a rodinným zázemím. Rozširuje sa veková hranica začiatku ochorenia ako i samotná pestrosť porúch príjmu potravy (Šilarová, 2007).

V Medzinárodnej klasifikácii chorôb (aktuálna skratka MKCH - 10, medzinárodne: International Classification of Diseases, ICD - 10) (www.sk.wikipedia.org) a Diagnostickom a štatistickom manuáli duševných porúch (aktuálna skratka DSM - IV) sú popísané najzreteľnejšie vymedzené a zároveň najdôležitejšie syndrómy, akými sú anorexia nervosa a bulimia nervosa. Avšak vzhľadom k veľkému počtu pacientov, ktorí sa nejako odlišujú alebo nespĺňajú niektoré z presne stanovených diagnostických kritérií, sa obidva manuály venujú i atypickým, alebo inak nešpecifickým poruchám (kam patrí napr. binge – eating, porucha či syndróm nočného prejedania) (Krch, 1999), ktoré sa vám spolu s ortorexiou a bigorexiou budem snažiť priblížiť v mojom príspevku.

Inak nešpecifické poruchy príjmu potravy

Do tejto kategórie zahrňame poruchy, ktoré nespĺňajú všetky diagnostické kritériá špecifickej poruchy (mentálna anorexia/mentálna bulímia), alebo ktoré spĺňajú všetky kritériá okrem jedného (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Porucha Binge – eating (F 50.9)

Binge – eating (porucha záchvatového prejedania, binge – eating disorder, BED) môže byť klasifikovaná ako „bližšie neoznačená porucha príjmu potravy“

pod kódom F 50.9. (Jacobi, Paul, Thiel, 2006). Je definovaná podobne ako záchvatové prejedanie u mentálnej bulímie, len je bližšie špecifikovaná. Epizódy prejedania sú spojené aspoň s tromi z nasledujúcich charakteristík (Krch, 1999):

- 1 - človek značne rýchlejšie je než obvyklé
- 2 - je až po nepríjemný pocit preplnenia
- 3 - konzumuje veľké množstvo potravy bez toho, aby pociťoval fyzický hlad
- 4 - je osamote, pretože sa hanbí, že je tak veľa
- 5 - po prejedaní je sám sebou znechutený a deprimovaný, pretože sa cíti veľmi previnilo
- 6 - v súvislosti so záchvatmi prejedania sa objavuje pocit úzkosti
- 7 - k záchvatom prejedania dochádza aspoň dvakrát do týždňa po dobu šiestich mesiacov
- 8 - záchvatové prejedanie nie je spojené s pravidelným kompenzačným správaním.

Zásadný rozdiel medzi poruchou binge - eating a bulímiou spočíva v tom, že u binge - eating sa po záchvate žravosti nevyskytujú pravidelné (podľa niektorých štúdií výskyt aspoň dvakrát do týždňa) opatrenia proti priberaniu, ako je samoindukované vracanie alebo abúzus laxatív. Namiesto časovo ohraničených epizód sa tu hovorí skôr o dňoch, keďže koniec záchvatu prejedania sa, sa nedá presne určiť, nakoľko naň nenadväzuje kompenzačné správanie. V dôsledku nepravidelnosti alebo úplného vynechania kompenzačných opatrení trpí väčšina pacientov s binge eating nadváhou (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

V poslednej dobe sa problematike záchvatového prejedania venuje veľká pozornosť. Existujú informácie, že napriek tomu, že sa záchvatové prejedanie vyskytuje dvakrát viac u žien (60%), zastúpenie mužov je častejšie než v prípade iných porúch príjmu potravy, a že počiatok poruchy sa často prejavuje až v staršom veku. Pokiaľ ide o vzťah obezity a záchvatového prejedania ukazujú sa, že čím je obezita ťažšieho stupňa, tým častejšie sa možno stretnúť i so záchvatovým prejedaním (www.athealth.com). Mnohí z kompulzívnych jedákov trpia depresiou alebo úzkosťou. Zvyčajne sa hanbia za to, že sa nevedia kontrolovať v jedle, ako aj za svoj fyzický výzor. Jedlom tíšia alebo odbúravajú určité emócie: samotu, smútok, hnev a vyrovnávajú sa so stresom. Porucha je expresívnym vyjadrením hlbokého psychického problému a nie fyzického hladu (www.helpguide.org). Odhaduje sa, že priemerná dĺžka trvania binge – eating je 14 – 15 rokov.

Syndróm nočného jedenia (*night eating syndrome, NES*)

Syndróm nočného jedenia bol prvýkrát opísaný dr. Albertom Stunkardom v roku 1955, no do všeobecného povedomia sa dostal až v roku 1999. Pre syndróm je príznačný nedostatok chuti v čase raňajok (tzv. ranná anorexia), nespavosť a nočné prejedanie. Postihuje 1 - 2% celkovej populácie, pričom sa častejšie vyskytuje u mladých žien. Z výskumov vyplýva, že depresia, úzkosť, stres, a neúspešné pokusy o schudnutie môžu byť spúšťačom. (www.en.wikipedia.org). Hormonálna nerovnováha v podobe narušenej hladiny melatonínu sa podpisuje pod nespavosť a nízka hladina leptínu, ktorý má za úlohu krotiť apetít, sa v dôsledku nespavosti prejavuje záchvatmi hladu (Noci s nepriateľom, Eva, 2006).

Rozdiel medzi NED a poruchou binge - eating je najmä v tom, že ľudia s nočnou poruchou skonzumujú relatívne malé občerstvenie s vysokým obsahom kalórií, prudko nezdravé v nočných hodinách a oveľa častejšie. Obvykle potom v dopoludňajších hodinách nemajú hlad. Naopak osoby trpiace záchvatovým prejedaním skonzumujú veľké porcie jedla a viackrát, či v rôznych časových horizontoch v priebehu dňa. Napriek tomu, že sa noční jedáci často sťažujú na neschopnosť prestať jesť, keď raz začnú, len vzácné hovoria o hlade a nemusia jesť, ak jedlo nie je k dispozícii (www.mamashealth.com).

Novodobé poruchy príjmu potravy

V súčasnosti ešte nefigurujú v žiadnom oficiálnom manuáli medzi poruchami príjmu potravy, no odborníci na ne upozorňujú stále častejšie. Je im venovaná zvýšená pozornosť.

Ortorexia

Ortorexia je relatívne nový pojem, ktorý sa začal používať na označenie správania sa ľudí, ktorí až chorobne kontrolujú zloženie svojej stravy, tzv. diagnóza správneho stravovania. Pre ľudí trpiacich ortorexiou, pričom choroba postihuje aj mužské pokolenie, sa po určitom čase stane šialené dodržiavanie nutričných hodnôt a kalórií zmyslom života. Správne a zdravé stravovanie berú ako znak morálnej alebo dokonca duchovnej čistoty. Za svoju „cnosť“ sa nehanbia, neskrývajú ju, ako tomu býva pri ostatných poruchách príjmu potravy. Naopak, v spoločnosti sa ortorektici pýšia príkladnou sebadisciplínou (Mindžáková, 2009). Ženy trpiace ortorexiou venujú všetok voľný čas zháňaniu vhodných potravín. Plánujú si jedálny lístok najmenej týždeň dopredu, presne si vypočíta-

vajú príjem kalórií, vitamínov a minerálov. Pohrdajú osobami, ktoré sa stravujú „normálne“ a časom sa od normálne sa stravujúcich priateľov úplne izolujú. Ak náhodou zjedia niečo nezdravé, nastávajú pre ne kruté časy sebaobviňovania a smútku. Často si dávajú aj rôzne nepochopiteľné tresty. Napríklad sa prinútiť dodržiavať ešte tvrdší stravovací režim. Avšak všetky tieto zdravé opatrenia napokon vedú k podvýžive a fyzickým príznakom podobným ako pri anorexii.

Na základe skúmania prípadov ľudí trpiacich ortorexiou sa zistilo, že väčšie riziko vzniku je u ľudí so sklonom k submisivite a závislostiam, ktorí sa potrebujú podriaďovať autorite, ľudí s nedostatočným sebavedomím, ktorých ľahko ovplyvňuje okolie a taktiež u ľudí s rôznymi skrytými alebo prejavými neurózami (Bukovský, 2008).

V lepšom prípade, keď priebeh nie je taký tragický a ortorektik si uvedomí, že s ním nie je všetko v poriadku, zvolní tempo. To znamená, že si raz za čas – najlepšie pred zrakmi viacerých ľudí – dopraje aj niečo nezdravé. V niektorých prípadoch však môže táto posadnutosť viesť k psychickým problémom, dokonca až k smrti. Popudom pritom nie je túžba schudnúť, ale ušľachtilejší cieľ: jesť kvalitne a zdravo (Mindžáková, 2009).

Bigorexia

Nadmerná starostlivosť o svoj vzhľad a telo už dávno nie je iba doménou žien. Čoraz viac chlapcov a mužov nie je spokojných so svojim telom, túžia vyzeráť inak a tak navštevujú posilňovne. Nie vždy sa to však končí iba formovaním postavy. Cvičenie až do odpadnutia a pritom neustála nespokojnosť s tým, ako telo vyzerá, začína sprevádzať množstvo mladých mužov. Nutkavé pestovanie svalovej hmoty, pre ktoré je typické sústredenie sa výlučne na vlastné telo, sprevádzané poruchou vnímania vlastného tela, sa nazýva bigorexia (Radomír, 2008). Odborný výraz je svalová dysmorfia (muscle dysmorphic syndrome, MDD), ale používa sa aj označenie reverzná anorexia. Napriek tomu, že bigorexia sama osebe nepredstavuje stravovaciu poruchu, je charakteristická pre mnohé osoby trpiace bulímiou a anorexiou, hoci sa môže vyskytovať aj samostatne. (www.wisegeek.com).

Bigorexiou trpia viac muži. Veria, že ich telesná schránka a hlavne svaly sú nedostatočne vyvinuté. Preto mnohokrát denne kontrolujú svoj obraz v zrkadle, viac času trávajú v posilňovni ako doma. Aj malé prestávky v cvičení považujú za stratu času, lebo vedú k prírastkom váhy. Nevedia si vydýchnuť ani vtedy, ak sa zrania alebo ochorejú a mali by odpočívať. Stávajú sa otrokmi svojich

svalov, čo vedie k zmene ich životosprávy a celkového spôsobu života. Bohužiaľ, nie zriedkavým javom u bigorektikov je zistenie, že samotné cvičenie im nestačí. Potom nastupujú vitamínové a posilňujúce preparáty a v neposlednom rade aplikácia anabolických steroidov. A odtiaľ už nie je ďaleko k zdravotným problémom, ktoré sú často sprevádzané psychickými poruchami ako zmena osobnosti, depresívne stavy, nárast agresívneho správania, napätia či úzkosti, výskyt abstinenčného syndrómu, ak osoba nemôže cvičiť. Tým, že muži, a predovšetkým dospievajúci chlapci, trávia v posilňovni aj niekoľko hodín denne, pričom nedbajú na únavu a preťažujú si organizmus, spôsobujú si nadmerné preťaženie srdca, pohybového aparátu, chrbtice, dochádza u nich k svalovej bolesti a krčom, majú problém s koncentráciou (Radomír, 2008).

Potenciálni bigorektici bývajú vyrovnaní a disciplinovaní, dokážu sa oddať cieľu, ktorý si predsavzali. Zvyčajne vynikajú aj v iných oblastiach svojho života, majú úspech v zamestnaní a je možné, že i nadmerne veľa pracujú. Posadnutosť cvičením môže byť rovnako ako poruchy príjmu potravy bránenie sa určitým emóciám a pocitom. Prostredníctvom nadmerného fyzického cvičenia sa osoba snaží upokojiť, chce mať pocit, že aspoň tento aspekt svojho života má pod kontrolou (Ladishová, 2006).

Na záver možno uviesť, že poruchy príjmu potravy sú jedným z neželaných produktov našej vyspelej, konzumnej, na výkon orientovanej spoločnosti. Spoločnosti, ktorá sa zameriava na fyzický výzor a proporcie tela. I keď sa to nezdá, muži s poruchami príjmu potravy trpia rovnako, ak nie i viac než ich ženské náprotivky, lebo prevažuje mienka, že ide o ženské problémy. Väčšina mužských pacientov sa neodvážia pripustiť si svoj problém zo strachu, že sa zosmiešnia.

Bibliografia:

Bukovský, I. (7.1.2008). Ortorexia – posadnutosť kontrolou stravy.

<http://www.zzz.sk/?clanok=3885>

Binge – eating disorder (BED). http://en.wikipedia.org/wiki/Binge_eating_disorder (1.5.2009). Binge – eating disorder. <http://www.athealth.com/Consumer/disorders/Bingeeating.html> (1.5.2009).

Binge – eating disorder. http://www.helpguide.org/mental/binge_eating_disorder.htm (2.5.2009).

Jacobi, C., Paul, T., Thiel, A. (2006). Poruchy príjmu potravy. Pokroky v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Krch, F. a kol. (1999). Poruchy príjmu potravy. Vymezení a terapie. Praha: Grada.

Ladishová, L. C. (2006). Strach z jedla. Ako odhaliť anorexiu a bulímiu. Ako im predchádzať. Ako ich liečiť. Bratislava: EPOS.

Medzinárodná klasifikácia chorôb. [http://sk.wikipedia.org/wiki/Medzinárodná klasifikácia_chorôb](http://sk.wikipedia.org/wiki/Medzinárodná_klasifikácia_chorôb) (25.4.2009).

Mindžáková, B. (1.5.2009). Správne stravovanie = diagnóza? <http://www.emma.sk/emma/wellnes-a-diety/zdravie/chorobne-zdrava.html>

Noci s nepriateľom. <http://lesk.cas.sk/cl/10191/117016/Noci-s-nepriatelom> (Eva, 5/2006) (1.5.2009).

Radomír (3.4.2008). Netrápi Vás bigorexia?. <http://magazin.atlas.sk/zdravie/zdravie-a-choroby/184983/netrapi-vas-bigorexia>

Šilarová, B. (2007). Vplyv telesných ideálov prezentovaných v masmédiách na subjektívnu spokojnosť s vlastným telom. Komparácia mužov a žien (ročníková práca). Trnava: Katedra psychológie FF TU.

What is bigorexia. <http://www.wisegeek.com/what-is-bigorexia.htm> (2.5.2009)

Interpohlavné rozdiely agresívneho správania v partnerskom násilí

Mgr. Miroslava Rosinová

Doteraz sa vždy predpokladalo, že muži sú oveľa agresívnejší a násilnejší ako ženy, a preto sa pár štúdií začalo zaoberať agresiou a násilnosťou dievčat a žien. V súčasnosti je viac dievčat a žien obvinených z násilných trestných činov ako v minulosti, čo viedlo k výskumu žien používajúcich násilnícke stratégie (Corrado et al, 1998).

Niektorí výskumníci si myslia, že ženy sa uchýľujú k agresii a násiliu pre iné dôvody ako muži. Žiaden samotný faktor ale nedokáže predpokladať agresívneho a násilného správania medzi ženami zahŕňajú systémové premenné ako rodina, komunita, sociálny kontext a individuálne (osobné) premenné. Zvyčajne je to však kombinácia viacerých faktorov (Andrews, Bonta, 1998).

Kultúra toleruje a podporuje mužskú agresiu a na mužov tlačí, aby sa správali maskulínne. Napriek tomu ženská agresia je tolerovaná predovšetkým ako obrana milovanej osoby. Maskulinita je charakterizovaná nezávislosťou a právomocou, zatiaľ čo feminita je znázornená vzájomnou závislosťou (LaViolette, Barnett, 2000).

Zaujímavé je, že väčšina ženskej agresie nie je nasmerovaná k iným ženám, ale k mužom a špeciálne k tým, s ktorými ženy žijú. Ak sa stane stupeň frustrácie neznesiteľným, ženy sú schopné takej fyzickej agresie ako muži. Fyzickému násiliu často predchádza verbálna agresia. Ale muži prestupujú z verbálnej do fyzickej agresie oveľa ľahšie ako ženy (Campbell, 1991).

Dr. Hoodová skúmala agresiu v charakteristickom kontexte a zistila, že ženy nemusia byť menej agresívne, len sú agresívne inak. Ženy sú v agresii menej nápadné a na svoju obranu sa naučili selektovať metódy, aby neprovokovali okolie. Dlhodobý výskum pod vedením dr. Hoodovej a jej kolegov na Univerzite v Severnej Karolíne poukazuje na to, že ani jedno pohlavie nie je agresívnejšie, len si muži a ženy zvolili rôzne zbrane (Niehoff, 1999).

Na závery štúdií ženskej agresie nadviazala skupina psychologov z Univerzity v Minnesote, ktorí identifikovali tri podkategórie agresívneho správania: vzťahová, nepriama a sociálna agresia. Vzťahová agresia zahŕňa činy, ktoré poškodzujú vzťahy iných alebo ich pocity.

Vzťahovo agresívne správanie je ignorovanie niekoho, používanie negatívnej reči tela, alebo negatívnych výrazov tváre, sabotovanie alebo vyhrážanie.

Nepriama agresia znamená správanie, v ktorom sa páchatel pretvaruje, že nebolo v jeho úmysle poškodiť druhého.

Sociálna agresia sa zameriava na zničenie sebaúcty a sociálneho statu druhého človeka.

Násilie mužov a žien má podobné motívy. Obe pohlavia majú rovnaký záujem v kontrolovaní správania iných pre svoje účely. Najväčší rozdiel medzi mužmi a ženami je v použití fyzického násilia. Analýzy policajných správ, údajov prvej pomoci a NCVS udávajú, že muži sú viac ako ženy zapojení do domáceho násilia, ale ženy častejšie nahlasujú napadnutie svojím partnerom (Felson, 2002). Je všeobecne známe, že muži sú fyzicky agresívnejší a autoritatívnejší ako ženy. Z historického pohľadu boli ženy trestané za prejavy agresie a boli nútené kamuflovať zámer poškodiť druhého človeka (Crowley, 1999).

Hoci stereotyp hovorí, že ženy musia byť menej agresívne a menej násilné, v lesbických vzťahoch sa taktiež vyskytuje partnerské násilie.

Staršia literatúra pri vysvetľovaní fenoménu interpohlavných rozdielov v agresii kládla dôraz najmä na úlohu biologických faktorov, pričom sa poukazovalo na fyziologické a biochemické rozdiely medzi mužmi a ženami. Novšie prístupy venujú naopak oveľa väčšiu pozornosť sociálnym činiteľom, konkrétne

pôsobeniu pohlavných a sociálnych rol, ale aj kultúrnych noriem na agresívne správanie (Campbell, Muncer, 1994).

V menej tradičnom ponímaní oboch rol môžeme badať prvky, ktoré sčasti problematizujú takéto ostré rozlíšenie. Je to napríklad norma rytierskosti, ktorá môže viesť k oslabovaniu prejavov mužskej agresie. Naopak, určitý dôraz na rozvíjanie asertivity v ženskom správaní môže v dôsledkoch byť istým stimulom aj pre častejší výskyt agresie. Väčší príklon mužov k agresii podmieňuje, že v menšej miere vnímajú také možné negatívne dôsledky, ako sú pocity viny alebo obavy zo zapríčinenia ujmy, ublíženia iným, či prípadne možnosť ohrozenia vlastnej osoby (napr. odvrata obeť agresie). V prípade žien sú tieto negatívne dôsledky vnímané ako silnejšie. Orientácia na zdôraznenie úlohy pohlavných a sociálnych rol a kultúrnych noriem vo vzťahu k interpohlavným diferenciam v agresii bola určujúcou pre metaanalytickú štúdiu Bettencourta a Millera (1996). V danom kontexte sa autori zamerali na funkciu provokácie a jej účinky na interpohlavné rozdiely. Overovali predpoklad, že v podmienkach provokácie sa tieto rozdiely znižujú. Vo všeobecnosti platí, že provokácia vedie k zvýšeným prejavom agresie. Je to založené na uplatnení normy recipacity, v súlade s ktorou provokácia poskytuje oprávnenie pre agresiu. Aspekt oprávnenosti agresie zohráva osobitnú úlohu u žien, keďže pôsobí proti tlaku vyplývajúceho z pohlavno-rolových noriem. Výsledky metaanalýzy experimentálnych štúdií potvrdili, že v podmienkach provokácie a so zreteľom k jej intenzite dochádza k stieraniu rozdielov v agresívnom správaní žien a mužov. To naznačuje, že prítomnosť provokujúcich stimulov znižuje efekt rolových očakávaní a noriem. Poukázali aj na niektoré ďalšie zaujímavé súvislosti týkajúce sa interpohlavných diferencí v agresívnom správaní. Diskutujú o otázke rozdielov v agresii v relatívne neutrálnych podmienkach (pri absencii provokácie). V nadväznosti na pohlavno- a sociálno-rolovú analýzu zdôraznili, že muži vo väčšej miere prejavujú tendenciu interpretovať pôsobiace podnety ako provokujúce. Týka sa to hlavne podnetov, ktoré možno označiť ako ambivalentné, nejednoznačné. To potom implikuje častejší výskyt agresívneho správania mužov. V skutočnosti však fyzická agresia predstavuje len jeden z typov agresívneho správania. Rozdiely medzi dievčatami a chlapcami vo vzťahu k nej sú zreteľné už od raného detstva (Maccoby, Jacklin, 1974).

Mužská pohlavná rola v určitom rozsahu stimulujúca agresiu obsahuje prijateľnosť fyzickej agresie. Naopak, ženská pohlavná rola potláča agresiu a fyzické ublížovanie je posudzované ako neprijateľné (Bandura, 1973). Jestvujú však alternatívne postupy správania, ktorých súvislosť s agresívnymi

tendenciami ubližovať nie je natoľko bezprostredná a tlak rolových očakávaní ustupuje.

Ženy sú fyzicky slabšie ako muži. Z tohto dôvodu sa vo väčšej miere spoliehajú na verbálne a hlavne nepriame spôsoby agresívneho správania. Akcentácia nepriamej agresie je spojená s oslabovaním vplyvu sociálno-rolových očakávaní. Campbell a Muncer (1994) na základe výskumov tvrdili, že muži sa skôr zapájajú do fyzickej agresie a do verbálnej agresie sa muži aj ženy zapájajú rovnako. Ženy zdôvodňujú svoju agresiu nadmerným stresom a stratou seba-kontroly. Muži nazerať na agresívne činy ako na ukázanie moci nad druhými, viac menej nazerať na agresiu ako na pozitívnu (inštrumentálna agresia). Ženy sa po agresívnom správaní cítia viac vinné ako muži.

Ženy viac ako muži pociťujú pocity viny, úzkosť a strach potom, čo sa dopustili agresívneho činu. Tieto emocionálne reakcie môžu inhibovať ďalšiu agresiu. Zníženie fyziologickej excitácie súvisí u žien s pocitom viny. U zlostných mužov naopak pocity takéhoto druhu vlastnú agresívnu reakciu neovplyvňujú alebo sa vôbec neobjavujú. Iba tie ženy, ktoré majú slabé pocity viny, môžu znížiť agresiu hladinu excitácie. Longitudinálne výskumy veľmi výrazne ukazujú, že vzorce agresívneho správania sa majú tendenciu uchovávať až do dospelosti. Takáto stabilita správania umožňuje oprávnene tvrdiť, že agresívne správanie je do istej miery funkciou všeobecnejšej tendencie – agresivity (Čermák, 1999).

Mytológia ženskej agresie

Najpresvedčivejší mýtus je, že zatiaľ čo muži sú prirodzene agresívni, ženy sú prirodzene neagresívne. Iný mýtus je, že ženy sú menej súťaživé, vyjadrujú agresiu nepriamo a skrývajú svoj hnev pod vplyvom pasivity alebo tréningu, potrebujú psychologické liečenie, ak sú veľmi agresívne, využívajú agresiu iba na obranu svojich detí a bežne sú motivované k agresii žiarlivosťou (Macaulay, 1985; White and Kowalski, 1994). Populárna predstava, že ženy sú viac empatické ako muži podporuje, že budú menej deštruktívne agresívne.

Ale ženy nie sú vždy poddajné a nevyhrážajú sa, ani ich agresia nie je stále iba predstavením alebo postojom. V osobných vzťahoch bojujú proti svojim agresorom fyzicky aj emocionálne. Vzдорujú dominancii, zápasia s nerovnosťou a usilujú sa o sociálnu zmenu. A takisto dokážu zraniť druhých. Rovnako zneužívajú, zabíjajú, spôsobujú utrpenie a dominujú nad druhými bolesťou a ponižovaním (Crowley Jack, 1999). Nie len muži zneužívajú ženy, ale násilie

sa vyskytuje v lesbických vzťahoch rovnako často ako v heterosexuálnych vzťahoch (Obejas, 1994; Renzetti, 1992).

Napriek presvedčivým dôkazom, že rodové rozdiely v agresívnom správaní sú sociálne vytvorené, bežné názory pretrvávajú, a to že agresia u žien je anomáliou.

Sociálne očakávanie a strach z odsúdenia inými ľuďmi ovplyvňujú to, akú časť zo svojich skúseností sú ženy ochotné odhaliť a akú skryť.

Agresia zo zúfalstva

Deštruktívna agresia vzniká dôsledkom psychickej bolesti. Zranenie tých, ktorí sú vnímaní ako tí, čo spôsobili bolesť, je takisto pokusom získania pocitu kontroly, keď sa človek cíti bezmocne. U žien škodlivá agresia vychádza zo strachu, strachu z odlúčenia, hanby, prekážok na ceste za splnením cieľov. Fyzické násilie s cieľom ublížiť druhým je najhoršia forma deštruktívnej agresie. Niektoré ženy využívajú deštruktívnu agresiu ako cestu na získanie spojenia, keď už stratili nádej na pozitívny vzťah. Ženy často využívajú deštruktívnu agresiu ako odplatu za zradu a zranenie. Zrada vyburcuje hnev a strach.

Veľa žien používajúcich agresiu ako sebaobranu cíti, že je pre nich nevyhnutné brániť sa takouto formou voči okolitému svetu.

Použitá literatúra:

Andrews, D. A., Bonta, J. (1998) *The Psychology of Criminal Conduct*. NY: Matthew Bender & Co.

Bandura, A. (1973) *Aggression: social learning analysis*. NJ: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Campbell, A. (1991) *Men, Women and Aggression*. New York: BasicBooks.

Campbell, A., Muncer, S. (1994) Sex differences in aggression. *Social representation and social roles*. *British Journal of Social Psychology*, 33, 233-240.

Cavell, T.A (2000). *Working with Parents Of Aggressive Children: A Practitioner's Guide*. Washington, DC: APA.

Corrado, R. et al. (1998) Teen Violence in Canada. In *Teen Violence: A global Perspective* edited by Sommers, R. And Hoffman, A. (San Diego, CA: Greenwood).

Crowley, J. D. (1999) Behind The Mask. Destruction and Creativity in Women's Aggression.

Čermák, I. (1998) Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou: Nakladatelství Fakta.

Felson, R.B (2002) Violence & Gender Reexamined. Washington, DC: American Psychological Association.

LaViolette, A.D., Barnett, O.W. (2000) It Could Happen To Anyone: Why Battered Women Stay. California: Sage Publications, Inc.

Macauley, J. (1985) Adding gender to aggression research: Incremental or revolutionary change. In V.E.O'Leary, R.K. Unger, and B.S. Wallston, eds., Women, gender, and social psychology. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Niehoff, D. (1999) The Biology of Violence. New York: The Free Press.

Obejas, A. (1994) Women who batter women. Ms. Magazine 5, 53.

Renzetti, C.M. (1992) Violent betrayal: Partner abuse in lesbian relationships. Newbury Park, California: Sage.



Keď prechádzaš peklom, neprestávaj kráčať.



*Bohovia dlho premýšľali, kde pred človekom skryť jeho vlastné tajomstvá.
Jedni navrhovali najvyšší vrchol sveta, druhí najhlbšie dno oceána.
Nakoniec sa rozhodli tieto tajomstvá skryť v samom človeku.*

ROZHOVOR



ROZHOVOR s Jonom Fredericksonom

V súčasnosti existuje niekoľko škôl krátkodobých dynamických terapií, ktoré združuje medzinárodná asociácia zážitkových psychodynamických terapií. Asociácia zahŕňa viaceré modalities, ako napríklad: Accelerated Empathic Therapy, Intensive Experiential-Dynamic Psychotherapy, Personality-Guided Relational Therapy, Attachment-Based Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy... Viac o týchto prúdoch a ich aplikácii nájdete na stránke www.iedta.net. Na tomto mieste by sme vás chceli upozorniť na publikáciu popredného predstaviteľa tejto asociácie Jona Fredericksona. Čitatelia na Slovensku a v Čechách majú možnosť zoznámiť sa s jeho vnímaním terapie a terapeutickú prax, ak si prečítajú knihu z vydavateľstva Triton (2004) Psychodynamická psychoterapie, s podtitulom Jak dobře naslouchat. Prinášame prepis rozhovoru Davida Van Nuysa v rozhlasovej relácii „Wise counselling“ s Jonom Fredericksonom nielen o tom, ako, ale hlavne prečo pracuje tak, ako pracuje.

David Van Nuys: Vitajte v relácii Múdre poradenstvo, ktorú sponzoruje spoločnosť Mentalhelp.net, a kde vedíme rozhovory o duševnom zdraví, duševnej pohode a psychoterapii. Ja sa volám Dr. David Van Nuys. Som klinický psychológ a Váš hosťiteľ.

Dnes a budeme rozprávať s Jonom Fredericksonom, MSW, o jeho práci s prístupom, ktorý je známy ako experienciálna dynamická psychoterapia. Jon Frederickson, MSW, je členom výkonného výboru výcvikového programu v Intenzívnej krátkodobej dynamickej psychoterapii (Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy, ISTDP) na Washingtonskej fakulte psychiatrie a pokladníkom Medzinárodnej asociácie experienciálnej dynamickej terapie. Jon je aj členom výboru výcvikového programu ISTDP vo Veľkej Británii a predsedom výboru výcvikového programu ISTDP v Nórsku. Pôsobí ako výcvikový terapeut v Dánsku, Poľsku a Taliansku, ako aj v USA. Je autorom vyše 20 publikovaných článkov a knihy s titulom Psychodynamická psychoterapie - jak dobře naslouchat. Vitajte, doktor Frederickson.

Jon Frederickson: Ďakujem.

David: Jeden z mojich poslucháčov mi napísal a navrhol, aby sme urobili rozhovor o experienciálnej dynamickej psychoterapie a citoval vás ako jedného z jej popredných predstaviteľov tu v Spojených štátoch, takže som rád, že mám túto príležitosť rozprávať sa s vami.

JF: Nuž, ja som rád, že mám príležitosť rozprávať o experienciálnej dynamickej terapii.

D: OK, dobre, možno, že najlepší spôsob, ako začať, je, že nám poviete, čo to experienciálna dynamická psychoterapia je.

JF: Iste. Je to súhrnný termín pre skupinu zážitkových krátkodobých terapií, ktoré sa zakladajú na psychodynamickej teórii. Máme teda v podstate model terapie, navrhnutý ako jednotný systém terapie, ktorý obsahuje omnoho kratšiu liečbu než je tradičná psychodynamická alebo psychoanalytická terapia. Považuje sa za jednu z krátkodobých dynamických psychoterapií a je zážitková v tom zmysle, že sa zakladá na skutočnom prežívaní a vyjadrovaní pocitov, ktorým sa pacienti obyčajne vyhýbajú. A je psychodynamická v tom, že vychádza z Freudových pojmov nevedomého konfliktu, prenosu, obrany a odporu. Je to teda psychodynamická terapia, ale je zameraná zážitkovo a je omnoho rýchlejšia ako tradičná psychoanalytická terapia.

D: Tak, keď hovoríte tradičná psychoanalytická terapia, myslíte, predpokladám, tri až päť krát týždenne možno takých päť rokov?

JF: Presne. Áno, toto je druh krátkodobej terapie, ktorá sa snaží dosiahnuť významnú zmenu charakteru za veľmi krátke časové obdobie. Ak máte pacienta s dosť malým odporom, mali by ste urobiť nejakú významnú zmenu charakteru za 10 sedení; ak pacient kladie veľký odpor, tak možno za 40 sedení; a ak je to niekto, kto je krehký, tak možno 50 až 150 sedení. Je to teda prístup, ktorý sa dá aplikovať na široký okruh pacientov, ale je navrhnutý tak, aby sa zmena charakteru dala dosiahnuť omnoho rýchlejšie než, povedzme, to dokáže psychoanalytická liečba štyrikrát týždenne päť rokov.

D: OK, 40 až 50 sedení sa možno niektorým ľuďom nebude zdať ako krátkodobá liečba; keď to však porovnáte s liečbou, ktorá sa deje tri až päť krát týždenne po dobu možno päť rokov, myslím, že v porovnaní s tým to je krátkodobé.

JF: A keď sa pozrieme na choroby, ktoré liečime, pretože sme robili výskum, kde sme pracovali s pacientmi, ktorí mali napríklad poruchu osobnosti alebo s pacientmi, ktorí mali vážne somatické poruchy alebo s pacientmi, ktorí mali opakované problémy – klasický druh somatických porúch, keď mali žalúdočné

ťažkosti, žalúdočné kŕče – alebo pacientov, ktorí trpia, povedzme, depresiou. A u mnohých týchto pacientov sme schopní za 40 sedení dosiahnuť významnú charakterovú zmenu a aj kontrola po dlhej dobe dopadne dobre, tak to je podstatný výsledok pre krátkodobú terapiu.

D: Hej, bol som na stránke asociácie, na stránke Medzinárodnej asociácie experienciálnej dynamickej psychoterapie a prekvapilo ma, že veľa raných Freudových prípadov bolo celkom krátkych.

JF: Tak je.

D: A to možno prekvapí aj väčšinu našich poslucháčov. Čo nám môžete povedať o tom?

JF: Och, to je úžasný príbeh. Viete, Freudove rané analýzy netrvali dlhšie ako šesť mesiacov. Liečil ľudí, ktorí boli cezpoľní a vlastne urobil niekoľko veľmi slávnych krátkych terapií. Napríklad skladateľ Gustav Mahler ho vyhľadal kvôli terapii a išli na popoludňajšiu prechádzku, ktorá trvala asi tri hodiny, počas ktorej sa Mahlerove ťažkosti vyriešili, vlastne počas trojhodinového sedenia na prechádzke v parku. A dirigent Bruno Walter tiež prišiel za Freudom, tiež na krátkodobú liečbu, ktorá trvala myslím len jedno alebo dve sedenia.

D: Och, to je fascinujúce. Nevedel som o týchto prípadoch. Ako sa to potom vyvinulo do situácie, ktorú poznáme neskôr, keď sa z toho stal taký dlhodobý proces?

JF: Tak to je veľmi zaujímavý príbeh. Freud si vo svojej ranej práci myslel, že musíte byť veľmi aktívny pri práci s obranami a že sa musíte veľmi angažovať. A Freud bol vlastne veľmi aktívny terapeut, ktorý sa veľmi angažoval a veľa sa s pacientom rozprával. A stalo sa to, že stratil - myslím, sčasti kvôli teórii, sčasti kvôli svojmu charakteru, sčasti kvôli ťažkostiam v živote – stratil ilúzie o svojej práci a napokon, ku koncu svojej práce – spomínate si na článok „Analýza konečná a nekonečná“ – začal vážne pochybovať o psychoanalýze vôbec ako o liečebnej metóde. Sám zaujal a obhajoval omnoho pasívnejší postoj, hoci sa potom stalo to, že ďalší analytici boli omnoho pasívnejší, než Freud kedykoľvek bol. Pred niekoľkým rokmi bol v časopise Americkéj psychoanalytickej spoločnosti zábavný článok o tom, že Freud by dnes nedostal certifikát z inštitútu, pretože bol taký aktívny.

D: To je fascinujúce.

JF: A pretože toľko rozprával. Viete, jeden z jeho prípadov bol slávny prípad vlčieho muža a poznámka k tomuto prípadu v jednom dni znela: „Bol hladný,

dostal jest.“ Vidíte? Lebo vlčí muž bol v tom čase chudobný. Takže vidíme, že psychoanalýza sa posunula od veľmi zážitkového zamerania a veľmi aktívnej práce na obranách k omnoho pasívnejšiemu, neaktívnemu prístupu.

A je zaujímavé, že niektorí z Freudových stúpcov, napríklad Ferenczi a Rank, vypracovali formu krátkodobej terapie, ktorá sa zakladala na psychoanalýze v 1920-ych rokoch. A jeden z Ferencziho žiakov, Michael Bálint v Anglicku, tiež vyvinul krátkodobú terapiu založenú na psychoanalýze v 40-tych a 50-tych rokoch. A jeho žiak, David Malan viedol výskum krátkodobej terapie v Londýne na Tavistockom inštitúte, skutočnom stredisku psychoanalýzy.

A Malan, samozrejme, vyrastal v oblasti psychoanalýzy, kde všetci analytici hovorili, že krátkodobá terapia je povrchný model, však? A tak porovnal pacientov, ktorí prešli analýzou a pacientov, ktorí prešli jeho modelom krátkodobej terapie. A zistil, že výsledky krátkodobej terapie sú rovnako dobré a v niektorých prípadoch lepšie ako výsledky tých, ktorí prešli psychoanalýzou.

D: No, to je skutočne fascinujúce. Teraz žijeme v časoch, keď prevláda kognitívno-behaviorálna terapia a myslím, že je to spôsobené sčasti aj tým, že by terapeuti tvrdili, že je svojou povahou krátkodobá. Vy ste však v inom tábore a psychodynamický prístup, všeobecne povedané, je na ústupe, hoci ešte stále existuje veľa terapeutov, ktorí ho používajú. Aký je váš názor na KBT, ak vás môžem zahnať do úzkych?

JF: Vôbec nie. Vlastne, ja si myslím, že je dôležité chápať experienciálnu dynamickú terapiu ako terapiu založenú na psychodynamickej teórii, no pritom používajúcu techniky z ktoréhokoľvek iného prístupu. A tak, napríklad, by som rád pristúpil k vašej otázke z hľadiska kauzality. Napríklad, čo je príčinou pacientových ťažkostí? A v psychodynamickej teórii sa opierame o tento druh kauzality: vo vzťahu sa stane nejaká udalosť, ktorá spúšťa určité pocity v pacientovi. Pacient začne pociťovať úzkosť v dôsledku týchto pocitov a potom používa obranné mechanizmy, aby sa vyrovnal s touto úzkosťou a pocitmi. Tieto obrany vytvárajú pacientove problémy a symptómy, s ktorými prichádza.

Povedzme napríklad, že k vám príde jedna žena. Je trochu v depresii. Porozpráva vám o problémovej situácii, v ktorej jej priateľ dal facku. Vieme, že adaptívna reakcia by bola nahnevať sa na toho, kto ju udril. A dozvieme sa, že sa hnevá a kvôli tomu trpí úzkosťou. Ale potom sa jej opýtame na hnev a ona nad tým začne hľbať. Predpokladám, že povie niečo ako: „No, musela som urobiť niečo zle. Musí to byť moja vina. Neviem celkom presne, prečo to spravil.“ Tak by sme videli obrátenie zlosti voči sebe; videli by sme hľbanie; videli by

sme intelektualizáciu. A tieto obranné mechanizmy by jej spôsobili depresiu a udržiavali by ju zaseknutú v zlom vzťahu.

No a kognitívna terapia celkom správne hovorí, že keď hľba, keď intelektualizuje a keď má takéto chybné kognície, spôsobí jej to depresiu. A to je absolútna pravda. S kognitívnou terapiou by sme nesúhlasili v tom, že my by sme povedali, že je to nedostatočná príčina. Pretože by sme jej mohli pomôcť s kogníciami – čo by boli v našom jazyku obrany – ale musíme jej pomôcť aj s úzkosťou, ktorú spúšťa jej hnev a musíme jej pomôcť prežiť svoj hnev čo najhlbšie, aby už nespúšťal úzkosť, aby nespúšťal obrany a aby sa naučila uniesť svoj hnev a nasmerovať ho do zdravej, adaptívnej asertivity, nie do maladaptívnych obrán. Takže my by sme súhlasili s kognitívnou terapiou, pretože zachytáva koniec príčinného reťazca, ale nesúhlasili by sme s ňou v tom, že to je celá kauzalita.

Druhá vec je, že kognitívna terapia podľa nášho názoru osedláva koňa naopak, smerom k chvostu, pretože je presvedčená, že kognície spúšťajú úzkosť. V našom prístupe tomu rozumieme tak, že pocity spúšťajú úzkosť a až potom, aby zvládol pocity úzkosti, pacient použije chybné kognície ako druh obrany, aby zvládol svoj hnev a úzkosť. Takže my to chápeme tak, že nevedomé pocity alebo takmer nevedomé pocity alebo niekedy dokonca vedomé pocity, povedzme, hnevu alebo smútku spúšťajú úzkosť a potom vedú k obranným mechanizmom.

D: To je zaujímavé. Myslím, že sa to týka dlhodobej debaty medzi psychodynamickým a kognitívnym prístupom, pretože ak kognitívnemu tábora dobre rozumiem, oni by povedali, že akonáhle odstránite hľbanie, myšlienky, chybné asociácie a presvedčenia, odstránite aj úzkosť; že práve tieto myšlienky vytvárajú úzkosť.

JF: Správne, ale vieme... vidíte, Dave... a poznáte Barlowa, čo je veľmi významný kognitívny terapeut, už opustil myšlienku kauzality. A dôvod, prečo ju opustil, je, a tak to je správne, že povedal, že musíme venovať pozornosť tomu, čo nám ukazuje neurológia. Pretože neurológia nám skutočne ukazuje – napríklad práca Joea LeDoux – nám ukazuje, že úzkosť v amygdale spúšťa nevedomé zistenie hrozby a len keď sa aktivuje amygdala, len potom nasleduje pomalá cesta do mozgovej kôry, kde sa vytvárajú tieto myšlienky. Takže v skutočnosti sa najprv udeje nevedomá aktivácia; len neskôr sa aktivuje kôra a v tomto bode sa môžu vyskytovať vedomé myšlienky a tie potom môžu byť potlačené. A prečo môžu emócie zapríčiniť nevedomé zistenie hrozby? No, pretože sme, samozrejme, zvieratá a zvieratá – aby prežili v divočine – musia mať systém ne-

vedomého zisťovania hrozby, aby prežili a musia reagovať okamžite, aby utiekli predátorovi, všakže?

D: Áno.

JF: Ktorýkoľvek z našich predkov, ktorý posedával a hovoril: „Hmm, voľný štvornožec. Hmm, pekné pazúry. Hmm, strašne vrčí. Beží ku mne.“ Chrum. Každý taký náš predok sa stal obedom. Neostal po nich genetický fond. Takže musí existovať automatický systém, ktorý vedie k prežitiu. A samozrejme to vidíme aj v neurológii, a práca Joea LeDoux to krásne vysvetľuje. A prečo je to tak u ľudí, prečo emócie aktivujú tú hrozbu, je životne dôležité, pretože pre nás, náš systém úzkosti nespúšťajú levy, tigre a medvede, pretože nie sú súčasťou nášho života. Aby ľudia v útlom detstve prežili, musí sa o nás niekto starať, aspoň 10 rokov, aby sme dokázali prežiť sami.

D: Áno aspoň.

JF: A tak dieťa musí mať niekoho, kto sa oň bude starať a tak každá emócia, ktorú dieťa má a ktorá rodičov zúzkostňuje, je potenciálnou hrozbou pre bezpečie dieťaťa, pretože ohrozuje bezpečie väzby. A tak týmto, čo by ste mohli nazvať podobne ako v behaviorálnej terapii podmienenou reakciou, keď si dieťa uvedomí, že má určité pocity a rodič reaguje zle, alebo keď má určité pocity a rodič reaguje úzkosťou, dostanete podmienenú reakciu pocitu úzkosti. Dieťa sa môže v ideálnom prípade obrátiť na svojich rodičov, aby mu pomohli s týmito pocitmi, čím sa učí regulovať svoje pocity, ktoré sa napokon vždy iniciujú vo vzťahoch.

Na pacientov, ktorí prichádzajú za nami, ich rodičia obyčajne nereagovali tak dobre – možno tam bol trest, možno tam bolo odsúdenie, možno sa rodičia vystrašili. Dieťa sa potom naučilo spoliehať sa na svoje obranné mechanizmy, ktoré viedli k afektívnej disociácii, teda odštiepeniu afektu, a nie na rodiča, ktorý mu mohol pomôcť dosiahnuť reguláciu jeho pocitu. A tak by sme s behavioristami súhlasili v tom, že úzkosť sa spája s týmito afektmi pomocou podmienenovania a že skutočne musíme prerušiť toto podmienené puto. No zatiaľ, čo sa behavioristi môžu snažiť niekoho vystaviť určitému podnetu, ako napríklad prechodu cez most alebo nastúpeniu do lietadla, ak sa niekto bojí prejsť cez most alebo letieť lietadlom, my tu musíme vystaviť pacienta skutočnému podnetu, čo je určitá emócia, ktorá spúšťala úzkosť a potom automatickým obranám, ktoré boli kedysi formou prežitia pre dieťa, no potom, v dospelosti, vytvorili súčasné problémy.

D: To je úžasná odpoveď pre našich poslucháčov. Spomenuli ste Davida Barlowa, s ním som tiež urobil rozhovor v tejto relácii.

JF: Och, skvelé.

D: Áno, asi pred rokom. A nedávno som sa zúčastnil seminára, kde sa hovorilo trochu aj o práci Joea LeDoux o amygdale a o tom, ako sa obchádzajú čelné laloky v mozgu a dochádza k okamžitej reakcii boj alebo útek, ktorú amygdala tak rýchlo sprostredkuje. To je úžasné, počúvať o týchto myšlienkach aj tu. Teda, tento prístup – to je hotový jazykolam: krátkodobá dynamická terapia sa premenovala na experienciálnu dynamickú psychoterapiu. Čo bolo motívom pre zmenu názvu?

JF: Chceli sme zdôrazniť, že to je zážitkový prístup, že máme spoločné presvedčenie, že je to psychodynamická terapia, ale dôraz je na zážitku pacientových emócií počas sedenia. A aj na zážitku pacientovej emocionálnej blízkosti a vzťahovej väzby na sedení.

D: OK, pravdepodobne teda iní ľudia, povedzme, tradičnejší psychoanalytici by mohli vyhlásiť: „Ale to, čo robíme, je zážitkové. Obrany prichádzajú a my analyzujeme odpor a obrany a ľudia prežívajú emócie a to je zážitkové.“ Tak povedzte niečo viac o tom, prečo je váš prístup zážitkový a ako urýchľuje terapeutický proces.

JF: To je úžasná otázka. Myslím, že už je dosť jasné, čo máme na mysli pod pocitmi. Myslím, že je absolútne jasné – a myslím, že to je skutočne jasné v našom obore – a to to, že pocity sú prvoradým a najdôležitejším fyziologickým zážitkom v tele. Pocity nie sú len to, čo si myslíte, že sú; sú cítením prežívania v tele. Len si spomeňte na výskum strachov a obáv Antonia Damasia, v ktorom poukázal na to, že naša schopnosť cítiť pocity a telesné prežívanie týchto pocitov poskytuje základ pre cítenie seba. A kde dokázal, že pacienti, ktorí mali poškodený mozog tak, že to poškodilo ich schopnosť prežívať pocity, už nemali to, čo nazývame intuícia. Ich rozhodnutia boli chybné. A poznáme Levinsonov výskum starostí a obáv, ktorý ukazuje, že každý pocit sa asocjuje so svojou vlastnou jedinečnou aktiváciou autonómneho nervového systému. A potom tu máme výskum Ekmana, ktorý dokazuje, že každý pocit sa asocjuje so svojím vlastným jedinečným výrazom tváre a tak je to na celom svete. A potom tu máme výskum, ktorý urobil Fosha, ktorý dokazuje, že každý pocit sa asocjuje so svojou vlastnou tendenciou k adaptívnemu činu.

Takže o pocitoch uvažujeme inak ako analytici, pretože pre nás má každý pocit tri zložky. Je tu kognitívna nálepka, napríklad hnev, však? A potom je tu

zážitok v tele. Opýtame sa: „Čo cítite?“ A keď pacient povie, že je nahnevaný alebo smutný alebo nejaký, potom sa opýtame: „Ako prežívate ten hnev telesne, emocionálne a vo svojom tele?“ Pacient to často nevie povedať a podľa toho viete, že tu fungujú obrany a to nám dáva náznak, kde máme pracovať.

Teda treťou zložkou nie je len nálepka, nie je len telesný zážitok, ale impulz, ktorý ide s pocitom. Tak napríklad, niekto je smutný, môže povedať, že je smutný, ale nemusíme vidieť žiadne príznaky smútku na jeho tele. A tak s ním pracujeme a dúfajme, že potom pocíti ťažobu na hrudi, guču v hrdle, slzy v očiach a potom môže nasledovať impulz plakať a pacient sa naozaj rozplače. A ako to poznáme z práce s pacientmi, ktorí si musia odžialiť stratu, žiaľ nebude úplný a nápomocný, kým pacient presne nepomenuje pocit, neprecíti zážitok a potom skutočne neplače.

U pacientov, ktorí majú konflikt okolo hnevu, tí si musia hnev nielen pomenovať – môžu ho pomenovať, ale aj tak ostať veľmi odťažiti a intelektualizovať. Môžu rozprávať o svojom pocite, ale bez skutočného prežívania, a to pacientovi nepomáha. A tu je podľa mňa veľké nebezpečenstvo, či už je to psychoanalýza alebo iná forma terapie, že pacient rozpráva o pocite, ale necíti ho, a v takom prípade je to potom intelektualizácia, ale nie skutočné prežívanie tohto pocitu, ktorý potláča pomocou intelektualizácie a mudrovania.

D: Áno. Potom je tu tretí krok, však? Myslím, že ste povedali, že sú tri. Takže je poznanie rozpoznania pocitu, cítenie pocitu a potom je tretí krok?

JF: Impulz, ako prežívate ten impulz, však? A tak, napríklad, vráťme sa k nášmu príkladu ženy, ktorej dal priateľ facku. Mohli by sme sa jej spýtať, čo k nemu cíti. A ona by mohla povedať: „No, mám pocit, že som ho fakt urazila,“ čo by bola intelektualizácia. Povieme: „No, to je vaša myšlienka, ale ak nezakryjeme pocit myšlienkou, čo k nemu cítite?“ A potom by povedala: „No, bola som nahnevaná.“ A tak povieme: „Ako prežívate ten hnev voči nemu telesne?“ Mohla by povedať: „No, cítim úzkosť.“

Tu neodlišuje svoju úzkosť od pocitu, ktorý ju spúšťa, od hnevu. Tak povieme: „No, to je vaša úzkosť. Hej, tento hnev vo vás vyvoláva úzkosť. Takže, ak nezakryjeme hnev úzkosťou, pozrime sa, či dokážeme mať necenzurovaný pohľad na tento hnev. Ako prežívate tento hnev voči nemu?“ Potom jej možno trochu zvlhnú oči a my potom poznamenáme: „Všimli ste si, že tieto slzy prišli, aby zmyli váš hnev? Vidíte to? Myslíte, že to by vás mohlo viesť k depresii?“ Pretože tu by sme videli prichádzať obranný afekt, aby zakryl hnev.

A tak jej pomocou takejto práce s obranou pomáhame čoraz lepšie si uvedomovať svoj hnev. A potom pravdepodobne čoskoro začne pociťovať akési teplo v bruchu. Možno vyzerala trochu skleslo a depresívne a odrazu počujeme energiu v jej hlase. Uvidíme, že sa jej ruky začnú pohybovať a povieme: „Čo ste si všimli za pocit v týchto rukách?“ A možno uvidíme päšť. „Aký je to tu impulz?“ „No, mám pocit, ako keby som ho chcela udrieť.“ „Ako si to teda predstavujete vo fantázii?“ Takže, akonáhle dokáže označiť svoj hnev, začne si uvedomovať, čo prežíva a pocíti impulz, tak môžeme začať so zážitkovou technikou ako napríklad vizualizáciou, aby sme jej pomohli prehĺbiť uvedomovanie si tohto pocitu a dostať sa s ním do hlbšieho kontaktu.

D: To pripomína Gestalt terapiu, prístup Fritza Perlsa ku Gestalt terapii. Vyšiel z psychodynamickej školy; chcel ju prerobiť tak, aby bola veľmi zážitková a rýchla; dostával ľudí do kontaktu s telesným prežívaním atď. Povedali by ste, že ten prístup spadá do tej istej kategórie?

JF: No, myslím, že Gestalt terapia je súbor úžasných techník, ale bez teórie. A my očividne používame Gestalt techniky: očividne ju povzbudzujeme, aby si niečo vizualizovala, to je niečo priamo z Gestaltu. Problém s Gestaltom je však ten, že keď nemáte teóriu, ktorá vás ukotvuje, tak neviete, kam sa máte uberať a prečo. A dovoľte mi uviesť príklad.

Predpokladajme, že sa pacientky opýtame: „A ako prežívate ten hnev?“ a ona sa začne naozaj báť, OK? V Gestalte by ste pokračovali a požiadali ju, aby vizualizovala, zatiaľ čo my, ak sa naozaj bojí, musíme diferencovať jej pocit od úzkosti. Pretože ak nevie odlíšiť tieto dve veci a budete sa stále pýtať na hnev, jej úzkosť sa zhorší a dostane symptómy. Takže kým nechápete význam diferencovania pocitu od úzkosti, s úzkosťou nedokážete nič urobiť.

Podobne, keď sa pýtate na hnev a ona povie: „No, ja cítim, že som zlý človek,“ ak nemáte koncepciu trojuholníka konfliktu, cítenia úzkostnej obrany, tak nepochopíte, prečo táto pacientka hovorí o obrane, keď sa jej pýtame na pocit; nevie to odlíšiť. Musíme jej pomôcť diferencovať pocit od obrany, pretože v Gestalte, ak ju stále vyzývate, aby vizualizovala, zhorší sa jej obranný útok proti sebe samej a bude depresívnejšia na sedení a možno bude mať viac symptómov po sedení.

A ďalší problém je to, že keď nemáte teóriu, ktorá vedie vaše techniky, tak sú tie techniky tak trochu náhodné, je tak? A mohli by ste spôsobiť symptómy. Úžasným príkladom je napríklad to, že v Gestalt terapii nie je teória o úzkosti, a v experienciálnej dynamickej terapii chápeme úzkosť ako biofyziologický vzorec v tele, ktorý je prenášaný telesným a autonómnym nervovým systémom.

To je teda veľké sústo, však, ale v zásade to znamená, že keď pacienti vo vašej pracovni prežívajú úzkosť, majú celú škálu symptómov. A táto škála symptómov je psychodiagnostikou úzkosti a afektívnej tolerancie. Ak teda máte pacientku s vysokou kapacitou, čo sa stane, keď sa pýtate na dôležité veci? Pacientka začne vzdychať, keď sa jej spýtate na pocit. Začne byť napätá, takže vidíte napätie na jej svaloch. A keď vidíte toto svalové napätie a pacientka vzdychá a vidíte, ako si stláča ruky, to je stláčavé svalové napätie, a to znamená, že je aktivovaný telesný nervový systém. A vtedy sa pacientky môžete spýtať na jej pocit; má vysokú afektívnu toleranciu; jej úzkosť sa nedostane mimo hraníc.

Naopak, ak si vezmete krehkejšiu pacientku, začnete sa jej pýtať na pocity a keď jej niečo hovoríte, spomenie, že jej je trochu nevoľno. V tomto bode sa pacientkina úzkosť tak vystupňovala, že sa aktivoval jej parasympatický systém. Klesol jej tlak, pulz a dýchanie sa spomalilo tak rýchlo, že jej mozog má akútne nedostatok krvi a nepracuje dobre, čo znamená, že okamžite musíte regulovať pacientkinu úzkosť, alebo inak uvidíme v akcii regresívne obrany a uvidíme, ako v priebehu minúty, dvoch začne na sedení prevládať projekcia.

Ak teda máte niečo ako Gestalt a nemáte teóriu úzkosti, ako spoznáte pacientkinu úroveň tolerancie? Pretože, ak u každého len explorujeme pocit, ale nie sme schopní regulovať alebo diagnostikovať jeho úzkosť, tak skutočne riskujeme prekročenie pacientovej kapacity.

D: OK, dobre, skutočne na mňa urobilo dojem, aký máte prehľad v odbornej literatúre a ako dokážete citovať toľko autorov. A spomenuli ste akoby mimochodom trojuholník konfliktu a ja si spomínam, že som o tom niečo čítal na webovej stránke asociácie. Povedzte o tom niečo viac. Čo je to trojuholník a prečo je dôležitý?

D: Fajn, skutočne na mňa urobilo dojem, aký máte prehľad v odbornej literatúre a ako dokážete citovať toľko autorov. A spomenuli ste, akoby mimochodom, trojuholník konfliktu, no a ja si spomínam, že som o tom niečo čítal na webovej stránke asociácie. Povedzte o tom trochu viac. Čo je to trojuholník a prečo je dôležitý?

JF: Ďakujem, že ste mi to pripomenuli. To je dôležitá časť našej práce. Jej počiatok siaha až do roku 1923, k Freudovmu článku „Ego a Id“, pretože pôvodne mal Freud takúto teóriu: pacienti majú nevedomé pocity; v ceste sú obrany; musíme obrany odstrániť z cesty a potom sa pocity objavajú. A v roku 1923 napísal: „Musím sa vrátiť k tabuli a uvedomujem si, že je tu téma konfliktu.“ A bohužiaľ, v prekladoch jeho prác je vždy plno latinských výrazov, ktoré v origi-

náli neexistujú, pretože pojem ego, id, super-ego, v nemeckom origináli nikde nie sú. Tak tu máme tieto čudné slová.

D: Áno.

JF: Dobre, tak čo to znamená? Znamená to, že nevedomý pocit spúšťa nevedomú úzkosť, ktorá spúšťa obrany. Tak je to. Ale keď Freuda preložili do angličtiny, všetko chceli povedečtiť, aby Americká lekárska spoločnosť nevyhnala Freuda z krajiny. Pretože ani slovo psychoanalýza nie je vlastne v origináli. Freudov originálny pojem bol seele analysis, čo znamená analýza duše.

D: Och, to je fascinujúce.

JF: Hej, a tak, keď hovoríme o trojuholníku konfliktu, vlastne rozprávame o Freudovej základnej myšlienke konfliktu, ktorá je, že nevedomé pocity u pacienta spúšťajú nevedomú úzkosť v tele, ktorá sa prenáša autonómnym nervovým systémom. Predstavte si, že pozeráte napríklad tie filmy o prírode, však, a vidíte leva bežať za zebrou, keď zebra beží, jej autonómny nervový systém ide na plné obrátky. Jej sympatický nervový systém beží na plno. A to je ten istý systém, ktorý sa spustí v pacientovi, keď sa v miestnosti dotkne pocitu.

Problém je, že máme systém úzkosti, ako zvieratá, ktorý reaguje na emócie v miestnosti. A preto pacienti hovoria: „Bože, tak sa bojím“, no a nemali by sa báť. Beží v nich tento zvierací systém na podnet, ktorý nie je vôbec nebezpečný. Je to iba emócia. Ale keď beží zvierací systém a pacientov tlak prekročil 30 bodov, srdcový pulz je na 100, ruky má studené a všetka krv ide do veľkých svalov, jeho telo takto reaguje na úzkosť.

A tak trojuholník konfliktu je o tom, že máme nevedomý pocit, čo spúšťa nevedomú úzkosť v tele a tá potom spúšťa obrany, ktoré pacienti používajú. Takýto pohľad na konflikt je fantastický spôsob, ako si predstaviť, čo sa deje. Pretože, keď začneme pracovať s pacientom, vieme, že je depresívny, ale nevieme, prečo a nevieme, čo máme liečiť.

Takže, keď počúvame pacienta, tak na základe nášho prístupu vieme, že všetko, čo hovorí, spadá do jednej z troch kategórií: buď niečo cíti a opisuje pocit; alebo opisuje svoju úzkosť, alebo hovorí o svojej obrane. A tak, keď sa ho opýtame na pocit, vieme, že potom buď pocíti svoj pocit, stane sa úzkostným, alebo použije obranu. A tak zakaždým, keď sa pýtame na pocit a skúmame tento pocit, zistíme, na čo úzkosť reaguje a vidíme, aké obrany používa. Potom zistíme, och, tieto obrany používa; toto vytvára tie problémy, ktoré predkladá; teraz máme obraz o tom, čo musíme liečiť.

A keďže na sedení na to môžeme poukazovať, postupne, krok za krokom, ukazujeme napríklad pacientke, ako reaguje, snažíme sa, aby porozumela svojej reakcii, postupne, krok za krokom, potom sa spoločne dokážeme pozrieť, aha, hej, takto to vyzerá, keď máte ten pocit hnevu, to vás robí potom úzkostnou. Všimáte si to? A asi po troch razoch, - hľa, keď sa nahneváte, tak ste potom úzkostná a všimáte si, že sa začnete kritizovať namiesto toho, aby ste sa hnevali na toho muža, ktorý vás udrel; áno, všimli ste si to? – takto vieme vypracovať jednomyselné pochopenie toho, čo sa v nej deje, čo potom pripraví cestu na skutočné vytvorenie terapeutických úloh, ktorými je tu potrebné prejsť.

A to sa tiež veľmi líši od psychoanalýzy, kde máte len sedieť a hovoriť čo vám príde na um. Pretože v našom prístupe považujeme za naozaj dôležité, aby sme dospeli k jednomyselnému pochopeniu toho, čo sa deje v pacientke, a skutočne sa jednomyselne zhodli na tom, čo by malo byť našou terapeutickou úlohou, čo tu máme urobiť a prečo to máme urobiť.

D: OK, spomenuli ste aj výskum, ktorý sa v tomto prístupe robí a ja som pochopil, že istý Habib Davanloo je jedným z kľúčových nositeľov pokroku v tejto modalite a že na Harvarde urobil dôležitý výskum za pomoci videa. Možno by ste mohli povedať niečo o tom výskume.

JF: Určite. Vynikajúci klinik a pôvodne učil na Harvarde, ale jeho výskum sa vlastne uskutočnil v Montreale. Bol na McGillovej Univerzite a mnoho rokov nahrával sedenia na video a podrobne ich skúmal, aby zistil, čo naozaj vedie k zmene. Hoci mal psychoanalytický výcvik, bol sklamaný výsledkami psychoanalýzy ako liečebnej metódy. A tak vypracoval psychoanalyticky informovanú liečbu, ktorá bola intenzívnou krátkodobou dynamickou psychoterapiou a dnes je jednou z foriem zážitkovej dynamickej terapie. A, hoci urobil veľa výskumov, nepublikoval ich. Namiesto toho vydal niekoľko kníh, ktoré obsahujú jeho teórie o technike a aj veľa prepisov jeho prípadov.

Ale jeden z jeho študentov, Alan Abbas, publikoval aj mnoho výskumov. A, samozrejme, teraz existuje, myslím, okolo 60 kontrolovaných pokusov o krátkodobú dynamickú terapiu, ktoré sú publikované. A všetky tie pokusy dokazujú, že je omnoho účinnejšia než minimálne kontrolné liečby a čakacie zoznamy. Nedávno bol v American Journal of Psychiatry článok Svartberga, kde porovnávali túto krátkodobú dynamickú psychoterapiu s kognitívnou terapiou u pacientov s poruchou osobnosti, a zistili, že krátkodobá dynamická psychoterapia navodila významnú redukciu symptómov, ale kognitívna terapia nie. A ukázalo sa, že krátkodobá dynamická psychoterapia priniesla úžitok aj u pacientov, ktorí boli vo väčšom odpore a mali zložitejšie symptómy.

A ja myslím, že je to dôležité, pretože kognitívna terapia robí niečo veľmi užitočné v tom, že oslovuje obrany a to, ako obrany vytvárajú predkladané problémy. Ale keďže oslovuje iba túto dimenziu, ale nepracuje systematicky s úzkosťou a pocitmi, ktoré úzkosť spúšťajú, tak si myslím, že keď neprepracujeme viaceré dimenzie, budeme mať vyššie riziko recidívy.

D: OK.

JF: Napríklad, neviem, či ste videli zaujímavý článok Drewa Westena, v ktorom rozoberá výsledky kognitívnej terapie v štúdií NIMH o depresii. A zistil, že museli vyberať pacientov, ktorí trpeli iba depresiou a nijakou inou diagnózou a to vyradilo približne 50% pacientov. Z tých 50%, s ktorými mohli pracovať v kognitívnej terapii, malo 50% pacientov dobré výsledky. Ale pri kontrole o dva roky zistili 50% recidív, takže z pôvodnej skupiny mohlo byť liečených len 50% pacientov a z pôvodnej vzorky len 12% malo dobré výsledky. Zo skupiny, ktorú liečili, malo len 25% dobré výsledky. Tak si myslím, že my sa nezaujíname len o dočasné výsledky, ale aj o to, čo sa stane potom, čo sa stane pri kontrole.

D: Áno.

JF: Myslím, že každá liečba, ktorá chce mať dobré výsledky aj pri následnej kontrole, musí pracovať s viacerými dimenziami než len jednou a myslím, že si musíme veľmi vážiť zručnosti, ktoré sa môžeme naučiť od kognitívnej terapie o tom, čo sa dá robiť s dimenziou konkrétnych obrán, ale že je skutočne dôležité pracovať s dimenziami regulácie úzkosti a pomôcť pacientom s prežívaním afektu, s jeho toleranciou a tak ďalej, čo naozaj vybuduje pacientove schopnosti a v budúcnosti povedie k menším obránam.

D: OK, teraz som si všimol, že Medzinárodná asociácia experienciálnej dynamickej terapie je skutočne medzinárodná asociácia. Je tento prístup známejší a rozšírenejší v zahraničí než v USA?

JF: Používa sa v zahraničí. Nepovedal by som, že je niekde známejší. Veľa sme toho dosiahli za posledné roky, ale výcvikový program máme na washingtonskej psychiatrickej fakulte. Alan Abbas má program v Dalhousie. Existuje aj program na Kalifornskej univerzite v Los Angeles a dole v San Diegu. Ja som napojený na výcvikové programy v Londýne a Nórsku, Dánsku, Poľsku a Taliansku. Takže veľa aktivít sa deje v Európe, ľudia sa tam v tomto prístupe trénujú.

D: Povedali by ste teda, že je to na vzostupe? Myslím, že korene to má v 1920-ych rokoch.

JF: Korene to má v1920-ych rokoch. Myslím, že to je dôležité. Ako to povedal Goethe? Ak chcete prekonať svojich otcov, musíte ovládať ich vedomosti. A myslím, že je dôležité rešpektovať skutočne dobré vedomosti minulosti, ale musíme aj integrovať. Nemôžeme len tak zahodiť to, čo bolo v minulosti dobré, ale musíme to integrovať s najaktuálnejšími vedomosťami, ktoré máme dnes.

Neurológia a biofyziologický výskum ukazujú, že Freudova idea, že existuje nevedomá motivácia, je očividne správna, ale v dôsledku výdobytkov neurológie teraz uvažujeme o nevedomej aktivácii radikálne ináč. A myslím si tiež, že ak sa integrujeme s neurológiou a biofyziológiou, musíme sa pozrieť aj na integráciu mysle, ako o nej uvažujeme v psychoanalýze alebo v kognitívnej terapii, ale aj tela – ako cítime pocity v tele. Úzkosť: ako sa úzkosť v tele zmenšuje? Myslím si, že v našom obore sa teraz nachádzame v bode, keď vidíme veľa oblastí, ktoré je potrebné integrovať, neurológiu, psychoanalýzu, poznatky z kognitívnej terapie, behaviorálnej terapie. Pretože musíme integrovať afekt, kogníciu a správanie. Ak robíte len jedno z toho, to nie je dost.

D: Hej, ešte máme ďalšie krídlo terapie, o ktorom sme doteraz nehovorili, čo sú na telo orientovaní terapeuti. Myslím Alexandra Lowena a jeho nasledovníkov, bioenergetikov, ktorí cítili, že všetko má korene v tele, a tak sa snažili ísť na vec priamo cez túto modalitu.

JF: Správne, a často sa dostali do problémov, pretože nevedeli, ako posúdiť úzkosť. A samozrejme vidíme - a vidím to opakovane u ľudí, ktorí robili prácu s telom – aká je obdivuhodná ich schopnosť zamerať sa na telo, zamerať sa na pocity v tele. Ale opakujem, dostávali sa do problémov pri diagnostikovaní úzkosti. Pretože, viete, pri práci s telom sa občas stretávate s pacientmi, ktorí prežívajú zúrivosť a vidíte pacienta, ako sa trasie. A vtedy títo terapeuti predpokladajú, och, toto je úžasné; uvoľňuje sa v nich nejaký pocit. Nie, trasú sa, lebo ich sympatický nervový systém je taký aktivovaný, že v tele sa valí adrenalín a preto sa chvejú. A majú príliš vysokú úroveň úzkosti na to, aby mali nejaký úžitok z tak celostného zážitku.

Pretože na to, aby prebiehalo učenie, je potrebná určitá úroveň úzkosti, ale keď je príliš vysoká, tak sa z terapie stáva len ďalší nebezpečný zážitok. A keď je úzkosť príliš vysoká, ako vieme, hippocampus sa uzavrie a nemáte integratívnu, deklaratívnu pamäť, ale máte primitívnejšie formy pamäte, ktoré nie sú pre pacienta nápomocné.

D: Zaujímavé. No, napísali ste knihu s názvom Psychodynamická psychoterapie: Jak dobře naslouchat a tuším je určená terapeutom. Aké hlavné body ste chceli objasniť v tejto knihe?

JF: Chcel som objasniť ľuďom, ktorí vychádzajú z psychoanalytického alebo psychodynamického hľadiska, že sa často stáva, že keď hovoríme o počúvaní, nehovoríme vždy o tej istej veci. Ale vlastne, nech už počúvame čokoľvek v tomto čertovskom ...

David: Bzučiacom zmätku.

JF: Hej, správne, ako z Williama Jamesa. Z celej tejto úžasnej záplavy údajov, ktoré k nám letia z terapeutického sedenia, si musíme vybrať. Je toho priveľa. Takže vždy, keď počúvame, musíme si vyberať, na čo budeme a na čo nebudeme dávať pozor. A na tom nie je nič zlého, to je proste nutnosť.

Ale dôležité pre nás je, aby sme si boli vedomí, na čo sa zameriavame a na čo sa nezameriavame. A tak táto kniha ukazuje, že sú rozličné spôsoby počúvania a pomenúvania, ako napríklad konflikt – všetko, čo počúvame, sa snažíme usporiadať z hľadiska pojmov pocit, úzkosť, obrana. Na druhej strane z hľadiska analýzy prenosu vlastne nepočúvate to, čo pacient hovorí, počúvate to, čo nazývame „latentný obsah.“ Snažíte sa preložiť všetko, čo pacient povie, do spôsobu, ako asi v danej chvíli rozmýšľa o vás.

A tak som sa snažil dopracovať k tomu, aby terapeuti videli a uvedomili si, že počúvanie je nástroj. Existuje veľa rozličných spôsobov počúvania a je potrebné naučiť sa prehadzovať prevod, pretože nie iba jeden spôsob počúvania je optimálny u každého pacienta. Myslím, že to, bohužiaľ, platí najmä v našej oblasti - a to je taká čertovsky ťažká robota a tak neuveriteľne zložitá. Neviem, ako ďaleko ste v tejto oblasti, ale ja som ohromený. V tejto téme, v mojom obore, som si myslel, že, och, iste budem vedieť vždy odpoveď, správnu reakciu. Viete, je to ako slávne ilúzie, ktoré sa ukázali ako falošné.

D: Správne.

J: A uvedomujete si, že ľudská myseľ a jej stavy sú také zložené, že musíme mať po ruke skutočne mnoho rozličných prístupov, aby sme mohli byť optimálne pružní. Je to ako, keď bol môj otec kováč a ja som vyrastal v jeho vyhni, pretože sa predpokladalo, že raz ju prevezmem. A máte veľmi veľa rozličných nástrojov; máte veľa rozličných kladív a podobne.

Ako kováč musíte používať všetky možné nástroje, ale v psychoterapii sa často presadzuje myšlienka, že niekto nájde nástroj, ktorý funguje u jedného pacienta a potom sa rozhodnú používať ho stále. Takže budem robiť len kognitívnu terapiu alebo budem robiť len analýzu prenosu alebo toto, či tamto. A tak vstúpi do klubu kognitívnej terapie alebo do klubu analýzy prenosu a potom sa z toho stane taký malý kult, v ktorom každý zbožňuje jednu techniku. A ne-

rozmýšľame nad tým, aké je to čudné, ale keby sme videli tesárov na výročnej konferencii nebožiecov a všetci by uctievali nebožiecke, povedali by sme, aha, tak takého remeselníka by som si nenajal.

D: Absolútne s vami súhlasím, a to je jedna z príčin, prečo rád robím túto reláciu a rozprávam sa s ľuďmi z rozličných uhlov pohľadu, pretože je to ako ten starý príbeh o slonovi a slepcoch.

JF: Presne.

D: A, naozaj, ľudské bytosti sú nesmierne zložité a neexistuje žiadny prístup, ktorý má kľúč ku všetkým zámkom.

JF: Absolútne.

D: Aspoň taký mám dojem. Teda, ak aspoň jedného alebo dvoch poslucháčov zaujalo to, čo tu počuli, predovšetkým pre odborníkov, ako by našli výcvik a ak to nie sú odborníci, ako by našli terapeuta?

JF: Sú dva spôsoby: odporúčal by som im, aby určite navštívili webstránku washingtonskej lekárskej fakulty (Washington School of Psychiatry). Môžu mi poslať e-mail, ak chcú. Môžu ísť na IEDTA.net, čo je stránka Medzinárodnej asociácie experienciálnej dynamickej terapie, takže to je IEDTA.net. máme aj obrovskú konferenciu – bude sa konať nabudúce leto v Britskej Kolumbii, na krásnom mieste, kde bude prednášať od nás mnoho ľudí. A pre vašich poslucháčov, možno vás bude zaujímať: na našom výcviku sa všetko nahráva na video. Keď poriadame konferenciu, nikto nemôže vystúpiť, pokiaľ neukáže videonahrávku svojej práce.

D: To je úžasné.

JF: Máme časopis. Volá sa Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Therapy. Neprijímajú do neho žiadny článok, ak tam nie je doslovný prepis prípadu spolu s analýzou toho, čo robíte.

D: To je úžasné. Teda, povedali ste, že vám ľudia môžu mailovať. Môžete nám prezradiť svoju e-mailovú adresu?

JF: Hej, to je v pohode, to je v pohode. To nie je problém.

D: Aká je?

JF: Je to jfrederickson@verizon.net.

D: OK, paráda. Jon, vypršal nám čas. Skutočne vám chcem poďakovať za to, že ste sa s nami tak veľkodušne podelili o svoje skúsenosti a že ste dnes boli mojím hosťom v relácii múdre poradenstvo.

JF: Ďakujem. Bolo mi naozaj potešením. Je to veľká zábava.

D: Dúfam, že ste mali z tohto rozhovoru s Jonom Fredericksonom úžitok ako ja. Ako ste počuli z mojich slov, jeho znalosti z výskumu na mňa urobili nesmierny dojem. Som udivený, že niekto, kto je predovšetkým psychoterapeut, má také aktuálne poznatky o mozgu. Je dobré vidieť klinickú teóriu a prax integrovanú s aktuálnymi poznatkami neurológie. Myslím, že Freud by bol potešený tým, že niektoré jeho základné pojmy sú stále živé a zhodujú sa s najnovšími vedeckými objavmi. Napokon, aj on bol pôvodne neurológ.

A keď hovoríme o Freudovi, možno vás bude zaujímať email, ktorý mi Jon poslal hneď po skončení nášho rozhovoru. Okrem iného píše: „Zaujímali ste sa o nesprávne preklady Freuda. Páčila by sa vám kniha Bruna Bettelheima Freud a duša človeka, kde ukazuje, ako sa Freudove myšlienky nesprávne interpretovali v Stracheyho prekladoch.“ Myslím, že niektorí z vás, milí poslucháči, by ste si radi pozreli tú Bettelheimovu knihu. A ak by ste sa ešte chceli dozvedieť niečo viac o experienciálnej dynamickej psychoterapii, tá webstránka je IEDTA.net, čo je skratka Medzinárodnej asociácie experienciálnej dynamickej terapie (International Experiential Dynamic Therapy Association).

Z angl. originálu: An Interview with Jon Frederickson, MSW, (www.mentalhelp.net, 1.3.2010) preložili PhDr. Ivan Valkovič a Mgr. Vladimír Hambálek

Príbeh o počúvaní

Malá Momo vedela načúvať, tak ako nikto iný. Momo vedela tak načúvať, že hlúpym ľuďom prichádzali odrazu na um múdre myšlienky. Nie hádam preto, že by bola povedala alebo sa opýtala na niečo, čo tých druhých priviedlo na také myšlienky, nie, iba tam sedela a jednoducho načúvala - s najväčšou pozornosťou a účasťou. pozerala pritom na človeka veľkými tmavými očami a on cítil, ako sa mu náhle vynárajú myšlienky, o ktorých ani netušil, že v ňom driemu. Vedela tak načúvať, že bezradní a nerozhodní ľudia odrazu vedeli presne, čo chcú. A nesmelí sa náhle cítili slobodní a odvážni. A nešťastní a utláčaní si začali dôverovať a rozveselili sa. Keď si niekto myslel, že jeho život je celkom pochybný a bezvýznamný a on sám je iba jeden z miliónov, človek, na ktorom vôbec nezáleží a koho možno tak chytro vymeniť ako rozbitý džbán - ak sa ten

človek vybral a porozprával to všetko malej Momo, z tajuplných príčin mu bolo ešte počas rozprávania jasné, že sa zásadne mýli, že taký, presne taký človek ako on sa vyskytuje medzi všetkými ľuďmi iba jeden jediný a že je preto svojím spôsobom pre tento svet dôležitý.

Tak vedela Momo načúvať.



V živote tak veľa strácame, ak nemilujeme. Čím viac ľúbime, tým je náš život bohatší... nech už je to srstnatá potvorka, či malý operenček.“

L. Montgomeryová



Veľká láska sa rodí z poznania osoby alebo veci, ktorú milujeme. Ak ju nepoznáš, nemôžeš ju milovať- iba ak skromne.

Leonardo da Vinci



Odišiel si a niečo si zabudol v mojom srdci. Tak sa vráť a odíď celý...

PREKLAD

Rozvod je súčasť môjho života... odolnosť, prežitie a zranenie: vnímanie dôsledkov rozvodu u mladých dospelých ľudí

Dorit Eldar-Avidan, Muhammad M. Haj-Yahia a Charles W. Greenbaum, Hebrejská Univerzita, Jeruzalem

Z angl. originálu: Divorce is a part of my life... Resilience, Survival, and Vulnerability: Young Adults' Perception of the Implications of Parental Divorce, *Journal of Marital and Family Therapy*, január 2009, Vol. 35, No. 1, 30 – 46,

preložil: PhDr. Ivan Valkovič

(dokončenie z minulého čísla)

DISKUSIA

Súhrn a závery

Rozvod je záťažová, veľká kríza alebo prechod, čo môže byť zdrojom mnohých stresových udalostí a vyžaduje si od detí prispôsobenie (Gorell Barnes, 1999; Pam a Pearson, 1998). Je to veľká zmena v priebehu života všetkých členov rodiny, ktorá ovplyvňuje všetky aspekty medzigeneračného rodinného systému a vyžaduje si reorganizáciu rodinných štruktúr, ktoré môžu spôsobiť rozličné a dokonca protichodné reakcie (Livingston a Bowen, 2006; Stewart a i., 1997). Z toho vyplývajúce možné zranenie predstavuje pravdepodobnosť, že človek bude negatívne ovplyvnený vonkajšími rizikami, ako je napríklad rozvod. V protiklade tomu je možnosť odolnosti, prejav znovunadobudnutej schopnosti fungovať a pozitívnej adaptácie na negatívnu udalosť (Luthar, Cicchetti a Becker, 2000), „zmena trajektórie života od rizika k adaptácii“ (Rutter, 1987, s. 329). V tejto štúdii sa skúmal vzťah vnímania dôsledkov rozvodu rodičov u mladých dospelých k rozličným vzorcom adaptácie na rizikovú udalosť a jej následky. Zranenie a odolnosť sú negatívnym a pozitívnym pólom toho istého pojmu (Rutter, 1987), analýza údajov v tejto štúdii však viedla k jasnému vytvoreniu troch profilov na tomto kontinuu – odolnosti, prežitiu a zraneniu. Tieto tvoria ukotvené teoretické konceptualizácie, ktoré sú hlavným výsledkom tejto štúdie.

Odolnosť sa vzťahuje ku schopnosti ľudí dobre reagovať na stres alebo na zmysluplné narušenie priebehu života, zotaviť sa z negatívnych udalostí a využiť pozitívne adaptačné mechanizmy. Vážnosť udalosti spolu s rozličnými ochrannými faktormi a dostupnými vnútornými a vonkajšími zdrojmi môžu podporiť vznik odolnosti (Garmezy, 1991; Luthar a i., 2000). Ochranné alebo uľahčujúce faktory môžu znížiť riziko, oslabiť jeho účinok alebo zvýšiť zvládanie. Patria sem individuálne zdroje, ako je kognitívna kapacita a sebaúcta; rodinné zdroje, ako je súdržnosť, riešenie konfliktov a komunikácia v rodine; a napokon faktory prostredia, ako sú spoločenská podpora, prítomnosť a záujem bezpečného, podporného a zmysluplného vzťahu, socioekonomické zdroje a spoločnosť (Carbonell a i., 2002; Rutter, 1987). Ekosystémový názor na rozvod umiestňuje jedinečné prežívanie do kontextu a pomáha brať do úvahy mnohonásobné faktory, ako sú individuálne črty dieťaťa, súrodenecký subsystém, rodičovský subsystém, rozšírený rodinný systém, ako aj komunitu, formálne a neformálne podporné služby a postoje a mravy ako faktory podporujúce odolnosť (Lee, 2006).

Odolní účastníci tejto štúdie si boli vedomí, že majú blízky, zmysluplný a podporný vzťah s rodičom, ktorému boli zverení do výchovnej starostlivosti a obvykle dobrý až zmysluplný vzťah s druhým rodičom alebo iným dospelým. Tento výsledok korešponduje s výsledkami výskumu odolnosti u mladých dospelých s rizikom depresie, kde sa zistilo, že významným ochranným faktorom bola súdržnosť v rodine bez ohľadu na jej zloženie, ako aj spoločenská podpora, dobré medziľudské vzťahy v adolescencii a pozitívny pohľad na život (Carbonell a i., 2002). Odolným mladým dospelým sa teda podarilo interpretovať udalosti ako posilňujúce (Patterson, 2002) a premeniť stres na výhodu, ktorá podporuje rast, schopnosti a nezávislosť. Tieto výsledky neprotirečia existencii bolesti a distresu (Wallerstein a Lewis, 1998), ale zameriavajú pozornosť na vnímanie schopnosti plniť životné požiadavky napriek pocitu straty (Kelly a Emery, 2003; Laumann-Billings a Emery, 2000). Rodinná odolnosť obdobne predstavuje aj fungovanie rodiny v nepriaznivých situáciách (Walsh, 2003), nábor vonkajších zdrojov podpory a zlepšenie ochranných a uľahčujúcich faktorov pre členov rodiny (Patterson, 2002). Zobrazuje aj rodinné prispôsobenie, schopnosť rodiny prestať sa vnímať ako poškodená a redefinovať to ako výzvu (Dunst, Trivette a Deal, 1994). Odolní mladí dospelí v tejto štúdii uznávajú neustálu zodpovednosť, fungovanie a podporu od svojich rodičov dokonca aj v tých najťažších časoch rozvodu. Schopnosť rodičov „bojovať, prekonávať prekážky a vedieť žiť a milovať naplno“ (Walsh, 2003, s. 1) sa tu teda objavila ako uľahčujúca sila zlepšujúca vlastnú odolnosť účastníkov. V iných výskumoch sa podobne zistilo, že schopnosť matky, ktorej bolo dieťa zverené do výchovnej starostlivosti, udržať

si rodičovské funkcie, zodpovednosť a emocionálnu podporu počas rozvodu a po ňom, má pozitívne účinky na dlhodobé prispôsobenie a kompenzuje ťažkosti (Hetherington a Kelly, 2002; Kelly a Emery, 2003). Ako ochranné faktory posilňujúce odolnosť sa tiež uvádzajú znižujúce sa konflikty medzi rodičmi, ako aj vhodné a dobre načasované rodičovské funkcie rodiča, ktorému dieťa nebolo zverené do výchovnej starostlivosti (Eldar-Avidan, Haj-Yahia a Greenbaum, 2008; Kelly a Emery, 2003).

Ďalším ukotvujúcim teoretickým pojmom v rámci troch typov je objavenie skupiny tých, ktorí boli označení, že „prežili“. Skoršie výskumy sa sústreďovali buď na odolnosť alebo zranenie, určitá skupina účastníkov tejto štúdie vykázala charakteristiky tretieho typu, komplexnejšie vo svojej povahe a odrážajúce ambivalentnosť, zmiešané vnemy a výsledky. Účastníci zaradení ako tí, čo prežili, prežívali podobné výhody ako odolná skupina, ale tieto neboli dostatočné na to, aby podporili vznik rovnakého pocitu sebaúcty, rastu a pozitívnej interpretácie udalostí, ako ich prežívali odolní mladí dospelí. Ich celkové vnímanie rozvodu, ako aj strát, bolo narušenejšie. Podobne ako iné výskumy zistili hodnotu blízkeho vzťahu s matkou v ranej dospelosti (Arditti, 1999), aj v tejto štúdii uznávali odolní mladí dospelí a tí, čo prežili, význam blízkosti k rodičovi, ktorému boli zverení do výchovnej starostlivosti.

Zranení účastníci cítili nedostatok príležitostí a mali sklon interpretovať všetky udalosti v negatívnych pojmoch a všetky ťažkosti pripisovali rozvodu rodičov. Akumulácia vonkajších a vnútorných stresorov môže zahltiť rodinu a jej členov a v konečnom dôsledku zvýšiť riziko zranenia a následných problémov (Walsh, 2003). Deti vystavené nepriaznivej udalosti môžu byť ohrozené vývinovým poškodením a charakteristiky ich osobnosti a prostredia sa môžu stretnúť s vážnymi ťažkosťami vo svojej snahe o adjustáciu. Výsledky v tejto štúdii ukazujú, že zranení účastníci boli extrémne kritickí voči fungovaniu svojich rodičov počas rozvodu a po ňom a cítili sa izolovaní, zanedbávaní a bez základnej podpory a bezpečia. Štúdie ukazujú, že znižujúci sa záujem otca, ktorému dieťa nebolo zverené do výchovnej starostlivosti, o život dieťaťa vedie k nedostatku emocionálnej blízkosti a väčšej kritike mladých dospelých voči otcovi (Radina, 2003; Wallerstein a i., 2000). Táto štúdia ide o krok ďalej a poukazuje na to, že rastúca emocionálna a funkčná vzdialenosť má veľké dôsledky na vnímanie mladých dospelých, teda toho, ako vnímajú rozvod a jeho dlhodobé účinky. Záporný pól kontinua sa týmto spôsobom zhoduje s tým, že individuálna odolnosť sa spája s rodinnou odolnosťou a jej interpretáciou a fungovaním (Patterson, 2002; Walsh, 2003).

Objavenie týchto profilov a ich vlastností teda vedie k ďalšej ukotvujúcej teoretickej konceptualizácii ústredného významu rodinných pút. V porovnaní so západnými priemyselnými krajinami je pre izraelskú spoločnosť typické, že stavia rodinu do centra pozornosti pred jednotlivcom i celou spoločnosťou. Tradičné židovské rodinné hodnoty, pokračujúci prechod od tradičnej kultúry k modernej a otázky národnej bezpečnosti podporujú názor, že rodina je ochranný faktor. Sociálne interakcie sa zakladajú na rodinných skupinách a vnímanie seba je u dospelých, obzvlášť žien, založené na rodičovstve a rodinných vzťahoch (Berkovich, 2001; Fogiel-Bijaoui, 1999). Sú preto dôležité pre všetky tri profily, či už sú prezentované vo vzťahu k blízkosti, dôvere, rodičovskému a rodinnému fungovaniu alebo ako vysvetlenie strát.

Obmedzenia

Cieľom kvalitatívneho výskumu je dať priestor rozličným hlasom a predostrieť bohatý obraz skúmaného javu a jeho subjektívneho významu. To bolo dosiahnuté bohatými výsledkami, ktoré spájajú rozvod a ranú dospelosť a vedú k poznaniu troch typov. Tieto tvoria ukotvujúce teoretické konceptualizácie, nakoľko sa zakladajú na vnímaní svojho minulého, súčasného a budúceho života účastníkov. Výskum má však predsa len obmedzenú schopnosť pokryť všetky rozdiely. 22 účastníkov boli Izraelčania, židia, vo veku 20-25 rokov. Veľkosť vzorky vyhovuje požiadavkám na kvalitatívny výskum, ale má určité obmedzenia. Všetci účastníci boli svetskí (židovské náboženské presvedčenie môže priniesť iné výsledky, čo sa týka spoločenského prijatia rozvodu a jeho dôsledkov alebo nábožensky založených podporných systémov); vek v čase rozvodu sa nebral do úvahy; a ani jedného z účastníkov neposlali sociálne služby, ani s nimi neprišli do kontaktu. Keďže deti sú súčasťou toxického klímy jestvujúcej v čase rozvodu, mohli by mať v tomto náročnom období úžitok z pomoci, ktorá by im umožnila lepšie zvládať zmätok, pocit zrady, ako aj kognitívne a emocionálne prežívanie (Seltzer, 2006).

Rolu v ochote účastníkov poskytnúť rozhovor a ich potrebami a cieľmi hrajú aj otázky sebaaprezentácie. Môžu sa chcieť prezentovať určitým spôsobom, čo môže ovplyvniť obsah rozhovoru (Leary, 1995), ale ak si je výskumný pracovník toho vedomý a používa kontradiktórne, explanatórne a klarifikačné otázky, môže to kompenzovať. V tejto štúdií sa nebrali do úvahy ani rozdiely medzi pohlaviami, hoci teória poukazuje na rozdiely v zrelosti a tvorbe identity medzi mladými mužmi a ženami (Gilligan, 1982; Josselson, 1987). Nakoľko rodičia, ktorým bolo dieťa zverené do výchovnej starostlivosti, boli väčšinou matky,

analýza údajov nebrala do úvahy identitu medzi rodom účastníka a rodiča, ktorému bol zverený do výchovnej starostlivosti, čo môže ovplyvniť individuáciu, separáciu a diferenciaciu počas adolescencie (Josselson, 1987).

Dôsledky pre prax

Dôsledky pre prax a tvorbu stratégie v duchu ukotvujúcej teórie (Gilgun a Abrams, 2002) ukazujú smerom k novej intervencii ako prostriedku nápravy negatívnych rizík a podpory dlhodobej adjustácie detí po rozvode. Výsledky tejto štúdie podporujú záväzok odborníkov na duševné zdravie, aby intervenovali na všetkých úrovniach systému a zamerali sa skôr na silu než na patológiu. Rámec rizika a odolnosti doplnený o systémové paradigmu môže pomôcť pri konceptualizácii intervencie na viacerých úrovniach a posilňujúcich ochranných faktorov, ktoré interagujú, aby determinovali schopnosť človeka adaptívne fungovať aj napriek stresovým životným udalostiam a získali podporné zdroje (Corcoran a Nichols-Casebolt, 2004). Dávnejšie koncepcie sa zameriavali na patologické výsledky u detí rozvodu a brali ich ako obeť (Wallerstein a Lewis, 1998), čím ovplyvňovali reakciu všetkých úrovní systému od individuálnej a rodinnej intervencie až po právne výsledky a tvorbu politickej stratégie (Coltrane a Adams, 2003). Výsledky tejto štúdie podporujú výskum, ktorý sa zameriava na odolnosť a umožňuje pozitívne výsledky (Smart a i., 2001; Stewart a i., 1997). Preto by mali intervenčné programy proaktívne aj reaktívne, mali by sa ponúkať v rozličnom čase, ktorý korešponduje s rozličnými štádiami adjustácie dieťaťa (Volgy Everett, 2006).

Výsledky a ukotvujúce teoretické konceptualizácie tejto štúdie poukazujú na zodpovednosť rodičov a vzťahy rodič-dieťa ako najdôležitejšie faktory podporujúce odolnosť u detí rozvodu. Preto sa hlavný dôsledok pre prax týka roly rodinných terapeutov a odborníkov na duševné zdravie. Zo systémového pohľadu ba sa mala ich intervencia zameriavať na rozličné subsystemy v rodine, ako aj na rozhranie medzi rodinou, širšou rodinou a spoločnosťou, nakoľko tieto môžu poskytnúť podporu, chrániť práva detí po rozvode a zvýšiť ich odolnosť (Lee, 2006). Je dôležité zdôrazniť, že rodičovský záväzok rodiča, ktorému bolo dieťa zverené do výchovnej starostlivosti, je najvýznamnejší faktor, ktorý predpovedá adjustáciu a odolnosť dieťaťa. Výsledky tejto štúdie súčasne podporujú dodatočný výskum týkajúci sa príspevku rodiča, ktorému dieťa nebolo zverené do výchovnej starostlivosti, k adjustácii dieťaťa (Kelly, 2007). Hlavným dôsledkom pre prax by teda mala byť podpora rodičov v čase rozvodu a po ňom pri

vytváraní bezpečného vzťahu medzi deťmi a rodičmi a kladení záujmu detí na prvé miesto. Intervencia by sa mala zamerať nielen na kognitívne a emocionálne prispôsobenie detí (Seltzer, 2006), ale aj na podporu a zahrnutie rozličných subsystémov, najmä tých, ktoré sú spojené s rodičovským fungovaním (Kelly, 2007; Lee, 2006). Mala by sa ponúkať v každom čase, počas počítačovej fázy rozchodu rodičov, ako aj v neskorších štádiách podporujúcich tvorbu nových hraníc a rol (Volgy Everett, 2006).

Ďalším dôsledkom pre odborníkov na duševné zdravie sa týka terapie dospelých detí rozvodu. Táto štúdia zistila, že do terapie idú často aj odolné deti, keď dosiahnu dospelosť, ako to urobili tie, čo boli zaradené medzi prežívších a zranených. Výsledky ukazujú, že tí, čo sú označení ako zranení, mávajú často ťažkosti s úlohami svojho vývinového štádia, najmä s takými, ktoré sa týkajú rozhodnutia o budúcnosti a pri vytváraní intímnych vzťahov. Zatiaľ čo počas detstva sa musia individuálni a rodinní terapeuti zameriavať na fungovanie rodičov, v tomto štádiu terapie by sa malo zamerať na vyrovnanie sa s účinkami rozvodu. Výsledky ukazujú, že pre zranených mladých dospelých je to ťažké a že majú pocit, že ich okolie, najmä rodičovský subsystém zlyhal. Za tým účelom je možné pozvať rodičov, aby sa zúčastnili procesu, poskytlí podporu a veku primerané vysvetlenie, ktoré im odmietli dať v detstve. V takej kolektivisticky a rodinne orientovanej spoločnosti, aká je v Izraeli (Fogiel-Bijaoui, 1999), je opätovné spojenie sa s odcudzenými rodičmi nanajvýš dôležité vo všetkých štádiách života. Takýto prístup k praxi sa zhoduje s civilizačne citlivým systémickým prístupom, ktorý zabudováva pomoc rodičov pri vzniku a podpore prispôsobenia sa detí v kombinácii s priamou pomocou deťom, ak je potrebná (Kelly a Emery, 2003).

Prevenčné programy pre deti a ich adjustáciu sú účinné, ak redukovú rodičovské konflikty, pestujú pozitívne vzťahy a bránia tomu, aby sa deti dostali do konfliktov (Grych, 2005). Mali by sa zamerať aj na vzdelávanie rozvádzajúcich sa rodičov, ktorých je potrebné naučiť, aby kládli záujmy detí na prvé miesto dokonca aj v najťažších štádiách, udržali si rodičovské funkcie a umožnili dieťaťu mať čo najúplnejší vzťah s oboma rodičmi. Realizovať to možno rozličnými spôsobmi: rozvodová mediácia môže podporovať dlhodobú spoluprácu medzi rodičmi (Emery, Sbarra a Grover, 2005); na súdnom rozhodnutí založené intervencie sa ukázali ako účinné pri odstraňovaní konfliktov a podpore rodičovského zapojenia sa (Kline Pruett, Insabella a Gistafson, 2005); a rodičovské skupiny môžu podporovať tých rodičov, ktorí žijú s dieťaťom, aby kladne pôsobili na adjustáciu dieťaťa tým, že ich učia rozličné zručnosti (Wolchik, Sandler, Winslow a Smith-Daniels, 2005). Keď je to potrebné, reaktívna intervencia by sa mala

zamerať na to, ako si deti interpretujú konflikty a úlohu, ktorú v nich zohrávajú, ako aj na schopnosť rodičov dohodnúť sa pri riešení svojich vlastných potrieb a potrieb svojich detí. Mala by vziať do úvahy špecifické ťažkosti každého z rodičov vo vzťahu k deťom po rozvoze a najmä na ťažkosti rodičov, ktorým nebolo dieťa zverené do výchovnej starostlivosti, čo býva často otec, ktorého pocit rodičovstva a narcistického ja je ohrozený takým spôsobom, že to môže viesť k odťahnutiu sa od dieťaťa (Cohen, 1998).

Dôsledky pre budúci výskum

Ďalší výskum môže rozšíriť poznatky o podpore porozvodovej odolnosti detí. Súčasné výsledky môžu viesť k výskumným otázkam a hypotézam, ktoré možno skúmať kvalitatívne i kvantitatívne (Gilgun a Abrams, 2002). Kvalitatívna štúdia založená na triangulácii rodinných príbehov by viedla ku komplexným výsledkom o rodinnej odolnosti a jej spojení s výsledkami rozličných členov rodiny. To by mohlo zobraziť individuálne rozdiely v rámci jednej rodiny a priniesť hlbšie poznatky osobných vlastností a vysvetlenie udalostí, ktoré podporujú odolnosť alebo zvyšujú riziko. Kvalitatívny výskum by bol obzvlášť vhodný pre štúdium odolnosti, poskytol by priestor pre nepomenované ochranné faktory, pre podrobný opis, vyjadril by jedinečné situácie a tým vzal do úvahy sociokultúrny kontext (Ungar, 2003). Kvantitatívny výskum vzťahov medzi dospelými deťmi rozvodu a rodičmi, zameriavajúci sa na odolnosť, prežitie a zranenie, sa odporúča ako základ hlbšieho a podrobnejšieho pochopenia súvislostí medzi vzťahmi rodič-dieťa po rozvoze a dlhodobými výsledkami u detí. V priebežnom dialógu môže viesť výskum zameraný na odolnosť k teórii vývinu a ponúknuť praktické aplikácie a poznatky, ktoré prekonajú reči o hodnote silnej rodiny a prinesú podpornú intervenciu a prevenciu (Walsh, 2003).

(Odkazy na literatúru v redakcii)



Najkrajšou cestou, ktorou môžeme kráčať tu na Zemi, je, keď ideme jeden k druhému.

Bullitová

PREČÍTALI SME

Iva Šolcová: Vývoj resiliencie v detstve a dospelosti.

2009 Grada, Praha.

Knihu som vybrala, pretože korešponduje s témou prekladu Rozvod je súčasť môjho života, ktorý sme uverejnili v minulom a tomto čísle Empatie. Koncept resiliencie v oboch prípadoch znamená zvládnutie konfrontácie s nepriaznivými životnými podmienkami spôsobom, ktorý osobnosti neublíži, ale nejakým spôsobom ju upevní, posilní a podporí jej rast. Čo ťa nezabije, to ťa posilní, hovorí o tom ľudová múdrosť, ktorá sa pomaly stáva príslovím.

Korene tohto konceptu sú vo výskumoch detí, vyrastajúcich v nepriaznivých podmienkach, ako je aj situácia rozvodu. Cieľom je rozpoznať protektívne faktory, ktoré dieťa chránia pred poškodením v situácií, keď väčšina zlyháva. Následne je možné tieto protektívne faktory podporovať, alebo prinášať do systému. Výskumy ich len s ocenením zachytávajú, nesledujú kde sa vzali, ani ako ich podporovať.

Prvá kapitola predstavuje zdroje informácií o resiliencii, v druhej kapitole nájdeme definície a súvisiace pojmy a kategórie. Po tomto teoretickom rámci nasledujú protektívne i rizikové faktory a mechanizmy, ktorými sa uplatňujú.

Následne sú zvažované možnosti využitia týchto poznatkov na konštruktívne intervencie, vrátane niektorých konkrétnych intervenčných programov. Vymedzenie princípov na koncipovanie intervenčných programov by mohlo byť zvlášť inšpiratívne.

Tretia kapitola je zameraná na aktuálny stav výskumu resiliencie dospelých, kde sú zmienené zdroje resiliencie v dospelosti a možnosti ich posilňovania, či sprístupňovania.

Ďalšou témou je resiliencia skupín, počnúc rodinami, cez väčšie sociálne skupiny, komunity, kultúry. Zaujímavé je napríklad uplatnenie pri práci so školskými triedami, kde posilnenie protektívnych faktorov sociálneho celku predchádza problémom, ktoré v praxi riešime na individuálnej úrovni. V závere práce nás autorka zoznamuje s niektorými dotazníkmi, používanými v týchto súvislostiach.

Kniha poskytuje základné informácie o danom probléme a priam ponúka k ďalšiemu štúdiu, či už smerom k individu, alebo skupinám, mládeži, či dospelým, alebo k tvorbe programov na podporu resiliencie, či poradenskému scitliveniu k tomu, čo pomáhala a pomáha ľuďom uniesť životné ťažkosti a straty.

PhDr. Jolana Kusá

Janet Tolan: Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii.

2007, Portál, Praha

Výber tejto knihy súvisí s Propedeutikou, ponúka voľné pokračovanie programu posledného sústredenia. Kniha sa inzeruje ako dokreslenie možností toho, aká živá a bohatá je prax v poradenstve a terapii zameranej na osobu klienta.

Je napísaná živým, dialogickým jazykom, aj keď polemiky sú vedené v rámci jednotlivých koncepcií, vnútorne. Miesto teórie nájdeme úvahu o tom, čo je to teória, prečo je potrebná, čo obsahuje a načo to je dobré. V tomto prípade obsahuje teória súbor predpokladov a hypotéz, ktoré obsahujú odpovede na základné otázky, ako sú: aký obsah dávame pojmu osoba a osobnosť, ako chápeme vývoj človeka, čo považujem za normálne, zdravé a čo za choré, abnormálne a ako tieto stavy vznikajú. Ako ich možno napraviť, ako k tomu môžu prispieť iní ľudia?

Osobnosť sa v tomto koncepte skladá zo štruktúry self a skúsenosti. Skúsenosť prichádza zvonka, prostredníctvom zmyslov a zvnútra prostredníctvom pocitov (viscerálne zážitky) a štruktúra self sa vytvára tým, ako sa dieťa učí zmocňovať sveta, organizovať zážitky a vedomosti. Je to vlastný jedinečný spôsob chápania sveta a začleňovania sa doňho. Klientom centrovanej prístupu, alebo zameranie na osobu nám poskytuje model, v ktorom sa osoba usiluje integrovať skúsenosti so svetom do vlastnej štruktúry self.

Vývoj človeka je daný touto štruktúrou osobnosti. Človek prijíma nové skúsenosti cez štruktúru self, ktorá sa zároveň vyvíja od pôvodných rodičovských konštruktov (čo je správne a čo nie) k autentickému, zrelému self cez mnohé krízy, mučivé pocity nedostatočnosti, trápenie a pochybnosti.

Tento teoretický základ vlastne zdôvodňuje Rogersov základný koncept psychoterapie, vytvorenie bezpečného prostredia, ktoré neohrozuje štruktúru self klienta. V roku 1957 predstavil Rogers tzv. nevyhnutné a dostatočné podmienky terapeutického zmeny:

1. psychologický kontakt dvoch osôb
2. prvá osoba – klient, je úzkostný, zraniteľný, nekongruentný
3. druhá osoba, terapeut je v tomto vzťahu kongruentná
4. terapeut pociťuje voči klientovi bezpodmienečné kladné prijatie

5. terapeut pociťuje pre vnútorný referenčný rámec klienta empatické porozumenie
6. klient vníma aspoň v minimálnej miere empatiu a prijímanie terapeuta

V tomto procese poradenstva, či psychoterapie sa môže uvoľňovať štruktúra self klienta od svojej rigidity a klient môže prijímať a symbolizovať svoje skúsenosti iným spôsobom. Táto teoretická koncepcia je považovaná za vážnu súčasť výbavy rogeriánskeho terapeuta, podobne ako aj cvičenia v empatii, kongruencii, čo je predmetom ďalších kapitol.

Podobne podrobne sa zaoberá bezpodmienečným prijatím, na príkladoch a prípadových štúdiách. Medzi štruktúrou self poradcu a klienta môže byť skutočnosť definovaná veľmi odlišne a preto poradca s odlišnými hodnotovými konotáciami môže mať problém prijímať celú osobu klienta, keď sa nestotožňuje s časťou štruktúry jeho self.

Pre poradcov bude iste zaujímavé sledovať sedem štádií poradenského procesu, ktorých analýza začína na strane 147. Axiómou pre tento proces je presvedčenie, že všetci v sebe máme aktualizáciu tendenciu, silu, ktorá nás posúva k tomu, čo je pre nás dobré a rastové. Prenikavé dôsledky tohto presvedčenia pre poradenstvo spočívajú v tom, že riešiť problémy, poskytovať rady, viesť, usmerňovať, hovoriť, čo je najlepšie – je nadbytočné. Iba keď budeme mať veľké šťastie sa stretne naše presvedčenie s presvedčením klienta o tom, čo je pre neho to pravé.

Proces môže byť komplikovaný a bolestivý, so zostupnými časťami, pri celkovom prograse, takže obaja, klient i terapeut potrebujú veľkú dôveru v klientov vnútorný proces.

Knižka sa mi zdá inšpiratívna aj pre poradcov iných orientácií, pretože bez prvkov klientom centrovanej prístupu v súčasnosti snáď nie je žiaden prístup a každý sa ním dá viac obohatiť rešpektom klienta a dôverou v neho.

PhDr. Jolana Kusá



Máme dve ruky. Jednu, aby sme stisli dlaň tým, s ktorými kráčame a druhú, aby sme dvíhali tých, ktorí padajú.

Chalíl Džibrán



Skúsenosť si dáva platiť neobyčajne vysoké školne, ale naučí tak veľa, ako nikto iný.

Thomas Carlyle



Rast tela je pomalý a rovnomerný, ale duša rastie skokmi. Môže dospieť za hodinu.

Lucy M. Montgomeryová



Dôvera otvára bránu do duše.

Jack R. Gidd

REDAKCIA

Editori: PhDr. Jolana Kusá
PhDr. Ivan Valkovič

Redakčná rada: PhDr. Zuzana Mardiaková, PhDr. Oľga Nemcová,
Mgr. Vladimír Hambálek, Mgr. Ľubica Tománková,
PhDr. Katarína Hatráková

EMPATIA NA INTERNETE

<http://www.psychologia.sk/empatia>

E-mail: Jolana.Kusa@upsvar.sk
Ivan.Valkovic@upsvar.sk

Adresa: **Špitálska ul.č. 8**
812 67 Bratislava
Tel.: 02/2045 5826, 2045 5945, 2045 5946
Fax: 02/2045 5556

Reg. č.: 1474/96/6

ISSN: 1335 8624