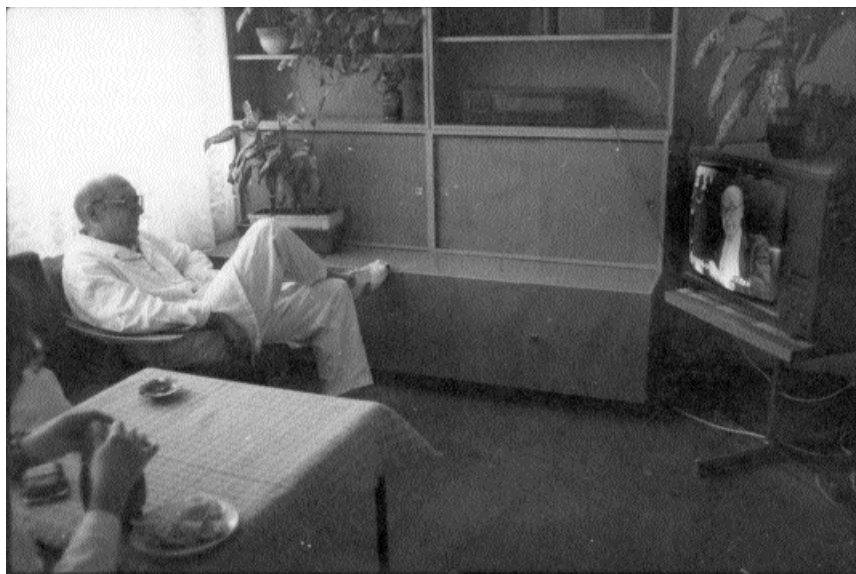


Jiří Mrkvička



***Předpoklady
psychoterapie***



Jiří Mrkvička sleduje televizní rozhovor s Jiřím Mrkvičkou, 1982

foto Antonín Šimek

Jiří Mrkvička

***Předpoklady
psychoterapie***

*Vydali o.s. Péče o duševní zdraví - region Pardubice
a Východočeský institut psychoterapie
ve spolupráci s nakladatelstvím Theo.
Graficky upravil Karel Nedvěd, fotografie Antonín Šimek a archiv autora.*

© Theo 2005

Obsah:

str. 6 - 9

Jiří Mrkvička, psychoterapie a Pardubice

(poznámka úvodem Antonína Šimka)

str. 10 - 72

Psychopatologické předpoklady resocializace schizofreniků

Předmluva

Krise psychopatologie, O potřebě metateorie, Psychopatologie a fenomenologie, Kontexty a existenciály

Schizofrenie v antropologickém kontextu

Osoba a transcendence, Intersubjektivita a sdílený svět, Osobní svět a decentrace, Osobnost a jáství, Růst a tvorba osobnosti

Schizofrenická vulnerabilita a schizafinní osobnost

Etiopatogenetická analýza, Konstituční základy vulnerability, Rodina, domov a zakotvenost, Zrození jáství, Slabé já, Adolescence jako kritické životní období, Schizafinní osobnost a její obranný životní styl

Akutní psychotická krize

Schizofrenní onemocnění jako životní krize, Co se děje v psychotickém předpolí, Kritická fáze schizofrenní krize, Vyústění schizofrenní krize

Chronicita jako životní kompromis

Postpsychotické oslabení osobnosti, Chvilce pravdy a syndrom zlomeného srdce, Postschizofrenní deprese, Chronická schizofrenie jako život v enklávě

Závěr: Personální základ resocializace

Resocializace v rámci komplexní terapie, Terapeutické setkání a budování předmostí ve sdíleném světě, Věrnost v terapeutickém svazku, Systémová opatření, Etický apel v terapeutické intervenci

str. 72 - 88

Základy psychoterapie a hermeneutika

Problematika základů, Naturalistické trauma a antropologické paradigma, Analýza pobytu a existence, Princip logos, Porozumění, interpretace, hermeneutika

str. 88 - 90

Etika svědomí v psychoterapii adolescentů

Zkušenost krize druhého břehu, Etika svědomí, Terapeutická praxe

str. 90 - 94

Princip „logos“ ve vědách o člověku

Objektivní smysl, Kontexty a dění smyslu, Subjektivní smysl, Princip logos

str. 95 - 96

Patočkova filozofie domova

jako základ manželského poradenství

str. 97 - 98

Dysfunkční manželství – eufunkční rodina

str. 99 - 102

Krize životního kontextu

Životní kontext, Dění smyslu, Životní zakotvenost hodnot, Krize jako situace nouze, Závěr

str. 102 - 105

Jak vedu první rozhovor

str. 105 - 109

Dospívání, psychoterapie, psychagogika

Idea smysluplného života, Životospráva kompetence, Etika svědomí, Psychologické prostředky, Psychagogika a psychoterapie, Dospívání jako psychagogický problém

str. 110 - 111

Výběr z publikací autora

Jiří Mrkvička, psychoterapie a Pardubice

poznámka úvodem

Není mezi našimi psychology a psychoterapeuty mnoho těch, kteří by dokázali propojit svoji celoživotní praktickou práci s pacienty a klienty s originální filozofickou erudicí a hluboce etickým pohledem, který vytyčuje naši orientaci ve chvílích bloudění, uspěchané touhy po úspěchu a zmatku hodnot.

Autor textů, které čtenářům nabízím, k nim v posledních desetiletích patřil. Ve svých přednáškách, člancích i knihách se vracel k dotazům po kořenech toho, co vlastně jako psychoterapeuti, poradci nebo pedagogové děláme, z čeho vycházíme a k čemu směřujeme. Neustále zkoumal z neotřelých pohledů zdánlivě samozřejmé. Znovu se ptal po motivaci lidského jednání, po východiscích tvorby lidské osobnosti v kontextu napříč specializovanými disciplínami. Otázky lidských hodnot a zacházení s nimi v konkrétních životních situacích mu nedávaly spát ani v době, kdy antropologické pohledy byly odsunuty z pořadu dne ve jméno vítězství přírodovědného pokroku, nových objevů o fungování mozku a možnostech genetiky.

Jiří Mrkvička nepatřil, ani programově nechtěl patřit, k hvězdám našeho osvětově mediálního nebe. Bylo mu vlastní přemýšlet, studovat a pracovat v ústraní univerzitních kateder. Po jeho odchodu zůstalo v paměti několik publikací, které dnes zájemci jen občas najdou v regálech aktikvariátů. Především jeho Knížka o radosti, která v první polovině temných osmdesátých let osvítila nejenom psychology, pedagogy i filozofy, ale i širokou veřejnost. Autorovi se v ní podařilo vyhnout cenzurním zásahům obratným odmítnutím citací a přesto (nebo právě proto) zprostředkoval myšlenkové zázemí svých inspiračních zdrojů. Především svého učitele J.B. Kozáka a Jana Patočky, německých i amerických personalistů a humanistů.

Po ukončení svých studií na Filozofické fakultě Karlovy Univerzity nastoupil Jiří Mrkvička v polovině padesátých let k primáři Svatopluku Stuchlíkovi na tehdy čerstvě založené psychiatrické oddělení v pardubické nemocnici. Celý život sem dojížděl ze svých rodných Slatiňan a později z blízké Chrudimi. Jako klinický psycholog se věnoval jak dospělým, tak zejména později dětským pacientům a jejich rodinám. Mimo svou klinickou praxi po léta spolupracoval s tehdejší manželskou poradnou, dojížděl do ústavů sociální péče a zároveň pilně přednášel a publikoval. Hrál však také nadšeně divadlo, zajížděl do mého rodného města na Jiráskovy Hronovy, vystupoval v oddílejších představeních

spolu s kolegy a pacienty. Podílel se v Pardubicích na tehdy vyhlášených diskusních „Večerech pod lampou“ pro teenagery.

Setkal jsem se s ním poprvé v létě sedmdesátého druhého roku, když jsem po škole hledal místo. Tehdy jsem ještě netušil, že se budeme vzájemně provázet více než třicet let. Utkvěla mi „traumatická“ vzpomínka na náš první rozhovor, ke kterému jsme se někdy i po letech se úsměvem vraceli. Navštívil jsem ho v jeho ordinaci a vzhlížel coby nejistý studentík k jeho mohutné vysoké postavě s laskavým, ale vážností a respekt budícím vševědoucím pohledem. Vypτάval se mne na všelicos, až nakonec mne zaskočil dotazem, zda jsem četl jeho nedávno vydanou knihu „Člověk v akci“. Se studem nedouka (napadá mne, že slovo „student“ také může někdy takový „stud“ obsahovat) jsem se musel přiznat ke své nevdělanosti, kterou on označil za smrtelný hřích. Nepostřehl jsem tenkrát, jak mu to cukalo v koutcích úst. A plynula léta a já si jeho jemnou ironii zamiloval a dnes mi schází.

Nemíním na tomto místě podávat výčet svých osobních vzpomínek, ani si netroufám podat ucelený přehled a zhodnocení jeho již uzavřené práce. Chci jen povědět několik slov o uspořádání této publikace. Spolu s kolegy jsem si totiž uvědomil, že v šuplících a šanonech jeho domácí pracovny se začíná prášit na řadu textů, které by mohly stát za přečtení. Textů, které v jeho osobitém podání odezněly na seminářích a konferencích, tu a tam se objevily v příležitostných sbornících, anebo ani to ne.

Osou byla především téměř stostránková práce, kterou autor nazval „Psychopatologické předpoklady resocializace schizofreniků“. Zdaleka nejde jen o úzce specializovanou problematiku, jak by se mohlo z názvu zdát. Text vznikl od druhé poloviny osmdesátých let a autor jej připravil k tisku o deset let později. Z řady důvodů kniha nikdy nevyšla, jen v časopise Psychologie dnes z ní byly zveřejněny dvě ukázky bez uvedení kontextu. V současné době už i v překladech u nás existuje přehled o tom, co se děje zejména v oblasti komunitní péče o duševně nemocné ve světě a co se rodí v našich podmínkách. Z tohoto hlediska se mohou jevit některé poznatky jako dobově podmíněné. Také označení „schizofrenik“ patří v současném slovníku spíše k archaismům. Přes tyto detaily však v jádru zůstává závažný pohled na duševní onemocnění a východiska k jeho léčbě, který může být přinejmenším podnětem k plodné diskuzi. Ostatně plzeňský Leoš Horák, fenomenologicky orientovaný psychoterapeut, zaměřený zejména na léčbu psychóz, už tak učinil na jedné z nedávných konferencí.

Druhým rozsáhlejším textem je stat' „Základy psychoterapie a hermeneutika“. Jiří Mrkvička o tomto tématu přednášel na počátku devadesátých let na Pražské psychoterapeutické fakultě a celý text byl otištěn v prvním sborníku Psychoterapie I, který vydalo nakladatelství Triton. V současné době je již sborník rozebraný a proto text se svolením nakladatelství zařazujeme.

Zbývající kratší, většinou také dosud nezveřejněné, přednášky odezněly při příležitosti různých odborných konferencí zejména na přelomu osmdesátých a devadesátých let. V nesoustavném archivu autora není s jistotou zřetelné kdy a kde byly předneseny. Z kontextu je patrné, že se jednalo zejména o konference a semináře psychoterapeutů, případně rodinných terapeutů a poradců, jednu přednesl autor na brněnské konferenci o duševním zdraví mládeže.

Tato publikace si neklade za cíl podat ucelený přehled autorova díla a v tomto kontextu nejsou také podstatná přesná bibliografická data. Na závěr uvádím pouze odkazy na některé dostupné autorovy publikace. Dávám přednost nahlédnutí do autorova myšlenkového světa s vědomím, že některá ústřední témata se v různých textech opakují, jsou však podle mého názoru vždy objevně vsazována do odlišných souvislostí. Proto jsem ponechal všechny texty bez dodatečných redakčních zásahů a úprav. Mám k tomu ještě jeden dobrý důvod. Nepřísluší mi zasahovat do uceleného díla bez konzultace s autorem.

Na závěr ještě drobné vysvětlení k názvu publikace. Sousedství „předpoklady psychoterapie“ je podle mého názoru zkratkou, která v jistém smyslu vyplývá z celého kontextu. Zahnuje však uvažování o psychoterapii v širokém slova smyslu, sousedí s tím, pro co máme ohraničený termín psychologické poradenství a také s oblastí, která je dnes od terapie mnohdy uměle oddělována – s tématem výchovy. Jiří Mrkvička se po desítky let vytrvale navracel k termínu psychagogika. Ostatně kniha, kterou na počátku devadesátých let avizoval, ale nikdy nepublikoval, nesla název: „Porozumět a pomoci. Úvod do psychagogiky“.

A úplně nakonec. Rozhodli jsme se nečekat na plány renomovaných nakladatelství a vydáváme knihu pod hlavičkou dvou pardubických „institucí“. Našli jsme jako záminku jejich drobná výročí.

Východočeský institut psychoterapie od 90. roku vzdělává odborníky v oblasti pomáhajících profesí především ve východočeském regionu. Vznikl na půdě pardubického psychiatrického oddělení a Jiří Mrkvička stál u jeho kořenů. Především tím, že tvrdošjně na své regionálnosti v nejlepší slova smyslu trval.

Jeho život i práce byla spjata s konkrétními lidmi, kolegy, klienty a pacienty. Z jeho prací je od prvního pohledu zřetelný celoživotní osobní lidský dotek s těmi, mezi nimiž cítil svůj domov v onom určujícím Patočkovském smyslu toho slova. Na jednom z prvních pardubických psychotherapeutických seminářů, kterých bylo již téměř padesát, přednášel na téma „Od relaxace ke kontemplaci“. Vložil nám do vínku vědomí, že pod povrchem psychotherapeutických technik a praktických kliše jsou další zdroje, které souvisejí s tím, co se ostýchal zjednodušeně nazývat spirituálním rozměrem lidské existence.

Druhé, desetileté výročí, své práce rekapituluje občanské sdružení „Péče o duševní zdraví – region Pardubice“. Vzniklo na stejné půdě pardubické psychiatrie a nabízí zejména psychosociální péči a pomoc těm z nás, kteří prošli zkušeností závažného duševního onemocnění. Sdružení vykročilo z hranic psychiatrického a zdravotního zařízení do civilního prostředí. V dnešní podobě již jeho práci nevnímá jen úzký okruh odborníků a „uživatelů péče“, ale vstupuje do povědomí města a lidí, kteří v něm žijí. Bourá přehradu mezi těmi, které dříve společnost izolovala za hradbami léčeben a ústavů a těmi „normálními“.

To, co pro naši práci Jiří Mrkvička zanechal ve svých úvahách o duševním onemocnění a předpokladech léčebné péče v širokém slova smyslu zůstává důležité. Zejména ve chvílích, kdy se ptáme na základní otázky po smyslu naší práce.

Kniha vychází při příležitosti desátého pardubického Týdne pro duševní zdraví ve spolupráci s pardubickým nakladatelstvím Theo a za pomoci dalších zainteresovaných jednotlivců – lékařů, kolegů, přátel i organizací i institucí, včetně Magistrátu města. Svým dílem k vydání především přispěli zejména ti, se kterými spolupracoval, které učil, kteří si ho vážili a měli ho rádi. Téma duševního zdraví v širokém slova smyslu vstupuje tak stále zřetelněji do povědomí regionální komunity v živém, osobním setkávání.

Antonín Šimek

Psychopatologické předpoklady resocializace schizofreniků

Předmluva

Kdybych měl cíl této práce vyjádřit stylem poněkud barokním, pak by její podtitul zněl asi takto „aneb co má věděti a vždy na zřeteli míti každý, kdož chce pomáhat lidem trvalou rozkoleností mysli trpícím“.

Musím se totiž přiznat, že mě v minulých letech poněkud znepokojovalo nadšené zaujetí mnoha mladých kolegů pro psychoterapii schizofreniků. Jejich entuziasmus byl podle mého přesvědčení veden jistým romantismem, snahou vstoupit do záhadného, imaginárního světa pacientů, participovat na něm, odkrývat za jeho symbolismem dávné mýty, vizionářsky zpracované. Říkal jsem tomu fascinace Viktorčinou chorobou.

Vím, o čem mluvím, sám jsem touto fází fascinace prošel. Byl jsem se záhadou schizofrenie velice naléhavě konfrontován, sotva jsem se stačil trochu rozhlédnout na svém prvním pracovišti. Na naše malé nemocniční psychiatrické oddělení byl přijat v akutním psychotickém stavu můj kamarád z gymnazijních let. Pamatoval jsem ho jako velice jemného chlapce, nadaného kreslíře, s nímž jsme společně redigovali školní časopis. Nyní byl u nás přijat s diagnózou chronické schizofrenie, která vypukla bezprostředně po jeho příchodu do Prahy na vysokou školu. Měl za sebou několik ústavních pobytů a já se marně pokoušel obnovit starý přátelský vztah, ztrácel se a rozplýval v povrchních rozhovorech. Povzbuzoval jsem ho ke kreslířským pokusům a on mi vracel infantilně primitivní kresbičky začínajícího školáka. Ten jemný, ostýchavý chlapec nyní zcela bez ostychu masturboval na pokoji před ostatními pacienty. Bože, říkal jsem si, co se to s ním jenom stalo?

Pak přišel nový náraz: úmrtí mého přítele z vysokoškolských let. Ušlechtilé noblesního mladého muže, velmi dobrého studenta, který dovedl nahlédnout pod povrch věcí, přívětivě společenského. V posledním období studia se objevily první obtíže. Postoupil léčení, odpromoval a odešel pracovat na psychiatrické oddělení do severních Čech. Vše se zdálo v pořádku. Pak spáchal sebevraždu za velice bizarních okolností. A tak se mi schizofrenie stala spíše osobním traumatem, než klinickým problémem.

Musím však své vyprávění dovést k pointě. Na našem oddělení byl hospitalizován sedmnáctiletý učeň. Šlo o těžký akutní psychotický stav a protože se po několika dnech ukázalo, že není zvládnutelný na otevřeném oddělení, byl chlapec přeložen do léčebny. Když jsem se s ním před převozem loučil, řekl mi tiše

a naprosto věcně: „Vy jste mi slíbil, že za mnou ještě přijdete a nepřišel jste“. Jeho výčitka mě zasáhla jako úder, pod kterým jsem rázem vystřízlivěl ze svého uhranutí záhadou psychózy. Pochopil jsem totiž, že jsem prostě lidsky selhal, zklamal jsem. A že to je asi největší riziko, které nám hrozí v psychoterapii schizofreniků. Proto prý E. Bleuler neustále připomínal svým spolupracovníkům: „Musíte vždycky zůstat se svým pacientem!“

Psychoterapie není jen osobní vztah, ale především osobní závazek. A dostát mu je nesmírně náročné. Je to především etický apel a zkouška osobní zralosti a odpovědnosti. A o tom má být tato práce. Především o tom.

Krise psychopatologie

Sleduji však ještě jeden záměr. Chci využít této příležitosti, abych vyřídil vzkaz docenta Nevoleho. Ten totiž pronesl před léty na jednom dobránském semináři poznámku, kterou jsem si pak celá desetiletí připomínal: „Obávám se, že mladí psychiatři budou dobře obeznámeni s neuropatologií, biochemií, farmakologií, ale zapomenou psychopatologii“. A Nevole byl znamenitý psychopatolog. Co řekl, to platí. Dokonce to ještě získalo na aktuálnosti v době, kdy dernier cri diagnostiky je její metrizace a komputelizace, kdy pod vlivem biologické psychiatrie se šíří přesvědčení, že stanovení diagnózy schizofrenie se posléze stane záležitostí laboratorní a kdy úspěchy psychofarmakologie, jejichž počátků byl Nevole sám svědkem, mohou svádět k terapeutickému prakticismu, který celé terapeutické umění zakládá na nalezení optimální kombinace osvědčených neuroleptik. Tuto situaci pojmenoval S. Janzarik, když v sedmdesátých letech psal o krizi psychopatologie (W. Janzarik, 1976). Její podstatu viděl zcela shodně s Nevolem. Je to, napsal, deprimující banalita: krize desinteresu, znejistění a rezignace výzkumného směřování, které je v nebezpečí, že upadne do vědecké země nikoho. I v minulosti docházelo k podobným krizovým situacím. Janzarik připomněl období po roce 1933 v Německu, kdy pod tlakem politické indoktrinace a ideologizace vědy docházelo k úniku ke klinice a terapeutice – což je naše vlastní čerstvá zkušenost.

Janzarik nejen, že krizi psychopatologie diagnostikoval, ale vynaložil i nemalé úsilí na její překonání a na rehabilitace psychopatologie jako vědního oboru. Prostředkem k tomu byla i heidelbergská symposia, která inicioval, a sborníky prací, které z těchto symposií vzešly a které on redigoval. Příspěvky celé plejády autorů se z různých pohledů vracejí k témuž: že psychopatologie je a zůstane základní psychiatrickou vědou a mostem ke klinice. Z krize totiž nelze uniknout ani odvratem ke klinické praxi a proklamací postoje „nic než klinik“, ani přijetím principů- některého ze směrů, které v současnosti udávají tón, nýbrž

pouze kritickou sebereflexí, vedoucí k nalezení nové identity celého vědního oboru.

O potřebě metateorie

Sebereflexe ve vědě předpokládá kritický vztah k vlastní práci. V tomto kritickém odstupu se debata vede na nové, vyšší rovině: kritický přístup k faktům je vystřídán kritickým přístupem ke způsobům, jakými jsou fakta získávána, verifikována a vykládána. V takovém diskurzu je objektový jazyk vystřídán jazykem o jazyku, metajazykem. Této povinnosti se nelze zbavit poukazem na to, že tuto práci mají dělat filozofové vědy, logici, metodologové. Jde o problematiku nitrovědní a odborníci se na ní musí podílet. Jde přece o hledání společné půdy, na ní se může rozvíjet odborná práce. Ale takové hledání nemůže probíhat pod výhradní egidou té nebo oné dílčí teorie, nemůžeme debatovat na úrovni teorie, kterou sami zastáváme. Musíme diskusi přesunout na úroveň metateorie (Mrkvička, 1989).

Základním a prvotním úkolem přitom je přesvědčit se, na jakých základech naše dosavadní společná odborná práce vlastně stojí. Takovému odhalování základních kamenů se říká „kritika paradigmat“. V ní jde o analýzu platných metodických směrnic, „receptur“ a teoretických principů. Paralelně s tím postupuje „kategoriální analýza“. Oba postupy se vzájemně doplňují. Jestliže kritika paradigmat zkoumá základní kameny, principy, o které se vědní systém opírá, pak úkolem kategoriální analýzy je odhalit pojmový skelet tohoto systému. To znamená: Odkrýt základní, fundamentální pojmy, tedy vlastní kategorie, stanovit relace k pojmům odvozeným, vymezit vztahy mezi nimi, zkrátka provést dekompozici kategoriální skladby daného oboru. Celý tento komplex metateoretických aktivit bývá označován jako „základy vědy“ a představuje vlastně styčný prostor mezi danou speciální vědou a filosofií.

Tím se nám objasňuje, co vlastně míní například W. Blankenburg, pojímá-li psychopatologii jako „grundlagenwissenschaft“. Nejde jen o základní psychiatrickou vědu, ale o psychiatrickou metateorii, vědu základů, předporozumění psychiatrické klinice (Blankenburg, 1978,1982). A také co má na mysli, označuje-li krizi psychopatologie jako „krizi základů“. Jde o znejistění, ne-li negování metateorie.

Psychopatologie a fenomenologie

V kontextu lékařské patologie zní podivně formulace Blankenburgova, který říká, že psychopatologie zkoumá logos patického (W. Blankenburg, 1978, s. 142). Přeložme jako „smysl nemocnosti“ a sledujme dál jeho argumentaci.

„Pathos“ znamená „utrpení a to nejen v objektivním, ale především subjektivním významu“. Znamená ne-moc, bezmoc a tedy určitý stupeň omezení prostoru svobody jednání. Takže psychopatologie je – Blankenburg cituje H. Eye – „pathologie de la liberté“. A ptá-li se lékař pacienta docela prostě co mu chybí, snaží se vlastně určit stupeň jeho omezení svobodného prožívání a chování. Snaží se porozumět pacientovi v situaci ohrožení a bezmoci.

Důraz je přitom na porozumění. To je východisko, které teoreticky rozvinul už K. Jaspers ve své klasické učebnici začátkem století. Porozumět pak znamená postihnout smysl a smysl má to, co je jako integrovaná složka včleněno do nějakého celku, co se stalo prvkem nějaké uspořádanosti, nějakého řádu. Ať tuto řádovou skladebnou vázanost, toto „vzhledem v čemu“ nahlížíme v podobě vztahů funkčních, či teleologických, vždy jde o vazbu smyslem. A odkrýt tuto vazbu předpokládá, že nalezneme onen úběžný bod, těžiště a ohnisko smyslu, kolem kterého se celek dynamicky strukturuje. Takže teď můžeme říci přesněji, že porozumět znamená uchopit, nahlédnout nějaký celek jako svébytný tvar v jeho skladebné vazbě, postihnout jej jako jednotku smyslu, jako fenomén.

Jádrem porozumění je vhled (Einsicht, insight), náhlý průnik do smysluplného vztahu, pochopení významné souvislosti. Spíše obrazně se mluví o „zážitku aha“. Porozumění ve své bezprostřednosti je akt intuitivní. Na rozdíl od pouhého vhledu se intuitivním postřehem rozumí nejen pochopení jednotlivého významného vztahu, ale bezprostřední uchopení celku v jeho vnitřní skladebné vazbě, to znamená i v jeho vnitřním napětí, rozporech a konfliktech – což ovšem má za následek značné obtíže při jeho druhotné verbalizaci. Proto intuice často zůstává jen „tichým, mlčenlivým poznáním“, které bezprostředně přechází v zaujetí přiměřeného postoje k pacientovi i odpovídajícího terapeutického postupu. V tom je jádro psychoterapeutického taktu (J. Mrkvička, 1992). Klinik se zkrátka může k poznání promlčet.

Teoretik-psychopatolog však musí mluvit. Musí své názory verbalizovat, zdůvodňovat. Nevystačí s intuicí, musí postupovat diskurzívně. Jinak řečeno, intuice musí být metodicky zvládnuta, to je úkolem fenomenologické metody. Třeba zdůraznit, že fenomenologie je právě a především metoda. Není to filozofická doktrína. Podle jedné z Patočkových formulací to je filozofie metodicky postupující intuice (Patočka, 1967). A podle jeho jiného vyjádření jsou pro ni smysl a význam takřka jediný problém (Patočka, 1968).

Takto pojata, vstupuje tedy fenomenologie do psychopatologie. Už začátkem století se o to zasadili dva velcí psychopatologové, K. Jaspers a L. Binswanger. Jaspers zdůraznil především deskriptivní komponentu fenomenologie ve smyslu Husserlovy výzvy „zpět k věcem“ a v tomto pojetí se fenomenologie stala univerzálním nástrojem klasické psychopatologie v období mezi dvěma válkami

(Jaspers, 1913). Fenomén je věc v originále, to, co bezprostředně vystupuje, zjevuje se na horizontu naší zkušenosti. Musíme jej uchopit, očistit a popsat. V psychopatologii jde především o popis fenoménů psychických. Odtud bývá klasická psychopatologie vykládána jako psychopatologie deskriptivní.

Binswanger pojal fenomenologii jako čistě deskriptivní učení o podstatách imanentních útvarů vědomí (Binswanger, 1923). Tím položil důraz na eidetickou komponentu metody, na otázku po esencích. Očištění fenoménu totiž jako k poslednímu cíli míří k odhalení smyslu věci: v něm je konstituována její podstata. K podstatě věci se tedy nemůžeme dobrat pouhou sumací, výčtem znaků na základě jejich pravděpodobnostního výskytu, ale konstitucí, zaměřenou na postižení smyslu a smysluplných vazeb. Na sumativním přístupu jsou například založeny dosavadní varianty DSM. Pro praktické účely, jakým je třeba i diagnostický klíč, může být tento přístup velice prospěšný. Teoreticky však nepostačuje, ostatně tvůrci DSM sami svou ateoretičnost výslovně zdůrazňují.

Postup od fenoménu k podstatě spočívá na eidetické redukci, na redukci na eidos fenoménu. V klasické řecké filozofii znamenal „eidos“ pravzor, ideu, podstatu, idea je filozofickou reflexí uchopená podstata věci. Jejím jádrem je – už jsme to řekli – smysl, logos. A tak se vracíme k Blankenburgově formulaci o logu patického. „Nemocnost“ je ústředním fenoménem oblasti, kterou zkoumá patologie. Přejdeme-li do jazyka kliniky, je základní kategorií nosologie a skrytým předpokladem lékařské taxonomie. Tuto problematiku sonduje K. Chromý (Chromý, 1990). Fenomenologie k tomu přispívá tím, že odkrývá skryté předpoklady pro kategoriální analýzu: mapuje oblast patického. Fenomenologové mluví o regionální ontologii patického, jak ji provádí například M. Boss (Boss, 1975).

Kontexty a existenciály

Zbývá připomenout důležitou věc: V psychopatologii máme co dělat s fenomény, které se dějí. S časovými útvary, kontexty. Přebíráme toto označení ze slovníku pražské strukturalistické školy. V tomto zpřesněném označení znamená kontext časově utvářený celek, který tím, jak se děje, se postupně naplňuje smyslem. Je to sled významových jednotek, nepřemístitelný bez proměny smyslu. Sled, při kterém se postupně akumuluje celkový smysl, takže teprve při skončení je celý sled, daný předtím postupně, akumulován simultánně. Teprve ve chvíli ukončení nabývá celek i každý dílčí význam definitivní tvar (Mukařovský, 1968). Dokud kontext není ukončen, je vždy ještě jeho celkový smysl nejistý. Může se zlomit a zůstat pouhým torzem, může se také zvrátit ve svůj pravý opak: nemůžeme si být jisti, že se nedočkáme náhlého překvapení. V tom je dynamičnost kontextu, kterou nám zpravidla odkrývá teprve zpětný pohled.

Můžeme tak mluvit o „děni smyslu“, smyslu, který se teprve postupně, leckdy dramaticky, utváří v interakci dílčích významů.

Takovým kontextem je lidský život. „Životem“ přitom nemíníme systém organických struktur a funkcí, ale čas lidského pobytu ve světě, vymezený narozením a smrtí. Je to život, k němuž se člověk posléze autorsky hlásí, tedy život osobní, který člověk koná pohybem sebeuskutečňování. Patří k němu porozumění sobě a skrze toto porozumění i porozumění světu. Je to život v přesahu, v naději, tíhnoucí k naplnění a ohrožený prázdnotou.

Kde a v čem máme hledat úběžníky životního kontextu, ohniskové body jeho smyslu? V hodnotách, k nimž je lidský život vztážen. Platí potom, že význam má, co je v kladném vztahu k nějaké životní hodnotě. A otázka po životním smyslu je totožná s úsilím odkrýt smysluplné vazby individuálního lidského života, odhalit, jakým způsobem jsou obsaženy hodnoty v životním kontextu, jak v něm jsou tematizovány.

Takto zhodnocený lidský život nazvěme existencí. Může se odehrávat na různých úrovních, které nemají jen různý obsah, nýbrž i různou hodnotu. V tom spočívá otevřenost lidské existence jako života v možnosti (Patočka, 1969). Ale můžeme také docela prostě říci, že existence je lidský život uchopený zevnitř, jak sám sobě rozumí. Analýza existence pak tento pohled zevnitř přijímá jako své východisko. Kategorie, k nimž takto dospívá se nazývají – podle Heideggera – existenciály. Dospět k nim je speciálním úkolem fenomenologie na cestě k filosofii člověka, k filozofické antropologii. Zároveň tím fenomenologie prokazuje významnou službu vědám o člověku, protože jim poskytuje bezpečný základ a jistí je před naturalistickým skluzem. Nemusíme snad zdůrazňovat, že zejména teoretické vědy humánní medicíny jsou tímto skluzem ohroženy. Ale naturalistický výklad lidského života jako obdoby „slepých“ přírodních dějů vede k nezdaru, proti naturalistickému paradigmatu zdůrazňujeme paradigma antropologické. Bez tohoto základu psychopatologie – zejména ona – není možná. (Mrkvička, 1992).

Schizofrenie v antropologickém kontextu

Schizofrenie je nemoc. Tím má být předběžně řečeno pouze to, že jde o reálný psychopatologický problém a že nemůžeme přistoupit na jeho „anihilaci“ pod antipsychiatrickou zástavou „mýtu o duševní nemoci“. Nemůžeme však přijmout ani Janzarikův výklad schizofrenie jako pouhého syndromu či klubka syndromů založeného na mezinárodní konvenci (Janzarik, 1978). Není bez významu, že tento názor Janzarik vyslovil v době usilovného hledání transkulturního konsenzu v přístupu ke schizofrennímu onemocnění. Jenomže nemoc je víc

než syndrom a konsenzus víc než konvence.

Kritika pojetí schizofrenie jako nemoci je – jak dokládá i K. Chromý – především kritikou klasického přírodovědného – Chromý říká také „veterinárního” – modelu nemoci. Tato kritika ovšem překračuje hranice psychiatrie a týká se celé humánní medicíny (K. Chromý, 1990). S velkou důkladností a jazykem blízkým somatické patologii ji provedl J. Vácha (Vácha, 1980). S odvoláním na D.D. Copelanda postavil proti sobě xenochtonní a autochtonní koncept nemoci. Model xenochtonní je identický s klasickým modelem, který ovládal lékařství v posledních sedmdesáti letech: pacient onemocní, protože je napaden chorobou jako cizím útočníkem. Podle modelu autochtonního tkví počátek nemoci v mezích naší vlastní adaptační schopnosti: pacient onemocní, protože není dostatečně odolný, nedostává se mu schopností, které by zabránily maladaptivní interakci s prostředím. Za nemoci dochází k „havarijní regulaci”, směřující už nikoliv k optimalizaci životních podmínek, ale k čiré sebezáchově a autoreparaci, přitom musí řada funkcí aktivně překročit své fyziologické hranice (Vácha, 1980 s. 96 ad.).

Autochtonní model nemoci je dobrým odrazovým můstkem pro náš výklad o schizofrenii, pokud jej rozvineme dál v antropologické perspektivě, jak to ostatně Vácha na různých místech své knihy navrhuje. V této perspektivě se schizofrenie jeví jako onemocnění osoby, jako patická změny osoby a jejího světa. Proto nemůžeme schizofrenii chápat jen jako trs, „cluster” symptomů, k němuž dospíváme shlukovou analýzou, ale jako chorobnou proměnu existence, způsobu bytí ve světě a účasti na něm (J. Wyrsh, 1946, 1949). Nebo, jak říká M. Boss, narušení celkového lidského bytí v jeho otevřeném, svobodném vztahu ke světu, svobodné a otevřené vsřícnosti. Jednotlivé chorobně alterované psychické funkce lze zjistit jen proto, že je nemocná osobnost jako celek (Boss, 1975 s. 485 ad). V těchto formulacích je jádro antropologického přístupu ke schizofrenii. Naším úkolem nyní bude vymezit prostor, který se nám takto otevírá pomocí některých základních kategorií.

Osoba a transcendence

Člověk je tvor, který žije v přesahu. Vykračuje z pevného, svírajícího kruhu toho, co je bezprostředně dáno, přesahuje dané, vztahuje se k něčemu „mimo”, očekává, předvídá. Díky tomu už není polapen – tak jako ostatní tvorové pouty svých instinktů – situací. Vymkl se jí. Není zajatcem okamžiku, není ovládán pouhými impulzy. Posunul své těžiště i svůj pozorovací bod na situaci: Může na ni shlédnout z vyššího hlediska, obhlédnout ji ne už v jednotlivostech, ale v celku. Tak se mu otevírá její význam ve vztahu k celkové situaci životní, je scho-

pen porozumět své životní poloze. Přítomnost tím získává novou podobu. I ji člověk překračuje, otevřen minulosti i budoucnosti. Zbavil se diktátu přítomné chvíle. Získal odstup a v tom je jádro jeho svobody.

Pro tuto lidskou potenci „být v přesahu“ máme ve filozofickém slovníku termín „transcendence“. Nevkládejme do něj nic navíc: jde o empirický fakt, nikoliv o metafyzickou konstrukci. Znamenitě analýze podrobil fenomén transcendence W. Keller (Keller, 1975). Jako její základní komponentu identifikoval intencionalitu, vztaženost, zaměřenost. V minulém století na filozofický i psychologický význam intencionality narazil rakouský filosof F. Brentano, do plného světla jej postavil E. Husserl. V kontextu současné psychologie tento objev uplatnil G.W. Allport. Vymezil intenci jako usilování jedince o cíl, který je jím více méně uvědomován a který je v souhlase se sentimentem: Zároveň konstatoval, že konečnými cíli našich intencí jsou hodnoty (Allport, 1966). Intencionalita umožňuje, že člověk má svět. A toto intencionální uchopení světa se realizuje jako rozumový, emoční a volní vztah ve své celistvosti. Člověk má také dějiny: má vztah k časovosti svého života, k minulosti i budoucnosti, k tomu, co může být, i k tomu, co má být. Přesahuje do sféry toho, co platí, do sféry idejí, norem a hodnot.

K intencionalitě patří perspektivita. Vidíme věci v určitém uspořádání, v určité perspektivě zcela konkrétního stanoviště „v této chvíli a na tomto místě“. A nemůžeme je vidět jinak, leda bychom své stanoviště změnili. To platí pro jednotlivý intencionální akt, ale i zcela obecně, protože „každý život je jedno hledisko na svět“ (Ortega y Gasset, 1969). A každému životu můžeme přiřadit jednu základní životní perspektivu. Lze ji určit jako jedinečný systém vztahů člověka k okolní skutečnosti a zdůraznit na ní právě její jedinečnost – nejsou dva lidé, kteří by měli životní perspektivu shodnou – i její dynamičnost. Nezůstává stejná, mění se zkušenostmi.

Musíme však doplnit: Svět se nám sice otevírá ve zcela určité životní perspektivě, zároveň si však uvědomujeme, že bychom mohli jednat jinak, vidíme i jinou možnost, jiné řešení, jsme schopni pohledu „z druhé strany“. E. Rothacker uvádí tento příklad: chci-li vystoupit na horu, musím zahájit svůj výstup na zcela určitém místě. Odtud vidím horu v určité perspektivě a podle toho si zvolím plán výstupu. Ale zároveň si mohu představit i druhou stranu hory i způsob, jak bych ji mohl zdolat odtamtud. Těto schopnosti „Vidět věc jinak“ se říká aspektivita (Rothacker, 1970) Je to velice důležitá schopnost, umožňuje nám přenést zkusmo ve fantazii své stanoviště kamkoliv jinam, uvidět věci pod jiným zorným úhlem.

A je tu ještě reflexivita: schopnost vrátit se intencionálně od světa k sobě samému, ke svému já. Být ve vztahu k sobě, být „o sobě“ znamená být osobou. Jáské

bytí je bytí osobní. Reflexivita, na níž je osobní bytí založeno, se projevuje dvěma způsoby, které spolu úzce souvisejí: jednak jako implicitní sebe-vědomí, které provází naše prožívání a jednání, jednak jako vnitřní vnímání. Tím je dáno, že cokoliv nás v životě potká, má svůj osobní akcent, svou jáskou kvalitu. Události mají svůj specifický význam pro nás, dotýkají se nás. Na reflexivitu je založena individuálnost lidského života i identita osoby. „Osoba“ i „já“ jsou pojmy souvztažné. Míní se jimi vlastně totéž, jednou z vnějšího, podruhé z vnitřního pohledu. Tedy to, čemu se ve filosofii říká subjekt, nositel i činitel. Já, ego, je takový činitel. Je aktivní, disponuje nepochybně vlastními zdroji energie, které může mobilizovat. V psychologickém přístupu mu přikládáme důležité úkoly sjednocující a řídící: plní funkce integrativní a regulační. Soustavný výklad najdeme u P. Říčana (Říčan,1970).

Neměla by nám uniknout vnitřní vazba mezi akty, které jsme při výkladu o transcenci popsali. Dejme tedy této vnitřní jednotě jméno: mluvmе o aktech duchovních. Transcendence zakládá duchovní vrstvu lidského života a bez ohledu na ni zůstává výklad člověka pouhým torzem. Nestačí poukaz na jeho psychickou a sociální určenost. Tu zjišťujeme v určitém stupni i u subhumánních animálií. Specifikem člověka je duch. Zanedbávali jsme ho.

Intersubjektivita a sdílený svět

Lidský život se naplňuje ve sdílení. Existence je spolubytí, účast na společném lidském losu, společenství v lásce a přátelství s Tebou. Tak formuloval své psychopatologické východisko před léty L. Binswanger (Binswanger,1956). Je to život ve vzájemnosti a odkázanosti na druhého. V takovém vztahu vidím druhého jako „jiné já“, alter ego, jako já, které je tam, proti mně. Víím, že v tomto vztahu je naše pozice zaměnitelná, že tam, kde jsem já dnes, můžeš být zítra ty a naopak, to je vztah reciprocity. Ale víím zároveň, že alter ego není mým zrcadlovým obrazem, že je jiný, alter, že vnáší do vztahu nový moment, jímž tento vztah doplňuje a dotváří, to je vztah komplementarity. Z něj plyne má odkázanost na druhého, která se mi jeví jako svébytný zdroj aktivity, rozhodování a odpovědnosti jako osoby.

V této dialogické zkušenosti se zakládá, konstituuje intersubjektivita. Ta se sice konstituuje vztahem „já-ty“, ale naplňuje vztahem „my“, vztahem prožívaného společenství. Život ve společenství se realizuje jako sdílení a sdělování. Prvotní je sdílení ve smyslu podílet se, účastnit se, ale neobejde se bez sdělování, komunikace, předávání myšlenek, informací prostřednictvím řeči, jazyka: jde vlastně o specifickou podobu sdílení na symbolické rovině.

Komunikace sama je možná jen proto, že ve společenství existuje, jak to for-

muloval T.Parsons, systém konstitutivního symbolismu, totiž systém životních hodnot a od nich odvozený a jen v tomto společenství platný normativní řád. Systém konstitutivního symbolismu má proto v životě společenství zcela centrální úlohu. Z něj členové společenství čerpají své sebeurčení, svou kolektivní identitu, takže pojem „my” je smysluplný. Je to odpověď na dvě otázky: kdo a co jsme my (Parsons,1971). Tak se stává klíčem k našemu porozumění životu společenství zevnitř.

Systém konstitutivního symbolismu však má ještě jinou významnou úlohu: nejen že poskytuje členům společenství klíč k porozumění sobě samým, ale je i klíčem k jejich porozumění světu.

Mohli bychom velice jednoduše říci, že svět je to, co je kolem nás a co na nás působí. Ale tím říkáme pramálo, leda to, že to kolem je půdou našeho života, že nás to nese, ale i klade odpor a my se tomu musíme nějak – pasivně i aktivně – přizpůsobit.To je svět ve smyslu „okolí”.

Patří do něj takové jevy, jako rytmicita životního dění, pudové vzorce chování, reakce a stavy jako námaha, únava a jejich pocitové doprovody. V takové podobě vstupuje i do psychologického slovníku: zpravidla jako „tvrdá skutečnost”, realita. Říkává se, že někdo neobstál tváří v tvář skutečnosti, že ho skutečnost zaskočila, že se neuměl vyrovnat s tvrdou skutečností. Ve slovníku psychoanalytickém pak existuje důležitý termín „testování reality” – a vždy jde o svět-okolí ve významu našeho protihráče, ve významu ne-já proti našemu já.

Okolní skutečnost je pouze půda, ze které svět teprve vyrůstá. Protože svět je prosvětlená skutečnost. Původně totiž znamenalo slovo svět světlo a v pozdějším významu pak krajinu ozářenou sluncem a daleko viditelnou. Svět je tedy skutečnost, která se nám perspektivně otevírá ve světle zkušenosti, skutečnost prosvětlená naším porozuměním, smyslem. Není tedy jen souborem všech jsooucích věcí, ale spíše předem daným horizontem, na jehož pozadí se nám věci zjevují, na jehož pozadí získávají smysl. Tak se svět stává jevištěm našeho života a náš život „bytím ve světě”.

Svět společenství, sdílený svět, je intersubjektivně zakotven. Je to svět zabydlený, emočně obsazený, naplněný významy, svět společensky zhodnocený. Je to dále svět normativity, toho co platí, svět institucí, povinností a rolí, opřený o systém konstitutivního symbolismu. Aktivizuje lidi, kteří jej sdílejí.

Osobní svět a decentrace

Sdílený svět je jednou z podob, jednou z modalit, v nichž člověk ztvárňuje skutečnost. Teď se nám otevírá cesta k výkladu o jiné modalitě – o světu osobním. Vyděme z toho, co jsme pověděli o perspektivitě a životní, jáské perspektivě.

Zdůraznili jsme na ní její jedinečnost. Ale je-li tato perspektiva jedinečná, pak i svět, který se nám v ní otevírá, musí být jedinečný. To je ostatně myšlenka, která se v psychologii objevuje u mnoha autorů. Pregnantně ji vyjádřil W. Stern: Dvě osoby, které dlouho žijí v téže krajině, v téže společnosti, ba v téže místnosti, nemají přece stejné prostředí, protože výběr a modelování, které člověk provádí na věcech, událostech a okolnostech, jsou rozličné. A rozličná je proto obecná utvářenost a obecná atmosféra obou personálních prostředí. Proto má každá osoba svůj osobně významný svět, zkrátka svůj „personální svět“. Osobní svět je vždy zároveň osud i dílo osoby (Stern 1950).

Stern zároveň upozorňuje, že personální svět není identický s naším vnitřním světem, s obrazem světa. Svět není v nás, my jsme ve světě. A náš osobní svět se nám perspektivně otevírá jako výzva. Věci v něm mají svá zvláštní místa: nenápadný domek, jakých jsou tisíce, je pro nás nenahraditelný, protože to je náš rodný dům. A stejně jedinečných a nenahraditelných je pár lidí kolem nás, protože jsme s nimi životně spojeni. Právě tím je dán subjektivní smysl osobního světa.

Shodné myšlenky nalézáme u J. Patočky v jeho výkladu přirozeného světa. Čím je charakterizován? Především – na rozdíl od světa přírodovědy, v němž dávné volání po pevném bodě se ztrácí bez ozvěny – přirozený svět svůj pevný střed má. Je to místo, kam patříme víc, než kamkoliv jinam, ta část univerza, která je lidsky nejvíce proniknuta, útočiště, domov. Ta část, s níž jsme převážně obeznámeni, v níž se cítíme bezpeční, kde není takřka co objevovat, místo naší životní zakotvenosti (Patočka, 1992)

V jáské perspektivě se náš osobní svět otevírá především jako prostor. Rozprostírá se, ze svého pevného centra ubíhá do dálky. Dálka – o ni jde: dálka je lidskou mírou, nikoliv délkou. Dálka je dána naší touhou nebo naší únavou, překážkami, které máme na cestě. Objektivita prostorové míry tu nehraje žádnou roli. Avšak personální svět má i svůj horizont časový, z určitého hlediska snad ještě významnější, než horizont prostorový. V prostoru je vždy potenciálně dána možnost návratu. V čase nikdy. V něm je však dána možnost naplnění, ale i riziko nenaplnění – a odtud zvláštní význam dimenze budoucnosti v lidském životě.

Naše jáská perspektiva není jen jakýmsi suše rozumovým hlediskem, pod kterým vidíme věci kolem sebe. Významné místo v ní mají vztahy citové, které nás k věcem poutají. Jinak: jde v ní vždy a hlavně o to, co pro nás věci znamenají, jakou cenu, hodnotu pro nás mají. Tyto hodnotící a hodnotové vztahy jsou vlastním jádrem naší životní perspektivy. Hodnoty se zkrátka nevznášejí v nějakých nadsvětelných výších, jsou to živoucí součásti našeho osobního světa. Jsou křehké a přece ve své křehkosti náš svět zajišťují, vystaveny všem životním úderům. Proto právě ve své hodnotové dimenzi je náš personální svět nejzranitelnější.

Teď se nám však otevírá otázka po vztahu světa sdíleného a osobního.

Nemůžeme ji obejít, musíme znovu spojit, co jsme z dobrých důvodů rozdělili. Klíčem k porozumění vztahu obou světů je aspektivita, jak jsme ji popsali. Nyní tento popis zkonkretizujeme výkladem o decentraci v pojetí J.Piageta.

Decentrace je jedním ze základních Piagetových problémů a je podepřena důkladným autorovým studiem raného dětství. Vrací se k ní na mnoha místech obou knížek, které u nás byly přeloženy (Piaget, 1966).

Prvotní stav dítěte je stav „adualismu“. V tomto stavu neexistuje hranice mezi „já“ a „ne-já“, mezi dítětem a vnější realitou. Chybí jak sebe-vědomí dítěte, tak svět trvalých předmětů, není tedy ani rozdíl mezi „já“ a „druhým“, mezi dítětem a matkou. Můžeme se jen dohadovat, že dítě je ve stavu jakýchsi polosnových vjemových obrazů. Piaget označuje tento stav jako prvotní egocentricitu dítěte, ponořeného do okolí. V závislosti na aktivitě dítěte se jeho egocentricita formuje výrazněji, nejprve jako vjemová a motorická, ve které dítě „dělá svůj vlastní svět“ a potom i představová a kognitivní, ve které „dělá svou vlastní pravdu“ (Piaget, 1972). Z prvotní egocentricity se takto začíná rýsovat osobní svět ve svých bezprostředních a později i vzdálenějších horizontech.

Přechod ze světa osobního do světa sdíleného se děje právě decentrací, jde o celistvý a zároveň velice složitý proces, který v raném dětství začíná a po celé další dětství a dospívání pokračuje. Zahajuje jej decentrace činností, přechod z výchozího stavu, ve kterém je všechno centrováno na vlastní tělo a vlastní činnost, ke stavu, kdy dítě umísťuje své vlastní tělo i činnost „jako objekty do množiny objektů a dějů ve světě“. Pak následují decentrace představová, poznávací, citová a mravní. Dítě se tak postupně uvolňuje z diktátu své vlastní perspektivy a učí se vidět věci z hlediska „ostatních“, stává se účastníkem světa sdíleného. Decentrace je mostem mezi osobním a sdíleným světem, to je důležité zjištění, které má zásadní význam pro náš výklad o schizofrenii, jak ještě uvidíme. Piaget sám mluví o „koperníkovské revoluci“. Připomeňme jen, že nosným pilířem tohoto mostu je aspektivita.

Přitom nesmíme přehlédnout důležitý fakt: že člověk žije simultánně v obou světech, že existence jednoho z nich neruší existenci druhého a že ani decentrace nelikviduje naší jáskou perspektivu. Překrytí obou světů není nikdy úplné. Dochází však k jakési amalgamizaci a tento amalgam můžeme označit jako náš všední, každodenní, žitý svět. Svět našich setkání s druhými, zkřížených životních perspektiv, svět můj i tvůj, svět spolupráce i sporů.

Osobnost a jáství

Člověk je svou vlastní historií: tak se stává osobností. Osobnost je osoba v čase (Revers,1955). Život modeluje jeho tvář do jedinečné a neopakovatelné podoby a

on vtiskuje tuto podobu svému životu. Osoba znamená onen základ lidství, který je nám všem společný. Avšak osoba, rozvinutá v osobnost, je ve své jedinečnosti nezastupitelná, v tom je její hodnota a v tom je i východisko filozofického personalismu.

Chceme-li porozumět osobnosti zevnitř, snažíme se ji uchopit jako jáství. Tento koncept má v naší odborné literatuře své místo už od času A. Heverocha, který v roce 1910 publikoval studii „O poruchách jáství“. V posledních dvaceti letech však o tomto problému vznikla tak rozsáhlá literatura, že můžeme hovořit o módním trendu. Psychologie jáství bývá také označována jako Self-psychologie, nebo někdy jako psychologie narcismu – což však je pojmenování nad jiné matoucí. U nás psal o problému přehledně M. Nakonečný (Nakonečný, 1973).

Jástvím se tedy míní osobnost zprostředkovaná sebeprožíváním. Jde o perpetuovanou zkušenost vlastní, osobní identity, kontinuity, integrity a kompetence. Jáství není já, self není ego, ačkoliv někteří autoři, mezi nimi i Freud, používají oba termíny záměnně. U jáství se především ptáme, jak se konstituuje ve vztazích k objektům, jak je rozdílně afektivně obsazuje. A jak vytváří fantazijní reprezentace, vnitřní obrazy sebe i významných objektů, signifikantních osob. V centru pozornosti self-psychologie tedy není vztah vědomí a nevědomého, ani vztahy mezi id, ego a superego, ale vztah jáství ke světu objektů.

H. Kohut popisuje vnitřní skladbu jáství takto: Vidí self jako bipolární. Jeden pól představují naše ambice, základní snahy o moc a úspěch, druhý pak naše hodnotové představy, základní ideály, idealizované cíle. Mezi oběma póly vzniká jakýsi oblouk napětí. A touto tenzí mezi ambicemi a ideály jsou aktivovány naše reálné schopnosti a dovednosti, představující jakýsi střed ve skladbě jáství (Kohut, Wolf, 1978).

Jáství si utváří svůj vlastní regulační systém, bývá označován jako „narcistní“. Jde o takové aktivity, které uchovávají a zajišťují skladebnou vazbu a časovou stálost i pozitivní emoční zabarvení obrazu sebe, sebepojetí, self-image. Jde především o emoční postoje, o afektivní vyladění člověka k sobě samému, o sebehodnocení, totiž o pocity vnitřní jistoty, spokojenosti se sebou, o prožitky zdravého sebevědomí a sebeúcty. Ale také o sebejistotu ve vztazích ke světu a vlastní budoucnosti. S tím jsou svázány některé základní narcistní potřeby: Přejeme si, aby nás jiní „viděli“, aby nás nepřehlíželi a brali nás vážně, aby nás respektovali a měli rádi. Aby nás zkrátka „zrcadlili“. To je základní předpoklad zdravého vývoje jáství.

G.W. Allport užil pro fenomén jáství označení „proprium“, zahrnující podle jeho slov, všechny aspekty osobnosti, které představují její vnitřní jednotu (Allport, 1958). Můžeme hovořit o „oblasti mého“, oblasti toho, co jsme přijali

za své, co si přivlastňujeme. Dalo by se říci, co si přivlastňujeme trvale, ale zde musíme být opatrní: hranice propria jsou překročitelné oběma směry a ego je ovládá. Nejen že si nové a nové jevy můžeme přivlastňovat, ale můžeme také některé, které začneme pocítovat jako cizí, porušující vnitřní jednotu naší osobnosti, naši identitu, za hranice propria odsunout. Tak se zbavujeme vlastních nezralých postojů, které v růstu osobnosti ztratily smysl.

Růst a tvorba osobnosti

Zmínili jsme se o časovém rozměru osobnosti. Zbývá povědět, co se v tomto čase lidského života odehrává. V odborné literatuře se v této souvislosti mluví o komplementárních procesech socializace a personalizace. Vlastně častěji se píše o socializaci jako o procesu, kterým jedinec vrůstá do společnosti. My bychom řekli do sdíleného světa. Rozlišuje se vnější stránka socializačního procesu, spočívající v osvojování nejrůznějších sociálních rolí, a stránka vnitřní – ztotožnění s danými společenskými hodnotami, v tomto druhém případě se mluví o enkulturaci.

Nemenší význam však má i personalizace jako proces sebeutváření osobnosti. I zde se nabízí rozlišení mezi individuací jako procesem formování osobnosti především vnějšími vlivy a vlastní personalizací, v níž se vlastní proces utváření osobnosti transformuje v dlouhodobý akt tvorby osobnosti: kdy se pokoušíme udělat něco z toho, co z nás udělali jiní. Pro tento akt máme označení „seberealizace“. Seberealizace jako program však má svá omezení. Nesmíme zapomenout, že růst osobnosti je možný jen ve sdílení, že seberealizace je především sebeobjektivací v životním díle. Nemá nic společného s nějakou rafinovanou formou egoismu.

Osobnost roste zkušenostmi. Cílem jejího růstu je dospělá, zralá osobnost, schopná jednat v odpovědné svobodě. Schopná jednat kompetentně. Koncept kompetence zahrnuje ty osobní charakteristiky, které rozhodují o tom, že člověk je pánem situace, že v ní netápe jako v labyrintu, že je nad ní: vládá nad situací je právě kompetence. Lze ji studovat jen ve vztahu k dané situaci, můžeme se dokonce ptát, zda jedinec vykazuje kompetenci pro zcela jedinečný náročný úkol. Častěji se však ptáme, zda jeho kompetence odpovídá nárokům určitého druhu příbuzných situací. Mluví se o kompetenci profesionální, řídicí, ale i o kompetenci rodičovské, pro náš další výklad zvlášť důležité. A přece mříme ke globálnímu pojetí kompetence životní, v níž si člověk sám sebe uvědomuje jako odpovědně jednajícího, usilujícího o vlastní cestu v síti společenských vztahů, o nalezení svého místa v malých sociálních skupinách i v celém společenství.

Jednat kompetentně v určité situaci znamená jednat s odpovědnou rozvahou a

se znalostí věci, řídit své jednání s ohledem a ve vázanosti na společenské i osobní hodnoty. Naše kompetence se tedy realizuje především ve způsobu, jak řešíme své osobní, životní problémy, v popředí je otázka „jak“. A otázka „jak“ je otázkou po formě, tvaru, otázkou po stylu. Takže životní kompetence a životní styl jsou spojitě nádoby. V poslední instanci se totiž ptáme: je náš život vnitřně sjednocen? Má naše životní cesta vůbec nějakou postřehnutelnou osu? Těmito otázkami zároveň vymezujeme koncept životního stylu: onu vnitřní jednotu našeho života, centrovanou podle osy životního pohybu. Onu osobitou pečť, kterou svému životu vtiskujeme.

Uzavřeme: v této kapitole jsme podali výčet těch antropologických kategorií, které mají být základními kameny dalšího výkladu o patogeneze schizofrenie. Vraťme se nyní tam, odkud jsme přitom vyšli: k autochtonnímu modelu nemoci. V něm je položen hlavní důraz na regulační program organismu a jeho odolnost. Ta však je vázána na obecnější globální charakteristiku, jíž je zdatnost (fitness). Zdatnost se primárně projevuje ve zvládnání nároků, které život na organismus klade, sekundárně jako odolnost vůči zátěžovým situacím. Tyto koncepty lze bez nesnáží z roviny biologické převést a zakotvit v kontextu antropologickém. A teprve odtud, jak i Vácha zdůrazňuje, lze plně porozumět fenoménům zdraví i nemoci.

Schizofrenní vulnerabilita a schizafinní osobnost

Naše úvahy se zatím pohybovaly na hranici mezi zdravím a nemocí. Výkladem o kompetenci, zdatnosti a odolnosti jsme zůstávali v blízkosti pólu zdraví. Nyní se přesuneme do sféry patického: budeme mluvit o schizofrenní vulnerabilitě. O to, že se vulnerabilita stala jedním ze základních patogenetických konceptů, se zasloužil především J. Zubin svým „modelem vulnerabilita“ (Zubin, Spring, 1977). Mohli bychom říci, že zranitelnost, vulnerabilita je negativem odolnosti, a ono klasické „locus minoris resistentiae“, na které bychom mohli přímo ukázat prstem. Jestliže totiž odolnost sama znamená komplexní životní kvalitu, pak i její negativ musí být stejně komplexní.

E. Hartmann se spolupracovníky se pokusili koncept vulnerability operacionalizovat a stanovili jedenáct jeho psychosociálních indikátorů se závěrem, že o stupni vulnerability rozhoduje především celkové skóre, nikoliv vysoká hodnota některé z položek sama o sobě.

Výčet položek vulnerability vypadá takto:

1. Neobvyklá úzkost (neutěšitelné dítě, svět vnímaný jako děsivý, časté noční můry, školní úzkosti).
2. Neofobie (strach z nových věcí, reagování na obvyklé jako na nové,

neschopnost vstupovat do obvyklých situací se snižující se nedůvěrou).

3. Nedostatek historicity (nedostatek smyslu pro osobní kontinuitu v čase, nedostatečné cílové chování, chybějící ambice).

4. Nepřiměřená agrese (slepá agrese, krutost, neobvyklé agresivní fantazie).

5. Nepřiměřený vztek (vztek na sebe sama, popření vzteku, když se jeví hněvivý jiným, nevysvětlitelné výbuchy hněvu).

6. Plochý afekt (afektivní poruchy ve smyslu plochého nebo nepřiměřeného afektu).

7. Anhedonie (neschopnost těšit se z čehokoliv, nedostatek koníčků, nedostatek potěšení ze hry).

8. Nedostatek konstantních objektů (neschopnost navazovat vztahy, obtíže při přesunech od rodiny k přátelům, přílišné lpění nebo přílišná nezávislost).

9. Obtíže v interpersonálních vztazích (rodičům připadá obtížné „proniknout“ k dítěti, vztahová nespolehlivost, žádné nebo řídké vztahy ke skupinám vrstevníků).

10. Propustné hranice (snadno zmatené, excesivní denní snění, tendence k přílišnému myšlení, nedostatečně integrované tělové schema).

11. Nedostatek kompetence (opožďování vývojových mezníků, špatné školní výsledky, nedostatečný pocit kompetence). (Hartmann et al., 1984)

Etiopatogenetická analýza

Na následujících stránkách se pokusíme nalézt řád, skrytý v tomto výčtu. To je úkolem etiopatogenetické analýzy, která má hermetickým kruhem obsáhnout celek prepsychotického a iniciálně psychotického a vymežit místo každé dílčí struktury v této celkové situaci (Kisker, Strotzel, 1962). První vodítku v takové strukturální analýze nám může poskytnout etiopatogenetický „ledovec“, jak jej uvádí J. Vácha. Nejhlouběji „ponořená“ vrstva zahrnuje složky genetické, nad ní je vrstva zahrnující složky získané, třetí je vrstva podpůrných faktorů a vrchol ledovce teprve představuje „viditelné“ bezprostřední příčiny.

Toto schema je platné v rámci obecné patologie pro všechny nemoce. Z různých schemat navržených při studiu schizofrenie uvedme třífázový model L. Ciompiho, který v první fázi zahrnuje vrozené, získané a psychosociální vlivy do premorbidní nápadnosti, tím je připraven „vulnerabilní terén“. Mezi první a druhou fází leží kritický hraniční bod: stres. Jím je fragilní afektivně-kognitivní funkční systém dekompenzován až do akutního psychotického vykojení. Konečně ve třetí fázi lze zjistit všechny vývojové varianty od plné úzdravy přes opakované relapsy až k chronickým residuálním stavům lehčího či těžšího stupně (Ciompi, 1985).

Toto schéma doplníme etiopatogenetickým modelem S. Arietiho, který podrobněji diferencuje zejména prvou fází Ciompiho. Vymezuje přitom čtyři základní fáze. Prvá probíhá v raném dětství a budoucí pacient je v ní „ve válečném stavu s rodinou”. Interpersonální vztahy jsou charakterizovány intenzivní úzkostí, devastující hostilitou nebo falešnou nestranností. Ostatní jsou dítětem vnímány jako „nenávidné Ty”, samo sebe přijímá jako „zlé Já”. V tomto stavu vidí Arieti počátek schizofrenního rozštěpení, které je posléze „sesmoleno” do jakéhosi ekvilibria, jištěného obrannými mechanismy. Ve druhé periodě, která zahrnuje starší dětství, vidí dítě samo sebe jako slabocha ve světě silných a úzkost budících dospělých. Ve třetí, pubertální periodě, dochází k významné změně: obrany, které si dítě vytvořilo v prvních dvou obdobích a které byly přiměřené pro malý svět rodiny selhávají, když dospívající vstupuje do „velkého sociálního světa”. Pocit ohroženosti světem, který dítě získalo už v raném dětství, se vyostřuje až do paniky. Pacient prožívá budoucnost jako beznadějnou, životní přísliby jako nenaplnitelné. Cítí se jako nepřijímaný a nepřijatelný, osamělý. To všechno se děje v období, kdy se dotváří osobnost a formuje se dospělý sebe-koncept, self-image v takových komponentách jako je osobní významnost, životní role a sebeúcta. Předchozí patogenní vlivy se musí projevit i v tomto mimořádně citlivém dění, v sebeobrazě jako totálně poraženého, bez možnosti spasení. A tak nastupuje čtvrtá, psychotická perioda. V ní dochází ke zvratu: hlubokou alterací kognitivního a symbolického porozumění světu je realita popřena. Ke slovu přicházejí vývojově starší regulační mechanismy, dochází k regresi, v níž paleopsychické mechanismy ve smyslu primárního procesu převládají (Arieti, 1974).

Na Arietiho modelu musíme ocenit především to, jakým způsobem integroval výsledky prací posledních desetiletí v celistvé pojetí etiopatogenezy schizofrenie. Proto je přijímáme jako rámec dalšího výkladu.

Konstituční základy vulnerability

U indikátorů vulnerability, jak jsme je uvedli, jde především o jisté vzorce chování, empiricky zjištěné v předchorobí schizofreniků. Od těchto povrchových znaků však musíme přejít k hlubší vrstvě konstitučních radikálů, totiž těch geneticky podmíněných, trvalých dispozic a reakčních tendencí, které ony vzorce chování podmiňují. Zároveň představují základní složky temperamentu, chápáného jako psychická komponenta konstituce. U temperamentu můžeme rozlišit tři vrstvy: vitalitu, emocionalitu a sociabilitu. Vitalita představuje energetickou pudovou vybavenost, vyznačující se rozdílnou intenzitou, tempem a rytmitou.

Emocionalita je vrstvou hedonickou, zahrnující vitální pocity a nálady, odvislé do jisté míry od průběhů tělesných pochodů. Základním radikálem je tu senzitivita, vnímavost na vnější i vnitřní vlivy. Základním projevem pak trvalé konstituční emoční ladění, z kliniky známé především ve svých hyper- a hypothyminých variantách. Sociabilitou konečně míníme konstituční pohotovost k reakcím na nové předměty a hlavně osoby ve smyslu přiblížování či vyhýbání, v klinice popisovaným jako extra- a introverze.

Originálním příspěvkem do debaty o konstitučních základech zdravého a chorobného chování se staly výzkumy skupiny dětí raného věku, který provedli A. Thomas se spolupracovníky (1970). Faktorově-analyticky rozlišili ve skupině tři základní temperamentové typy. Čtyřicet procent pozorovaných dětí zařadili do „snadné skupiny“, charakterizované pozitivní náladou, pravidelností tělesných funkcí, nízkou nebo mírnou intenzitou reakcí, dobrou přizpůsobivostí a pozitivním přístupem k novým situacím. Deset procent dětí, popsanych jako „obtížná skupina“ se vyznačovalo nepravidelnými tělesnými funkcemi, intenzivními reakcemi, únikem před novými stimuly, nízkou adaptací a negativní náladou. Patnáct procent dětí označili autoři jako „pomalu se rozechřívající“. Tuto skupinu charakterizovala nízká úroveň aktivity, počáteční únik před novými podněty, pomalá adaptace, poněkud negativní nálada a nízká intenzita reakcí. Pětaticet procent dětí pozorovaného vzorku se nepodařilo přiřadit k žádnému ze tří temperamentových typů.

Důležitý poznatek přineslo katamnestické sledování celé skupiny. Z celkového počtu 136 dětí jich dvaatřicet mělo ve školním věku takové obtíže, že byla žádoucí psychiatrická péče. Pětasedmdesát procent z nich pocházelo z obtížné skupiny a jen osmnáct procent ze skupiny snadné. Autoři z toho odvodili, že různé typy temperamentu vyžadují různý způsob rodičovské a výchovné péče. Rodiče tedy musí svými postoji a výchovným přístupem vyjít vstříc specifickému temperamentu dítěte. Jestliže tento vztah je harmonický, lze očekávat zdravý vývoj dítěte.

Rodina, domov, zakotvenost

To je důležitý poznatek, na který musíme myslet při výkladu o patogenním vlivu rodiny na schizofrenní vulnerabilitu. Literatura o tomto problému se v posledních desetiletích rozrostla do nepřehlednosti, uvedeme jen několik základních fakt. Musíme je však opřít o hlubší existenciální základ: nabízí nám jej J. Patočka svou interpretací fenoménu zakotvenosti.

V Patočkově výkladu je existence možnost, která se realizuje životním pohybem. První a nejzákladnější je pak pohyb zakotvenosti. Jím získáváme to, co je

pro nás ve světě již připraveno. Zakotvenost je život v ochraně, zastínění a zaštítní a jenom tím, že jsme takto přijati, se země stává teplou, vlídnou a laskavou. Pohyb zakotvenosti je pohybem blaženého přimknutí v prostoru domova – a domov se tak stává kotvou lidské existence. Pohyb zakotvenosti se děje z centra domova rodinného do prostoru domova širšího: místního, krajového, národního, do svazků, s nimiž se člověk cítí v různé míře spjat, jimž na základě tradic a vlastních zájmů bytostně rozumí a v nichž je „zdomácnělý” (Patočka, 1969). Pohyb zakotvenosti, dodejme, je proto základním způsobem pobytu ve sdíleném světě.

Nejdůležitější charakteristiku zakotvenosti však stále ještě zamlčujeme: že totiž zakotvit, zakořenit se ve sdíleném světě je možné pouze prostřednictvím druhých. V tom je smysl onoho „být přijat”: zakotvenost je spolupohyb ve vzájemnosti s druhými, v bezprostřednosti sdílení a sdělování, v intimitě svazku. Toto úzké společenství se vsunuje mezi jednotlivce a společnost, aby dynamikou intimních mezilidských vztahů modifikovalo neosobnost toho, co platí v konstitutivním řádu širšího společenství. Aby normativy neosobního „se” (stanoví se, má se, požaduje se, ukládá se) transponovalo do osobních rad, povzbuzení, varování, napomenutí.

Prototypem takového svazku je rodina. Domov a rodina jsou skutečnosti souvztažné. Domov je místem života rodiny, smyslem rodiny je tvorba domova. Obojí je prostoupeno atmosférou intimity, niternosti, vzájemnosti, porozumění a ochrany. Zkušenost domova je životní prazkušenost. V pozdějších letech se bude tato zkušenost dál rozvíjet, ale všechno nové, co se později vynoří, bude růst z onoho prvotního, nejzákladnějšího pocitu zakotvenosti, který člověk hluboko v sobě ponese.

Tím je pro nás dáno východisko a základní zorný úhel, pod kterým musíme vidět problematiku rodinné patologie ve vztahu ke schizofrenii. Klasické, předválečné studie této problematiky se týkaly především otázek genetických, totiž mechanismů familiárního přenosu schizofrenního onemocnění. Metodika těchto výzkumných projektů byla stále zjemňována, původní nálezy korigovány a tato práce pokračuje i v současnosti.

Důležité však je, že začátkem padesátých let se začala uplatňovat jiná orientace: od otázek biogenetických se pozornost obrátila k sociopsychologické patologii rodinné interakce. Nejprve byly hledány faktory patogenního působení psychicky alterovaných rodičů na budoucího pacienta. Tak byly například identifikovány tři typy „schizofrenoganních” matek..

Matka „puritánská” je vysoce morální, nadměrně se kontrolující a lpějící na svých životních názorech. Je necitlivá a nedovede tolerovat dvojznačnost. Matka „bezmocná” je slabá, úzkostná, vnitřně zmatená žena, která očekává, že bude řízena, ale zároveň sabotuje opravdovou kontrolu, kterou vyžaduje. Matka

„machiavelistická“ má sklon využívat jiné a manipulovat jimi, aby získala moc. Je hostilní, neodpouštějící a nemorální. Patogennímu vlivu otce byl připisován menší význam. Přesto byly popsány tři typy, které mohou neblaze zasáhnout do osudu dítěte. Typ „autokratického“ otce se vyznačuje aktivitou a bažením po úspěchu, ale také nedostatkem vřelosti ve vztazích k ostatním. Otec „poraženecký“ je naopak pasivní, nejistý, nešikovný a patetický ve svých pokusech o vřelé vztahy. Otec „chaotický“ je úzkostný, vrávorající mezi různými vnějšími i vnitřními silami, jimž je vystaven (Jackson et al., 1958). Klinická zkušenost nás přesvědčuje o oprávněnosti tohoto přístupu, zároveň však musíme naslouchat hlasům, varujících před karikováním a demonizací osobností rodičů a zejména matky. Arieti soudí, že jen asi 25% matek schizofreniků odpovídá obrazu matky schizofrenogenní a zároveň upozorňuje, že schizofrenici při exploraci podávají často svůj vlastní, katathymně zkreslený, hrozivý obraz některého z rodičů (Arieti, 1974). Tyto rané studie však přinejmenším ukázaly, že neplatí jednoznačně vztah „schizofrenní ze schizofrenního“ a že paleta interpersonálních vztahů, patogenně formujících schizofrenní vulnerabilitu je podstatně bohatší.

Významnou kapitolu v jejich výzkumu znamenají práce skupiny z Palo Alto. Vedle D.D. Jacksona, kterého jsme citovali, bývají do ní zařazováni například V. Satirová a G. Bateson, kteří se u nás těší zvláštní pozornosti, k teoretické výbavě celé školy výrazně přispěl P. Watzlawick zavedením systémového paradigmatu a teorie komunikace, která z tohoto paradigmatu vyrůstá. Práce skupiny vzešly zejména ze studia rodin schizofreniků, tedy z přirozených malých skupin a ne ze skupin uměle vytvořených v laboratoři za účelem experimentálního výzkumu.

Pozornost se obrací na systém a systémové vztahy, z individua na vztahy mezi individuui jako fenomén *sui generis*. Poruchy chování, říká Watzlawick, jsou funkcí lidských vztahů, ale ne nemocných duší. Přijmout tuto tezi pak podle něho znamená zavrhnout „monadický“ přístup, zaměřený na individuum do sebe uzavřené a zavrhnout pojmy povahy *fata-morgany*, jako jsou potřeby, volní akt, potlačení, které jsou nepotřebné pro výklad *semioze* a komunikace. Ovlivnit chování systému znamená naučit jej hrát jinou hru, říká Watzlawick s odvoláním na L. Wittgensteina (Watzlawick, 1975).

Tato tvrzení, provokativně vyhocená, jsou ukázkou metodologického purismu. Ostatně Watzlawick sám, ve svých výkladech o *pragmatice* jako *odvětví semiotiky*, se nemohl obejít bez konceptů, které tak rozhodně zavrhl. Avšak teoretický přístup školy z Palo Alto udává tón do dneška. „Rodina jako pacient“ se stalo sloganem.

Vyjděme ze staré dobré poučky, podle které zdravá rodina není rodina bez problémů, ale ta, která je schopna zvládnout své problémy vlastními silami, bez cizí

pomoci. Takové, ve které, jak říká H. Stierlin (1974, Stierlin, Lang 1978), ve scénáři vázanosti vládou nekorigovaně centripetální síly rodinného systému, takže se utváří emoční rodinné gheto s vynucovanou intenzivní archaickou loajalitou, s blízkostí za každou cenu, jejíž porušení vyvolává masivní pocity viny. Ve scénáři vyvrženosti dominují proti tomu síly centrifugální. Rodinné soužití je pocíťováno spíše jako břemeno, kterého by bylo dobře se zbavit. Děti jsou proto tlačeny k nezralé samostatnosti a předčasnému opuštění rodiny. Následkem je deficit v emočních vztazích spojený s pocitem vlastní bezvýznamnosti. V obou typech scénářů jde o porušenou rovnováhu mezi intimitou a distancí, která hraje významnou úlohu v rodinné dynamice. Oba interakční módy pak specificky ovlivňují adolescentní proces delegace, jemuž Stierlin přičítá závažný podíl na vzniku schizofrenního onemocnění. K tomuto problému se ještě vrátíme.

Zrození jáství

V lůně rodiny se utváří prvotní vztah dítěte ke skutečnosti, a klíče ke světu má v rukou matka. To ona může před dítětem svět rozevřít a rozsvětlit, ale také zastřít závojem svých emocí. Může vtisknout dítěti svůj afektivně zkomolený obraz světa jako atrapu světa skutečného.

Tento dramatický rozpor je dynamickým jádrem nejranější fáze vývoje jáství, rané personalizace, kterou M. Mahlerová označila jako proces duševního zrození a časově vymezila obdobím mezi čtvrtým a šestatřicátým měsícem života (Mahlerová 1975). Během této fáze se prvotní symbiotický vztah matka-dítě postupně uvolní a dítě se osamostatní jako individuální bytost. Sociální úsměv, jímž čtyřměsíční kojeneček reaguje na matčinu tvář, je známkou, že dítě začíná svou matku od sebe rozlišovat. A v průběhu dalšího kontaktu ji „identifikuje“ stále lépe. To je první, diferenciativní fáze procesu duševního zrození.

Ve druhé polovině prvního roku se bohatě rozvíjí aktivita dítěte. Mohli bychom říci, že dítě opouští matčinu náruč tím, jak se učí samostatně sedět, pohybovat se lezením, stát, zmocňovat se předmětů, které je lákají. Prvními krůčky na přechodu do druhého roku se dítě od své matky fakticky vzdaluje a toto vzdalování mu dokonce působí potěšení. Ale jen do určité míry: dídě si zachovává a kontroluje bezpečnou vzdálenost a kdykoliv znejistí, vrací se k matce, aby u ní našlo ochranu. A nejen ochranu, ale i povzbuzení, Mahlerová píše o „emočním natankování“. Matka tvoří bezpečný orientační střed dětského světa.

V této fázi cvičení, charakteristické pro batolecí období, dítě rozvíjí svou samostatnost, získává kontrolu nad svým chováním a začíná také svou vůli proti okolnímu světu prosazovat.

Zřetelně to vidíme v období dětského vzdoru: dětské „já sám“ je proklamací

získané samostatnosti. Dětské já, stavějící se na odpor a prosazující se proti okolí, se pokouší o první neohrabané krůčky na cestě k sebevládě a kompetenci. Každé učení je provázeno úspěchem i neúspěchem. Zdar naše já posiluje, nezdar však naší sebedůvěrou otrásá a vyvolává pocity nejistoty. Ve fázi cvičení je dítě v této sféře zvlášť zranitelné: obtížně se učí znát své možnosti. Naráží. Zakouší pocity nejistoty. Snaží se znovu nalézt uvolněnou jednotu s matkou. Žádá si její účast na svých úspěších i neúspěších, touží po akceptaci. A tím se vyznačuje další fáze procesu duševního zrození, kterou Mahlerová označuje jako fázi znovupřiblížení. Je to fáze pro matku náročná. Mezi ní a dítětem dochází k jistému napětí: dítě se matky dožaduje, uchází se o ni, ale zároveň ji svým chováním provokuje. Už není tak bezmocné, už jí tak úplně nepatří. Vzájemné vztahy se musí ustálit na nové, personální, dialogické rovině, což bývá prubířským kamenem mateřské zralosti. Matka musí být připravena „převzít emoční účast na činech malého dobrodruha“, musí jej zrcadlit. A dítě pak dochází postupně k poznání, že dospělý není všemohoucí a že ono samo není odloučenou osobou a nezávislým centrem vlastní iniciativy. Tímto poznáním se totiž uzavírá proces duševního zrození, z těchto interakcí se rodí naše jáství.

Slabé já

Je zřejmé, jakým způsobem může proces duševního zrození ztroskotat: tím, že matka svou roli v něm nezvládne. Toto selhání se v literatuře diskutuje ve vztahu k fenoménu zrcadlení, „mirroring” (W. Bohleber, 1992). Už jsme se toho dotkli: matka má své dítě zrcadlit. Bohleber v této souvislosti cituje D.W. Winnicotta: Prvotním zrcadlem pro dítě je matčina tvář. Tento obraz však má svá omezení. Zrcadlení především není jev statický. Jeho výsledná podoba se utváří kumulací bezpočtu dílčích interakcí, které mohou dokonce být ve vzájemném rozporu, jde tedy o proměny matčiny tváře, jimiž je dítě emočně ovlivňováno. Důležitější však je, že obraz dítěte v matčině tváři je zkeslen jejím emočním stavem. Že zkrátka fenomén zrcadlení v sobě zahrnuje významnou hodnotící komponentu ať v dobrém nebo ve zlém. A že dítě toto hodnocení z matčiny tváře může vyčíst. Na tom ostatně spočívá i patogenní vliv klasické „dvojitě vazby”. Zrcadlení je jádrem „pradialogu” mezi dítětem a matkou. Onoho rozhovoru beze slov, který R. Spitz označil jako „předchůdce dialogu” nebo „archaickou formu dialogu” a který se překrývá s procesem duševního zrození M. Mahlerové. Jde o velice subtilní vzájemnou hru citových potřeb dítěte i matky, nabývající stále nových konstelací a podob, v níž se utvářejí citové vazby. Bylo by zjednodušující, říkat Spitz, hovořit jen o akci a reakci. Nejde o pouhý repetitivní proces (Spitz 1972). V situaci pradialogu se dítě učí iniciativě ve vztahu k druhému,

který může na tuto iniciativu odpovědět. Žádá a očekává, přivolává pomoc, na niž je odkázáno. Dialog se rozvíjí v odkázanosti na druhého. A partner odpoví dá na iniciativu dítěte iniciativou vlastní.

V situaci pradiologu se rozvíjí jádro dětské osobnosti. A tu se vynořuje životní riziko: selhání dialogu. Matka, která je příliš zatížena vlastními problémy a citovými konflikty, matka „nezrcadlící“, situaci dialogu nezvládne. Zablokuje jeho rozvoj ve formě jakéhosi pseudodialogu, diktovaného spíše potřebami jejími, než potřebami dítěte. Mezi takovou neúčastnou, nezrcadlící matkou a dítětem tak dochází k zápasu, v němž dítě vyplývá příliš mnoho energie, zatímco by ji mělo uplatnit ve vlastních vývojových úkolech tohoto údobí. Znejistí, stane se úzkostným, ztrácí iniciativu (Spitz 1974). V literatuře se někdy v této souvislosti mluví o „praznejistění“ nebo „bazální úzkosti“.

Výsledkem takového selhání je fragilní, křehké, vratké a nestálé já. Význam jáské patologie ve vztahu ke schizofrenii zdůraznil v posledních letech Ch. Scharfetter et al. (1982). Vychází přitom z jáské zkušenosti, kterou shrnuje takto: Já jsem živoucí, samostatný a sám sebe určující ve vnímání i jednání, jednotný a celistvý, ohraničený a odlišný od jiných bytostí a věcí, týž v průběhu života a různých životních situacích.

Jáské zkušenosti – a dodejme hned, že tato zkušenost provází všechny naše životní zkušenosti – věnovali značnou pozornost fenomenologové. Tak J. Patočka odkrývá v jejím základu bezobsahovou jistotu bytí, jistotu „jsem“, „sum“ (1971). Jistota „jsem“ tak předchází vědomí „já“, „ego“. P. Ricoeur pak doplňuje: k této bezprostřední jistotě patří i jedinstvo, „ipsae“ a totožnost „idem“ (1993). A tak ono dětské „já sám“ jako výraz jáské zkušenosti, je zároveň prvou proklamací dítěte jako osobnosti, nositele partnerských vztahů.

Scharfetter v jáském vědomí velice přesně rozlišuje čtyři základní dimenze: vitalitu já, jistotu vlastní živoucnosti, aktivitu, jistotu sebeurčení v prožívání, myšlení, jednání, konzistenci, jistotu koherentní životní vazby, demarkaci, ohraničení vlastní oblasti a identitu, jistotu vlastní osobní, fyziognomické, sexuální biografické totožnosti. Všechny tyto dimenze jsou integrovány v celistvém obraze sebe sama, v sebekonceptu. A tento sebeobraz, tedy to, co si někdo o sobě myslí, co o sobě ví, jak si rozumí, jak se cítí ve svém postavení mezi lidmi, závisí od jeho zkušenosti, že byl viděný, od toho, jak s ním jednali druzí lidé. K sebeobrazu patří i sebehodnocení. Ve schizofrenii může dojít k hrubému porušení sebeobrazu ve všech jeho dimenzích.

Musíme však zdůraznit důležitou okolnost, na kterou upozorňuje G. Arieti (1978), když do sebeobrazu zahrnuje i zkušenost životního smyslu. Bez toho, že by to formuloval v nějakých jasných ideích, člověk předpokládá, že jeho život není bezúčelný, bezcílný, že má smysl. Tak je jeho sebeobraz vztažen k budouc-

nosti: člověk od života cosi očekává a rudimenty tohoto očekávání jsou patrné už v raném dětství, zejména ve vztahu k matce. Během staršího dětství a zejména v dospívání se toto očekávání dál rozvíjí, doplňuje o očekávání a ústí do osobité, k budoucnosti vztážené životní orientace.

V ní člověk obhlédá možnosti, které mu svět nabízí, a prožívá je ve svých nadějích nejistotách i v obavách ze zklamání. Rozhodující přitom je, jakou podobu má svět, ve kterém člověk žije: zda se otevírá jako výzva a prostor tvořivého života nebo se kolem dokola svírá jako temná hrozba. Svět vybízející a svět hrozivý – to jsou dvě krajní alternativy, které se začínají rýsovat jako možnosti už v raném dětství.

Adolescence: kritické životní období

Charakterizovali jsme etiopatogenetickou analýzu jako úsilí obsáhnout celek prepsychotického a iniciálně psychotického a vymezit místo každé dílčí struktury v této celkové situaci. Zbývá nám ještě jeden důležitý úkol: vymezit význam adolescence. Z tohoto pohledu se nám adolescence jeví jako údobí rizikové. V čem však tato rizikovost spočívá?

Především, adolescence je životní období mezi dvojí dospělostí: biologickou a osobnostní. Jestliže však dospělost biologická, spočívající v generativitě, schopnosti dát život, nastupuje podle zákonitostí biologického zrání, pak o dospělost osobnostní musí mladý člověk svést zápas. Musí vzít správu života do svých rukou. Jazykem etiky řečeno, jde o přerod z heteronomie, tj. poslušnosti zákona, který mu byl uložen jinými, k autonomii, jako poslušnosti zákona, který si uložil sám jako důsledek volby a schválení nadosobních životních cílů, životních hodnot. Tak vstupuje do světa dospělosti a musí se zorientovat v tom, co v tomto světě platí.

Jinak řečeno, ze světa dětství musí vstoupit do světa dospělých se vší jeho složitostí a náročností. A jestliže kterýsi mladý pacient o sobě řekl, že si připadá „takový neukončený“, pak tím přiznal, že v zápase o dospělost ztroskotává.

Tento základní nárok adolescence můžeme rozložit do několika dílčích úkolů. V první řadě musí mladý člověk porozumět sám sobě a akceptovat se v této změněné životní poloze, nalézt novou identitu, musí si vytvořit nový pocit jistoty, smysl pro osobní hodnotu i jistou životní filosofii, projít krizí konfuze, zmatení hodnot. Musí přijmout povinnosti, plynoucí z role dospělého. Musí pochopit a prožít i roli svého pohlaví (Meyer 1962, Kulenkampff 1964).

Složité proces osamostatňování do sebe zahrnuje i uvolnění z původních rodinných vazeb a z dětské role v rodině. Ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění o tom podal celistvý výklad H. Stierlin (1970, 1978). Vychází přitom ze svého

základního konceptu delegace, tedy vyslání, pověření úkolem, posláním, misí. Důležitý však tu je dodatek: ve jménu rodiny. Oba rodiče do adolescenta vkládají své naděje a očekávají, že je splní. To je docela v pořádku, pokud tyto naděje jsou reálné a mladý člověk se s nimi ztotožní. Problém začíná, jsou-li tyto nároky nereálné, promítají-li se do nich vlastní konflikty a nesplněné ambice některého z rodičů, skryté v rodinných scénářích. Potom ono „jménem rodiny“ se stává nepravou výzvou k morálnímu závazku loajality k rodině, povinností, jejíž nesplnění je důvodem k odsouzení. Tím je totiž ohrožen sám proces osamostatňování, personalizace a adolescent jako „delegát rodiny“ má výčitky svědomí a pocity viny, jestliže jeho vlastní aspirace jsou s touto delegací v rozporu. Stierlin mluví o nemožných nesplnitelných misích, které mladého člověka přetěžují. A tak můžeme shrnout, že adolescence sama ve svých základních nárocích je značnou zátěží pro fragilní já mladistvého a nesplnitelné mise se stávají schizopatogenním faktorem.

Schizafinní osobnost a její obranný životní styl

Máme nyní před očima určitou skladbu osobnosti se sklonem ke schizofrenii. M. Bleuler použil označení „schizafinní“ (1983). Tento termín má tu výhodu, že nás a priori neváže k některému ze známých typů akcentovaných osobností a my jsme se snažili ukázat jak a pod jakými vlivy a tlaky se schizafinní osobnost rozvíjí během života ze svého konstitučního základu ve svých vyšších vrstvách, až k vrstvě duchovní, reprezentované především svědomím. Další výhodou tohoto termínu je to, že nás zbavuje nutnosti používat označení osobnost „premorbidní“ : schizafinní osobnost nemá vepsán a předurčen osud psychotika. Je to pouze osobnost specificky zranitelná, vulnerabilní, nic víc.

Otázkou však zůstává, jak může tato zranitelnost ovlivňovat volbu prostředků, způsoby jimiž člověk řeší své osobní problémy, jak může spoluutvářet onu vnitřní jednotu života, kterou jsme označili jako životní styl. Při hledání odpovědi na tuto otázku musí zůstat v centru našeho zorného pole kompetentní jednání, jak jsme je dříve popsali. V něm se realisticky sjednocují naše individuální potřeby – k nimž samozřejmě počítáme i potřeby jáské, narcistní, na prvním místě potřebu sebeúcty – s nároky, které na nás klade společenství, život ve sdíleném světě. Nesmíme přitom přehlédnout, že v takto pojaté kompetenci má významnou úlohu její mravní složka, řekněme kompetence mravní. V ní sami sebe prožíváme jako odpovědně jednající uprostřed malých sociálních skupin i v širším společenství. V takovém jednání naplňujeme své životní plány s ohledem na tyto vazby v partnerském sdílení. Tím jsou určeny i strategie, které v jednání uplatňujeme. H.Stierlin mluví v této souvislosti o obezřetné individuaci, v níž vzá-

jemně působí a ovlivňují se vztahové konstelace a individuální dynamika. Rozhodující přitom je schopnost členů nějakého sociálního systému vymezit své hranice se zřetelem na ostatní. To znamená, že mohou a chtějí určitě artikulovat svou vlastní pozici, své vjemy, city, očekávání, ideje, práva a povinnosti a zároveň se přeladit – doplníme: aktem decentrace – na pozici druhých a sdílet s nimi společné stanovisko. Že dovedou vybalancovat blízkost a distanci, práva a povinnosti. Porucha obezřetné individuace, jak Stierlin upozorňuje, hraje významnou úlohu v patogeneze schizofrenního onemocnění (1985).

Fragilní já ve své základní nejistotě, provázené i sníženou sebejistotou a sebevěrou má problémy v této oblasti. Jednání vulnerabilní osobnosti trpí rozpo-rem mezi vlastními neurčitými, často nereálnými životními plány a přehnanými nároky rodiny, jako bezprostředního společenství. Realizuje se potom v oportunních akcích na krátkou vzdálenost a zaštiťuje se různými obrannými mechanismy. Ty, ačkoliv jsou ve službě já, nejsou pod jeho vědomou kontrolou. Nastupují spontánně, jsou to nevědomé, automatizované reakce.

Původní teorie obranných mechanismů byla koncipována v rámci psychoanalýzy (Cremerius, 1968). Sám S. Freud odhalil a popsal základní obrany jako vytěsnění, konverzi, introjekci a projekci, regresi, především ve vztahu k neuroze a nazval mechanismy neurotickými. Jeho dcera otcovy myšlenky dál rozvinula a její interpretace se stala jedním ze základních kamenů v psychoanalytické ego-psychologii. Dnes je teorie obranných mechanismů v psychopatologii široce akceptována, stala se jejím obecným vlastnictvím. Po klinikách se jí ujali výzkumníci a podrobují ji operacionalizaci a empirické verifikaci. Výzkumná práce sama probíhá v několika fázích. V první fázi bylo inventarizováno a operacionálně popsáno několik desítek – u jednoho z výzkumů např. čtyřiaadvacet – obranných mechanismů a vypracovány dotazníky k jejich zjišťování. Ve druhé fázi byly pomocí těchto dotazníků na patientských a kontrolních skupinách vyfaktorovány trsy obranných mechanismů, pro něž bylo zavedeno označení obranných stylů. Ve třetí fázi pak byly tyto obranné styly korelovány s klinickými diagnózami (Bond et al. 1983, Waillang et al. 1986, Bond et al. 1986, Perry, Cooper 1989, Andrews et al. 1989). M.P. Bond se společně například popsali čtveřici obranných stylů, které seřadili na vývojovém kontinuu od stylu 1, zahrnujícího maladaptivní akce jako regresi, stažení, acting out, inhibici, pasivní, na sebe vztaženou agresi, projekci, přes styl 2, zahrnující jako položky omnipotenci-devaluaci, primitivní idealizaci a štěpení a styl 3, zahrnující pseudoaltruismus a reaktivní výtvoř, až ke stylu 4, který zahrnuje afiliaci, altruismus, sublimaci, anticipující řešení problémů a humor. Jestliže styl 4 je vlastně stylem kompetentního jednání, pak styl 1 koreluje s nízkými skóry v testech ego-vývoje a síly já, je tedy stylem fragilního já. Analogicky k tomu rozdělil G.E. Waillant obran-

né styly na zralé, střední a nezralé. K nezralým jako položku zařadil i schizoidní fantazii, kterou definoval jako tvoření uspokojujících interpersonálních vztahů ve vlastní mysli, bez reálného protějšku. Různí autoři se shodují v tom, že určitý obranný styl je relativně stabilní osobnostní charakteristikou.

S ohledem na schizofrenii se musíme zvlášť zmínit o mechanismu štěpení, kterému je v posledních letech věnována pozornost především v souvislosti s hraniční poruchou. V seznamu obranných mechanismů figuruje štěpení jako mechanismus ontogeneticky velice raný, preoidipální a primitivní. V dalším vývoji bývá nahrazen mechanismem vytěsnění. Nebo také nebývá – jak je tomu právě u hraničních poruchy osobnosti, v nichž zůstává základní obranou (M.J. Horowitz, 1977, Ch. Rohde-Dachser, 1979, J. Modestin 1980).

Oč v něm jde? V podstatě o černobílé vidění, které nezná středních poloh. Člověk se nedovede smířit s faktem, že skutečnost je dobrá i zlá zároveň, nedozraje ke zkušenosti, že druhého můžeme zároveň milovat i nenávidět. Toto napětí z ambivalence vyvolává emoční štěpení objektů na „zásadně dobré“ a „zásadně zlé“. Dobro a zlo jsou postaveny nesmiřitelně proti sobě. V adolescenci ožívá černobílé vidění na kvalitativně vyšší úrovni, na úrovni hodnot. A prosazuje se i v sebeoceňování. Dochází k náhlým přesunům sebe sama buď na jednu nebo druhou stranu rozměru dobro-zlo. Ke stejně náhlým přesmykům však dochází i ve vztazích k ostatním. Tak štěpení odsuzuje adolescenty ke ztroskotání v interpersonálních vztazích, které jsou ohrožovány náhlými přesuny citových vztahů. Život těchto lidí připomíná film, který běží trhavě jako sled momentek: střídají se obrazy dobrých i špatných vnějších objektů i sebe sama. To ovšem znamená, že difusnost identity se stále zvyšuje. Mechanismus štěpení sám o sobě však nevede ke stažení ze sociálních vazeb a také intaktní vztah k realitě je zachován. V rámci výkladu o obranném životním stylu se musíme vedle obranných mechanismů zmínit i o technikách řešení náročných situací, nebo stručněji o životních technikách. Mezi obrannými mechanismy a životními technikami je podstatný rozdíl: mechanismy jsou jednoduché reakce, elementární procesy. Proti tomu techniky jsou složité způsoby chování a jednání, které do sebe mohou – jak uvidíme – obranné mechanismy zahrnout. Jsou to určité způsoby chování, které se v minulosti ve svízelných situacích osvědčily a které proto vnášíme do situací nových. Jsou to osvojené a zautomatizované složité vzorce chování, to znamená, že se prosazují jistým tlakem, nutkáním k opakování. Ony spíš ovládají nás, než my je.

H. Thomae (1973) popsal pět typů životních technik, které označil za fundamentální. Srovnajme je. Střed představují techniky konformní, zaměřené na pouhé přizpůsobení dané situaci, na přežití. Jsou to techniky bílko souhlasu s většinou. V jednom směru, označme je jako svět technik invazivních, leží tech-

niky výkonové. Ti, kdož je užívají, jsou lidé vysokých aspirací, vždy připraveni „jít do toho“ , osobnosti stenické, riskéři, v krajních případech hazardéři. Výkonové techniky jsou konstruktivní a společensky akceptované. Krajní polohu v tomto směru zaujímají techniky agresivní, které představují formy trvalého odporu a násilného řešení. Násilí je jejich jádrem a svou povahou jsou destruktivní, s cílem nesnáž spíše likvidovat než řešit. Společensky jsou neakceptovatelné a odsuzované.

Ve směru opačném leží techniky úhybné, evazivní, v podstatě astenické. Přitom blíže středu jsou techniky defenzivní. Jejich jádrem je obrana a zaujímání obranných postojů. Prosazují se v nich značnou měrou obranné mechanismy a podobně jako ony vedou i defenzivní techniky k řešení zdánlivému, jsou kompromisem, spíše nezdařilým než zdařilým. Klasickým způsobem obrany slabších je „jít do klinče“ a toto „zaklesnutí“ patří i defenzivním technikám. Na krajním pólu leží techniky únikové. Jejich cílem je uniknout z rizikové situace, jít z vlny, opustit pole. Není-li to možné, nastupuje fylogeneticky prastará, primitivní vitální obranná reakce imobilizace, projevující se jako thanatóza, stavění se mrtvým.

Neměla by nám uniknout vnitřní souvislost mezi stupni obranných mechanismů, jak jsme je popsali dříve a odstupňováním evazivních technik. Tak v technikách defenzivních se uplatňuje hlavně Bondův styl 3 či střední styl Vaillantův, který autor sám označil také jako styl „neurotický“. V technikách únikových to jsou Bondovy styly jedna a dvě či Vaillantův styl nezralý. Toto rozlišení koresponduje, jak na to autoři upozorňují, s tripartitním modelem ego-funkcí H. Haanové, která rozlišuje mezi optimálními aktivitami zvládnání nesnáží, nonoptimálními obranami a konečně selháním já, jež se projevuje ve stavech psychotických (1969). To nás opravňuje k tomu, zachovávat v klinice rozdělení na duševní poruchy lehčího stupně, jejichž prototypem zůstává neuroza a poruchami těžkými, psychotickými.

Tak se náš výklad o schizafinní osobnosti uzavírá. Máme před sebou povahovou strukturu, v které vystupují v konstitučních základech snížená vitalita a dyamogenie, uzavřenost ve smyslu introverze, spojená s plachostí, oslabením kontaktů a silnější vazbou na rodinu i tzv. schizoidní neobratností v sociálních kontaktech a také zvýšená senzitivita. K tomu musíme připojit ontogeneticky podmíněnou emoční nejistotu spojenou s úzkostlivostí na jedné a zvýšenou svědomitostí na druhé straně, tedy to, co jsme zahrnuli do obrazu fragilního já. Takto vybavená vulnerabilní osobnost si vyváří způsob života, který označujeme jako obranný životní styl se sníženou kompetencí a zvýšeným podílem obranných mechanismů a evazivních technik. Už začátkem dvacátých let, jak sám uvádí, nazval tento typ osobnosti J.H. Schultz poeticky „typ mimózy“ (1955). U nás jím – neméně poeticky – interpretovala své zkušenosti z psychoterapie schizofreniků E. Syřišťová (1974).

Akutní psychotická krize

Nemoc je jednou z modalit, podob životní krize. Ve svém lexikálním významu znamená krize předěl, zlom, bod zvratu v nějakém dění a jeho řádu. V tomto významu je tento koncept zaběhnut i v lékařství: jako zvrát v průběhu nemoci. Poněkud jiný význam má koncept krize v psychiatrii. Míní se jím zpravidla přechodné patické reakce nebo reaktivní stavy, mluví se například o krizích adolescentních jako krizích zrání (Meyer 1962, Kulenkampff, 1964). V tomto širším významu se „krize“ stává vlastně konceptem nosologickým.

Schizofrenní onemocnění jako životní krize

Ještě širěji chápe krizi H. Hafner, který doporučuje model krize jako alternativu modelu choroby (1983). Do obsahu modelu krize pak zahrnuje tři skupiny proměnných: události, které přináší životní změnu, úroveň jejich zvládnutí a dispozice k jejich zvládnutí. V tomto pojetí by model krize, podle autora, nezahrnoval pouze kategorii krizových stavů, ale vztahoval by se i na ostatní onemocnění: Tedy i schizofrenii.

Tak se „krize“ jednak stává obecným konceptem patogeneticky výkladovým, jednak otevírá cestu k porozumění schizofrenii jako životní krizi. Při ní máme na mysli zlom ve stávajícím, zaběhnutém řádu životním. V krizové situaci se člověk ocitá v bodu zvratu, krize je vpádem diskontinuity do životní kontinuity. Dochází k přerování životních souvislostí. Otrásají se životní vzory a hodnoty dosud platné, jsou znehodnocovány. Tato devalvace hodnot hrozí ztrátou životního smyslu. Člověk se cítí ohrožen a vydán všanc nejistotě nových a neznámých věcí. Přitom konstruktivní řešení není po ruce: staré, osvědčené životní praktiky nepostačují, pokusy o zvládnutí situace vyzkoušenými a zaběhnutými technikami selhávají. Jde o situaci, kterou člověk není s to zvládnout vlastními silami. To je základní charakteristický znak krize. Sebenáročnější životní situací, na kterou jsme schopni reagovat adekvátně a konstruktivně, tedy kompetentně, za krizi neoznačíme. Krize je situace nouze, k jejímu řešení je nutná cizí pomoc, intervence zvnějšku. Jádro krize vidíme v nepochopení mezi subjektivním významem situace a individuálními možnostmi jejího zvládnutí (Hafner, Helmchen, 1972). Čím větší význam situaci přikládáme, čím důležitější hodnoty jsou v sázce, tím ve hrozivější podobě krize vystupuje. Postihnout význam dané situace však můžeme jen zevnitř, tedy imanentní analýzou životního kontextu a jeho základních témat (Mrkvička, 1988).

Představa krize jako „bodu“ obratu je zavádějící. Nejde o okamžik, ale o událost s vlastní vnitřní dynamikou, spíše delšího než kratšího průběhu. Můžeme v

ní rozlišit několik stadií, stupňů, nejčastěji se uvádí třífázový model krize. V prvé, předkritické, alarmující fázi se ozývají první známky toho, že půda pod nohama je nejistá a že se zachvívá. Roste pocit nejistoty, krize se začíná rýsovat jako hrozba. Ve své fázi kritické vypukne plnou silou. Pocit ztráty pevné půdy vrcholí a je provázen ztrátou kontroly nad situací i nad sebou. Vlady se ujmají staré regulační mechanismy, převládnu prudké reakce citové, panika. Když kritická fáze odezní, mobilizují se síly pro nová řešení, hledají se cesty z krize. Nastoupí období tápavého experimentování v nové situaci. Po fázi kritické nastupuje zpravidla třetí, postkritická fáze, fáze nové integrace. Ono „zpravidla“ je tu důležité: třetí fáze, jestliže se krizi nepodaří vyřešit, může vést do stadia hlubokého rozpadu, ke katastrofě (C. Selbach 1956).

Přiložme nyní rastr životní krize na zcela konkrétní popis začínajícího schizofrenního onemocnění, jak jej podal K. Conrad (1979). Jeho kniha, která poprvé vyšla v roce 1958, znamenala velkou událost. A dodnes v jemnosti fenomenologické deskripce psychotických stavů nebyla překonána. Materiál k ní získal autor za války při ošetřování vojáků, kteří byli pro schizofrenii hospitalizováni. Za přístup zvolil tvarovou analýzu, analytický popis skladby začínající schizofrenie v jejím průběhu, v její aktuální geneze. Rozlišil pět základních fází.

V první fázi, kterou označil jako „tréma“ dochází k zúžení psychologického pole a ke zvýšenému vnitřnímu napětí, provázenému úzkostí, neklidem, popudlivostí, pocity zbytečnosti a viny. Druhá fáze apofinní (od phainein – zjevovat se) znamená stažení, zjetí vlastním já, prožívání sebe jako pasivního středu celého světa a nástup psychotických fenoménů, k nimž patří pocity bezmoci i všemoci, aglutinující myšlení a abnormní tělové senzací. „Přehrada mezi světem a já se stává propustnou“. Následuje třetí fáze apokalyptická, která je katonním prohloubením předchozí fáze paranoidní. Projevuje se destrukcí prožívání, fenomény předchozí fáze se prohlubují až k zážitkům zničení nebo zbožnění. Ve čtvrté fázi konsolidace dochází ke „koperníkovskému obratu“, pacientův vztah ke světu se obnovuje, dochází k nové zakotvenosti ve sdíleném světě. To však je provázeno residuálním stavem, charakterizovaným redukcí energetického potenciálu ve fázi páté. Redukce znamená sice ztrátu napětí, ale i dynamogénie, neschopnost rozhodování a lhostejnost.

Můžeme srovnat: Conradova první fáze je prekritickou, alarmující fázi životní krize. Fáze kritickou znamenají u Conrada fáze druhá a třetí, jeho čtvrtá a pátá fáze patří k fázi postkritické. Toto překrytí, domníváme se, svědčí pro užitečnost Hafnerova přístupu ke schizofrenii jako jedné z forem životní krize v její patologické podobě. Conrad vlastně ukázal, co všechno, které děje do sebe přitom zahrnuje. Proto také se budeme ve svém dalším výkladu o jeho popisy opírat.

Co se děje v psychotickém předpolí

Při výkladu o prekritické fázi schizofrenní krize zavedeme nový koncept: předpolí. Není to pojem, který by u nás byl příliš frekventovaný. Mluví se spíše o „neurčitém prodromálním stadiu nemoci“ mezi vlastním iniciálním stadiem schizofrenní psychózy a nativní premorbidní osobností (Janík, Dušek, 1974). A přece je to koncept naprosto legitimní, protože předpolí, či psychotické předpolí je pojem situační, přičemž „situační“ patří k fundamentálním konceptům v psychopatologii. „Předpolí“ je odpovědí na starou otázku „vývoj nebo proces“, která proti sobě alternativně staví vývoj jako srozumitelné dění v životním kontextu a proces jako biologický, nesrozumitelný průběh choroby (Brautigam, 1974). „Prodromální stadium nemoci“ má v sobě cosi fatálního: proces se rozvíjí, je rozhodnuto. Ne tak předpolí. Tam se svádí zápas, ještě není rozhodnuto. Pozorné studium tohoto zápasu je základním úkolem situačně-analytického přístupu v psychopatologii, který inicioval například E. Kretschmer svou koncepcí paranoidního vývoje (H.J. Witbrecht, 1964) a teoreticky rozvinul J. Glatzel. Jde přitom o nepochybně významné, nicméně dílčí příspěvky v širokém spektru shodně orientovaných psychopatologických studií (Hafner, 1963).

V konceptu „předpolí“ leží „pole“ jako určitý životní prostor. A mluvíme-li o prostoru, máme zajisté na mysli především určitou konstelaci, ve které se před námi v určité chvíli otevírá svět a ve které se nám nabízí, ale zároveň tím rozumíme i horizont našich možností a akční prostor jimi určený. Situace není jen tvrdá věcná skutečnost, ale i prostor našich možností, je to nedílná jednota aktuálních i potenciálních momentů. Mluvíme-li o situaci, odkazujeme tím zároveň na přítomnost, jako na časovou kategorii, na časový rozměr životního kontextu. To je tedy životní situace: daný prostor v daném čase. Ono místo, kam jsme došli, kde jsme se ocitli, obklopené jistým horizontem, který můžeme přehlednout a ve kterém se musíme zorientovat. Situace se nám může jevit jako nejasná, neprůhledná, mnohoznačná. A my se snažíme jí porozumět, snažíme se zjistit, jaký význam její jednotlivé složky pro nás mají. Tak vystupuje situace nejen jako pouhý úhrn faktů, ale spíše jako předivo významů. Býváme nakloněni chápat situaci jako nějakou skutečností kulis, spíše staticky. Ale ona je živá, je utvářena lidmi, kteří v ní vstupují do vzájemných interakcí. Situační souvislost těchto interakcí bývá označována jako scéna. Na první pohled by se mohlo zdát, že jde o nadbytečné hromadění termínů. Scéna však znamená, na rozdíl od věcné vrstvy situace, její vrstvu personální. Postihujeme tak osobnostní jádro situace, tedy něco, na čem nám velice záleží a co bychom si přáli mít explicitně vyjádřeno. Právě její scénická vrstva dělá ze situace průsečík osobního a sdíleného světa. Jde především o mou vlastní životní situaci a já jsem protagonistou scény,

třebaže má role v této chvíli je podřízená a situaci ovládá někdo jiný. Má vlastní perspektiva je rozhodující. Ale má situace je zároveň situací i jiných lidí a já ji v decentraci mohu aspektivně vidět i jejich očima. Tím mohu svou vlastní situaci objektivizovat, získat od ní náležitý odstup, porozumět jí jako prostoru sdílení a sdělování.

V Glatzelově interakční psychopatologické teorii zaujímá situace a situační analýza centrální pozici (1977,1982). Od ní odvíjí další základní koncepty jako vztah, interakce, perspektivita a dorozumění. V tomto rámci pak chápe psychickou abnormitu jako „atmosférické, vyjevující se v intersubjektivní zkušenosti“, která se realizuje v setkání lékaře a pacienta.

V psychotickém předpolí se střetává náročnost situace s odolností osobnosti. Přitom náročnost situace je dána událostmi, které znamenají významné životní změny a které působí jako stresové faktory a „spouštěče“ krize. Za takové události se pokládají především mezilidské konflikty, milostná ztroskotání, ztráta blízké osoby, neúspěch v zaměstnání a v sestupném i některé další. Dvě věci by přitom neměly ujít naší pozornosti. Jednak to, že nejde o faktory specifické pro genuzu schizofrenního onemocnění, můžeme na ně reagovat například depresí. A dále to, že jde o události v oblasti interpersonální, že to jsou události probíhající ve sdíleném světě. K takovému závěru nás vede i studium specificky schizofrenních spouštěčů, kterému bylo v minulých letech věnována značná pozornost v souvislosti s koncepcí stresu (Ciompi, 1985) Na otázku „proč právě teď“, která je jádrem těchto studií, musíme hledat hlubší odpověď.

Krize je situace ohrožení, to jsme už pověděli. Na ohrožení reagujeme úzkostí: úzkost je prožívané ohrožení (von Bayer, 1984). Důraz je na prožívání. To nám dovoluje rozlišovat mezi úzkostí, úlekem, strachem a hrůzou, děsem. Strach je zážitkem hrozby bezprostřední. Úzkost je emoční stav vázaný na nejasné ohrožení v budoucnosti, napjaté očekávání zla, které přichází (Arieti, 1978). V sázce je naše budoucnost. Odtud rozvíjí S. Arieti své pojetí schizofrenogenní úzkosti. V ní je ohroženo naše jáství, jádro osobnosti, náš sebeobraz v jeho budoucnostní dimenzi. Nejde o bezprostřední ohrožení existence jako u strachu, ale o devaluaci sebepojetí výhledem na život, který se nedá žít, osud, který nelze přijmout. J.D. Frank označil tento stav jako „demoralizaci“. Jejím charakteristickými znaky jsou pocity bezmocnosti, neschopnosti, izolace a beznaděje. Sebeúcta je ořfesa, interpersonální vazby se trhají. Demoralizovaní pacienti se cítí odvrženi blízkými lidmi, protože selhali a zklamali očekávání, která do nich ostatní vkládali (Frank, 1974).

Velice plasticky popsal tento stav K. Conrad při výkladu o trémě jako první fázi psychotické krize. Zjišťoval u pacientů – kteří ostatně tento stav dovedou jen těžko popsat – pocity vnitřního napětí, neklidu, tlaku, úzkosti, malomysl-

nosti, bezmoci, beznaděje, provázené suicidiálními myšlenkami. V trémě vládné tísnivá atmosféra nedůvěry k nepřátelskému světu provázená pocity viny, prohřešení a blízkosti trestu. Charakteristický je pocit ztráty svobody: pacienti se nemohou v životním prostoru volně pohybovat, cítí se obklopeni bariérami, otevírá se trhlina v komunikaci s ostatními. Okolí je chladné a nepřátelské, jako vůči někomu, nad kým byla zlomena hůl. Tréma přitom bývá zřídka rozpoznána jako duševní porucha. Je to však stav nouze, který vyvolává nouzové obranné reakce.

Popsali jsme vnitřní stav člověka, který ztrácí pevnou půdu pod nohama ve sdíleném světě, svou životní zakotvenost, podepřenou „oněmi nosnými životními samozřejmostmi, které se projevují již v mateřské péči o dítě, v obdaření jménem, v řeči, v resonanci úsměvu a smíchu a jimiž je dítě přijímáno na světě a stává se vlastně subjektem” (Benedetti, 1956). Zlo, kterým je ohrožen, spočívá v úzkostném tušení, že bude odsouzen ostatními, protože selhal v jejich očích: nesplnil poslání, jímž byl pověřen. V literatuře se o tom píše jako o selhání v sociální roli (Kraus, 1982) a „role” se stala jedním ze základních konceptů při výkladu života ve sdíleném světě. Přitom, podobně jako „situace”, v sobě sjednocuje perspektivu světa osobního i sdíleného, sféru osobního, privátního a veřejného. Přijetí role znamená, že soukromá osoba se zavazuje „hrát” předepsanou společenskou úlohu. (Plessner, 1980). Totiž, přijmout na sebe závazky, které jí společenství ukládá v souvislosti s úkolem, k němuž ji deleguje. Můžeme říci, že role znamená jistý model předepsaného chování, spojeného s plněním určitého společenského úkolu. Tento úkol má zpravidla dlouhodobou povahu a zajišťuje nějakou sociální funkci. Zároveň uděluje nositeli úkolu určitý status, postavení, vymezující práva a povinnosti. Plnění úkolu se tak dostává pod kontrolu veřejnosti. Je spojeno s očekáváním společenství a vystaveno jeho kritice.

Po předchozím výkladu lépe porozumíme patogenitě situací nesplnitelné mise. Musíme však ještě doplnit důležitou okolnost: Pro úspěšné zvládnutí role je rozhodující, do jaké míry ji delegovaný přijme za svou, jak dalece se s ní identifikuje. Tím se totiž role sociální stává zároveň jeho rolí životní, z prostoru světa sdíleného se včleňuje i do prostoru světa osobního. Při nesplnitelných misích je však ke své roli dotlačen, přijímá ji více méně nedobrovolně, pod nátlakem, který mívá podobu morálního apelu, nevyrůstá z jeho vlastních potřeb a aspirací. Proto je jeho vztah k misi ambivalentní. Přijímá ji jako věc svědomí, ale ne jako svou vlastní životní šanci. Tak se jeho situace stává nesnesitelnou, nezvládnutelnou kompetentním jednáním, ke slovu přicházejí nižší regulativní reakce, obranné mechanismy.

V předešlé kapitole jsme popsali obranný mechanismus štěpení jako charakteristický pro schizafinní osobnosti. Zdůraznili jsme však, že přitom nejde o feno-

mén psychotický. Existuje však forma štěpení, která bezprostředně vede k psychóze. V padesátých letech popsali W.Th.Winkler (1954) a H.Hafner (1954) specificky psychotický obranný mechanismus a nazvali ego-anachoréza. „Anachorein” znamená původně ustupovat, obvykle z bojiště a ego-anachoréza je také evazivní obranný mechanismus. Podle autorů jej používají jedinci se slabým já, nadměrně lpějící na morálních zásadách: slabé já se jím brání při ohrožení nesnesitelnými pocity viny. „Zlé” vnitřní obrazy, myšlenky a city, inkompatibilní s jáství nemohou být asimilovány a tak já se před nimi stáhne tím, že jim upře jejich jáskou kvalitu, „odcizí” je. Toto stažení já, tento jeho ústup od nepřijatelných obsahů vědomí, je jádrem anachorezy. Jestliže však naše vjemy a myšlenky ztrácejí svou jáskou kvalitu, má to neblahý následek: mění se v halucinace a bludy. A jak procesu anachorezy padají za oběť stále nové a nové obsahy vědomí, dochází k progredientnímu omezování jáského prostoru, propria. Odcizení toho, co bylo původně mé, je jádrem anachorézy, je to obrana před pustošivým, devastujícím vlivem zážitku ohrožení. Nastupují „cizí” vlivy, cizí zásahy, což vede k ozvučování myšlenek, slyšení „cizích” hlasů, komentujících vlastní jednání, ke slyšení hlasů ve formě otázek a odpovědí, odcizování, odnímání myšlenek, pocitům tělesného ovlivňování.

Tam, kde v mechanismu štěpení převládne anachoréza, tedy tam, kde převládne řešení „rozštěpit a odloučit, odcizit”, můžeme mluvit o specificky psychotickém mechanismu schíze, rozštěpu. To odkryl a diagnosticky využil K. Schneider svými schizofrenními symptomy prvního řádu (Schneider, 1944). Jimi fakticky diagnostikujeme mechanismus schíze a tedy vlastní nástup psychózy. V tom je jejich cena, jak se ostatně ukázalo i v diskusi, která se kolem nich rozvinula (Carpenter, Strauss, 1974, Marneros, 1984). Mechanismus schíze je proces globální. Uplatňují se v něm jako jeho dílčí komponenty obranné mechanismy projekce, depersonalizace, především však mechanismus paranoidní, jak jej popsal S. Wieser (1969). Paranoidita prolamuje původní jednotu vědomí „my” a rozštěpuje ji na „já” a „oni”, kteří mě ohrožují, zlo, které musím snášet, pramení ve zlých úmyslech jiných lidí. Komunikace je tím předem ohrožena.

To je cena, kterou musí pacient za tento způsob obrany zaplatit a je to cena vysoká. Nejde jen o dílčí poruchy v některé z psychických oblastí, například vnímání či myšlení, zpracování informací, nejde o jednotlivé symptomy, ale o základní, chorou proměnu existence: Postihuje celou osobnost v jejích vztazích ke sdílenému světu. Dochází k autistickému zvratu, mosty mezi sdíleným a osobním světem jsou strženy, pacient je vržen do zajetí svého personálního světa (Mrkvička, 1986).

Kritická fáze schizofrenní krize

Autistickým zvratem přechází psychotická krize do své druhé, kritické fáze, ovládané autismem. V Bleulerově škole jsou rozštěp a autizmus pokládány za základní projevy schizofrenního onemocnění (Benedetti, 1956, M. Bleuler, 1972). M. Bleuler soudí, že vlastně jde o dva různé aspekty jednoho psychologického fenoménu. Jejich vzájemná vazba je skutečně nepopiratelná. Na jejich genetické vztahy se pokoušíme upozornit.

Autistický zvrát můžeme charakterizovat jako selhání decentrace, jak jsme již dříve popsali. V tomto bodě se s J. Piagetem pozoruhodně shoduje K. Conrad (1979). Jsme sice středem svého světa, říká, ale jsme zároveň schopni sami sebe spatřit „zvenku“, „shora“, jakoby s ptačí perspektivy. Spatřit se jako bytost mezi jinými bytostmi, jako chodec mezi jinými chodci: můžeme tak dosáhnout, aby se náš vlastní svět překrýval se světem společným, se světem ostatních. Neustále a s elastickou obratností jsme schopni zaměnit jeden vztažný systém za druhý. S odvoláním na Binswanger označuje Conrad tuto schopnost jako „Uberstieg“, přesah. Ale to je příliš široké: vidíme, že jde o Piagetovu decentraci jako jednu z forem přesahu. A tuto schopnost decentrace pacient v autistickém zvratu ztrácí, to je Conradovo fundamentální zjištění.

Jaké to má důsledky? Už jsme to řekli: pacient se stává zajatcem svého personálního světa. Věci ztrácejí svůj obecný význam. Přestávají být záležitostmi „také druhých“ . Není pak neutrálních věcí a vztahů, všechno získává osobní smysl. Všechno, posléze celé světové dění, se točí kolem pacienta. Celý svět se ho dotýká, celý svět na něho působí, ale také naopak: on sám může působit na celý svět. To je Conradova anastrofé, zajetí vlastním já. Je to stav, v němž mezi personálním světem a světem sdíleným se rozšiřuje propast, v prostoru personálního světa jsou hranice mezi já a světem smazány. Vlastní myšlenky se jeví jako „veřejné“, vlastní nápady jako „vnuknutí“. Vzniká tak nová, patologická jednotka pacienta a světa. Dojde-li však k další chorobné progresi, i tento svět ztratí svůj bludný řád a rozpadne se. Podle Conrada dochází k asyntaxii obrazů, prožitkové pole nemocného se nápadně podobá prožitkovému poli snícího.

Z tohoto popisu je zřejmé, že obsah konceptu autismu je mnohem bohatší než jen pouhá uzavřenost nebo sociální stažení. Mohli bychom říci - z perspektivy pacienta - že autismus je refugium ultimum, poslední útočiště před hrozivým sdíleným světem. Ale je tu ještě pohled druhý: z hlediska vztažného systému společného světa. A z této perspektivy je autismus vlastně forma tanatózy v sociálním poli. V každém případě to znamená jedno: autistický pacient se vzdává komunikace. Zůstává leda při pseudokomunikaci. Osobní význam věcí, jak jej pacient prožívá, nalézá výraz ve zcela privátním významu slov. Bývá zdůrazňo-

ván význam schizofrenní symbolizace. Avšak symbol má výrazně komunikativní povahu. K jeho samé podstatě patří sdílení: „symbolon” je přece poznávací znamení. To znamená, že příjemce tomuto znamení rozumí, má k němu klíč. Ale ve schizofrenní pseudokomunikaci se slova stávají šiframi, k nimž příjemce klíč nemá. Skrývá jej nemocný. Takové odmítnutí komunikace se však může projevit nejen na obsahu sdělování, ale i na jeho formě, může zahrnout i některé poruchy kognitivní. Stává se bludem.

A opět, blud není jen dílčí poruchou, poruchou myšlení. Jeho jádrem, jak ukázal například P. Matussek (1963), je destrukce pobytu, existence jako sdílení. Ta se pak nejvýrazněji projevuje destrukcí komunikace v jejím nejcitlivějším místě: v setkání a rozhovoru. Pacient se skrývá za skleněnou zdí, je chráněn autistickým štítem před zraněním, hrozícím zvenčí, ze sdíleného světa. Odtud plyne ona klasická „nesrozumitelnost” psychózy. Schizofrenikovo vnímání je postiženo rovnou měrou: je podivné, nezvyklé, výstřední. Je bizarní. Ale jeho ne-zvyklost znamená pouze to, že odporuje zvyklostem sdíleného světa, jeho výstřednost je dána vychýlením od „středu”, od norem, platících v tomto světě. Kotví v autistickém bludném ladění, v autismu jako bludné životní poloze. A zde musíme přísně rozlišovat: Je-li autismus, nahlížen zvenčí, imobilizací, tanatózou ve sdíleném světě, neznamená to, že i uvnitř je „znehynutím”. Pod ochranou autistického štítu bývá pacient velice aktivní, třebaže jeho aktivita a produktivita - opět pohledem zvenčí - je poznamenána cejchem bizarnosti.

Vyústění schizofrenní krize

Připusťme, že Conradův popis a výklad aktuální geneze schizofrenní krize je pouze jedním z možných modelů tohoto chorobného dění. Ale připusťme zároveň, že je to model velice plauzibilní. Zbývá nám popsat jeho dvě závěrečné fáze: fázi konsolidace a její vyústění do stavu, který Conrad označil jako „residuální”.

Schizofrenní krize, viděli jsme, má svou vlastní dynamiku. Stupňuje se až ke kulminačnímu bodu ve své apokalyptické fázi a nestane-li se tato fáze fází terminální, dochází k postupné konsolidaci. Do středu konsolidační fáze umísťuje Conrad „koperníkovský obrat” k obnovené decentraci. Je zajímavé, že stejného označení užil i J.Piaget při svém popisu decentrace. Jak plyne z našich dřívějších výkladů, jde o to, že pacient znovu získává schopnost, spatřit se zvnějšku, získává aspektivní odstup - a to je základní předpoklad návratu do sdíleného světa. Ale skutečně jen předpoklad. Samotný návrat je proces velice náročný, je to spíš zápas, který vyžaduje pacientovu iniciativu, úspěch není ani zdaleka předem zaručen.

Chronicita jako životní kompromis

Psychotická krize ustupuje, schizafinní osobnost se svou zranitelností zůstává. Musíme dokonce předpokládat, že proběhlá ataka pacienta ještě víc oslabila, zjevně ji učinila zranitelnějším. „Je nepředstavitelné, že by tak těžké a existenciálně významné onemocnění, jakým je psychóza, mohlo vyústit bez hlubších následků a beze stop do „restitutio ad integrum“, napsal L. Ciompi (1980). Ostatně, co znamená ono „ad integrum“ u vysoce vulnerabilního pacienta? Nemáme očekávat, že „bude katapultován do nové epizody, sotva první skončila“? (Zubin, 1975)

Postpsychotické oslabení osobnosti

S tímto problémem se vyrovnal K. Conrad svou koncepcí reziduálního stavu. Zavedl označení „reziduum“ místo dřívějšího defektu, aby odstranil nepříznivé názvy, které termín „defekt“ s sebou nese. Za jádro reziduálního stavu pokládal redukci energetického potenciálu. Pokládal ji jednak - s jistým váháním - za specificky schizofrenní změnu, jednak za projev základního somatického procesu a doklad toho, že nelze přijmout psychogenní výklad schizofrenie. Redukce spočívá v ochuzení či ztrátě energetického napětí ve vztahu k potřebám, ať by šlo o prosté odehnání mouchy nebo o realizaci životních cílů. Tento stav označil za syndrom „zlomeného péra“, tedy za poruchu energetického zdroje jednání, dynamogenie.

Conradovo pojetí akceptoval G. Huber ve své koncepci bazálních schizofrenních symptomů. Jde o poruchy centrálně-vegetativní regulace, extrapyramidové hyperkinézy, „abnormní tělové pocity, sensorické poruchy a celý tento bazální syndrom je organicky determinován geneticky založenými biochemickými poruchami limbického systému: jde tedy o „limbopatii“. Bazální symptomy jsou zjištěné už v prodromálním stadiu psychotického onemocnění a přetrvávají jako postpsychotický stav, který Huber nazývá „čistý astenický reziduální stav“ a uvádí, že je nejčastějším vyústěním schizofrenního onemocnění. Projevuje se ztrátou dynamiky a vitality, přičemž osobnost zůstává v podstatě zachována (Huber, 1976,1983). Vyslovuje předpoklad, že tento čistý defekt může přetrvávat velice dlouho, dokonce celoživotně, zcela bez psychotické schizofrenní symptomatiky, ve formě jakési „schizofrenie bez schizofrenie“. Na kognitivní úrovni zařadil Huber k bazálním symptomům i poruchy myšlení, které jsou projevem základní, na substrát vázané poruchy zpracování informací, spočívají ve ztrátě řízení myšlenkových pochodů.

Na Huberovo pojetí navázal J. Klosterkötter. Označil samostatný kognitivně-

afektivní bazální syndrom za obecný schizofrenní syndrom, v čisté podobě charakteristický pro schizofrenii simplexní, ve schizofrenii paranoidní, doprovázený bludy a halucinacemi, v hebefrenii povrchní a těžkou akcesorní symptomatikou a ve schizofrenii katatonní katatonními poruchami (1983).

Proti tomuto pojetí postpsychotického oslabení osobnosti, jehož hlavním představitelem je nepochybně G. Huber, se brzy ozvaly kritické výhrady. Tak v době, kdy vyšla Conradova monografie, popsal nezávisle na Conradovi obdobný reziduální stav katamnesticky zjištěný u neurotiků K. Ernst (1962). Rozdíl viděl v tom, že tento stav je u neurotiků zabarven zahořkle rezignujícím laděním, u schizofreniků převládá spíše ladění šroubovaně šaškovské. Ale základ je společný: ztráta energetického potenciálu spojená s oslabením iniciativy, ochuzením mezilidských vztahů a zájmů. Toto společné jádro označil Ernst jako „obecný reziduální psychosyndrom“, což je podle něho pojem etiologicky neutrální. Zatímco Conrad viděl reziduální stav jako organicky podmíněný, Ernst jej vyložil jako osobnostní změny, podmíněné životní historií. A zatímco Conrad pokládal reziduální stav u schizofrenie za obligátní, soudil Ernst, že dlouhodobě nemocní schizofrenici bývají spíše „chronicky nemocní“, než „reziduálně nemocní“.

Huberovo pojetí revidoval ze svého strukturálně-dynamického hlediska W. Janzarik (1983). Podrobil kritice Huberův výklad schizofrenie jako „idiopatického chorobného procesu, který osudově působí z biologického substrátu do antropologické matrice“ a s tím i předpoklad jednostranného působení, vycházejícího z organického základu. Zdůraznil význam „sil situativního pole“, které se uplatňují jako katalyzátory ovlivňující průběh jakékoliv reakce i význam vzájemného kruhového působení situačních faktorů a trvalých duševních struktur. Jestliže je psychické pole ohroženo nadměrným přílivem dispozičních tlaků, které se v něm aktualizují, musí nastoupit proces desaktualizace. Avšak tam, kde psychická struktura se vyznačuje dynamickou insuficiencí, desaktualizační slabostí, dochází k selhání tohoto procesu. Tím Janzarik postuloval primát duševní dynamiky. V jeho pojetí jsou bazální symptomy především projevy dynamické insuficience, či důsledky pacientova „autoprotektivního obranného ústupu k vita minor“.

Janzarikovi stojí blízko svým pojetím reziduálního apatického syndromu Ch. Mundt (1983). Také on zdůrazňuje význam psychické dynamiky, když mluví o dynamice afektivní a apatii. Zároveň však vnáší do debaty koncept intencionality a tím poukazuje na kognitivní komponentu osobnosti. Dospívá k závěru, že reziduální apatický syndrom se jeví spíše osobnostně specifický, než morbospecifický. Tím ovšem posunuje problematiku od výlučného hledání biologických proměnných na obecnější rovinu proměnných osobnostních, která zahrnuje vedle dynamické vrstvy vitálně-pudové a komponenty afektivně-emocionální i

složku kognitivní s centrálním pojmem intencionality jako schopnosti konstituovat interpersonální realitu.

V poněkud jiném vztahovém rámci, ale s recidivami starých sporů, se ocitla debata o reziduálním astenickém stavu v souvislosti s výměnou názorů na pozitivní a negativní schizofrenní symptomatiku. Významným příspěvkem do ní se staly práce N.C. Andreasenové.

Týkají se dvou problémových okruhů: Jednak koncepty negativních symptomů operacionalizovala a vypracovala dotazník pro jejich zjišťování, jednak se pokusila o jejich cerebrální lokalizaci.

Do pozitivní symptomatologie zahrnuje Andreasenová halucinace, bludy, výrazné pozitivní formální poruchy myšlení a opakované projevy bizarního a desorganizovaného chování. K „syndromu negativních symptomů“ zařazuje pět globálních příznaků: alogii, afektivní oploštění či otupělost, abulii-apatii, anhedonii-asocialitu a poruchy pozornosti. Přitom alogie je obecný termín pro negativní kognitivní poruchy, které se v řečové komunikaci projevují jako chudá produktivita, zárazy či dlouhé latence i jako chudost obsahová. Afektivní oploštění je charakterizováno ochuzením emočních projevů, emočního prožívání i reagování. Abulie-apatie se manifestuje snížením či ztrátou energie, snížením pudových tlaků a zájmů i fyzickou anergií a inercií. Porušená pozornost se projevuje v pracovních výkonech i sociálních situacích jako nesoustředěnosti či jako sporadická, nestálá pozornost (1982a, 1989a).

Na tomto rozlišení Andreasenová postavila dva typy schizofrenie: schizofrenii pozitivní, s výraznou pozitivní symptomatologií, ale bez příznaků negativních a schizofrenii negativní, chybějí však halucinace, bludy, formální poruchy myšlení a bizarní chování. Mezi oběma typy, blízcími se spíše typům ideálním, je prostor schizofrenie smíšené - kam nepochybně patří většina schizofrenních onemocnění (1982b).

Andreasenová vystupuje jako zastánkyně cerebrální lokalizace. Vychází z evolučního modelu mozkových funkcí J.H. Jacksona, v němž negativní symptomy jsou - zjednodušeně řečeno - projevem hypofunkce mozkových struktur, zatímco symptomy pozitivní jsou výsledkem deliberace a hyperfunkce struktur, primární lézí nepostížených. Podle Andreasenové vyslovil jako první komprehenzivní hypotézu o vztazích negativních a pozitivních symptomů při schizofrenii T.J. Crow. Pozitivní symptomy zahrnuje do syndromu typu I. A konstatuje, že jsou spojeny s dobrým předchorem, akutním nástupem onemocnění, bez kognitivního postižení. Tento syndrom dobře reaguje na neuroleptika, jeví se reverzibilní a odráží hyperdopaminergní aktivitu strukturálně normálního mozku. Negativní symptomy, zahrnuté do syndromu typu II., jsou proti tomu spojeny s chudým pre-morbidním funkčním stavem signalizujícím patologický proces, začínající v

raných životních fázích, jsou provázeny kognitivními poruchami. Syndrom II. Špatně reaguje na neuroleptika a představuje spíše irreverzibilní, v podstatě strukturální mozkovou abnormitu vázanou na primární neuronální lézi (Crow, 1989).

Andreasenová a Crow postupovali při rozvíjení svých myšlenek více méně paralelně. To se ukazuje i na modelu, který sama Andreasenová navrhla. V normě zachovávají ve frontálním a subkortikálním systému mozku rovnováhu. V rané fázi psychózy ji však ztrácejí a převahu získávají subkortikální oblasti a tato hyperaktivita se projevuje pozitivními symptomy. Jak tyto symptomy přetrvávají, hyperaktivní subkortikální oblasti nadměrně stimulují čelní laloky, které na to odpovídají zhoršenou regulací. V této fázi pacient produkuje smíšené pozitivní i negativní symptomy, odrážející relativní hypoaktivitu frontálních laloků a hyperaktivitu podkoří. A konečně, v závěrečné fázi psychózy, se snižuje regulační aktivita i limbického systému, takže vystoupí typický chronický obraz s výraznými negativními symptomy bez příznaků pozitivních, mluvívá se o „defektním stavu” nebo „vyhaslé schizofrenii” (Andreasenová 1989 b).

Jak patrně, syndromy reziduálního stavu popisované autory písicemi německy, a syndrom negativních symptomů autorů angloamerických se dalekosáhle překrývají. A podobně jako v debatě v oblasti německého jazyka, tak i v oblasti anglofonní se ozývají výhrady proti výlučnému důrazu na biologické koreláty těchto syndromů.

V Anglii je nejvýznamnějším oponentem J.K. Wing. I když chápe dnešní zaujetí pro biologické teorie, které mohou být testovány novými neinvazivními metodami výzkumu mozkových struktur a funkcí, nepokládá to za dostatečný důvod pro přehlížení vlivů sociálních. Mozek, myšlení a chování sice mohou být studovány izolovaně a fragmentálně, avšak vědci nemohou být uspokojeni, pokud neporozumí této trojici v jejích vztazích uvnitř sociálního kontextu. Na základě svých mnohaletých výzkumů Wing soudí, že sociální stimulace se uplatňuje při vzniku jak pozitivních, tak negativních symptomů. Nízká stimulace, charakteristická například pro dřívější ústavy, vede k formování symptomatiky negativní, k sociálnímu stažení, pasivitě, inercii a ztrátě iniciativy. Naopak, nadměrná stimulace, k níž dochází v podmínkách extramurálních, může vést k psychotickému selhání s floridní, pozitivní symptomatikou. V obou případech jde vlastně o obranné reakce (Wing, 1989).

Také J.S. Strauss ze Spojených států pojmá negativní symptomy jako obranné reakce na extrémně těžké psychologické a sociální situace, pomáhající pacientovi přežít. V této souvislosti však je termín „negativní symptomy”, jakkoliv deskriptivně užitečný, poněkud zavádějící, protože negativní symptomy jsou projevem pokusu o aktivní zvládnutí situace. Negativní symptomy mohou psychologicky i sociálně determinovat další průběh onemocnění. Mohou usnadnit

řešení problémů, s nimiž se pacient setká, ale mohou také vyvolávat cyklické zpětnovazební procesy, které pacienty omezují v jejich sociálních aktivitách a tím i redukuje pravděpodobnost zlepšení - což může přispívat ke špatným prognostickým implikacím negativních symptomů (J.S.Strauss, 1989).

Musíme říci, že stojíme na straně oponentů. Ale musíme také své stanovisko zdůvodnit. Pochybujeme o tom, že je možné projevy schizofrenního onemocnění - k nimž patří i negativní symptomy - vysvětlit metodickými prostředky a jazykem neurobiologie. Takové vysvětlení vychází z apriorní hypotézy naturalistického redukcionismu, který jednostranně přijímá jen „determinanci zdola“, působení z nižší vrstvy skutečnosti do vrstvy vyšší. Ale právě tak platí i „determinace shora“, z vyšší vrstvy, to znamená sociální i duchovní, do vrstvy nižší, vitální. Tak je determinován průběh schizofrenního onemocnění a jeho projevy. A dopovězme: i aktivita cerebrálního servosystému samotného je takto určena. Proto přijímáme za svůj zobecněný princip komplementarity a uplatníme jej i při dalším výkladu. Psychopatologické fenomény nejsou pouhými epifenomény, stínovými jevy základního biologického procesu, ale reálnými jevy sui generis, nahlíženými z různého zorného úhlu.

Chvilé pravdy a syndrom zlomeného srdce

Z roviny teoretických hypotéz se vraťme do reálu. Tím pro nás je prostor našeho každodenního světa, jak se nám otevírá v nejrůznějších životních situacích, v setkáních, v síti interpersonálních vztahů, v konfliktech i krizích.

Vyslechněme nejprve autentické svědectví: „Nejhorší je, když vás z toho dostanou pomocí prášků do stavu, ve kterém si uvědomíte, že jste blázen a že to s vámi není zcela v pořádku.

Oči se Vám potáhnou smutkem a vy víte, že už nejste Kristus, ale že jste ubožák. Dají vás za mříže, ačkoliv jste nikoho nezabil a nikomu jste neublížil. Nebyl nad vámi soud a vy jste vyřízen až do konce života. A lidi venku si žijou a vy to často víte. Může Vás zachránit jenom zázrak. Čekal jsem na ten zázrak pět let a v podstatě jsem umíral. Umírat pět let je dlouhá doba. Sedíte na židli týdny, měsíce, roky. Nemohu tvrdit, že jsem zkoušel jako zvíře, protože nevím, jak zvíře trpí. Ale zkoušel jsem strašně”.

To napsal Ota Pavel v listopadu 1969 v dopise svému bratrovi. Přijměme tento zoufalý výkřik jako svědectví o dvojím: Především o situaci, ve které se pacient ocitá, když je psychotická ataka terapeuticky zvládnuta a pozitivní symptomatika ustupuje. Nazvěme tuto situaci „chvilí pravdy“. Pacient získává náhled nemoci a to bývá hodnoceno terapeuticky pozitivně. Věc je však složitější. Budeme pravdě blíže, budeme-li hovořit o chvíli bilancování a to spíše negativního, než

pozitivního. Ve chvíli „koperníkovského zvratu“, ve znovuzískaném vztahu ke sdílenému světu, se před pacientem otevírá budoucnost v perspektivě celého komplexu stresových sociálních situací a on si přitom uvědomuje svou vlastní slabost, své „ubožáctví“. Jeho sebeúcta je rozvrácena. Má strach z relapsu, proběhlou krizi může prožívat jako svou vinu. Taková je jeho výchozí pozice při hledání „nové identity jako non-pacienta“ (Strauss, 1989).

To druhé, o čem Ota Pavel podává svědectví, je stav, do něž chvíle pravdy ústí: stav beznaděje. Můžeme jej popsat v terminologii negativních symptomů, ale nesmí nám uniknout, že - na rozdíl od astenického reziduálního syndromu - má tento společný syndromový obraz tentokrát základ zcela odlišný. Jestliže astenický reziduální syndrom je „syndromem zlomeného péra“, tedy důsledkem oslabení energetického zdroje, pak stav, který nyní popisujeme, označil L.Ciampi jako „syndrom zlomeného srdce“ (1980). Tím je řečeno, že pacient je zasažen v samém jádru své osobnosti, že jeho projevy, jeho prožívání i chování je determinováno shora. Nejde o deficit, manko ve vitální vrstvě osobnosti, ale o existenciální otrěs, o ztrátu naděje, ze které možno žít.

Postschizofrenní deprese

Z takové situace lze uniknout relapsem, návratem do psychózy. Ale stejně pravděpodobně je vyústění do deprese. R.Tolle ve starší práci předpokládá na základě svých zkušeností výskyt depresivních obtíží asi u pětiny všech schizofrenií. Rozdělil je do čtyř skupin. Do prvních tří zahrnul případy, kdy depresivní rozlady a stavy jsou pouze doprovodnými jevy v průběhu schizofrenní, eventuálně schizoafektivní psychózy. Pouze čtvrtá skupina odpovídá diagnostickým kritériím MKN-10 pro postschizofrenní depresi, Tolle jí věnuje zvýšenou pozornost. V popředí klinického obrazu je výrazné depresivní ladění s bezmocností a bezradností při řešení běžných problémů a s úzkostnou starostí o budoucnost. Sebeobviňování bývá řídké. Takže obraz ovládá spíše symptomatika negativní. Pozitivní, respektive akcesorní symptomy chybějí.

Tolle je zastáncem xenochtonního modelu schizofrenie jako biologického procesu. Upozorňuje na úzký vztah mezi postschizofrenní depresí a reziduálním defektem: předpokládá, že deprese nasedá na rozvinutý defekt, který se depresí prohlubuje. A rigidnější defekt zase ovlivňuje torpiditu deprese. „Reaktivně situativní faktory jsou zřejmě patogeneticky bezvýznamné“. Deprese se objevuje nejčastěji po druhé atace, zejména byl-li v popředí paranoidně-halucinatorní syndrom. Bývá také častá u chronických schizofrenií s výrazným defektem. Premorbidní osobnost popisuje Tolle jako nápadně často komplikovanou, senzitivní, s chudými kontakty ve smyslu schizoidie nebo jako bezbarvou a nedife-

rencovanou. Schizofrenní deprese s prohlubujícím se defektem zhoršuje prognózu onemocnění (Tolle, 1961).

Další psychopatologický diskurs jen zvýraznil složitost problému postschizofrenní deprese. Vedle názoru, který se blíží pojetí Trolleho, že totiž deprese v postpsychotické fázi může být jen pokračováním základnějšího procesu, který probíhá pomaleji než samotná akutní psychotická krize, upozornili někteří autoři na možnost primární afektivní poruchy i na možnost vedlejšího účinku medicace. V posledních létech se však často objevují práce, které tím, že postpsychotickou depresi chápou jako reakci na psychotickou krizi, vracejí celý problém tam, kde jsme jej prve zanechali.

Už před léty upozorňoval K. Ernst na to, že se může katamnesticky ukázat, že při několikaměsíčním stavu stísněnosti, apatie a resignace šlo vlastně o čistou „reaktivní“ depresi u pacientů, kteří překonali psychotickou krizi - což se stává i u neurotiků (Ernst, 1962). Později, ve studii z roku 1977, shrnul B.L. Mackinnon názory těch autorů, kteří zdůrazňují personální základ postschizofrenní deprese. Podle nich nelze přehlížet takové faktory, jako osobnostní identita, sebeúcta, naděje, životní smysl. Jsou pro člověka právě tak důležité, jako spánek a potrava. Avšak pacient, který se osvobozuje od akutní psychózy, spotřebovává většinu své energie na zachování základního duševního přežití, cítí svou slabost a neschopnost ve vztahu k těmto hodnotám. „Je potom postpsychotický nářek něčím absurdním?“

Musíme své úvahy o syndromu zlomeného srdce a postschizofrenní depresi dovést do konce. Musíme upozornit na onu nejposlednější možnost, do níž hrozí chvíle pravdy vyústit: suicidium. Mladý muž s mnohaletou schizofrenní anamnézou, nyní však v dobré remisi, s přátelskými vazbami, navázal známost s ovdovělou paní se dvěma dětmi. Po kratším období soužití začali vážně uvažovat o sňatku. Krátce po tomto rozhodnutí spáchal mladík sebevraždu skokem z mostu. Impulzivní akt nebo jednání pod vlivem bludu bylo možno vyloučit. Vysvětlením by však mohla být bilanční sebevražda prováděná depresivní rozladou. Ve chvíli, kdy měl na sebe vzít závazek manželské a rodičovské role, mladík pochopil, že tuto svou životní šanci nezvládne. Ostatně, mohlo to být také docela jinak, ale jako varování to je dost výmluvné.

Chronická schizofrenie jako život v enklávě

Zatím jsme se pohybovali v prostoru „short-term outcome“, krátkodobého vyústění: míní se jím časový úsek jednoho roku od hospitalizace. Viděli jsme, že jde o úsek velice dramatický a že se v něm rozhoduje o mnohém, i když snad ne o všem. Diagnózu chronické schizofrenie lze stanovit s odstupem nejméně jed-

noho roku, je vázána na „long-term outcome”, na dlouhodobé sledování a katamnstické vyhodnocení. Ve společné studii M. Bleulera a G. Hubera s jeho bonnskými spolupracovníky se uvádí, že jedna čtvrtina pacientů hospitalizovaných s diagnózou schizofrenie, dosahuje plné úzdravy. Znamená to, že zvládli úskalí návratu do sdíleného světa a že v něm trvale zakotvili, to je dobrá zpráva. Další velká skupina curyšského a bonnského souboru, zhruba jedna třetina, zvládla tento přechod s následnými necharakteristickými rezidui, patřícími do skupiny negativních symptomů. I tito pacienti si však vytvořili přiměřené sociální vazby a našli pracovní uplatnění. A tak můžeme říci, že polovina schizofrenií vykazuje dlouhodobě průběh spíše benigní (Bleuler et al., 1976).

Druhá polovina pacientů se ochranných zdí svého autismu nevzdala. Tito nemocní zůstávají celá léta či desetiletí hospitalizováni v ústavech - nesmíme však použít slovo „beznadějně”. Ukazuje se, jak uvádí M. Bleuler, že ani po pěti letech hospitalizace se stav chronicky nemocných nehorší, ale že naopak dochází ke zlepšení. Připomeňme si k tomu zkušenost G. Arietiho: Jako mladý lékař pracoval za války na klinice, která právě v důsledku válečné situace trpěla nedostatkem personálu. Proto byly pacientům svěřovány i náročné úkoly. Efekt byl překvapivý. Nejenže je dobře plnili, ale jejich stav se očividně zlepšoval. Byli prakticky beze známek psychózy. A tak došlo málem k hromadnému propouštění. Ale vzápětí se dostavilo zklamání: po nedlouhé době došlo ke stejně hromadným novým příjmům. Pacienti nevládali nároky běžného života (Arieti, 1978). Tato epizoda v sobě skrývá vedle negativního i důležité pozitivní zjištění: že pobyt v léčebně za určitých podmínek může vést k výraznému zlepšení, které však musí být podepřeno péčí extramurální.

Pokud jde o symptomatologii chronické schizofrenie, vládne shoda přes kanál i přes oceán. Ve Švýcarsku našli L. Ciompi se spolupracovníky ve skupině chroniků jako nejčastější symptomy afektivní oploštění, sociální stažení, verbální restrikcí, bludné obavy, sníženou sebedůvěru, systemizovaný blud a halucinace. Jako faktory druhého řádu, syndromové shluky, pak odvodil:

1. Afektivní oploštění, verbální restrikcí a obsahovou chudobu řeči.
2. Sociální stažení, sníženou sebedůvěru, depresivní úzkosti, paranoidní myšlenky, podrážděnost.
3. Sníženou sebeúctu, poruchy usínání a pocity svalového napětí.
4. Systemizovaný blud, bludné obavy, sociální stažení (Ciompi et al. 1978).

V Anglii P.F. Liddle se spolupracovníky jako syndromovou triádu určili psychomotorické zpomalení, tj. chudou verbální produkci, afektivní plochost, sníženou spontaneitu, dále dezorganizaci, tj. formální poruchy myšlení, nepřiměřený afekt a konečně distorzi reality, tj. různé bludy a halucinace (Liddle et al. 1989).

Jako příklad ze Spojených států uveďme trojici základních znaků chronické schizofrenie, jak ji stanovili J. Endicott se spolupracovníky: formální poruchy myšlení, k nimž řadili inkoherece a uvolněné asociace, sociální izolaci jako zjevný nedostatek sociálních kontaktů s příbuznými a přáteli a neobvyklé myšlenky a percepce (Endicott et al. 1986).

Obecně platí, jak uvádí L.Ciampi, že obraz chronické schizofrenie ovládají „neproduktivní“, negativní symptomy a „produktivní“, pozitivní ustupují do pozadí. Touto redukcí pozitivních symptomů můžeme dospět až k čistému „syndromu negativních symptomů“, na němž vlastně spočívá diagnóza reziduální schizofrenie podle MKN-10. Taxativně jsou uvedeny psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělá afektivita, pasivita a nedostatek iniciativy, ochuzená řeč co do kvality nebo obsahu, chudá nonverbální komunikace, pokud jde o výraz obličeje, kontakt očí, modulace hlasu a postoje, zanedbávání zevnějšku a chudé sociální vztahy.

Residuální schizofrenie je jednou z forem schizofrenie chronické. Má nejbliž ke stavu, který bonnští autoři označili jako „strukturální změny bez psychózy“ a který zjistili v devětatraceti procentech všech schizofrenních vyústění. Průběh označili za „spíše nepříznivý“. Prognosticky spíše benigní formu představují necharakteristické reziduální stavy, o nichž jsme již mluvili, maligní formou jsou „strukturální změny s psychózou“, uváděné ve čtrnácti procentech vyústění. Musíme však vysvětlit, co znamená ona strukturální změna. Jde o „Strukturverformung“, termín, který G. Huber převzal ze slovníku strukturalistických psychopatologů a znamená strukturální změnu osobnosti jako důsledek přetřásané psychotické ataky, vlastně o primární újmu podle J.K. Winga. Pacientovo prožívání i chování je poznamenáno psychotickými obsahy proběhlé ataky. Ty dávají pacientovým projevům charakter neobvyklostí, podivnosti, bizarnosti. Nová, postpsychotická stabilita osobnosti je vykoupena tendencí k fixacím stereotypii a primitivizaci. Dochází ke zúžení zájmů i aktivit. Tím vším jsou poznamenány staré životní zkušenosti, zkušenosti nové nejsou dostatečně internalizovány a osobnostně integrovány (Mundt, 1981, Janzarik 1981, 1983).

A nyní si položíme důležitou otázku: Nedává nám spojení syndromu negativních symptomů a strukturální změny osobnosti vlastně obraz autismu? Totiž autismu přetrvávajícího po odeznění psychotické krize a nahláženého zvenčí? Popsali jsme přece autismus jako refugium ultimum před hrozbou nesnesitelné devalvace osobnosti ve sdíleném světě, jako únik do osobního, psychoticky změněného světa před hrozivým světem sdíleným. Je tu však významný rozdíl. Situace v psychotickém předpolí se vyznačovala akutním ohrožením a vedla k panické obraně. V situaci postpsychotické se stav ohrožení zmírňuje za dvou podmínek: jestliže pacient zůstane pacientem a neopustí obranné zdi svého

autismu. A v tom je jádro chronické schizofrenie: Pacient se naučí žít se svou schizofrenií, jako se mohou jiní naučit žít s diabetem, amputovanou končetinou nebo kancerem (Wing,1989).

Řečeno pregnantní formulací Janzarikovou, je chronická schizofrenie seobraným ústupem k vita minor. Nebo - řekněme jinak - životním kompromisem, životem v enklávě. O životě v enklávě psal před půl stoletím J.Patočka a nepsal o něm nijak příznivě (1939). Připomeňme si jen, že „enkláva” původně znamená oddělené, ohraničené území, sevřené cizím okolím. Kontakt s tímto okolím je sice v nejnужnějším míře zachovávan, ale vnitřní život v enklávě běží podle vlastních pravidel. Pro Patočku však je život v enklávě životem neautentickým, uzavřeným ve svých vnějších i vnitřních mezích, životem, v němž „posléze triumfuje životní šed’ “. Autentickým životem je život v amplitudě. Prožíváme jej, když „se vymykáme životu v enklávě a jdeme”, jak Jaspers říká, „k některé z mezí naší existence”.

Amplituda je tam, kde člověk nechává za sebou každodenní úroveň běžného životního zakletí, úroveň střízlivé nepravdy, jež si zastírá zrak před pravými výškami a pravými nebezpečnostmi naší existence, tam, kde člověk jde s klidnou tváří vstříc tomu, před čím prchá naše bázlivá omezenost?

Paradoxní je, že schizofrenik vlastně prožívá svůj život v amplitudě v psychotickém stavu. Tehdy se osvobozuje od šedě všednosti, rozbíjí meze a jde vstříc tomu, před čím prchá naše bázlivá omezenost, aby „spatřil sarkastický úsměv ve tváři Boha” (Mackinnon,1977). Když však je psychotická krize zvládnuta, situace se radikálně mění: život v enklávě se nabízí jako východisko. Uvádí se - jistě ne neprávem - že pacient-chronik je do své izolace tlačěn okolím, které zdráhavě, s nejistotou a obavami přijímá jeho návrat. Že společnost spíše akceptuje jeho sociální degradaci stigmatem schizofrenie. Odedávna se také poukazuje na sekundární újmu vyvolanou hospitalismem se závěrem, že významná část klinického obrazu chronické schizofrenie je „sociální artefakt” (Ciompi, 1980, Strauss et al. 1989).

Nesmíme však ztratit ze zřetele to, co jsme už několikrát zdůraznili: Úzdruvu chápeme jako obnovenou zakotvenost ve sdíleném světě a cestu k ní pokládáme za náročnou, spojenou s mnoha riziky. A schizofrenik se svou primární vulnerabilitou, oťresený navíc psychotickou zkušeností, dozajista není člověk ochotný riskovat. Popsali jsme dále účast ve sdíleném světě jako ochotu převzít určité sociální role. Ani k tomu nemá nemocný dost sil i odvahy. A tak i zde hledá kompromis: Jistí svůj návrat do sdíleného světa přijetím role nemocného. To je sociální role sui generis. Svému nositeli přináší sice jistě závazky, především však i jistě výhody. Na její specifčnost upozornil - s odkazem na Parsonse - K.Chromý (1990). Pro společnost je nemoc stav nežádoucí. Je to deviace, spojená s omezením schopnosti k plnění společenských úkolů a rolí. Není však stíhána sankcemi,

protože neodvisí od vůle nemocného. Pacient je považován za neodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného svou vůlí jej odstranit. K jeho povinnostem však patří dávat najevo nežádoucnost svého stavu a přání jej odstranit. Je tedy povinen vyhledávat odborníky a spolupracovat s nimi. K jeho nejzákladnější výsadě patří, že je pro svou nemoc zproštěn svých dosavadních povinností. Společensky pozitivně však je oceňováno, jestliže nemocný, vzdor svému stavu, chce alespoň některé své společenské povinnosti a role plnit. Tedy: pacient přijímá některé sociální role, zaštitěn statutem nemocného.

Náš každodenní svět je, řekli jsme amalgamem světa personálního a sdíleného. Na jednom pólu, hodnoceném jako negativní, se ocitá uzavřenost ve světě osobním, tedy autismus, na druhém, pozitivním, plná aktivita ve světě sdíleném. V autismu je každodenní svět pohlcen a psychoticky zdeformován světem osobním. Na druhém pólu dochází k optimální amalgamací světa osobního a sdíleného v každodennosti. Život v enklávě je kompromisem. Pacient sice vstupuje do sdíleného světa, ale za určitých podmínek.. Vytváří si v něm svůj vlastní, ohraničený prostor. Může to být právě tak dobře noblesní „splendid isolation“ bohatě vyplněná tvůrčí aktivitou, třeba poněkud šokující a bizarně nesdělenou, může to být i nuzné poustevničení podivína, který svým podivínstvím sice obtěžuje sousedy, ale přesto uspokojivě plní své nenáročné pracovní úkoly. Tak či tak, jde o situaci, se kterou musíme počítat a ze které musíme vycházet při jakémkoli resocializačním programu.

Závěr: Personální základ resocializace

Dospíváme k závěru svých úvah a musíme rekapitulovat. Cílem této práce bylo položit základy a stanovit předpoklady resocializace schizofreniků. Celý předchozí výklad přitom směřoval k jedinému: aby to, co se zpočátku mohlo jevit jako nesrozumitelné, záhadné a fascinující, se stalo srozumitelným. Abychom si pochopením schizofrenie jako specifické proměny osoby a jejího světa, jak říká J.Wyrsh, otevřeli cestu k její účinné léčbě. Ukázali jsme, že ona psychotická proměna světa spočívá v úniku ze světa sdíleného do autisticky uzavřeného světa osobního, v regresi k ego-centrickému ptolemaiovskému životnímu postojí (Huber,1982). A že úzdrava spočívá ve znovunalezené jednotě obou světů, v návratu do světa sdíleného a obnově životní zakotvenosti. Popsali jsme tento návrat jako náročný zápas s mnoha úskalími, který může skončit kompromisem chronicity. Šlo však o víc: ukázat životní situaci nemocného jako krizi, situaci nouze, která je výzvou k pomoci. Tedy „porozumět a pomoci“ – to je direktiva, k níž jsme mířili.

Resocializace v rámci komplexní terapie

Resocializací rozumíme v prvé řadě sám proces návratu do sdíleného světa. Zároveň však znamená resocializace i soubor léčebných opatření a postupů, které mají tento návrat umožňovat a podporovat. Nejde tedy jen o nějakou dílčí terapeutickou metodu, ani pouze o doléčovací fázi terapeutického procesu. Myšlenka resocializace je vedoucí ideou léčby od začátku až do konce. Mluvíme přitom o terapii komplexní, spočívající jednak v integraci léčebných metod biologických a psycho- a socioterapeutických, jednak – vlastně především - v integraci a kontinuitě péče intra- a extramurální, s důrazem na složku extramurální. Malá lůžková oddělení v ní představují jakési jednotky intenzivní péče, v nichž by během krátké hospitalizace mohla po krátké parenterální neuroleptizaci nastoupit krizová intervence a raná rehabilitace (Vinař, 1983, Labhardt, Battagay, 1980). Krátkou hospitalizací se míní lůžkový pobyt do jednoho měsíce, její efekt bývá pozitivně oceňován. Zajímavé jsou například závěry výzkumu, který koncem sedmdesátých let prováděla skupina z Newyorského státního psychiatrického institutu. Byly srovnávány tři formy hospitalizace: standardní dlouhodobá a krátká, jednak s následnou péčí stacionární, jednak s následnou běžnou péčí ambulantní. Obě formy krátké hospitalizace - posuzováno s dvouletým odstupem - se ukázaly efektivnější než hospitalizace standardní. Pacienti krátce hospitalizovaní vykazovali méně psychotické symptomatologie a významně méně dní strávených v lůžkových zařízeních (Endicott et al. 1979). Zdá se však, že je nutno specifikovat: jak pro koho. Rozhodně však platí jako nezbytný předpoklad požadavek kontinuity intra- a extramurální péče, nejen kontinuity programu, ale dokonce i ošetřujícího personálu - což je úkol dozajista nelehký.

V jedné své úvaze říká P. Watzlawick, že „mluvit jedním dechem o schizofrenii a krátké psychoterapii se jeví absurdní“. A potom vykládá o krátkých terapeutických postupech při schizofrenním onemocnění (1985). Stejně to platí i o krizové intervenci. A přece ji klademe na začátek resocializačního procesu. Krizová intervence ve schizofrenní krizi začíná ve chvíli, kdy náležitě zneuroleptizovaný pacient začne bloudit očima po okolí. Tehdy bychom měli vstoupit do jeho zorného pole jako orientační bod. A začít s ním rozhovor, i když sotva jen přikyvuje a jazykem ještě pořádně nevládne. Už tehdy mu můžeme podat prvá vysvětlení, na která čeká: že se teď cítí velice unaven, protože má za sebou chvíle velkého napětí, že teď musí odpočívat a že dostává léky, které k odpočinku pomáhají.

Jde o to „definovat situaci“ . Tohoto termínu užívá J. Glatzel (1977) a jde o toto: Člověk musí mít co možná jasnou představu o situaci, o podmínkách a vztazích, které v ní vládou, aby pro něho nebyla neprůhledná a matoucí a nevyvolávala úzkost. Nuže, krizová intervence během hospitalizace by měla splnit

trojí úkol. Především pomoci pacientovi od samého začátku definovat jeho situaci na oddělení. Nenechávat ho v nejistotě a pochybnostech a tak zamezovat vzniku podezření, že se s ním děje něco, co ho ohrožuje. Na začátku je chápavý popis jeho vnitřních stavů, pokračováním vysvětlování průvodních jevů při terapii a smyslu jednotlivých opatření. Na to navazuje druhý úkol: pomoci pacientovi předběžně se zorientovat v situaci po skončení hospitalizace. Patří k tomu vysvětlení, jak bude pokračovat ambulantní terapie individuální i skupinová, v čem mu může prospět účast v denním stacionáři i účast na aktivitách v jiných formách extramurální péče, jako jsou kluby. A konečně třetím úkolem je redefinovat pacientovu životní situaci, především ve vztahu k vlastní rodině, k přátelům, naznačit obtíže při návratu do zaměstnání i upozornit na význam aktivního vyplnění volného času. V takto pojaté krizové intervenci jde tedy především o to zůstat co možná „při zemi“ a tímto realistickým přístupem aktivizovat pacientovy autosanační potence a motivovat jej k činné účasti na dalším léčebném dění v průběhu resocializace.

Terapeutické setkání a budování předmostí ve sdíleném světě

Můžeme to povědět jinak: Jde-li v resocializaci o návrat do sdíleného světa, pak cílem krizové intervence je vyznačit bezpečný prostor pro takový návrat: učinit první krok k vybudování předmostí ve sdíleném světě. Terapeut má přitom úlohu vyslance z druhého břehu. Je emisarem společenství. A terapeutické setkání je onou chvílí, kdy si dva lidé z různých břehů podávají ruce na vratké lávce terapeutického vztahu.

V minulých desetiletích se „setkání“, „Begegnung“ a ještě spíše „encounter“ staly módními slovy psychoterapeutického žargonu. Tím spíš musíme za zástěnou módnosti odkrývat skutečný smysl samotného fenoménu. V setkání se mění neosobní vztah „-já-on“ v oslovující „-já-ty“. Jestliže však při neosobním vztahu má primát já, ve smyslu já rozhoduji, já disponuji, pak ve vztahu osobním se závislost převrací. „Ty“ se stává těžištěm vztahu: k tobě se obracím se svým očekáváním, se svou nadějí, na tvé odpovědi a na tvém rozhodnutí záleží. Setkání je odpovědí na nevyslovenou prosbu člověka v nouzi. Osvobozující zkušenost setkání můžeme vyjádřit slovy „jsem v nouzi a ty mi jdeš na pomoc“, „čekal jsem tě a ty jsi přišel“. V tomto smyslu je setkání dar. Je to událost, která nás potká, těžko je můžeme nějak dopředu naaranžovat. Každá událost však znamená něco významného, vyvolává změnu v nás i v našem životě. Vztahem k „ty“ v dialogické zkušenosti prolamuje setkání hradby sebestřednosti: „Ty“ se stalo filozofickým principem a setkání jedním z centrálních témat filosofie existence. A vnesení tohoto tématu na klinickou půdu věci jen prospělo.

Setkání je velice „reálné“. Je vázáno na naši zcela určitou životní situaci a také ten, na něhož se obracíme, je zcela reálný člověk z masa a krve. Nemůžeme očekávat zázrak. Reálná situační vázanost setkání, ono „zde a nyní“ uvádí přítomnost v její práva: právě teď, v této chvíli se děje něco rozhodujícího. Přítomnost se naplňuje, není to nějaký nulový bod mezi minulostí a budoucností, získává váhu, hodnotu, která jí přísluší.

Setkání je zneklidňující. Staví nám před oči fakt, že věci mohou být jinak. Víme: ty jsi jiný, tvá životní situace je jiná, tvá cesta i tvůj svět jsou jiné. Teď však jsi mi vstoupil do cesty, vstoupil jsi do mého světa a můžeš jej změnit. Tak se nám odhaluje moment konfrontace, který je v každém setkání zahrnut. Životní perspektiva je tu postavena proti jiné životní perspektivě. Dva světy se dotýkají, dvojí různá zkušenosti životní cesty se střetává. Jsme vázáni svou minulostí a vnášíme ji do setkání v podobě naučených vzorců chování. Jimi setkání ohrožujeme: Mohlo by sklouznout do polohy pouhé repetice, fixace minulých životních nezdarů. Konfrontace těmito schématy otřásá: to ty svou účastí otevíráš obzor mého světa.

Setkání znamená závazek pro oba účastníky. Přijímáme-li svou účast v něm, přijímáme i svůj podíl odpovědnosti. Můžeme - a někdy i musíme - to i vyslovit: dáme své slovo, svůj slib. A od této chvíle, od chvíle slibu jsme vázáni. Víme, že náš partner s námi počítá.

A tak dokončíme myšlenku, kterou jsme prve naznačili: Setkání znamená personální základ resocializace. Ne různá systémová opatření, ale zcela reálné setkání pacienta a terapeuta, protože to je první kus pevné půdy ve sdíleném světě, který je pacientovi nabídnut.

Věrnost v terapeutickém svazku

Zkušenost setkání nelze prodlužovat. Pověděli jsme přece, že je to událost, ne stav. Může se však stát základem trvalého sdílení. Řečeno strážlivěji: trvalého vztahu. Pro vzájemné sdílení platí poučka skoro gramatická: že „já“ nemá množné číslo. A že „my“ - to jsem já a ty. Transformací vztahu já-ty ve vazbu „my“ vzniká svazek. Jeho základní hodnotou je intimita. Jde o vztah personální, platí v něm zásada nezastupitelnosti. Není postaven pouze na naší profesionální kompetenci a pacientově důvěře v ni. Překračuje rovinu institucionalizovaných rolí. Stává se vztahem ke zcela konkrétní osobě, je založen na důvěře v její osobní kvality. A toto spolehnutí se musí v průběhu terapeutického vztahu stále znovu dotvářet a potvrzovat. Pomáhající svazek je založen na setkání a v setkání je vždy znovu obnovován. A protože znamená situaci trvalého sdílení, stává se

oním předmostím, na kterém se může pacient ve sdíleném světě zachytit. V něm se obnovuje pacientova životní zakotvenost, oťřesená psychotickou krizí. Terapeutický svazek umožňuje naplnit všechny základní nároky zakotvenosti. Osobní vztah nabízí ochraňující zaštitění v přítomnosti i časovou kontinuitu, především s ohledem na budoucnost. Nabízí i jisté usměrňující vnější uspořádání, přitom však i volnost pro osobnostní rozvoj. Poskytuje zaměření na smysluplné vztahy, vnitřní klid a uvolnění od nevládnutých emočních tlaků (Finke, 1963). Tak se stává půdou, z níž vyrůstá a posiluje se pacientova touha po změně a mobilizují se jeho zdravé vnitřní síly.

Koncepce terapeutického svazku se stala společným základem nejrůznějších psychoterapeutických směrů a škol. Ale i když ji rozvíjejí i teoretici neanalytictví, přece své názory formulují v kontaktu s psychoanalýzou, třebaže v kritické distanci, přece v kontaktu. Přínos psychoanalýzy se nedá obejít. Když totiž Freud začal popisovat terapeutický vztah v termínech přenosu a protipřenosu, udělal zásadní krok na cestě od analytické „arheologie“ k dynamické psychologii interpersonálních vztahů. Odtud pak byl jen krok ke zjištění, že za patologickou dynamikou přenosu se skrývá jiný a to nepatologický vztah, který se nyní v analytické literatuře označuje jako „terapeutická aliance“ mezi analytikem a pacientem (Sandler et al., 1970). Tato aliance je založena na převážně racionálním, odpovědném vztahu pacienta a analytika. Opírá se o zdravější, stabilnější složky pacientovy osobnosti, o jeho přání spolupracovat, o jeho ochotu přijímat terapeutovu pomoc i cíle terapie. Aktivuje vztah bazální důvěry a vede k pracovní dohodě, smlouvě mezi terapeutem a pacientem. Důležité je - Sandler se spolupracovníky na to výslovně upozorňují - že tato koncepce přesahuje hranice psychoanalýzy, že má, řekli jsme, platnost obecnou.

V trvalé tiché opozici k psychoanalýze formuloval své názory na terapeutický svazek C.R. Rogers (1955,1978). Soustředil se přitom především na osobnost a úlohu terapeuta, v tom je jeho hlavní zásluha. Vychází z optimistického pohledu na člověka: Základní lidskou tendencí není přizpůsobit se, ale rozvíjet se - tendence k sebeuskutečnění. Úlohou terapie je vytvořit klima proměny, v němž se může rozvíjet signifikantní učení. Terapeut k tomu přispívá tím, že se vzdá role „experta na mezilidské vztahy“, autoritářského postoje, poučování. Jeho postoj musí vycházet z úcty ke klientově osobnosti a tím směřovat k ustavení opravdového lidského - mohli bychom také říci partnerského - vztahu. Opravdovost bez jakéhokoli předstírání je přitom prvním předpokladem. Druhým předpokladem je bezpodmínečné pozitivní přijetí klienta, prosté všeho moralizování. A obojí je založeno na schopnosti vciťujícího porozumění. Autenticita, akceptace a empatie - to je známá rogersovská triáda, charakterizující terapeutovu úlohu ve svazku.

Vedle působení různých psychoterapeutických škol se v posledních desetiletích

rozvíjel i nezávislý výzkum psychoterapie a jejích účinných faktorů z metateoretických pozic. Tak pracovala například skupina kolem J.D. Franka z Hopkinsovy univerzity v Baltimore (Frank, 1974, 1978). Také oni zdůraznili význam emočního svazku a terapeutovy osobnosti, charakterizované entusiasmem, ryzostí, přesvědčivostí, vřelostí, intuitivností, empatií a flexibilitou. Jak jsme už dříve pověděli, označil J.D. Frank situaci pacienta, který vstupuje do terapie jako „demoralizaci“: stav otřesené sebeúcty, bezmocnosti, izolace a beznaděje.

Úkolem psychoterapie je obnovit jeho morálnost, kompetenci, životní smysl. Prostředkem k tomu je snižovat úzkost a beznaděj a podporovat „budoucnostní emoce“, zejména naději. Terapeut přitom musí zaujmout ve vztahu k pacientovi úlohu „signifikantního druhého“, to znamená stát se pro něho osobně významným, někým, kdo je hoděn důvěry a zároveň je i jakýmsi modelem, vzorem při hledání cesty ke kompetenci a odpovědnosti.

Tento zřetelný posun v hodnocení terapeutovy úlohy, zdůraznění jeho osobního nasazení, odkrývá zároveň i personální základ celého resocializačního procesu. Navíc však ukazuje i některé důležité etické konsekvence, přesahující hranice pouhého odbornictví. Terapeut se nemůže spokojit ujištěním, že postupuje lege artis, že důsledně zachovává všechny metodické předpisy. A nemůže skončit s pokrčením ramen a konstatováním „víc udělat nemohu“, jestliže se jeho metoda ukáže jako neúspěšná. I pak musí nést odpovědnost za svého pacienta a zůstat s ním. Protože pacient svým vstupem do terapeutického vztahu se mu svěřil, vyslovil mu svou důvěru, spolehl se na něho. Z toho však plyne morální závazek: Terapeut mu musí zachovat věrnost v terapeutickém svazku.

Systémová opatření

Předpoklad, že setkání a sdílení ve svazku má ozdravující moc, že osvobozuje z izolace a otevírá možnost dialogického vztahu - předpoklad zajisté správný - má své meze. Hrozí přece možnost, že ten, kdo chce pomoci, bude vtažen do bludného světa svého nemocného partnera. Je tu dokonce krajní hrozba indukované psychózy. Vůle pomoci svému bližnímu sama o sobě nestačí: to budiž řečeno na adresu laického entuziasmu. Pomoc musí být kvalifikovaná, má-li mít šanci na úspěch. Nelze improvizovat.

Resocializační projekt má svůj řád, předpokládá jistá systémová opatření. Ta se realizují na dvojí úrovni. Jednu představuje léčebný systém, který vytváří institucionální rámec celého projektu. Jde o škálu léčebných jednotek, které jsou k dispozici, od lůžkových zařízení přes denní i noční stacionáře, ambulantní pracoviš-

tě, denní sanatoria a rehabilitační centra, chráněné dílny až k institucionalizovaným seskupením typu socioterapeutických klubů a laických podpůrných společností. Nemá-li však jít o pouhou tříšť institucí, musí mezi nimi existovat vnitřní vazba, kterou může zajistit - to je ona druhá úroveň - jen konsistentní resocializační plán. Jím míníme programové, to znamená terapeutickými cíli určené, uspořádání terapeutických postupů od krizové intervence, přes individuální, skupinovou a rodinnou terapii, speciální formy terapie stacionární, jako jsou arteterapie, muziko a biblioterapie, rekreační sportovní aktivity, až k pracovní rehabilitaci. Mohli bychom krátce říci, že léčebný systém představuje hardware, resocializační plán software celého resocializačního projektu.

Na čtyřech různých modelech ze čtyř různých zemí si ukažme, jakým způsobem může být resocializační model realizován. Svého času získal značnou mezinárodní popularitu projekt Soteria ze Spojených států. Byl svérázným produktem tehdejšího kalifornského novoromantismu s jeho zjitřenou, ale mysticky zamlženou duchovní atmosférou, s programovým nonkonformismem „dítě květin“ a - dodejme - i s antipsychiatrickou náladou. Dům Soteria byl otevřen v květnu 1971 (Mosher, Menn, 1985). Šlo o budovu ze začátku století na tichomořském pobřeží Spojených států poblíž San Franciska. Jeho personál tvořilo šest stálých laických pracovníků, kteří se ve dvojicích střídali ve službě, vedoucí projektu a psychiatr na malý pracovní úvazek. Pravidelně přicházivali i dobrovolní laičtí pomocníci. Ti všichni se starali o šest až deset obyvatel: přitom každý měsíc byli k pobytu přijímáni jeden nebo dva noví obyvatelé. Domácí práce vykonávali obyvatelé a personál společně.

Resocializační program se opíral o dva základní principy: prvý bychom mohli označit jako „antipsychiatrický“, druhý, odvozený, jako „laický“. Medicínský model nemoci spojený se „značkováním“, stigmatizací pacienta, byl odmítnut. Proto se místo o pacientech mluví o obyvatelích. Důraz byl na zkušenostech osobního růstu, zrání. Psychotické fenomény byly chápány jako extrémní životní zkušenosti mystické povahy, psychotická krize pak jako zvláštní příležitost k reintegraci osobnosti. Cílem proto bylo vytvořit v domě takovou atmosféru, která by tuto možnost předem neblokovala, ale umožňovala integrovat psychózu do běžného života. Odtud pak i význam laických spolupracovníků. Východiskem byl předpoklad, že laik nezatížený je proto svobodnější ve svých vztazích k obyvatelům, řídí se spíše intuicí a je schopen zaujmout bezprostřednější, osobnější postoj ke druhému .

Záměrně jsem užíval ve své informační zkratce minulého času. Po desíti letech trvání se experiment Soteria dostal do značných nesnází pro nedostatek finančních prostředků i pro nepřízeň okolí a úředních míst. Byl to příliš izolovaný ostrov, příliš osamělá výspa nebo - řekněme - enkláva, která se příliš uzavřela do

sebe ve svém alternativním postoji.

Protipólem projektu Soteria je řešení italské, teoreticky vycházející ze sociálně-kritické demokratické psychiatrie, representované předčasně zemřelým V. Basagliou (Tranchina, Serra, 1985). Projekt sám bývá označován jako „komunální“ v původním smyslu italského „comune-obec“ a jeho sociálněpolitický záměr demokratizace psychiatrie je lapidárně vyjádřen sloganem „obec má přednost“. Má jím být překonána institucionální izolovanost psychiatrie a toho lze dosáhnout jenom tím, že duševní zdraví a péče o ně se stane společným zájmem všeho obyvatelstva, zájmem celospolečenským. Proto je nutné nejen odkrývat sociální kořeny duševních obtíží, ale především hledat cesty a způsoby, jak posilovat vědomí solidarity, ochotu pomáhat při společném zápase o změny sociální reality. V praxi je kladen důraz na zřizování malých lůžkových oddělení při všeobecných nemocnicích, hlavně však má být umožněn dostatek mezilidských kontaktů v malých skupinách, charakterizovaných kontaktem „tváří v tvář“. To ovšem předpokládá, že i veřejnost musí být co nejdříve konfrontována se životní situací duševně nemocných spoluobčanů a vedena k lepšímu pochopení jejich obtíží. Projekt tedy nespolehá jen na legislativní řešení, ale jde nad ně, směrem k „zainteresovanému společenství“ a živému sdílení v rodinách, sousedství, v přátelských a zájmových skupinách.

Někde uprostřed mezi oběma popsánymi projekty je finský experiment, řízený Y.O. Alanenem, který od roku 1976 probíhal na univerzitní klinice ve městě Turku (Alanen et al., 1985). Šlo o projekt ošetřování schizofreniků v rámci státní léčebné péče a byl výrazně orientován na samotnou kliniku, s odůvodněním, že mu ambulantní podmínky nebyly příznivé. Jen necelá čtvrtina pacientů byla léčena ambulantně, tři čtvrtiny jich byly hospitalizovány. V týmu pracovali psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníce i zřízcenci - všichni se speciálním psychoterapeutickým vzděláním různého stupně. V rámci resocializačního programu bylo využíváno především aktivit v léčebném společenství, intenzivní psychoterapie, podpůrných psychoterapeutických kontaktů se členy rodiny. V menší míře byla prováděna rodinná a párová terapie. Hlavní důraz byl kladen na individuální resocializační program, zohledňující specifické osobní potřeby pacientů.

Jako čtvrtý model uveďme projekt švýcarský, iniciovaný z lausanské kliniky. Jeho tvůrci byli Ch. Muller, významný teoretik a organizátor v oblasti léčebné péče o schizofreniky a jeho spolupracovníci, k nimž tehdy patřil i L. Ciompi, spoluautor celého programu (Muller, 1976, Ciompi et al. 1977, Ciompi 1981). Univerzitní město Lausanne je zároveň správním centrem západošvýcarského kantonu Wandt s půl milionem převážně francouzsky mluvících obyvatel. Univerzitní psychiatrická klinika, která v roce 1950 měla 760 pacientů, vychází

z tradic Bleulerovy školy, zřetelný však je i vliv psychiatrie francouzské. Právě pod vlivem francouzských poválečných snah došlo v šedesátých letech k přestavbě celého kantonálního léčebného systému. Kanton byl rozdělen na čtyři autonomní sektory, s lausanským sektorem jako centrálním. Zahrnoval univerzitní kliniku s 360 lůžky, gerontopsychiatrickou nemocnici se 145 lůžky, čtyři denní stacionáře, dva chráněné domovy, tři chráněné dílny a tři ambulance. Jeho pozice - při 280 000 převážně velkoměstských obyvatel - se však odlišovala od situace ostatních tří sektorů, venkovských a maloměstských. Každý z těchto sektorů, čítajících kolem 80 000 obyvatel, však měl svou malou psychiatrickou nemocnici, ambulantní složku, denní stacionář i chráněnou dílnu. Na tisíc obyvatel připadlo 1,7 lůžek, včetně lůžek gerontologických. Na tomto principu decentrace léčebné péče byl postaven celý systém. Důraz byl kladen především na „přechodná“ zařízení mezi nemocnicemi a ambulancemi. Vedle chráněných dílen to byla i instituce chráněných domovů, malých rodinných pensionů s přibližně dvanácti pacienty, odborně spravovaných vedoucím lékařem sektoru s pomocí odborně vzdělaných speciálních pracovníků. V této péči bylo zhruba 250 pacientů. Druhou důležitou zásadou systému byla personální kontinuita v poskytované péči: stálá „equipe“ odborných pracovníků doprovázela pacienta i při jeho přechodu z jednoho zařízení do druhého.

Základní principy resocializačního programu shrnul L. Ciompi. Tento program má sledovat cestu od velkých zařízení starého stylu k menším, přirozenějším, prostším a společenství bližším jednotkám. Musí být vnitřně koherentní a srozumitelný nejen personálu, ale i pacientům. To platí i pro stanovení cílů, které nemohou být formulovány příliš mlhavě: jde o co možná plné začlenění pacientů do normálního sociálního i pracovního života. To však je ideál, který má - zejména v případě chronické schizofrenie - svá omezení. Zásadně sice platí, že i dlouhodobě hospitalizovaní pacienti vykazují tendence k celkovému zlepšení, avšak postup resocializace musí být graduální, často parciální a někdy dokonce, při recidivách, opakovaný. Lze jej kontrolovat na dvou základních osách: na ose bydliště a na ose pracoviště. Osa bydliště stoupá od uzavřeného oddělení přes oddělení otevřené, noční a denní kliniky, chráněné domovy, polochráněná bydliště až k normálnímu prostředí rodinnému. Osa pracoviště vede od nulového bodu „bez práce“ přes činnostní a pracovní terapii, rehabilitační centra, chráněné dílny, polochráněná pracoviště až k pracovištím normálním.

Druhým základním principem je zásada optimálního terapeutického prostředí. Je známo, že napětí, diskontinuita, rozpornost, iracionalita, infantilizace a stereotypnost prostředí působí patogenně a u hypersenzitivních schizofreniků zhoršuje, ne-li indukuje psychotické fenomény. Proti tomu klid, mírnost, jednoduchost, jasnost a přehlednost všech vztahů, spolehlivá a důvěryhodná podpora

působí léčebně. Do tohoto kontextu nutno zahrnout i požadavek optimální sociální stimulace, který vychází z koncepce Wingovy: hypo-, ale i hyperstimulace působí patogenně.

Třetí zásadou je osobní kontinuita péče. Schizofrenik potřebuje často po léta „svého“ terapeuta, alespoň jednu stálou osobnost ve své blízkosti. Stejně, nebo ještě lépe, může působit malý, konstatní terapeutický tým. S tím spojený požadavek terapeutické odbornosti však neznamená ani tak odbornictví založené na úzké specializaci, jako spíše praktickou zkušenost a prosté lidské porozumění. To ostatně platí i při nezbytném systematickém začleňování důležitých osob, „signifikantních druhých“, totiž rodinných příslušníků, poručníků, přátel i zaměstnavatelů do resocializačního procesu - což je čtvrtá zásada. Při tom je nutno vzít v úvahu, že příliš důkladné informace o povaze nemoci mohou vyvolat zmatek v hlavách příbuzných stejně, jako v hlavách pacientů samých. S odkazem na práci G.L. Paula a R.J. Lenze z roku 1977 pak formuluje Ciompi základní postuláty resocializačního programu takto: Jednat s nemocným jako s „klientem“ a ne jako s „pacientem“. Indukovat specifická, pozitivní očekávání. Přípravovat strukturované aktivity s progresivním přenášením odpovědnosti na nemocného. Místo přístupu centrovaného na vysvětlení, uplatňovat zaměřené akční. Vytvářet stabilní, srozumitelné prostředí. Přípravovat organizované, strukturované programy. Soustředit se na konkrétní dovednosti v domácnosti i v zaměstnání. Vytvářet kontakty se společnostmi. Zajistit následné podpůrné opatrování.

Připusťme, že v naší dnešní situaci je snazší referovat o cizích projektech, než se pokoušet o projekt vlastní. Avšak fakt, že dnes dochází - navzdory všemu zdůrazňování systémových postupů - spíše k fragmentarizaci naší psychiatrické péče, nás nemůže zbavit povinnosti takové projekty v nových podmínkách připravovat. Východiskem k tomu bude nepochybně přirozená decentrace psychiatrické péče do regionů. Ohnisky zůstanou malá psychiatrická nemocniční oddělení, kolem nichž se budou soustřeďovat ostatní odborná zařízení s přiměřeným stupněm vlastní autonomie. Lůžková i ambulantní zařízení budou muset přijmout svůj díl odpovědnosti za vznik i chod paralelních jednotek, jako jsou stacionáře, rehabilitační centra i kluby. Tím chceme říci pouze jedině: že iniciativa musí vycházet z regionů a že musí být založena na dobrovolné ochetě ke spolupráci. Úspěch či neúspěch jednotlivých, regionálně specifických projektů bude záviset především na zapálených pracovních týmech a na vzájemné toleranci, zbažené profesionální žárlivosti. K tomu bude nutno hledat i pochopení, přízeň a podporu místních institucí i široké veřejnosti.

Jestliže totiž je obecně prokázána prospěšnost resocializačních projektů, pak jejich realizace je věcí profesionální cti a nikoliv státních direktivních rozhodnutí.

Etický apel v terapeutické intervenci

Příliš často jsme ve svých úvahách užívali slova jako „odpovědnost“ či dokonce „věrnost“, příliš často jsme mluvili o „demoralizaci“ a „obnově morálnosti“. Tím vším jsme naznačovali, že resocializace není jen záležitostí technickou, tedy záležitostí správně zvolených a správně aplikovaných metodických postupů, ale že má i svůj rozměr morální. Nemůžeme zůstat pouze u náznaků, musíme myšlenku dokončit: musíme celou problematiku přesunout na úroveň diskurzu etického.

Na samém začátku svých úvah jsme přijali názor, že nemoc vlastně znamená omezení prostoru svobody jednání, že to je situace lidské nouze a výzva - vyslovená nebo nevyslovená - k pomoci. Už v tom zaznívá etický apel. Obecně etický apel, dodejme, výzva komukoliv, kdo pomoci může. Vzápětí však musíme provést významné rozlišení mezi pomocí dobrovolnou a pomocí povinnou. Pomoc dobrovolná záleží vskutku na dobré vůli. Ale konat dobro není povinné. Není totiž povinné usilovat o prospěch druhého na úkor prospěchu vlastního. K tomu nás může zavázat jen zvláštní etický kodex, který plyne z etiky profesionální. Profesionální etika je etikou deontologickou, povinnostní. A v tom je základní rozdíl mezi pomocí profesionální a pomocí laickou, který nemůže zamlžit žádná sebelépe znějící antipsychoiatrická proklamace. Lékař, vázaný profesionální etikou, opravdu musí zůstat se svým pacientem, je to jeho profesionální povinnost, nikoliv záležitost jeho dobré vůle.

Tímto konstatováním však nemůžeme skončit. Setkání terapeuta s pacientem je záležitostí osobní a terapeutický svazek, řekli jsme, má svůj základ personální. Je sdílením tváří v tvář.

Tím překračuje hranice etiky profesionální. Pacient stojí před terapeutem jako homo patiens, člověk trpící a tuto skutečnost nemůžeme smazat žádnou řečí o „klientovi“. Že se pacient stává naším klientem, že se svěruje pod naši patronaci, je fakt sice významný, ale druhořadý. To, co se mezi pacientem a terapeutem děje, má sice základ profesionálně etický, ale přesahuje do etiky individuální, do etiky bezprostředních lidských vztahů. A právě na této úrovni se v průběhu terapeutického vztahu odehrává všechno nejpodstatnější, jak jsme se na předchozích stránkách pokusili ukázat. Terapeutický vztah stojí na úctě k pacientově osobnosti a je úsilím o obnovení jeho sebeúcty: to je smysl „obnovy morálnosti“ jako terapeutického cíle. Nejde jen o to, aby se pacient-schizofrenik smířil se svou nemocí a naučil se s ní žít, ale aby se stal sám sebou, smířil se sám se sebou nejen ve svých omezeních, ale aby převzal svůj díl odpovědnosti v možnostech, které se mu otevírají.

A je tu ještě ono neopomenutelné „za třetí“, skryté v samostatném slově „resocializace“: dimenze sociálně etická, prostor vztahů společenských v jejich institucionálních i mimoinstitucionálních vazbách a s tím i prostor odpovědnosti společenské. Bez apelu na tuto odpovědnost by kterýkoliv resocializační projekt zůstal jen torzem. Věc duševního zdraví - a s tím i duševní nemoci - je vskutku věcí sociálně politickou, pokud totiž „polis“ chápeme v původním smyslu jako „obec“. Péče o duševní zdraví není jen soukromou záležitostí jednotlivce, ale zůstává především věcí společenství, obce a měřítkem jejího morálního stavu, jejího vlastního zdraví.

Literatura

1. Allport, C.W.: *The individual and his religion*, 6.ed., MacMillan, New York 1966.
2. Allport, G.W.: *Werden der Personlichkeit*, Huber, Bern 1956.
3. Andreasen, N.C.: *Negative symptoms in schizophrenia*, Arch.Gen.Psychiat.39 (1982a), 784-788.
4. Andreasen, N.C.: *Negative v. positive schizophrenia*, Arch.Gen.Psychiat. 39 (1982 b), 789-794.
5. Andreasen, N.C.: *The scale for the assessment of negative symptoms (SANS)*, in: Barnes 1989, 53-58.
6. Andreasen, N.C.: *Neural mechanisms of negative symptoms*, in: Barnes 1989b, 93-98.
7. Andrews, G. et al.: *The determination of defense style by questionnaire*, Arch.Gen.Psychiat. 46 (1989), 455-460.
8. Arieti, S.: *An overview of schizophrenia*, Am.J.Psychiat. 131 (1974), 241-249.
9. Arieti, S.: *On schizophrenia, phobias, depressions, psychotherapy and the farther shores of psychiatry*, Brunner-Mazel, New York 1978.
10. Baeyer, W. von: *Angst als erlebtes Bedrchtsein*, Nervenarzt 55 (1984), 349-357.
11. Barnes, T.R.E.(ed.): *Negative symptoms in schizophrenia*, Brit.J.Psychiat. 155 (1989) Supplement 7.
12. Benedetti, G.: *Analytische Psychotherapie der Psychosen*, in: H.Hoff (ed.): *Lehrbuch der psychiatrie B.II*, Schwabe, Basel 1956.
13. *Zur dynamischen Psychopathologie der Schizophrenie*, Psychother.med.Psychol. 24 (1974), 73-79.
14. Bleuler, E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 15.ed., Springer, Berlin 1983.
15. Bleuler, M.: *Die Problematik der Schizophrenien*, Nervenarzt 28 (1957), 529-533.
16. Bleuler, M.: *Klinik der schizophrenen Geistesstörungen*, in: *Psychiatrie der Gegenwart* (ed.K.P. Kisker et al.), 2.ed., Bd. 2/1, Pringer, Berlin 1972.
17. Bleuler, M. et al.: *Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen*, Nervenarzt 47 (1976), 477-481.
18. Binswanger, L.: *Über Phänomenologie*, Zeitschr.ges.Neurol. Psychiat. 82 (1923), 10 - 45.
19. Binswanger, L.: *Der Mensch in der Psychiatrie*, Schw.Arch.Neur.Psychiat. 7 (1956), 123-138.
20. Binswanger, L.: *Daseinsanalyse, Psychiatrie, Schizophrenie*, Schw.Arch.Neur.Psychiat. 81 (1958), 1-8.
21. Blankenburg, W.: *Grundlagenprobleme der Psychopathologie*, Nervenarzt 49 (1978), 140-146.
22. Blankenburg, W.: *Psychopathologie und psychiatrische Praxis*, in: Janzarik 1982, 33-46.
23. Bohleber, W.: *Identität und Selbst*, Psyche 46 (1992), 336-365.
24. Bond, M.P. et al.: *An empirical study of the relationship between diagnosis and defense styl*, Arch. Gen. Psychiat. 43 (1986), 285-288.
25. Bond, M.P. et al.: *An empirical study of self-rated defense styles*, Arch.Gen.Psychiat. 43 (1986), 285-288.
26. Bos, M.: *Grundriss der Medizin und der Psychologie*, 2.ed., Huber, Bern 1975.

27. Brautigam, W.: *Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung im Vorfeld der Schizophrenie*, Nervenarzt 45 (1974), 298-304.
28. Burger-Prinz, H., Schorch, E.: *Anmerkungen zum Begriff des Autismus*, Nervenarzt 40 (1969), 454-459.
29. Carpenter, W.T., Strauss, J.S.: *Cross-cultural evaluation of Schneider's first-rank symptoms of schizophrenia*, Am.J.Psychiat. 131 (1974), 682-687.
30. Ciompi, L.: *Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?*, Fortschr.Neurol.Psychiat. 31. 48 (1980), 237-248.
32. Ciompi, L.: *Wie können wir die Schizophrenien besser behandeln?*, Nervenarzt 52 (1981), 506-515.
33. Ciompi, L.: *Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung*, in: H.Stierlin et al. 1985, 59-72.
34. Ciompi, L. et al.: *Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychischer Kranker I.*, Nervenarzt 48 (1977), 12-18).
35. Conrad, K.: *Die beginnende Schizophrenie*, 4.ed, Thieme, Stuttgart, 1979.
36. Cremerius, J.: *Abriß der psychoanalytischen Abwehrtheorie*, Zeitschr. Psychother.med.Psychol. 18 (1968), 1-14.
37. Crow, T.J.: *A current view of the type I. Syndrome*, in: Barnes, 1989, 15-20.
38. Endicott, J. et al.: *Brief versus standard hospitalization. For whom?*, Arch. Gen. Psychiat. 36 (1986), 13-19.
39. Endicott, J. et al.: *Diagnosis of Schizophrenia*, Arch.gen.psychiat. 43 (1986), 13-19.
40. Ernst, K.: *Neurotische und endogene Persönlichkeitszustände*, Arch.Psychiat.Nervenkrank. 203 (1962), 61-84.
41. Finke, J.: *Vom Wesen der Geisteskrankheit*, Nervenarzt 34 (1963) , 61-66.
42. Frank, J.D., et al.: *Effective ingredients of successful psychotherapy*, Brunner-Mazel, New York, 1978.
43. Frank, J.D.: *Psychotherapy: The restoration of oral*, Am.J.Psychiat. 131 (1974), 271-274.
44. Glatzel, J.: *Moderne Psychiatriekritik – Rebellion oder Reprise*, Fortschr.Neurol.Psychiat. 44 (1976), 51-63.
45. Glatzel, J.: *Sociologischer und psychopathologischer Situationsbegriff*, Nervenarzt 48 (1977), 427-432.
46. Glatzel, J.: *Der interaktionale Ansatz*, in: W.Janzarik, 1982.
47. Haan, N.: *A tripartite model of ego functioning values and clinical and research applications*, J.Nerv.Ment.Dis. 148 (1969), 14-30.
48. Hafner, H.: *Zur Psychopathologie der halluzinatorischen Schizophrenie*, Arch psychiat. Nervenkr. 192 (1954), 241-258.
49. Hafner, H.: *Neuere psychopathologische Konzepte der endogenen Psychosen*, Zeitschr.Pschother.med.Psychol. 13 (1963), 170-183.
50. Hafner, H.: *Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie*, Nervenarzt 59 (1983), 231-238.
51. Hafner, H., Helmchen, H.: *Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise*, Nervenarzt 49 (1978), 82-87.
52. Hartmann, E. et al.: *Vulnerability to schizophrenia*, Arch. Gen. Psychiat. 41 (1984), 1050-1056.
53. Horowitz, M.J.: *Cognitive and interactive aspects of splitting*, Am.J.Psychiat. 134 (1977), 549-553.
54. Huber, G.: *Indizien für die somatohypothese bei der Schizophrenie*, Fortschr.Neurol.Psychiat. 44 (1976), 77-94.
55. Huber, G.: *Möglichkeiten und Grenzen der klassischen Psychopathologie am Beispiel der*

- Wahnforschung*, in: Janzarik, 1982.
56. Huber, C.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome bei schizophrener Erkrankungen*, Nervenarzt 54 (1983), 23-32.
57. Chromý, K.: *Duševní nemoc*, Thomayerova sbírka 512, Avicenum, Praha 1990.
58. Jackson, D.D. et al.: *Psychiatrist's conceptions of the schizophrenogenic parents*, Arch. Neurol. Psychiat. 74 (1958), 448-459.
59. Janík, A., Dušek, K.: *Diagnostika duševních poruch*, Avicenum, Praha 1974.
60. Janzarik, W.: *Die produktive Psychose im Spannungsfeld pathogener Situationen*, Nervenarzt 36 (1965), 238-244.
61. Janzarik, W.: *Die Krise der Psychopathologie*, Nervenarzt 47 (1976), 73-80.
62. Janzarik, W.: *Wandlungen des Schizophreniebegriffes*, Nervenarzt 49 (1978), 133-139.
63. Janzarik, W.: *Situation, Struktur, Reaktion und Psychose*, Nervenarzt 52 (1981), 396-400.
64. Janzarik, W. (ed.): *Psychopathologische Konzepte der Gegenwart*, Enke, Stuttgart, 1982.
65. *Basisstörungen, eine Revision mit strukturdynamischen Mitteln*, Nervenarzt, 54 (1983), 122-130.
66. Jaspers, K.: *Die phänomenologische forschungsrichtung in der Psychopathologie*, Zeitschr. Neurol. Psychiat. 9 (1912), 391.
67. Keller, W.: *Philosophische Anthropologie, Psychologie, Transzendenz*, In: H.-G.Gadamer, P.Vogel (eds): *Neue Anthropologie*, Bd.6, Thieme, Stuttgart, 1975.
68. Kisker, K.P., Strotzel, L.: *Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnenden Schizophrenien und erlebnisreaktiver Fehlentwicklungen bei Jugendlichen II.*, Arch.Psychiat.Nervenkr. 203 (1962), 26-60.
69. Klosterkötter, J.: *Schizophrenia simplex – gibt es das?*, Nervenarzt 54 (1983), 340-346.
70. Kohut, H., Wolf, E.S.: *The disorders of the Self and their treatment*, Int.J.Psycho-anal. 59 (1978), 413-425.
71. Kraus, A.: *Rollenkonzepte in der Psychiatrie*, In: Janzarik, 1982.
72. Kulenkampff, C.: *Psychotische Adoleszenzkrisen*, Nervenarzt 35 (1964), 530-536.
73. Labhardt, F., Battagay, R.: *Psychische Erkrankungen und ihre Therapie heute*, Universitas 35 (1980), 569-576.
74. Little, P.F. et al.: *Three syndromes in chronic schizophrenia*, in: Barnes, T.R.E., 1989.
75. Liebiger, J.: *Schizophrenie*, Zprávy č. 109, Psychiatrické centrum, Praha 1991.
76. Mackinnon, B.L.: *Postpsychotische depression and the need for personal significance*, Am.J.Psychiat. 134 (1977), 427-429.
77. Mahlerová, M.: *Symbiose und Individuation*, Psyche 29 (1975), 609-625.
78. Mernerová, A.: *Sichern die Symptome ersten Ranges die Diagnose Schizophrenie?*, Nervenarzt 55 (1984), 365-370.
79. Matussek, P.: *Wahrnehmung, Halluzination und Wahn*, in: Gruhle, H.S. et al. (eds.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd.I/2, Springer, Berlin 1963.
80. Meier, J.D.: *Reifungskrisen der Adoleszenz*, Arch. Psychiat. Nervenkr. 203 (1962), 235-247.
81. Modestin, J.: *Über den Borderline*, Fortschr.Neurol.Psychiat. 48 (1980), 140-163.
82. Mosher, L.R., Menn, A.Z.: *Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen*, in: Stierlin et. al. (eds.), 1985.
83. Mrkvička, J.: *Antropologické předpoklady léčení schizofreniků*, in: Kosmonosy 86, sborník referátů, Kosmonosy 1986.
84. Mrkvička, J.: *Krise v životním kontextu*, in: Životní krize a psychoterapie, Psychoterapeutické sešity č.25, Kabinet psychoterapie, Praha 1988.
85. Mrkvička, J.: *Meze a přesahy: o potřebě metateorie*, in: Meze a přesahy skupinové a rodinné terapie, Psychoterapeutické sešity č. 32, Kabinet psychoterapie, Praha 1989.

86. Mrkvička, J.: *Základy psychoterapie a hermeneutika*, in: Psychoterapie, sborník přednášek I., ed. J. Růžička, Triton, Praha 1992.
87. Muller, Ch.: *Die Entwicklung von GrossSpital zur gemeindenahen Psychiatrie*, Nervenarzt 47 (1976), 295-299.
88. Mukařovský, J.: *Pojem celku v teorii umění*, Estetika 5 (1968), 13-181.
89. Mundt, Ch.: *Die Psychopathologie des Langzeitverlaufs schizophrener Erkrankungen*, Nervenarzt 52 (1981), 493-505.
90. Mundt, Ch.: *Das residuale Apathiesyndrom der Schizophrenen*, Nervenarzt 54 (1983), 131-138.
91. Nakonečný, M.: *Psychologická funkce a struktura jáství*, Čs. psychiat. 69 (1973), 45-50.
92. Ortega y Gasset, J.: *Úkol naší doby*, Mladá fronta, Praha 1969.
93. Parsons, T.: *Společnosti*, Svoboda, Praha 1971.
94. Patočka, J.: *Životní rovnováha a životní amplituda*, Kritický měsíčník 2 (1939), 101-106.
95. *S Janem Patočkou o filosofii a filosofech*, Filos.čas. 15 (1967) 585-598.
96. Patočka, J.: *Věda a její filosofie v posledním padesátiletí*, Vesmír 47 (1968), 291-294.
97. Patočka, J.: *Co je existence*, Filos.čas. 17 (1969), 682-702.
98. *Der Subjektivismus der Husserlschen und die Forderung einer asubjektiven Phänomenologie*, Sborník prací fil.fak.brněnské univ., r. XIX-XX (1971), řada uměnovědná (F), č.14-15.
99. Patočka, J.: *Přirozený svět jako filosofický problém*, 3.ed., Čs. spisovatel, Praha 1992.
100. Pavel, O.: *Titul, na který jsem hrdý*, in: Z korespondence, Primus, Praha 1990.
101. Perry, J.Ch., Cooper S.H.: *An empirical study of defense mechanisms*, Arch.Gen. Psychiat. 46 (1989), 444-452.
102. Piaget J.: *Psychologie inteligence*, Stát.ped.nakl., Praha 1966.
103. *The child's conception of the world*, Littelfield, Totowa 1972.
104. Piaget, J., Inhelderová B.: *Psychologie dítěte*, Stát.ped.nakl., 1966.
105. Plessner, H.: *Philosophische Aspekte der Rolle des Einzelnen in der moderne Gesellschaft*, Universitas 25 (1980), 11-16.
106. Revers, W.J.: *Über das Problem des Stils im persönlichen Lebenlauf*, Studium generala 8 (1955), 151-159.
107. Ricoeur, P.: *Já hodné uznání a úcty*, Filos.čas. 41 (1993), 3-14.
108. Rogers, C.R.: *Persons or science?*, Am.Psychologist 10 (1955), 267-278.
109. Rogers, C.R.: *Die Kraft des Guten*, Kindler, München 1978.
110. Rohde-Dachser, Ch.: *Das Borderline-Syndrom*, Psyche 33 (1979), 481-527.
111. Rothacker, E.: *Philosophische Anthropologie*, 3.ed., Bourier, Bern 1970.
112. Řičan, P.: *Pojmy já v psychologii osobnosti*, Čs. psychol. 14 (1970), 209-229.
113. Sandler, J. et al.: *Basic psychoanalytic concepts: The treatment alliance*, Brit.J.Psychiat. 116 (1970), 555-558.
114. Selbach C., Selbach H.: *Krisen-analyse*, Studium generale 9 (1956), 394-404.
115. Scharfetter, Ch.: *Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms*, in: Janzarik 1982.
116. Scharfetter, Ch.: *Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis heute*, Universitas 28 (1973), 723-731.
117. Scharfetter, Ch. Et al.: *Ich-psychopathologie des schizophrenen Syndroms*, Nervenarzt 53 (1982), 262-267.
118. Schneider, K.: *Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose*, 3 ed., Thieme, Leipzig, 1994.
119. Schultz, J.H.: *Grundfragen der Neurosenlehre*, Thieme, Stuttgart 1955.
120. Spitz, R.A.: *Das Leben und der Dialog*, Psyche 26 (1972), 249-264.
121. Spitz, R.A.: *Das Evolution des Dialogs*, Psyche 27 (1973), 697-717.
122. Spitz, R.A.: *Der Dialog entgleist*, Psyche 28 (1974), 135-156.
123. Stern, W.: *Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage*, 2.ed., Nijhoff, Haag 1950.
124. Stierlin, H.: *Familie und Schizophrenie*, Nervenarzt 34 (1963), 495-500.
125. Stierlin, H.: *Familientherapie mit Adoleszenten im Lichte des Trennungsprozesses*, Psyche 24

- (1970), 756-767.
126. Stierlin, H.: *Familienbeziehung*, Psyche 24 (1970), 678-691.
127. Stierlin, H.: *Psychoanalytische Ansätze zum Schizophrenieverständnis*, Psyche 28 (1974), 116-134.
128. Stierlin, H., Lang, H.: *Überlegungen zur Entstehung schizophrener Störungen*, Nervenarzt 49 (1978), 50-57.
129. Stierlin, H.: *Überlegungen zur Familientherapie bei schizophrenen Störungen*, in: Stierlin et al. 1985.
130. Stierlin, H. et al. (eds.): *Psychotherapie und Socialtherapie der Schizophrenie*, Springer, Berlin 1985.
131. Strauss, J.S. et al.: *Psychological and social aspects of negative symptoms*, in: Barnes 1989.
132. Syříšř'ová, E.: *Imaginární svět*, Mladá fronta, Praha 1974.
133. Syříšř'ová, E. et al.: *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžšřim somatickřim postiřením*, Avicenum, Praha 1989.
134. Thomae, H.: *Formen der Daseinsermöglichung*, in: H.-G.Gadamer, P.Vogler (eds.): *Neue Anthropologie*, Bd.5, Thieme, Stuttgart, 1973.
135. Thomas, A. et al.: *The origins of personality*, Scientific Amer. 223 (1970), 102-109.
136. Tolle, R.: *Zur Psychopathologie depressiver Verstimmungen bei Schizophrenien*, Arch.Psychiat.Nervenkr. 202 (1961), 440-450.
137. Tranchina, P., Serra, P.: *Die Arbeit auf kommunaler Ebene unter neuen italienischen Psychiatriegesetzgebung*, in: Stierlin et al. 1985.
138. Vácha, J.: *Problém normálnosti v biologii a lékařství*, 2. Ed., Aventinu, Praha 1983.
139. Vinař, O.: *Budoucnost psychofarmakologie*, Čs psychiat. 79 (1983), 289-294.
140. Waillant, E.E. et al.: *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms*, Arch.Gen.Psychiat. 43 (1986), 786-794.
141. Watzlawick, P.: *Wesen und Formen menschlicher Beziehungen*, in: H.-G.Gadamer, P.Vogler: *Neue Anthropologie*, Bd. 7., Thieme, Stuttgart 1975.
142. Watzlawick, P.: *Kurzbehandlungen schizophrener Störungen*, in: Stierlin et al. 1985.
143. Weitbrecht, H.J.: *Aus dem Vorfeld endogener Psychosen*, Nervenarzt 35 (1964), 521-529.
144. Wieser, S.: *Aspekte des paranoiden Mechanismus*, Nervenarzt 40 (1969), 101-106.
145. Wing, J.K.: *The concept of negative symptoms*, in: Barnes 1989.
146. Winkler, W.Th.: *Zur Begriff der „Ich-Anachorese“ beim schizophrenen Erleben*, Arch.Psychiat.Nervenkr. 192 (1954), 234-240.
147. Wyrsh, J.: *Über die Intuition bei der Erkennung der Schizophrenen*, Schweiz.Med.Wochenschr. 76 (1946), 1173-1176.
148. *Die Person des Schizophrenen*, Haubt, Bern 1949.
149. Zubin, J., Spring, B.: *Vulnerability: A new view of schizophrenia*, J.Abnorm.Psychol. 86 (1977), 103-126.
150. Zubin, J. et al.: *Biometric approach to psychopathology*, Ann. Review Psychol. 26 (1975).

Základy psychoterapie a hermeneutika

Budeme společně uvažovat o potřebě obecné teorie psychoterapie; tedy o tom teoretickém komplexu, který v některých vědách bývá označován jako „základy vědy“, a který zahrnuje problematiku mezi danou speciální vědou a filozofií. Někdy se v této souvislosti mluví také o filozofické nebo teoretické nebo obecné psychoterapii, ale z důvodů, které vysvětlím později, zůstaňme u „**základů psychoterapie**“. Ukážeme si, jaké místo v základech psychoterapie zaujímá **hermeneutika jako teorie porozumění a interpretace**.

Vyjděme z obrazu, který nám o současné psychoterapii poskytuje příručka *The Psychotherapy Handbook*. Redigoval ji R. Herink a vyšla v New Yorku v roce 1980; v podtitulu se říká, že podává přehled o více než dvou stech padesáti psychoterapeutických metodách a technikách. Jde o jednu z novějších nejdůležitějších inventarizací psychoterapeutických procedur a jejich sumarizaci v abecedním pořádku: tedy o to nejelementárnější, co vůbec můžeme provést, chceme-li se v určitém prostoru nějaké odborné činnosti zorientovat. Stačí však jen letmá nahlédnutí do textu, aby se čtenář přesvědčil, že ten, kdo by se pokusil obsah utřídit jinak než abecedně – například a především s použitím taxonomických zásad – by si připravil osud Sisyfův a ten, kdo by dokonce chtěl – pokládaje to naivně za věc profesionální cti – popsané metody skutečně vyzkoušet, by si připravil úděl tichého, leč sobě nebezpečného pacienta uzavřeného oddělení. Chci říci, že z pohledu, který se nám v oné příručce otevírá, je situace v psychoterapii značně nepřehledná, vnitřně inkonzistentní a prakticky nezvládnutelná. Tento fakt můžeme víceméně rezignovaně přijmout a vyhlásit psychoterapeutický prostor prostě za speciální oblast terapeutiky jako praktické činnosti, opřené o klinickou zkušenost, a tak ji podřadit tomu, co Řekové označovali jako „techné“, řemeslnou dovednost, druh umění. A mohli bychom tak dojít až k onomu slepě empiristickému „nevím, co vlastně dělám, ale vím, že se to osvědčilo a že to pomáhá“.

To bychom tedy mohli. Je tu však druhá stránka věci, která takový postoj zpochybňuje: Psychoterapie – platí to docela konkrétně o naší situaci – se institucionalizuje. Jde přitom o záležitosti ryze organizační, včetně – uveďme jako příklad – vzniku psychoterapeutické fakulty. Jde i o problémy právní. Ale v neposlední řadě jde také o otázky teoretické. Více než kdy jindy si v této situaci musí psychoterapie klást otázku po vlastní identitě. A proto: nejen „techné“, ale i „theoria“; praxe teorií prosvětlená. Psychoterapie musí zkrátka zpytovat své svědomí – a to může jenom teoretickou sebereflexí. Prostor, v němž tato trvalá sebe-reflexe probíhá, poskytují právě základy psychoterapie.

Problematika základů

Sebereflexe ve vědě předpokládá kritický vztah k vlastní práci. V tomto kritickém odstupu se debata vede na nové, vyšší rovině: Kritický přístup k faktům je vystřídán kritickým přístupem ke způsobům, jakými jsou fakta získávána, verifikována a vykládána. V takovém diskurzu je objektový jazyk vystřídán jazykem o jazyku, metajazykem. Mohli bychom celý problém zahrát do autu poukazem na to, že tuto práci mají dělat filozofové, logici, metodologové a že se to nás, odborných pracovníků, vlastně netýká. To je omyl. Jde o problematiku vnitrovědní a odborníci se na ní musí podílet. Tak či onak jsou k tomu nuceni, jak o tom ostatně svědčí neumlkající diskuse v odborných časopisech. Je to dáno celkovou situací v psychoterapii, jak jsme o ní na začátku mluvili.

Jestliže se totiž ve vědě objeví nová myšlenka tak nosná, že vyvolá v život celou školu či hnutí, pak takové nové, mladé hnutí se snaží především teoreticky zajistit a rozvinout onu výchozí a inspirující myšlenku. Snaží se vymezit své hranice. Upevňuje svou identitu pomocí demarkace. V teorii to zpravidla vede k ortodoxii, v praxi k intoleranci. Liberálnější příslušníci hnutí bývají obviňováni z hereze, ve vztahu k jiným školám převládá hostilita, polemiky bývají podrážděné. Známkou zralosti naopak je, začne-li si takové hnutí klást otázku po kontaktech a přesazích, mění-li se vztah hostility ve vztah vzájemné kooperace a plodného ovlivňování, jsou-li v účastnících diskusí spatřováni především spojenci ve společném díle. Což je náš případ. To, co se takto hlásí jako potřeba dne, však musí být teoreticky zvládnuto. Pod tímto tlakem stěží můžeme zůstat „ortodoxní“. Hledáme společnou půdu. Ale takové hledání se nemůže rozvíjet pod výhradní egidou té nebo oné teorie; nemůžeme debatovat na úrovni teorie, kterou sami zastáváme. Chceme-li ve svých úvahách dospět k rozumnému konci, musíme diskusi přesunout na úroveň metateorie. A jestliže taková metateorie dosud neexistuje, musí být vytvořena – což je naší povinností.

Základním a prvotním úkolem přitom je, přesvědčit se, na jakých základech naše dosavadní společná odborná práce vlastně stojí. Takovému odhalování základních kamenů se říká „**kritika paradigmát**“. Termín „paradigma“ už v našich debatách docela zdomácněl, ale nebude snad od věci, objasnit jej blíže. Do vědně-teoretického diskurzu jej zavedl Thomas S. Kuhn ve své základní práci *Struktura vědeckých revolucí* z roku 1962, máme ji přeloženou ve slovenštině. Kuhn vychází z běžného vědeckého provozu, z „normální vědy“ (což je jeho termín). Výzkum v normální vědě se opírá o některé předchozí vynikající vědecké výkony, které se staly příkladem a vzorem pro vědeckou praxi celého „vědeckého společenství“ (což je další základní Kuhnův termín). Jako vzorové výkony se

pak staly obsahem standardních odborných učebnic a studenti se s nimi seznamují během své vědecké přípravy. Jejich přijetí a ovládnutí je předpokladem vstupu do vědeckého společenství. Podle nich se také rozhoduje o tom, zda nějaký problém je či není legitimní, zda určité konkrétní řešení je či není korektní. A těmto vzorům říká Kuhn „paradigmata“. Důležité je, že takové paradigma nemusí být a ani nebývá výslovně, explicitně formulováno, student si je prostě zcela bezděčně osvojuje během své odborné přípravy. Nebo spíše: osvojuje si určitá výslovná pravidla, poučky a principy, směrnice a doporučení, které z daného paradigmatu vyplývají, aniž by tušil jejich zdroj a původ.

Takže: analýzou normální vědy, studiem platných metodických směrnic, „receptur“ a teoretických principů se kritika paradigmat prodírá až k samotným pravzorům a tyto vzory odkrývá, popisuje a klasifikuje. Vědecký provoz totiž neběží jen podle jednoho jediného paradigmatu, ale nikde také není řečeno, že platná paradigmata musí být ve vzájemném souhlasu; pouze nesmí být v rozporu. Rozpor vyvolává krizi. Ke krizi ovšem dochází i tehdy, jestliže výzkum naráží na takové anomálie, které oťresou platnými paradigmaty. K revolučním změnám ve vědě dochází podle Kuhna především změnou paradigmat.

A nyní popojďme o krok dál: Paralelně s kritikou paradigmat postupuje **kategoriální analýza**. Oba postupy se navzájem doplňují. Jestliže kritika paradigmat zkoumá základní kameny, o které se vědní systém opírá, pak úkolem kategoriální analýzy je odhalit pojmový skelet daného systému. To znamená: Odkrýt základní, fundamentální pojmy, tedy vlastní kategorie, stanovit relace k pojmům odvozeným, vymezit vztahy mezi nimi, zkrátka provést dekompozici kategoriální skladby dané teorie. Cílem této kritické a analytické práce pak je vytvořit obecnou teorii psychoterapie jako vědy.

Naturalistické trauma a antropologické paradigma

A teď mi dovoluňte, abych se vám svěřil s jistou intimitou. Trpím na následky porodního traumatu. Utrpěl jsem je, když jsem se co odborný fetus prodíral porodními cestami naší Almae Matris. To trauma se jmenuje **naturalismus**. Přišel jsem na fakultu v roce padesátém; nebyl to právě nejšťastnější rok pro začátek vysokoškolského studia. A už vůbec ne pro studium psychologie. V tom roce totiž proběhla v Moskvě tzv. pavlovská diskuse. Na ní tehdejší akademici hovořili o tom, že někteří Pavlovovi žáci začali ustupovat od programu jeho prací, od jeho učení a že se pokoušejí eklekticky spojovat pavlovské učení s myšlenkami západních vědců. A také, že někteří psychologové dávají přednost takovým mlhavým a zapleteným konstrukcím a opomíjejí – podotýkám, že cituji téměř doslova – křišťálově jasné učení I. P. Pavlova. A protože Pavlov vždy

hovořil o úplném splynutí fyziologie vyšší nervové činnosti a psychologie, o jejich úplném ztotožnění a úplném pohlcení jednoho druhým, muselo to vést k teoretické i praktické likvidaci psychologie. Celé naše další studium probíhalo ve stínu této tragické události.

I. P. Pavlov byl naturalista; návrat k pavlovské ortodoxii byl těžkou recidivou naturalismu. Původně šlo o světový názor teoretizujících přírodovědců ve druhé polovině století devatenáctého a na začátku století našeho. Sečenov i Pavlov byli v úzkém pracovním kontaktu se západoevropskými představiteli tohoto hnutí. Podle biologa Ernsta Häckela z r. 1904 by se trest' naturalismu dala formulovat asi takto: Jde o jednotný, přirozený světový názor, který má svůj pevný základ výlučně ve vědeckých poznatcích. Věda chápe celý svět jako jednotný velký celek, řízený přírodními zákony. Biologie je součástí vřezahrnující fyziky. Celá příroda podléhá v kauzální souvislosti velkému, jednotnému procesu vývoje. Není pochyb, že člověk je v každém směru pravý obratlovec, a sice savec. „Duše“, psyché, je souhrnné označení pro sumu mozkových funkcí. Také vůle člověka je fyziologickou funkcí centrálního nervového systému, podmíněnou jeho anatomickou strukturou. Staré dogma svobody vůle je neudržitelné a musí být nahrazeno determinismem. Pro moderní vědu je pojem Boha přijatelný jen tehdy, rozumí-li se jím poslední nepoznatelná příčina všech věcí, nevědomý hypotetický prazáklad substance. Potud tedy Häckel.

A vy mi teď můžete namítnout, že vám po mých traumatech nic není a ptát se, proč znovu otevírám uzavřenou kapitolu, jestliže naturalismus patří minulosti. Ale tak to není. V lékařství jaksi stále ještě patří k dobrému tónu přijímat anonymní naturalismus jako východisko. Profesor Vondráček zůstal naturalistou po celý život. A jestliže profesor Charvát napíše, že biologicky známe jen dva principy, k nimž je zaměřena živá hmota, totiž udržet jedince a zachovat rod, a jestliže jedním dechem prohlásí, že ostatní hodnoty jsou odtud odvozeny, pak je to prostě naturalistický skluz. Řekl bych málem, že naturalismus v medicíně je jako pták fénix: vřdycky znova vzlétne ze svého popela.

Naturalismus však neopouští své pozice, díky behavioristickým tradicím, ani v psychologii. Skinner formuloval své naturalistické východisko přímo provokativně. Ale spíše než o naturalismu se dnes hovoří o „scientismu“. Tento termín je však srozumitelný jen v souvislostech anglo-americké tradice, v níž „science“ znamená především vědu přírodní, zatím co vědy duchovní, humanitní jsou „humanities“. Takže scientismus znamená zastávání metodologie přírodních věd, především fyziky, ve vědách o společnosti, kultuře a v psychologii – řečeno s Tardym.

Naturalistický výklad lidského života jako obdoby „slepých“ přírodních dějů vede k nezdaru. Neboť tento život je jednotou činností, jimiž člověk aktivně

určuje své místo ve světě. Každá složka lidského jednání je personalizována, nejde o rozmanité funkce a procesy, které „jaksi“ probíhají, ale o osobnost, která jedná. Její jednání je smysluplnou odpovědí na situaci, která je spíš výzvou než tlakem k jednání a která v sobě zahrnuje spatření možností, rozhodování a odhodlání. Proti člověku-objektu, loutce, která musí být uváděna do pohybu zvenčí, která je zcela určena, determinována vnějšími vlivy, která může být manipulována, je tak postaven člověk-autor, v původním významu toho slova. Totiž „autor“ jako původce, zvelebovatel, rozmnožovatel a stupňovatel svého života.

To je východisko, které nás zbavuje naturalistických pout a přiznávám se, že ve všem, co jsem kdy řekl nebo napsal, jsem se k němu vracel. Říkal jsem tomu „antropologický klíč“; nikoliv ve významu klíče k zámku, ale klíče notového, který předem určuje, jak nutno číst v notové osnově. Nebo jinak: pod jakým zorným úhlem musíme vidět odborné problémy. Antropologický klíč předznamenává a určuje celý styl naší práce v klinickém, to znamená i psychotherapeutickém prostoru, naši klinickou epistemologii. Znamená to nahradit naturalistické paradigma **paradigmatem antropologickým**.

Nemá-li však zůstat při pouhé proklamaci, musí být toto východisko filozoficky náležitě zdůvodněno. Znamená to, jak napsal Masaryk už koncem minulého století, hledat odpověď na otázku, co je člověk, v co doufá, čeho se bojí, ptát se po smyslu toho všeho, co se skrývá za slovem „život“.

Na tomto místě by měl vstoupit na scénu Macbeth, temný hrdina Shakespearova dramatu. Ve chvíli, kdy spatří svůj konec, kdy se země pod jeho nohama otevírá, prokleje život zoufalým výkřikem: „život je příběh, který koptá blb, jen hluk a vřava neznačící nic.“ Ta věta se stala jakýmsi krátkým manifestem nihilismu. Neboť nihilismus jako životní postoj, jako popření všech věcí a hlásání „nicoty“, vlastně netvrdí, že věci nejsou. Znamená cosi horšího: že to, co je, je jenom zmatek a chaos, že svět a život v něm jsou jen nesmyslná vřava, že nic neznamenají, že jsou bez ceny, bez hodnoty. Ale to je obraz pekla – absolutní nicota by byla vykoupením.

Navzdory Macbethovi chce člověk prožít svůj život jako dobrý příběh. Příběh, který má svůj začátek, střed i konec. Příběh, ve kterém vládne vnitřní řád. Smysl. Životním příběhem miníme čas lidského pobytu ve světě, vymezený narozením a smrtí. Je to příběh, k němuž se člověk autorsky hlásí, je to život osobní, který člověk koná pohybem sebeuskutečňování. Je to – dopovíme – život v přesahu, v naději, tíhnoucí ke svému naplnění. Znovu se dovolávám Masaryka, který v osmdesátých letech minulého století takto vymezil úkol etiky: „Etika neboli praktická filozofie hlavně návodem býti má, jak spraviti sobě život z jednotného stanoviska, pro nás arci filozofického. Tedy úkol a cíl správy životní jest co

možná nejvyšší vymezení a nejpraktičtější k tomu podati pravidla.”

A tedy: **být správcem svého života**, o to běží. Svobodně a odpovědně spravovat své životní záležitosti. K této svobodě se však těžce prodíráme; není to žádný dar, který nám spadne do klína. Nejprve žijeme pod cizí vládou: jsme vystaveni tlakům svého okolí, které určují naše chování. Jen postupně bereme své věci do svých rukou. A zůstává přitom stále otevřenou otázkou, zda a nakolik to dokážeme. Nejde tedy vlastně o to, zda je člověk svoboděn, ale kolik své svobody dokázal získat. Protože svoboda je pro nás pouze jiné slovo pro sebeurčení. Nepopíráme tedy, že člověk je ve svém jednání a rozhodování určován, determinován: nehlásáme indeterminismus. Přisuzujeme však člověku jako základní charakteristiku autodeterminaci. Jí míníme jáskou podmíněnost jednání a na ní spočívající sebe-řízení. Je to protiklad k „být vlečen” cizími silami: vnějšími, ale i vnitřními, totiž pudovými tlaky a nutkavými vzorci chování, které nemáme pod kontrolou. A tak je svoboda spíš možnost než skutečnost: možnost být svobodný. Zároveň je to stálý úkol. Úkol, který na sebe člověk bere a který vyžaduje odvahu. Patří proto k základním úkolům psychoterapie rozšiřovat prostor svobodného rozhodování a povzbuzovat odvahu ke svobodě.

Člověk je svobodný, protože žije v přesahu. Vykračuje z pevného, svírajícího kruhu toho, co je bezprostředně dáno, přesahuje dané, vztahuje se k něčemu „mimo”, očekává, předvídá. Není už zajatcem přítomné chvíle. Posunul své těžiště i svůj pozorovací bod mimo situaci: může na ni shlédnout, obhlédnout ji ne už v jejích jednotlivostech, ale v celku. Navíc v přesahu vidí sám sebe, je schopen porozumět své životní poloze. Pro tuto lidskou schopnost „být v přesahu”, ale také být v odstupu, máme ve filozofickém slovníku termín „**transcendence**”. V ní je jádro lidské svobody. Znamenité analýze podrobil fenomén transcendence švýcarský psycholog a filosof W. Keller. Samotnou skutečnost „byť v přesahu” označil jako transcendenci ontickou. Ale každý přesah je „přesahem k ...”, „vztažností k ...” a tímto „k” se ontická transcendence realizuje jako transcendence funkční. Jejím jádrem je **intencionalita**, vztaženost, zaměřenost. Intencionalita umožňuje, že člověk má svět. Ale umožňuje také v jakémsi intencionálním obratu, v reflexi, aby člověk spatřil sám sebe, aby se poznal v zrcadle. Mluví se proto o **reflexivitě** jako zvláštním způsobu funkční transcendence.

Být ve vztahu k sobě, být „o sobě” znamená být **osobou**. Lidské bytí je bytí osobní. Docela prostě to před léty napsal D. Pecka: „Osoba je skutečnost, že jsem svůj a svůj být mám,” s dovětkem, že „to, co odlišuje člověka od všeho neosobního a činí osobou, je duch”. Duch je základem a jednotou těch aktů, o nichž jsme mluvili, když jsme popisovali transcendenci. Ale to také znamená, že duch je základem lidství a zdrojem svobody člověka. J.B. Kozák, můj učitel,

vedl svou kritiku naturalismu jako zápas o duchovní sféru a duchovní hodnoty i o „determinaci shora“. Nebyl v tom sám. Doložme si to na příkladu, který nám může být bližší: na existenční analýze vídeňského neurologa a psychiatra Viktora E. Frankla. Byl zasažen myšlenkami Freudovými, ale také Adlerovými; ve Vídni jeho mládí to ani nemohlo být jinak. I on kritizuje naturalistický redukcionismus v klinických vědách. Odmítá obraz člověka jako bažícího po slasti nebo usilujícího o moc. Chápe jej jako bytost, usilující o smysl a hodnoty. Problematika hledání a nalézání životního smyslu, vůle ke smyslu je u Frankla centrální. Člověk vykračuje sám ze sebe, přesahuje sám sebe k něčemu, co není on sám, je otevřen světu v jeho duchovní dimenzi, transcenduje k logu, k objektivní sféře smyslu a hodnot. A tak poslední otázka po smyslu lidského života je pro Frankla otázkou náboženskou. Odpověď na ni je náboženská víra ve věčný smysl – Frank také říká „meta-smysl“ – přesahující konečnost lidského života. Člověk přesahuje konečnost svého vlastního života vztahem k nekonečnosti.

Co je tím řečeno? Fakt konečnosti lidského života, lidského pobytu ve světě, může být – a odedávna je – otázkou, která otevírá filozofickou meditaci i filozofický diskurz. Nemůže však zůstat závěrečnou odpovědí. A musíme to akceptovat i v psychoterapii, pokud nám v ní jde o otevření nebo znovuotevření budoucnosti, vzbuzení naděje, odkrytí možností, které se nabízejí, a posílení odvahy některou z těchto možností realizovat.

V minulých letech jsme se naučili jako psychoterapeuti mlčet o duchovní vrstvě lidského života a zakrývali jsme ji cudně poukazem na sféru sociální. A tak jsme hovořili o člověku, jako o bytosti somato-psycho-sociální, s důrazem právě na ono „sociální“. Přehlédli jsme však, nebo nechtěli vidět, že lidská sociálnost – na rozdíl od sociálnosti animální – je založena na objektivacích lidského ducha a že tedy má kořeny duchovní. To nelze obejít, musíme se o tom naučit mluvit. Dodejme jenom, že se o duchovních otázkách a duchovních krizích musíme naučit mluvit tak, abychom se vyhnuli eventuální výtce z indoktrinace. Psychoterapie opravdu není indoktrinace.

Analýza pobytu a existence

Antropologické paradigma určuje postupy a cíle kategoriální analýzy. V ní jde, jak jsem naznačil, o zmapování terapeutického prostoru: Má nám pomoci k tomu, abychom se v tomto prostoru zorientovali. Jsem přesvědčen, že pro tento účel je nejpřiměřenější ta forma kategoriální analýzy, která bývá označována jako **analytika pobytu** či existence, pokud ji pojmem dostatečně široce. Tedy takto: přijmeme východisko, které nabízí Martin Heidegger, totiž fenomenologickou analýzu základních struktur pobytu, lidského života uchopeného

„zevnitř“. A základní charakteristiky pobytu, které touto analýzou získáme, označíme podle Heideggera jako „existenciály“. Ale tím, že přijmeme heideggerovské východisko, nejsme ještě zavázáni sledovat Heideggerovu cestu od začátku do konce. Návrat k autentickému Heideggerovi, jak jej prosazoval M. Boss, pokládám za nedorozumění a chtěl bych to doložit malým historickým exkurzem.

Masarykův výrok, který jsem prve citoval, že totiž musíme hledat odpověď na otázku, co je člověk, ptát se po smyslu toho všeho, co se skrývá za slovem „život“, dobře vystihuje atmosféru konce minulého století, poznamenanou odklonem od velkých filozofických systémů a obratem k bezprostřednímu proudu života. Tehdy dominovala ve filozofii taková jména jako Henri Bergson, představitel vitalismu, William James, představitel pragmatismu, ale také Wilhelm Dilthey, představitel historizující větve **filozofie života**. A jak on sám řekl, hlavním impulsem jeho myšlení byla snaha pochopit život ze života samého, protože byl přesvědčen, že v průběhu života, v jeho růstu z minulosti a rozprostírání do budoucnosti leží ty skutečnosti, které představují jeho hodnotu.

Avšak celá tato filozofie měla od samého začátku potíže se svým základním pojmem „život“. A tak se ve dvacátých letech objevuje **filozofie existence**: v jejím pojetí se život stal časem lidského pobytu ve světě. A tento život – teď cituji Patočku – se může odehrávat na různých úrovních, které nemají pouze různý obsah, nýbrž různou hodnotu bytí. Výkladem fenoménu života na různých úrovních pak vznikl pojem existence. Člověk koná svůj život a tento životní výkon, toto bytí při díle, je existence: existence jako život v možnosti. Nebo také: jako příležitost smysluplnosti – což je formulace nikoliv už Patočkova, ale Hejdánkova. Můžeme však také prostě říci, že existence je lidský život, uchopený zevnitř – jak sám sobě rozumí. V bezprostřední blízkosti pojmu existence stojí v německé literatuře „Desein“. U nás se tento pojem překládal všelijak, například doslovně jako „zdebyť“, dokud Patočka nezavedl lepší označení „pobyt“. Ale na rozdíl od čistě deskriptivního „pobytu“ v sobě „existence“ skrývá hodnotící moment: znamená pobyt, který se otevřel ve své autenticitě jako život v pravdě.

Filozofie existence vstoupila do filozofického diskurzu díky prvé generaci: časově téměř souběžnými pracemi Heideggerovými a Jaspersovými, ale také Marcelovými. Rozhodující váhu mělo Heideggerovo „Sein und Zeit“ z roku 1927, třebaže autor sám označení „existenciální filozof“ odmítl. To však patří rozhodně nejznámějšímu představiteli druhé generace, Jean Paul Sartrovi. To jeho zásluhou se svého času stal existencialismus módní intelektuální záležitostí. Chtěl bych vás však upozornit na jiného příslušníka druhé generace, méně známého německého filozofa Otto Friedricha Bollnowa. V roce 1955 vyšla jeho

kniha s velice charakteristickým názvem „Neue Geborgenheit“ a podtitulem „problém překonání existencialismu“. Autor se v ní pokusil o překonání existencialismu jeho imanentní kritikou: chtěl překonat „ztracenost osamělé existence“ tím, že ukázal její nosný vztah ke světu a k lidem. Mluví o „nesoucí skutečnosti“, jíž je člověk podepírán a na niž se může spolehnout. Proti Heideggerovu existenciálu vrženosti – ve kterém je dáno celé negativní předznamenání lidského života, jak to ještě podtrhl Sartre – klade Bollnow existenciál „Geborgenheit“, tedy bezpečnosti, zaštitění. Mám však dobrý důvod předkládat jej jako „zakotvenost“, protože koresponduje s Patočkovým pojetím zakotvenosti jako prvotního pohybu lidského života. Bollnow se obrací ke Gabrielu Marcelovi a hledá oporu v jeho filozofii ontologického tajemství a důvěry v bytí, v níž je lidská existence zakotvena.

Musím však jmenovat ještě představitele třetí generace existenciálních filozofů, Detleva von Uslara, švýcarského autora s širokou psychologickou erudicí. Je filozofem setkání: pokládá je za klíč k psychologii, protože psychická skutečnost je skutečností našich vzájemných vztahů. V pravdě a skutečnosti našich vzájemných setkání zakoušíme bytí. Von Uslar přijímá jako východisko aristotelickou psychologii ve formulaci, že duše je skutečností našeho tělesného, časového i společenského bytí ve světě. Že je zázračnou skutečností existence.

Co chci říci: V analytice pohybu a existence se nám nabízí velice jemný teoretický nástroj; ale je to jen nástroj. Použil bych srovnání s horolezeckou výstrojí: Ta poskytuje horolezci pocit jistoty při výstupu, ale trasu musí volit sám. Může zvolit klasické, ověřené cesty, ale není jimi vázán, zvláště ví-li o některých jejích slabých místech. A bez parabol řečeno: Nemusíme přísahat na Heideggera a přitom se trápit tím, že mu pořád ještě nerozumíme, když se můžeme opřít například o Patočku, který nám je ve všem všudy bližší – a to i svou interpretací péče o duši. Jsem také přesvědčen, že se mu v dalších přednáškových cyklech dostane náležitě pozornosti. Ale ani jeho nesmíme kanonizovat. Jde přece jen o hlas jednoho myslitele v bohatém a mnohohlasém filozofickém rozhovoru člověka.

Princip logos

Postupujeme o krok dál. Uvažujeme o tom, jaké důsledky s sebou nese uplatnění antropologického paradigmatu v psychoterapii po stránce metodologické. Díky svému duchovnímu přesahu, díky transcendenci, člověk „vidí“, to jest chápe sebe i svět. Řečeno s Heideggerem, „samo sebe otevírající bytí-ve-světě rozumí bytí jsoucna, kterým je samo, a stejně původně i bytí jsoucna, odkrývaného ve světě, i když netematicky a ještě nediferencovaně v jeho primárních modech existence a reality“. Tak se porozumění stává kardinálním existenciá-

lem, kardinální charakteristikou pobytu. Na něm stojí analytika pobytu a existence.

Akt porozumění je založen na postižení smyslu. Řekněme však hned, aby-
chom předem ulomili hrot řečem o „vkládání smyslu do nesmyslného“: My
tímto aktem smysl do dějů nevkládáme, nýbrž jej v nich odkrýváme a vykládá-
me. Smysl je atributem skutečnosti, je to reálný fenomén; podle Patočky může-
me hovořit o věcném smyslu, tradičně se mluví o smyslu objektivním.

K otázce objektivního smyslu se ve svém filozofickém díle vracel stále znovu
J.B. Kozák. Našel dostatek důkazů pro své tvrzení, že smysl je založen onticky.
Když pak v padesátých letech rozvíjel svůj vlastní ontologický systém, který
označoval jako procesuální kontextualismus, stala se otázka „smyslu smyslu“
jedním ze základních sloupců tohoto systému.

Kozák přistupoval k problému objektivního smyslu u různých stran a rozličně
formuloval své odpovědi. V jedné takové formulaci říká, že „to, co má smysl,
vždy tvoří nějaký celek, od kterého nelze nic ubrati“. Důraz na celek je přitom
rozhodující. Platí totiž zlatá věta, že „celek je víc než součet jeho částí“; v onom
„víc“ je skryt celý problém smyslu. V nových souvislostech tento fakt vystoupil
dík teorii systémů. V tomto přístupu, vycházejícím z klíčových kategorií systé-
mu, struktury, informace, regulace a funkce a zdůrazňujícím hierarchickou,
strukturní a funkční uspořádanost složek systému i jeho celostní, integrativní
vlastnosti – tedy v tomto přístupu je možno říci, že **smysl má to, co je jako inte-
grovaná složka včleněno do nějakého systému, co se stalo prvkem nějaké
uspořádanosti, nějakého řádu.** Ať tuto řádovou skladebnou vázanost, toto
„vzhledem k čemu“ nahlížíme v podobě vztahů funkčních, normativních či tele-
ologických, vždy jde o vazbu smyslem v jejích různých modifikacích. A odkrytý
tuto vazbu předpokládá, že nalezneme onen společný úběžný bod, těžiště a
ohnisko smyslu, kolem kterého se celek dynamicky strukturuje.

Ve svých seminářích v padesátých letech se Kozák ptával: Jestliže naší základ-
ní výpovědí o skutečnosti je, že se děje, že se neustále kvalitativně proměňuje,
pak co tedy trvá uprostřed změn? A odpovídal: **smysluplné kontexty.** Ale i ty se
dějí; jsou to události, které však v sobě uchovávají kontinuitu. Minulost v nich
není anulována, nýbrž tvořivě rozvíjena, kvalitativně obohacována. Objektivní
smysl je „evolving action“, rozvíjející se akce: **smysl se děje,** je to směřování,
tvořivé pronikání do budoucnosti. Ani minulost, ale především ani budoucnost
nejdou lhostejně pro přítomnost. A proto – doplňme – není ani čiré „teď a tady“.
Myšlenka „dění smyslu“ a kontextu jako jeho výrazu a nositele nepatří jen
Kozákovi. Setkáváme se s ní například v pracích pražské strukturalistické školy. U
Jana Mukařovského znamená **kontext časově utvářený celek, který tím, jak se
děje, se postupně naplňuje smyslem.** Je to sled významových jednotek, nepře-

místitelný bez proměny celku. Sled, při kterém se postupně akumuluje celkový smysl; takže teprve při skončení je celý sled, daný předtím postupně, akumulován simultánně. Teprve ve chvíli ukončení nabývá celek, i každý dílčí význam, definitivní tvar. Není-li tedy kontext ukončen, je vždy ještě celkový smysl nejistý.

Ale teď obraťme minci v dlaní, převraťme slovosled: jestliže jsme prve řekli, že rozumíme tomu, co má smysl, pak nyní povězme, že smysl má to, čemu rozumíme. Tímto obratem si totiž otevíráme cestu ke **smyslu subjektivnímu**. Do současného psychoterapeutického diskurzu vnesli problematiku subjektivního smyslu především daseinsanalytici. Stejně ji však akcentovali i představitelé humanistického směru. Tak Abraham Maslow má ve svém systému potřeb i potřebu rozumět a spojuje ji s potřebou vědět. Také Erich Fromm mezi základními lidskými potřebami uvádí potřebu „rámce pro orientaci“, což je jenom krycí jméno pro subjektivní smysl. A o Viktoru Franklovi jsme už mluvili. O „principu smyslu“ psala v šedesátých letech psycholožka a humanistická psychoterapeutka Charlotte Bühlerová. Dovolává se při tom Frankla, ale poukazuje i na práce würzburské školy, k níž patřil i její manžel Karl Bühler, a poukazuje na to, že problematika významu a smyslu zaujímalá důležité místo v experimentálních studiích gestaltistů, jako byli Wolfgang Köhler a Max Wertheimer. Že zkrátka princip smyslu nebyl záležitostí jedné školy nebo směru, ale že vstoupil jako problém do obecně psychologického diskurzu. A je dokonce nutno provést zobecnění i za hranice psychologie: princip smyslu patří k zásadním axiomům věd o člověku, pokud souhlasíme s Jürgenem Habermasem, že tyto vědy vycházejí z komunikativní zkušenosti a že se rozvíjejí v komunikačním poli; že tedy základním nástrojem je porozumění jako uchopení smyslu.

Nyní provedme malý jazykový obrat: místo o principu smyslu budeme hovořit o **principu logos**. Malý obrat však může mít velké důsledky. V našem případě jsme se jím ocitli v mnohovýznamném poli slova „logos“. Získali jsme pro sebe mnohem širší prostor, v jehož centru stále zůstává idea smyslu. Otevřel se nám svět řeči, pokud je logem míněno slovo, které nese smysl, či rozprava, která odkrývá pravdu. Otevřel se nám svět myšlení, pokud logos znamená myšlenku samu, pojem či důvod. Ale především se nám otevřel sám svět jako svět, jako to, co je prosvětleno; rozumějme – prosvětleno smyslem. Pak to není pouhá hromada náhodně nakupených věcí kolem nás, je to celek; a logos je garantem jeho jednoty a integrity. Tak to vysvětlil nedávno Ladislav Hejdánek. Vrátil se přitom k původnímu významu slovesa legein, totiž sbíratí, shromažďovati do jednoty a odtud – s odvoláním na Herakleita – přijal logos jako označení toho, „co jednotlivé jsoucnosti pravého jsoucna sbírá v jednotu a drží pohromadě tak, že po celou dobu svého událostního dění zůstává navzdory všem ustavičným proměnám týmž celkem“. Přitom „způsob, jak logos drží svět pohromadě, je jakási

vláda, jakási prosazující se norma: ve světě se všechno děje podle logu". Takže: logos jako vláda, jako smysl i pravda.

Porozumění, interpretace, hermeneutika

V tomto širokém pojetí pro nás princip logos neznamena pouze jeden z axiomů, o které se opírá teorie humanitních věd. Jde spíše o etкетu pro celý program, pro celá pracovní zaměření ve vědách o člověku, jež vychází z antropologického paradigmatu a rozvíjí je do celistvé koncepce. Metodologickým jádrem této koncepce – jak ostatně plyne z toho, co jsem už pověděl – je teorie porozumění a interpretace, tedy hermeneutika.

Při výkladu o noetickém základu porozumění se můžeme opřít o anglického teoretika vědy M. Polanyi a jeho úvahy o tzv. tiché dimenzi vědeckého poznání. Polanyi je přesvědčen, že od začátku do konce vědeckého výzkumu jsou ve hře dvě duševní schopnosti: Tou první je imaginace, tou druhou spontánní proces integrace, intuice. Intuice vycit'uje přítomnost skrytých možností při řešení problému a uvolňuje imaginaci pro její hledání. Intuice pak formuje naše dohady a eventuálně vybírá z materiálu naší imaginací mobilizovaného významná data, jež sjednocuje v řešení problému. A tuto nonexplicitní, informální složku vědy považuje Polanyi za významnější než explicitní systém výroků, algebraických formulí, měření a výpočtů, které tvoří teoretickou rovinu. Říká: *Všechno naše vědění je buď tiché nebo z tichého vědění pramení.*

Tiché vědění, obecně řečeno, integruje, sjednocuje původně odloučené části do jejich společného významu, odkrývá jejich smysl. Zprv se tedy objeví v poli naší imaginace jakési disparátní elementy. Ty jsou – to zadruhé – vztaženy k centru, k ohniskovému terči, který leží mimo ně, ale který jim dává smysl. A jako třetí tu je poznávající subjekt, vědec, který tento akt osmyslení prvotně odloučených elementů provádí. Integrace tedy znamená pohyb „od – k“, od elementů k ohniskovému terči. Jde o tichý akt, který může být správný nebo mylný; jde o vhled, o porozumění. Tím tedy Polanyi zakotvuje vědecké poznání a porozumění.

V proudu toho, co jsem z Polanyi citoval, či spíše parafrázoval, nám nesmí uniknout to podstatné: že **porozumět znamená uchopit, nahlédnout nějaký celek jako svébytný tvar v jeho skladebné vazbě a že jádrem porozumění je vhled** (insight, Einsicht), náhlý průnik do smysluplného vztahu, pochopení významné souvislosti. Spíš obrazně se mluví o „zážitku aha“. Abych však zůstal na naší vlastní půdě, pak tedy Balint ve svých posledních pracích psal o „flash-fenoménu“ jako o zážitku bleskového projasnění situace, k němuž dochází v terapeutickém rozhovoru. Odtud se potom v jeho pracovní skupině rozvinula forma ultrakrátké psychoterapie, označovaná jako „flash-technika“.

V porozumění nejde o nějaké mlhavé tušení souvislostí, ale o **poznávací akt**,

přichází v něm ke slovu pravda a uplatňuje svůj nárok. „Porozumět znamená být přemožen pravdou,” napsal R. Panikkar. Běží o tohle: na základě svých profesionálních zkušeností či teoretických znalostí, mohou být přesvědčeni, že věc se má tak a tak; a toto přesvědčení může vykazovat uspokojivou míru koherence. Jde o předporozumění, bez kterého se neobejdeme. Ale neoznačený fakt, který se vynoří, odhalí věc v novém světle a mé přesvědčení se ukáže jako omyl. Porozumění je – už jsem to řekl – poznávací akt, tedy fakt subjektivní (jde přece o mé poznání), ale o jeho pravdivosti se rozhoduje mimo subjekt, mimo mne. Pravda má svůj ontický základ, který do aktu porozumění vstupuje a my tomuto vstupu říkáme **evidence**: Fakt je tu, je tu před námi zcela jasně a zřetelně, mimo jakoukoliv pochybnost, a my jej bezprostředně nahlížíme; nepotřebujeme další důkazy. „Evidence,” říká Husserl, „znamená dostat duchovně před oči něco v jeho samosti.” A jenom doplním, dokončím myšlenku: Pravda, kterou jako psychoterapeuti hledáme, je pravda pacientova života. V terapeutické situaci to znamená ptát se na pravdivost jeho životního příběhu.

Porozumění ve své bezprostřednosti je **akt intuitivní**. V psychoterapii – to musíme zdůraznit v čase kalkulů a algoritmů – se bez intuice stěží obejdeme; patří k základní výbavě našeho osobního terapeutického instrumentaria. Jen na okraj si připomeňme, že psychologickým předpokladům intuice věnoval před léty významnou studii i Eric Berne, zakladatel transakční analýzy. Na rozdíl od pouhého vzhledu je intuice mnohonásobný flash. Nejde v ní o pochopení významného vztahu, ale o bezprostřední uchopení **celku** v jeho vnitřní skladebné vazbě, to znamená i v jeho vnitřním napětí, rozporech a konfliktech – což ovšem má za následek značné obtíže při jeho druhotné verbalizaci. Proto intuice zůstává často právě jen „tichým, mlčenlivým poznáním”, které bezprostředně přechází v akci, v zaujetí adekvátního postoje vůči pacientovi i odpovídajícího terapeutického postupu. V tom je jádro psychologického taktu.

Nejbližší k intuici má porozumění vcítující, **empatie**. Bývá označováno, například Jaspersem – za vlastní psychologické porozumění a díky Rogersovi je dnes ve vysokém kurzu. U nás mu věnoval v poslední době pozornost Jan Vymětal. Měli bychom je však označit spíše za primární, prvotní porozumění a základ složitějších forem psychologického porozumění. Spočívá existenciálně na faktu lidského spolubytí, sdílení: jsme schopni se identifikovat se životní situací druhého, spatřit ji jakoby jeho očima. Jako terapeutický prostředek je pak vcítění vlastně volní akt: usilujeme o ně aktivně, využívající vrozené schopnosti spoluprožívání. Ale neklademe, jak to postřehl Ludwig Binswanger, otázku smyslu. A tak za vlastní psychologické porozumění budeme v soulase s Binswangerem pokládat **porozumění motivační**. I v tomto případě můžeme poukázat na jeho existenciální základ: spočívá ve faktu života v přesahu, v intencionální vztaže-

nosti člověka k hodnotám, životním cílům, k budoucnosti. Můžeme se při tom opřít o klasické vymezení E. Srangera, že „smysl má, co je jako konstituující komponenta včleněno do nějakého hodnotového celku”, nebo o prostší, že „smysl má vše, co směřuje k nalezení a uskutečnění hodnoty”, jak to vyjádřil náš Dominik Pecka. Motivační porozumění lze rozvinout v soustavné úsilí o postižení pacientových problémů a jeho situace zevnitř, z hlediska jeho životní celistvosti a sjednocenosti, integrity, dané konec konců právě vztahem k hodnotám. Nejde přitom ani tak o pokus odkrýt jakési jeho „hodnotové schéma”, ale o tematizaci jeho života, o jeho základní životní témata, hodnotami nesená. Ještě se k tomu vrátíme.

Ale teď se chci zmínit ještě o jedné formě porozumění, protože ji pokládám za důležitou z hlediska naší psychotherapeutické praxe. Jde o tak zvané **scénické porozumění**, jak je teoreticky rozvinul psychoanalytik Alfred Lorenzer. Podle něj je psychoanalytické porozumění centrováno na porozumění situaci v jejím trojím aspektu: jako situaci aktuální, přenosové a infantilní. Povšimněme si však: Lorenzer přitom nemluví o porozumění situačním, ale scénickým. V čem je rozdíl? **Scéna je interpersonální jádro situace**. V různých situacích člověk vstupuje do vzájemných interakcí s jinými lidmi. A právě situační souvislost těchto interakcí, komunikativně zprostředkovaná, bývá označována jako scéna. Na první pohled by se mohlo zdát, že jde o nadbytečné hromadění termínů. Ale ne: scéna znamená personální vrstvu situace, na rozdíl od vrstvy věcné, od vrstvy objektivních situačních podmínek, okolností. Postihujeme tak osobní jádro situace, tedy něco, na čem nám především záleží a co bychom si přáli mít explicitně vyjádřeno. Pak také můžeme hovořit o scénickém aranžmá i o individuální tendenci inscenovat určité situace podle jistého skrytého apriorního interakčního vzorce, **scénáře**. A právě na tento scénář je scénické porozumění konec konců zaměřeno.

Svůj výklad o porozumění – přiznejme si, že velice kusý – musíme doplnit širší metodologickou vsuvkou: jde o dávný spor mezi porozuměním a vysvětlením (Verstehen a Erklären). Vysvětlením se přitom míní vysvětlení příčinné, pokládané za jedinou přiměřenou formu vědeckého poznání. V minulosti byl rozdíl mezi porozuměním a vysvětlením ostře vyhraněn a debata o uplatnění obou přístupů v psychologii a psychopatologii nebrala konce; zvláště byla-li kladena způsobem „buď-anebo”. Důsledek toho byl, že se paralelně vedle sebe rozvíjely dvě psychologie: duchovědně orientovaná psychologie rozumějící a scientisticky, totiž přírodovědně orientovaná psychologie vysvětlující; stěžejí mohly najít společný jazyk.

A přece nechyběly pokusy o jakési kompromisní řešení sporu. „Porozumění končí ve vysvětlení,” tvrdil například před léty psychiatr- psychotherapeut C.F.

Wendt, sám stoupenec rozumějící psychologie. Argumentoval přitom tím, že při plánování psychoterapie musí být překročeny hranice porozumění, neboť moment „nesrozumitelného“ může být z celku lidského života vyloučen. A k němu že lze přistoupit jen s pomocí kauzálního vysvětlení. Proti tomu tvrdí naše Jiřina Popelová, metodoložka humanitních – nebo, jak sama říká, kulturních – věd, že **všechno vysvětlení má cíl být introdukcí k porozumění**, že objasňujeme příčiny, abychom si usnadnili porozumění. I ona tedy připouští fakt „nesrozumitelného“ v determinaci lidského osudu, ale vztah porozumění a vysvětlení – nepochybně právem – převrací.

Dnes ostatně celý spor ztratil své ostří; ukázali jsme si, jak se změnila situace v teorii vědy. Dnes udávají i tón v metodologii přírodních věd vědy biologické a v nich kauzální vysvětlení nemá zdaleka dominantní postavení. Uplatňuje se především v chronologickém či vývojovém přístupu, ale vedle tohoto nepochybně důležitého přístupu a vedle přístupu popisného a srovnávacího ocitly se v centru pozornosti biologů především přístup teleonomní (zahrnující i funkční analýzu), syntetický přístup organismický, sjednocující principy organizace i přístup sociologický, zaměřený na strukturální vazby společenstev. To však znamená nejen to, že se biolog nemůže vyhnout problémům smyslu a porozumění, ale dokonce, jak napsal J. Illies, že „problém smyslu je korunou biologického výzkumu“. Tak je překonána – říká též autor – filozofická tyranie logického „tertium non datur“ a přímočarost usuzování „buď-anebo“ a nahrazena myšlením integrálním, opřeným o princip komplementarity.

Narazili jsme na fenomén „nesrozumitelného“ jako možné hranice našeho porozumění. Je zřejmé, že se tím ocitáme ve sféře smyslu subjektivního: nesrozumitelné je pro nás to, co je za hranicemi našeho horizontu porozumění. Takže potom si musíme položit otázku, zda neexistují způsoby, jak tento horizont překročit. Připomeňme si jen příkladem, že v minulosti se za principiálně nesrozumitelné pokládaly téměř všechny projevy psychotické. Dnes to neplatí: díky mravenčí práci psychoterapeutů - psychotiků se náš horizont porozumění podstatně rozšířil.

Jisté ovšem je, že v takovém případě nevystačíme s porozuměním bezprostředním: jakmile se mezi nás a pacienta vsune moment cizoty, musí nastoupit **porozumění zprostředkované**. Tedy **výklad, interpretace**. A toto tvrzení musíme zobecnit: v interpretaci usilujeme o překročení hranic prvotně cizího a nesrozumitelného, a to nejen uvnitř konkrétní situace, ale i přes hranice věků. Interpretace však nastupuje i tehdy, jestliže prvotně zcela srozumitelný akt ukazuje kamsi za sebe, k dalšímu, druhému, hlubšímu a zašifrovanému smyslu; což bývá právě náš případ. Pak můžeme o interpretaci mluvit jako o **porozumění hloubkovém** (William Stern říká „Tiefenschau“).

Výklad je tak pohybem od smyslu k jinému smyslu: hlubšímu či vyššímu.

Nejde v něm o porozumění jednotlivostem, nýbrž o to, abychom tyto jednotlivosti jako „membra disecta“, roztroušené údy, zcelili do jednoty; rozumí se do jednoty vyššího řádu. Abychom pluralitu významů, mnohovýznamnost, převedli do jednoty smyslu – a tuto jednotu smyslu také vyslovili jako ideu daného celku. Abychom tak smysl přivedli k řeči.

To je dozajista velice náročný úkol a žádá si obezřetný postup krok za krokem (proto Lorenzer hovoří o porozumění v malých krocích). Takový postup proto musí být metodicky jištěn – a k tomu pomáhá hermeneutika jako teorie interpretace. K jejím základním úkolům patří vypracování pravidel, **kánonu výkladu**. V této souvislosti bývají citovány tzv. čtyři Bettiho kánony; jmenujme je:

1) Pravidlo autonomie subjektů: smysl nesmí být do objektu vkládán, ale z vnitřních souvislostí objektu vykládán.

2) Pravidlo smysluplných vazeb celku a jeho částí: smysl celku nutno korigovat smyslem částí a naopak.

3) Pravidlo aktuality porozumění: interpret má vložit vlastní životní zkušenost do rekonstrukce zkoumaného objektu.

4) Pravidlo smyslové přiměřenosti porozumění, úzce spojené s pravidlem třetím: interpret má svou životní zkušenost uvést do souladu s podněty vycházejícími z objektu.

Interpretace sama pak probíhá v tzv. hermeneutickém kruhu – nebo spíše v **hermeneutických kruzích**. Jako klasický příklad uvedeme hermeneutický kruh dějinný, který vede od porozumění přítomnosti k hlubšímu porozumění minulosti a odtud zpět k hlubšímu porozumění přítomnosti. Dnes bývá nejčastěji citován hermeneutický kruh Gadamerův, který vede od předběžného porozumění aktuálního přes hlubší porozumění objektu zpět k hlubšímu porozumění aktuálnímu. A opět jiný kruh vede – jak je to řečeno v Bettiho kánonu – od předběžného porozumění celku k hlubšímu porozumění částí a odtud k hlubšímu porozumění celku.

Takže můžeme s Gadamerem povědět, že **úkolem interpretace je v soustředných kruzích rozšířit jednotu pochopeného smyslu. Tak se odvíjí spirála hermeneutického poznání**. A s Paulem Ricoeurem můžeme dále povědět, že hermeneutika je teorie pravidel, kterými se řídí exegese, to jest interpretace určitého textu či celku znaku, který se dá jako text vyložit. Přitom musíme zdůraznit právě ten dovětek. Nemůžeme vypreparovat hermeneutiku na pouhou kostičku nějakého hermeneutického kánonu; jde v ní o víc. Například právě o **teorii textu** jako objektu interpretace. Samotný pojem textu musíme přitom rozšířit za hranice lingvistického nebo literárního pojetí. V souhlasu s původním významem latinského texere-tkátí si **musíme text vyložit jako to, co bylo utkáno, tkanivo: souvislost významů, které nesou smysl**. Potom se nám v psycho-

terapeutické situaci to, co označujeme jako pacientovu životní cestu, onu vnitřní souvislost situací, událostí, rozhodnutí a činů, mění v aktu porozumění v text: v terapeutickém rozhovoru se životní cesta transformuje do životního příběhu. A my pak můžeme odkrývat základní životní témata, eventuálně témata zašifrovaná a hledat téma vedoucí, téma identity jako dění životního smyslu.

K výkladu o hermeneutice zbývá ještě dopovědět, že v historickém sledu vznikaly nejprve různé hermeneutiky speciální. Své teorie interpretace si vypracovávali klasičtí filologové, historici, biblisté, uměnovědci, právníci a i lékaři.

Snahy o syntézu a o vypracování obecné hermeneutiky, eventuálně hermeneutické filozofie, jako cesty za smyslem člověka, jsou nového data.

Doporučená literatura:

Z literatury o problémech současné hermeneutiky je u nás nejpřístupnější monografie

Jaroslav Hroch: *Praxe a tradice, kritika filosofické hermeneutiky H.G. Gadamera*, Academia, Praha 1989. Ke studiu lze doporučit především třetí kapitolu, str. 52 – 81. Kniha má marxistickou polituru.

Etika svědomí v psychoterapii adolescentů

Chtěl bych povědět několik poznámek k psychoterapii adolescentů pod zorným úhlem “krize druhého břehu”. Tímto metaforickým pojmenováním míním krizi středního věku: situaci, kdy se láme původní mladistvá představa o budoucnosti jako prostoru neomezených možností a je nahrazena poznáním, že z těchto původních mladých ambicí lze uskutečnit sotva zlomek, protože životní perspektiva se rapidně zkracuje. Nebo - abych se vrátil k metaforickému jazyku - kdy naše představa budoucnosti jako širošířého oceánu se ukáže jako falešná a my svůj život spatříme leda jako rozlehlé jezero a zjistíme, že druhý břeh je v dohledu.

Zkušenost krize druhého břehu

Tato zkušenost - vedle zážitku vnitřního zmatku - vyvolává potřebu soustředit se a nerozptylovat, chceme-li dovést svou loď do přístavu a neztroskotat na mělčině. Vede k přehodnocení životních hodnot, je apelem na odpovědné rozhodování; v tom je její smysl. Zároveň svědčí o tom, že lidská svoboda vskutku nemá 360° volnosti, že není bezbřehá, absolutní, ale že je pouhou výsečí a že tato výseč se neustále zužuje. Což můžeme demonstrovat i na modelu tzv. stromu rozhodování: celá košatá koruna původních možností se každým životně významným, mohli bychom říci “existenciálním” rozhodnutím jakoby sesychala. Každým takovým rozhodnutím nejen cosi získáváme, ale i ztrácíme; zisk i ztráty musíme odpovědně zvažovat.

A tak mi dnes jako falešná připadá myšlenka, která vévodí psychoterapii humanistického směru, která mě dříve přitahovala; totiž idea seberealizace jako rozvinutí všech potencialit osobnosti. Je neuskutečnitelná. Ale jako polovičatá mi připadá i myšlenka, že cílem psychoterapie je osvobodit pacienta od vnějších, ale především i vnitřních tlaků, kterými je ovládán, že psychoterapie je cestou ke svobodě. Zůstáváme v polovině, pokud nedopovíme, že psychoterapie je cestou k odpovědnosti; neboť svoboda bez odpovědnosti je zvůle.

Etika svědomí

Jestliže však přikládáme takový význam odpovědnosti v životě člověka, pak se tím zároveň hlásíme ke zcela určitému typu etického myšlení, které filozof a sociolog Max Weber označil jako etiku odpovědnosti, a které můžeme stejně dobře označit jako etiku svědomí.

Etika je soustava axio-deontologická. Deontologie, teorie obligace, závaznos-

ti, povinnosti, se zabývá normami, které určují a usměrňují lidské chování ve smyslu “má být”, eventuálně “musí být”. Normy však stojí ve službě hodnotám. Proto etika zahrnuje i svou speciální teorii hodnot, etickou axiologii, s jejím nejvlastnějším tázáním po dobru a zlu.

Existují etické systémy, založené deontologicky, ryze normativně. Taková etika představuje jeden pól, jednu krajnost teorie mravnosti. Jde v ní o poslušnost zákonů, takže mravnost se v ní vlastně mění na pouhou legalitu, zákonnost. Druhý pól představuje vyhocená etika situační. Pokud tato etika popírá platnost mravních hodnot, pokud se staví mimo dobro a zlo, pokud mravní rozhodování chápe jako zcela závislé na dané situaci, pak se vystavuje obvinění ze svévole a chaosu, vykládaných jako mravní svoboda.

Etika svědomí stojí uprostřed. Jejím základním axiomem je antropologický fakt vztaženosti člověka k hodnotám, druhým axiomem pak je primát hodnoty a odvozenost normy. Jde v ní o toto: spíše než zásadně zachovávat a uplatňovat morální normy a maximy “padni kam padni”, musíme odpovědně zvažovat důsledky svého jednání. Neboť žádné odvolávání se na morální příkaz z nás nesejme odpovědnost za to, co jsme svým jednáním způsobili. Maximalismus bývá neodpovědný. Mravní rozhodování jeho realizace činem kotví primárně ve vztahu k životním hodnotám, teprve druhotně ve vztahu k normám. Vnitřní instancí, která tuto vazbu zajišťuje, je svědomí: schopnost a trvalá tendence - řečeno s Allportem - přikládat na vlastní činy matici životních hodnot.

Terapeutická praxe

Jenomže ze své denní praxe dobře víme, jak slabé, podvyživené bývá svědomí, jak těžká může být cesta ke svědomí zralému, tvořivému. Vídáme adolescenty, kteří se pokoušejí hlavou prorazit zeď své “Kinderstube” a naší povinností je pomoci jim v této jejich “nouzi svědomí”. Naším měřítkem přitom je právě svědomí zralé, tvořivé, živé, totiž takové, které unese riziko rozhodování, které je otevřené do budoucnosti. Čisté svědomí může být sterilní a neplodné.

Postup, který přitom volíme, je spíše prospektivní než retrospektivní. Vychází z nynější životní situace pacienta, snaží se odhadnout hranice oné výšeče možnosti, které se nabízejí i odkrýt matici životních hodnot v její zcela konkrétní podobě potřeb, zájmů a životních cílů. Neobejdeme se přitom bez zvýšeného důrazu na moment konfrontace uvnitř terapeutického procesu. Odkrýváme rozpory mezi tím, oč se adolescent snaží a jaké prostředky k tomu volí. Volíme přitom taktiku “etických modelů” a modelových situací spíše, než čistě normativní přístup “musíš to nebo ono”.

Jenom na jednu věc nesmíme zapomenout: že v terapeutickém setkání s adolescentem tím nejbezprostřednějším modelem se stáváme my sami a že, chtěje

nechtíce jsme zosobněním, personalizací určitých životních postojů a hodnot. A to je má poslední poznámka.

“Princip logos” ve vědách o člověku

O “principu smyslu” psala v šedesátých letech v knize “Psychologie im Leben unserer Zeit” psycholožka a psychoterapeutka Charlotte Bühlerová. To bylo v době stále rostoucího zájmu o logoterapii Viktora Frankla, podepřenou rozhodnou kritikou psychologie bez logu. Také Bühlerová se ho souhlasně dovolává, zároveň však upozorňuje, že v tomto úsilí nebyl sám, že problematika významu a smyslu byla živá v pracích würzburšské psychologické školy, k níž patřil i manžel Bühlerové, Karl Bühler, a že tato problematika zaujímal důležitý místo v experimentálních studiích gestaltistů, jako byli Wolfgang Köhler a Max Wertheimer. Že zkrátka princip smyslu nebyl záležitostí jedné školy nebo směru, ale že vstoupil jako problém do obecně psychologického diskurzu.

O tom už dnes ostatně nikdo nepochybuje. Je dokonce nutno provést zobecnění i za hranice psychologie: princip smyslu patří k základním paradigmatům věd o člověku, pokud souhlasíme s Jürgenem Habermasem, že tyto vědy vycházejí z komunikativní zkušenosti a že se rozvíjejí v komunikačním poli; že tady jejich základním nástrojem je porozumění jako uchopení smyslu.

Naše otázka zní jinak. Vraťme se ještě jednou do šedesátých let. V roce 1968 napsal pro Dějiny a současnost úvahu o humanitních vědách Jaroslav Průšek. A podle něho “jsou humanitní vědy neustálým pokusem o interpretaci světa, o dávání smyslu všem dějům, o jeho přisvojení a polidštění”. Jejich posláním je - Průšek se dovolává Theodora Lessinga - “dávání smyslu bezesmyslnému”. Což je tvrzení, které vždy vyvolávalo a stále ještě vyvolává polemiky. Naposledy formuloval velice lapidárně jeho odmítnutí Jan Patočka v Kacířských esejích takto: “Relativní smysl nemůže nikdy pomyslit nesmyslnu, nýbrž je vždy jím stržen do smyslnosti toho, na čem spočívá”. Akt porozumění je založen na postižení smyslu. Jenomže: my tímto aktem smysl do dějů, které jsou samy o sobě nesmyslné, nevkládáme, nýbrž jej v dějích odkrýváme a vykládáme. Smysl je atributem skutečnosti, je to reálný fenomen; podle Patočky můžeme mluvit o věcném smyslu. Tradičně se hovoří o smyslu objektivním. Věnujme mu trochu pozornosti.

Objektivní smysl

K otázce objektivního smyslu se ve svém filosofickém díle vracel stále znovu J. B. Kozák. Našel dostatek důkazů pro své tvrzení, že smysl je založen ontologicky. Když pak v padesátých letech rozvíjel svůj vlastní ontologický systém, který označoval jako “procesuální kontextualismus”, stala se otázka “smyslu

smyslu” - vedle problémů historické baze kauzálních reakcí a problému kvalit - jedním ze tří základních sloupů tohoto systému.

Kozák přistupoval k problému objektivního smyslu z různých stran a rozličně formuloval své odpovědi. V jedné formulaci říká, že “to, co má smysl, vždy tvoří nějaký celek, od kterého nelze nic ubrati”. Důraz na celek je přitom rozhodující. Platí totiž zlatá věta, že “celek je víc, než součet jeho částí”; i v onom “víc” je skryt celý problém smyslu. V nových souvislostech tento fakt před námi vystoupil díky teorii systémů. V tomto přístupu, vycházejícím z klíčových kategorií systému, struktury, informace, regulace a funkce a zdůrazňujícím hierarchickou, strukturní a funkční uspořádanost složek systému i jeho celostní, integrativní vlastnosti - tedy v tomto přístupu je možno říci, že smysl má to, co je jako integrovaná složka včleněno do nějakého systému, co se stalo prvkem nějaké uspořádanosti, nějakého řádu. Ať tuto řádovou, skladebnou vázanost nahlédneme v podobě vztahů funkčních, normativních či teleologických, vždy jde o vazbu smyslem v jejích různých modifikacích. A odkrýt tuto vazbu předpokládá, že nalezneme onen společný úběžný bod, těžiště a ohnisko smyslu, kolem kterého se celek dynamicky strukturuje.

Kontexty a dění smyslu

Ve svých seminářích v padesátých letech se Kozák ptával: Naší základní výpověď o skutečnosti je, že se děje, že se neustále kvalitativně proměňuje. Co tedy potom trvá uprostřed změn? A odpovídal: smysluplné kontexty. Ale i ty se dějí; jsou to události, které však v sobě uchovávají kontinuitu. Minulost v nich není anulována, nýbrž tvořivě rozvíjena, obohacována. Objektivní smysl je “evolving action”, rozvíjející se akce: smysl se děje, nemůže být dobře definován staticky. Je to směřování, tvořivé pronikání do budoucnosti. Ani minulost, ale především ani budoucnost nejsou lhostejné pro přítomnost.

Myšlenka “dění smyslu” a kontextu jako jeho výrazu a nositele nepatří jen Kozákovi. Setkáváme se s ní i v pracích pražské strukturalistické školy. U Jana Mukařovského znamená kontext časově utvářený celek, který tím, jak se děje, se postupně naplňuje smyslem. Je to sled významových jednotek, nepřemístitelný bez proměny celku. Sled, při kterém se postupně akumuluje celkový smysl; takže teprve při skončení je celý sled, daný předtím postupně, akumulován simultánně. Teprve ve chvíli ukončení nabývá celek i každý dílčí význam definitivní tvar. Není-li tedy kontext ukončen, je vždy ještě jeho celkový smysl nejistý. Vloni na tuto problematiku znovu upozornil ve Filozofickém časopise Karel Chvatík. Můžeme ještě povědět, že o “smyslu” lze hovořit tam, kde uplatňujeme hledisko globální, celkové, zatímco “význam” postihuje především relace

jednotlivých částí celku, komponent ve vztahu k celku i k sobě navzájem.

V tomto pohledu se nám může kontextualismus jevit jako určitá historizující podoba strukturalismu, v níž se čas znovu hlásí o svá práva; klasický strukturalistický problém synchronie-diachronie je znovu otevřen a reformulován. Tyto tendence můžeme vystopovat i ve strukturalistické psychopatologii Uwe H. Peterse, který se ostatně hlásí k myšlenkám pražské školy, zejména v interpretaci Romana Jakobsona. V roce 1977, na jednom ze známých symposií o motivaci v Nebrasce, přednesl základní referát o kontextualismu, jako světovém názoru v psychologii T. R. Sarbin. Podle něho je základní kategorií kontextualismu historická událost, komplexní, jedinečná a neopakovatelná. K ní se pojí koncepty změny, novosti, kvality a textury. Metodologicky se uplatňuje idiografický přístup s důrazem na porozumění pro měnící se tvar, kvalitu a texturu dramatické události - tedy kontextu. Je doplňován přístupem typologickým, taxonomií zápletek či scénářů, které se uplatňují v individuálním životě.

Subjektivní smysl

Obraťme teď minci v dlani, převraťme slovosled: jestliže jsme prve řekli, že rozumíme tomu, co má smysl, pak nyní povězme, že smysl má to, čemu rozumíme. Tímto obratem si totiž otevíráme cestu ke smyslu subjektivnímu. Jako prvotní nyní neklademe zkušenost předmětného smyslu, ale fakt, že jsme bytosti, které rozumějí, že porozumění patří k naší duchovní výbavě. Odtud vychází - s odvoláním na Heideggera - Patočka, říká-li, že smysl je to, na základě čeho se něco stává srozumitelným. Pro Heideggera je porozumění existenciál: primární porozumění "dává" smysl. Pro nás v něm spočívá jádro subjektivního smyslu.

Do současné psychologie vnesli problematiku subjektivního smyslu především představitelé humanistického směru. Tak Abraham Maslow uvádí ve svém systému potřeb i potřebu rozumět a spojuje ji v jedné vrstvě s potřebou vědět. Obě jsou přitom vrozené. Potřeba vědět, zvědavost, je sice vývojově starší, řekněme že silnější, ale musí být doplněna potřebou rozumět. Neboť: chceme vědět stále víc, stále přesněji, až mikroskopicky jemně. Ale fakta, která takto získáváme, jsou atomizována, izolována. A proto hledáme vazby mezi nimi, hledáme významy, oceňujeme je. V tom spočívá porozumění.

Také Erich Fromm mezi základními lidskými potřebami uvádí potřebu "rámce pro orientaci". Lidské sebevědomí, lidský rozum a představitivost porušily původní animální rovnováhu s přírodou. Člověk se zapletl do rozporů své vlastní existence. Má jistotu vlastní smrti. Touží po tom nastolit novou rovnováhu mezi sebou a světem; především rozumově. Ale to nestačí, tato rovnováha musí zahrnout i citové prvky. A tak výrazem lidské potřeby celistvosti je i oddanost

cíli, myšlence a moci, která člověka převyšuje: potřeba jistých úběžníků, v nichž se sbíhá tříšť našich činů. Potřeba životní smyslu.

Není však sporu o tom, že nejvýznamnějším teoretikem životního smyslu je Viktor Frankl, nesmlouvavý kritik naturalistického redukcionismu ve vědách o člověku. Odmítá obraz člověka bažícího po slasti nebo usilujícího o moc. Chápe jej jako bytost usilující o smysl a hodnoty. Problematika vůle ke smyslu je u něho centrální. Člověk vykračuje sám za sebe, přesahuje sám sebe k něčemu, co není on sám, je otevřen světu v jeho duchovní dimenzi, transcenduje k logu, k objektivní duchovní sféře smyslu a hodnot. Poslední otázka po smyslu lidské existence je otázkou náboženskou. Odpovědí na ni je náboženská víra ve věčný smysl - Frankl také říká "meta-smysl" - přesahující konečnost lidského života.

Princip logos

Nyní provedme malý jazykový obrat: místo principu smyslu budeme hovořit o principu logos; mexický filozof Leopoldo Zea použil toto označení v rozhovoru o potřebnosti filozofie v letošním únorovém čísle Unesco Kurýru. Malý obrat však může mít velké důsledky. V našem případě jsme se jím ocitli v mnohovýznamném sémantickém poli slova "logos". Získali jsme pro sebe mnohem širší prostor, v jehož centru však stále zůstává idea smyslu. Otevřel se nám svět řeči, pokud je logem míněno slovo, které nese smysl či rozprava, která odkrývá pravdu. Otevřel se nám svět myšlení, pokud logos znamená myšlenku samu, pojem či důvod. Ale především se nám otevřel sám svět jako svět, jako to, co je prosvětleno; rozumějme - prosvětleno smyslem. Pak to není pouhá hromada nakupených věcí kolem nás, je to celek; a logos je garantem jeho jednoty a integrity. Tak to vyložil v loňském třetím čísle Reflexe Ladislav Hejdiánek. Vrátil se ve svém výkladu k původnímu významu slovesa legein, totiž sbírat, shromažďovati do jednoty a odtud - s odvoláním na Herakleita - přijal logos jako označení toho, "co jednotlivé jsoucnosti pravého jsoucnosti sbírá v jednotu a drží pohromadě tak, že po celou dobu svého událostního dění zůstává navzdory všem ustavičným proměnám týmž celkem". Přitom "způsob, jak logos drží svět pohromadě, je jakási vláda, jakási prosazující se norma: ve světě se všechno děje podle logu". Takže: logos jako vláda, jako smysl i pravda.

Teď konečně můžeme říci, co jsme vlastně povědět chtěli: "Princip logos" pro nás neznamená pouze jeden z axiomů, jedno z paradigmat, která zakládají teorii humanitních věd. Jde spíše o etiketu pro celý program, pro celé pracovní zaměření ve vědách o člověku. Naznačili jsme si ve zkratce, jak jej realizoval například Viktor Frankl s tím, že jde o významné, nikoliv však jediné řešení. Vždyť přece celá naše dnešní konference je jenom dokladem toho, jak tento program

naplňoval ve svém životě a díle pan profesor Robert Konečný. A v naší dnešní situaci získal tento program jen na aktuálnosti. Stal se totiž programem rehabilitace ducha a duchovní sféry, determinace shora, jak by řekl J.B. Kozák a mínil tím vládu duchovních hodnot v jejich meta-fyzickém zakotvení. V rozhovoru, který v roce 1968 zapsal pro Univerzitu přítel Ivo Plaňava, to nám všem pan profesor Konečný vzkázal takto: “Otázka lidských hodnot, hierarchie lidských hodnot v současném světě - to je úkol, na němž by se měly psychologie i filozofie ze všech sil podílet.”

Patočkova filozofie domova jako základ manželského poradenství

Tím, že Jan Patočka vykládá lidskou existenci jako život v pravdě, rehabilituje filozoficky duchovní skutečnost a ideje. Neboť život v pravdě je životem v ideji. Jde o rehabilitaci: jestliže totiž u Platona jsou věci stínem idejí, pak v naturalismu devatenáctého století (i v jeho pozdějších recidivách) se ideje staly pouhým stínem věcí a duchovní skutečnost epifenomenem dění hmotného, tedy čímsi druhotným, více méně zdánlivým, co samo o sobě nemůže nic způsobovat. Při kritice tohoto pokleslého způsobu myšlení používá Patočka prostředků, které nabízí fenomenologie a filozofie existence. A ideje interpretu - je jako to, co musí být vtěleno. Idea na nás speluje: nikoliv snad abychom se “dali do jejích služeb”, nýbrž abychom v ní byli, v ní existovali.

Což platí nejen pro naši životní praxi obecně, ale i pro naši činnost odbornou. I ta musí být řízena jistými ideovými “klíči”. A jsem přesvědčen, - v tom jsme byli s přítelem Ctiborem Lukavským zajedno - že nejzákladnějším, nejhlubším postulátem naší odborné praxe je idea domova. V čem spočívá?

Pro objasnění se obraťme k Patočkově filozofii domova. V jeho výkladu je existence možnost, která je realizována životním pohybem. První a nejzákladnější je pak pohyb zakotvenosti. Jím musíme získat to, co je pro nás ve světě již předem připraveno, musíme zakotvit, zakořenit ve světě. Zakotvenost je život v ochraně, zastínění a jenom tím, že jsme takto přijati, se země stává teplou, vlídnou a laskavou. Takže: pohyb zakotvenosti je pohybem blaženého přimknutí v prostoru domova - a domov se tak stává kotvou lidské existence.

Domov je tedy útočiště. Je to místo, kam patříme více, než kamkoliv jinam, kde se cítíme bezpečni, kde není takřka třeba nic objevovat, kde každé očekávání již bylo nebo může být typickým způsobem vyplněno. Je to ta část univerza, která je nejvíce lidsky proniknuta a kde věci jsou takřka orgány našeho života. Pohyb zakotvenosti se děje z centra rodinného do prostoru domova širšího, místního, krajového, národního, státního, do svazků, s nimiž se člověk cítí v různé míře spjat, jimž na základě tradic a vlastních zájmů bytostně rozumí a v nichž je “zdomácnělý”.

Nejdůležitější charakteristikou zakotvenosti však stále ještě zamlčujeme: že totiž získat svět, zakotvit, zakořenit v něm je možné pouze prostřednictvím druhých. V tom je smysl onoho “být přijat”; zakotvenost je spolupohyb ve vzájemnosti s druhými, v intimitě svazku, v bezprostřednosti sdílení a sdělování. Toto

úzké společenství se vsunuje mezi jednotlivce a společnost, aby řádem intimních mezilidských vztahů zprostředkovalo a modifikovalo neosobnost toho, co platí v obecnosti. Aby normativy neosobního “se” (stanoví se, má se, požaduje se, doporučuje se) transponovalo do osobních rad, povzbuzování, varování, napomínání. A ještě: toto společenství chrání, zaštiťuje před hrozbou konzumních vztahů, založených na neosobní expoataci druhého.

Prototypem takového společenství je rodina. Domov a rodina jsou skutečnosti souvztažné. Domov je místem života rodiny, smyslem rodiny je tvorba domova. Obojí je prostoupeno atmosférou intimity, niternosti, vzájemnosti, porozumění a ochrany.

To tedy je - jsme o tom přesvědčeni - onen nejhlubší filozofický základ a teoretické východisko naší odborné praxe. Je to - opakuji - východisko, které musí teoreticky rozvinout. Naznačím, spíše zkusmo, některé důsledky.

Dítě, má-li se zdravě rozvíjet, musí projít zkušeností domova; je to životní prazkušenost. Tak můžeme přetlumočit do našeho jazyka požadavek existenciální zakotvenosti. V pozdějších letech se tato zkušenost bude rozvíjet a prohlubovat. Ale všechno nové, co se později vynoří, co dítě v životě potká, bude růst z onoho prvotního, nejzákladnějšího životního pocitu, který dítě hluboko v sobě ponese.

A tuto zkušenost může dítěti zprostředkovat jenom rodina. Domov není samozřejmý. Vzniká. Tvoří se. A tvorba domova - už jsem to řekl - je základním úkolem rodinného soužití. Nejde jen o spontánní rozvíjení emočních vazeb. Starost o domov patří k neodvolatelným povinnostem rodičů. Ti jsou tím svorníkem, kterým je svázána celá klenba domova.

Takže: zkušenost domova, tvorba domova, starost o domov a odpovědnost za domov - to jsou naše základní teoretické postuláty a koncepty. Kdybychom je však příliš “okate” a neopatrně používali při rozhovorech mezi čtyřmi stěnami našich poraden, stěží bychom se ubránili předhůzce moralismu. Zůstávají našimi orientačními body, ale terapeutický rozhovor je diskurz jiné úrovně a my musíme jazyk opravdu “operacionalizovat”. Musí však přitom zůstat jazykem rodinného soužití. Jazykem domova.

Literatura

Patočka, J.: *Přirozený svět jako filozofický problém*, Praha Ústř. nakl. učitel. 1936

Patočka, J.: *Ideologie a život v ideji*, Kritický měsíčník 7, 1946, s.8-14

Patočka, J.: *Co je existence?*, Filosof. čas. 17, 1969, s.682-702

Dysfunkční manželství - eufunkční rodina

Chci vám povědět, v čem spočívá - podle mého mínění - paradox manželského poradce. Nejdřív řeknu některé všeobecnosti.

Dovedeme si všichni velice dobře zpřítomnit onen pocit napětí, který v nás narůstá ve chvíli, kdy se jako poradci ocitneme v konfliktu mezi elementárním terapeutickým požadavkem “nechat klienta vymluvit z tenze” a stejně naléhavým časově-ekonomickým požadavkem zůstat v rozhovoru “při věci”. Neboť předobře víme, že klient zpravidla při věci nezůstane.

Ale: v čem vlastně záleží ono “zůstat při věci”?

Jde o to: zaprvé jasně vymezit obor rozpravy, diskurzivní univerzum a zadruhé hovořit o něm přiměřeným objektovým jazykem. Přitom obor rozpravy představuje určitý úsek skutečnosti, o němž jde řeč. Jeho jazykovým ztvárněním je tzv. sémantické pole. Proti oboru rozpravy jako úseku reality má sémantické pole něco navíc: je interpretací reality v podobě, jak je v určitém jazyce zakotvena. Říká se, že jednotlivá sémantická pole jsou v různých jazycích různě utvářena, segmentována a že je to dáno především podmínkami, v nichž jazykové kolektivy žijí.

V sémantických polích existují rozdílné sémantické dominanty, jakási klíčová slova, kolem nichž a s jejichž pomocí je každé pořádáno. Mohli bychom také říci, že sémantické pole je osobitý jazykový systém zavedený na daný soubor (třídou) objektů podle určitého systémotvorného kritéria, vyjádřeného klíčovými slovy. Sémantické pole nám tak diktuje svůj slovník, svůj jazyk, ve kterém realizujeme rozhovor. A ještě bychom mohli říci, že zůstat při věci znamená vést rozhovor jazykem daného sémantického pole.

Po léta jsem se této zásady v manželské poradně držel a s klienty hovořil - jak jinak - jazykem manželského soužití. A narážel jsem. Když vám totiž klientka s umíněností malého dítěte neustále opakuje “ale já k němu nic necítím, já s ním nemůžu žít”, začnou vám docházet argumenty. Její prostičké vyhlášení je totiž podepřeno etickou maximou manželského soužití, která říká, že zůstat v manželském svazku s někým, ke komu jsem ztratil jakýkoliv citový vztah, je nemorální. Tady terapeutický rozhovor dospěl do patové situace. Není kam táhnout.

A tomu říkám “paradox manželského poradce”. V logické rovině to je pouze speciální případ obecné Russellovy antinomie, podle které třída nemůže být svým vlastním prvkem. Můžete zkrátka jazykem manželského soužití vést smysluplný rozhovor o nejružnějších problémech - komunikačních, sexuálních -

uvnitř tohoto soužití, ale rozhovor ztrácí na smyslu, jestliže samo soužití se hroutí.

Pak musíte své argumenty hledat jinak a jinde. Musíte je hledat v oboru rozpravy daném vztahy rodinnými, mezi nimiž manželské soužití je pouze jednou z položek, jedním prvkem mezi ostatními. Musíte se v rozhovoru přesunout na sémantické pole rodinného soužití a pokračovat v rozhovoru jazykem tohoto soužití, v jehož slovníku jsou dominantami taková klíčová slova jako “rodičovská odpovědnost” a “starost o domov”, zatímco pojmy jako manželský soulad či nesoulad jsou druhotné.

Ale opusťme terén lingvistiky a logiky a řekněme to jinak a naléhavěji: Manželství jako instituce má své nejhlubší zdůvodnění ve vytvoření a zachování rodiny. A etika manželství je proto podřízena etice rodiny. Jestliže - jak jsme řekli - v manželské etice jako maxima platí, že je nemorální zůstat s někým, koho nemilují a předstírat, že k němu mám stále pevný citový vztah, pak v etice rodinné naopak platí, že je morální, jestliže rodiče - s ohledem na svou odpovědnost za nedospělé děti - hledají přijatelný kompromis ve svém zmrzačeném manželském soužití. A my bychom své klienty měli k tomuto náhledu přivést a ten kompromis jim pomoci hledat. Měli bychom jim poskytnout nějakou protězu.

Praktická otázka zní takto: Jaké podmínky nastolit v manželském soužití, jestliže je zjevně dysfunkční, aby bylo zachováno eufunkční soužití rodinné? V době, kdy se naším problémem stalo manželství z nerozumu, měli bychom najít odvahu rehabilitovat manželství z rozumu jako cestu z manželské krize. Ostatně, sami naši klienti na nás takový požadavek občas vznášejí. Nemělo by nás to přivádět do rozpaků či dokonce to v nás vyvolávat provinilý pocit morální laxnosti. Myslím totiž, že i některá empirická zjištění tento požadavek podepírají.

Je však nutné, abychom tento svůj postoj - že totiž rozhovor s klienty o jejich problému manželském jsme ochotni vést jen v prostoru vymezeném soužitím rodinným - klientům signalizovali od první chvíle manželské intervence, abychom jim ukázali, že je to náš program a ne nějaký fígl z nouze v podobě otázky “a co děti”?

Jsem přesvědčen, že úspěch manželské intervence záleží od toho, do jaké míry se nám podaří v jejím průběhu tento náhled klientům vštípit a naučit je takto o svých problémech přemýšlet a mezi sebou rozmlouvat. Což by mohlo znamenat, že jsme u nich dosáhli změnu ve smyslu větší odpovědnosti a osobní zralosti.

Inu, kéž by...

Krise v životním kontextu

Diskuse na loňské psychoterapeutické konferenci ukázaly, s jakým zaujetím a naléhavostí dnes psychoterapie hledá svou podobu jako samostatný obor, svou identitu. S tím souvisí i snaha o průzkum a zmapování s vyznačením orientačních kót, tedy kategoriální analýza. Ta by měla postihnout základní síť konstitutivních pojmů, které tvoří jakýsi skelet vědního oboru. K takovým fundamentálním konceptům patří i životní krize.

Životní kontext

Krise - ve svém lexikálním významu - je předěl, zlom, bod zvratu v nějakém dění a jeho řádu. Při krizi životní máme na mysli zlom ve stávajícím, zaběhnutém pořádku životním. Přitom "životem" nemíníme systém organických struktur a funkcí, ale čas lidského pobytu ve světě vymezený narozením a smrtí. Je to život, k němuž se člověk posléze autorsky hlásí, tedy život osobní, který člověk koná pohybem sebeuskutečňování; patří k němu porozumění sobě a skrze toto porozumění i porozumění jiným věcem a bytostem. Je to život v přesahu, v naději: tihnoucí k naplnění, smysluplnosti a ohrožený prázdnotou. A ještě dodejme: je to život, za nějž člověk přejímá odpovědnost, ať už v mozaice jednotlivých činů nebo v celistvé podobě životního díla.

A tak se nám život podává jako specifický časový celek, časový útvar - kontext. Vypůjčujeme si toto označení ze slovníku pražské strukturalistické školy. V tomto zpřesněném pojetí znamená kontext časově utvářený celek, který tím, jak se děje, se postupně naplňuje smyslem. Je to sled významových jednotek, nepřemístitelný bez proměny celku. Sled, při kterém se postupně akumuluje celkový smysl, takže při skončení je celý sled, daný předtím postupně, akumulován simultánně. Teprve ve chvíli ukončení nabývá celek, i každý dílčí význam, definitivní tvar (Mukařovský, 1968).

Dění smyslu

Dokud kontext není ukončen, je vždy ještě jeho celkový smysl nejistý. Může se zlomit a zůstat pouhým torzem, může se také zvrátit ve svůj pravý opak: nemůžeme si být jisti, že se nedočkáme náhlého překvapení. V tom je jeho dynamičnost, kterou nám zpravidla odkrývá teprve zpětný pohled.

Můžeme mluvit o "dění smyslu" (Chvatík, 1977), smyslu, který se teprve postupně - leckdy dramaticky - utváří v interakci dílčích významů. K tomu

vysvětlení: V současnosti byl problém smyslu aktualizován zásluhou teorie systémů a systémového přístupu. V tomto přístupu, vycházejícím z klíčových kategorií systému, struktury, informace, regulace a funkce a zdůrazňujícím hierarchickou, strukturní a funkční uspořádanost složek systému jeho celostní integrativní vlastnosti - tedy v tomto přístupu je možno říci, že smysl má to, co je jako integrovaná složka včleněno do nějakého systému, co se stalo prvkem nějaké uspořádanosti, nějakého řádu. Ať tuto řádovou, skladebnou vázanost nahlížíme v podobě vztahů funkčních, normativních či teleologických, vždy jde o vazbu smyslem v jejich různých modifikacích. A odkrýt tuto vazbu předpokládá, že nalezneme onen společný úběžný bod, těžiště a ohnisko smyslu, v němž se právě soustřeďuje vztah nejméně dvou různých prvků, původně samostatných a izolovaných, jenž vznikl ve chvíli, kdy se tyto prvky staly složkami nějakého systému, strukturálního, utvářeného celku (Polanyi, 1968). Mohli bychom ještě upřesnit, že o “smyslu” hovoříme především tam, kde míníme právě ono ohnisko, střed, kolem kterého se celek dynamicky strukturuje, kde tedy uplatňujeme hledisko globální, zatímco “význam” postihuje především relace jednotlivých částí, komponent vzhledem k tomuto centru i k sobě navzájem.

Životní zakotvenost hodnot

Kde a v čem máme hledat úběžníky životního kontextu, ohniskové body jeho smyslu? V hodnotách, k nimž je lidský život vztážen. Platí potom, že význam má, co je v kladném vztahu k nějaké životní hodnotě. A naše otázka po životním smyslu je totožná s úsilím odkrýt smysluplné vazby individuálního lidského života, totiž odhalit, jakým způsobem jsou v něm hodnoty obsaženy, jak v něm jsou tematizovány.

Hodnoty se stávají životními tématy: smysluplnými okruhy, o něž v životě jde a které jsou kolem jednotlivých hodnot soustředěny. Jejich úhrn představuje životní tematiku. Při jejím zjišťování se ptáme na to, jak se jednotlivá témata rozvíjejí, přeměňují, ustupují do pozadí, hledáme téma dominantní, sledujeme napětí uvnitř jednotlivých témat i ve vztazích různých životních témat navzájem - tak, jak to odpovídá dění smyslu uvnitř životního kontextu (Mrkvička, 1970).

Fakt životního zasazení hodnot nelze dost docenit: nepředstavují jakousi nadsvětanou “říši hodnot”, sféru nadčasových platností, ale jsou živoucí součástí našeho života a světa. A v tomto svém životním zasazení to jsou výzvy, možnosti nebo pokušení, které se vynořují v konkrétní životní situaci a oslovují člověka v jeho celistvém pobytu ve světě (Häfner, 1961).

Hodnoty v životním kontextu neexistují jinak než jako kvality objektů, k nimž jsme intencionálně zaměřeni, po nichž bažíme. V tom spočívá jejich objektivita.

Zní to poněkud staromódně, ale máme dobrý důvod, proč koncept statku zavádíme: statky jsou hodnotově smíšené, vedle kladných hodnot zahrnují i hodnoty záporné. Tím je potencionálně dána ambivalentnost našeho vztahu k nim.

A jak je to s hodnotami v lidských vztazích? I ty musí být vtěleny, personalizovány. Musí být zosobněny: lidé jsou jejich nositeli, jsou ztělesněnými hodnotami (Frankl 1972, s.208ad.). Pak můžeme říci, že člověk je nejvyšším statkem pro člověka.

Krize jako situace nouze

V krizové situaci se člověk ocitl v bodu zvratu. Krize je vpádem diskontinuity do životní kontinuity: došlo k přerování životních souvislostí. Otřásají se životní vzory a hodnoty dosud platné; jsou znehodnocovány. Tato devalvace hodnot hrozí ztrátou životního smyslu. Člověk se cítí ohrožen a vydán všanc nejistotě nových a neznámých věcí. Přitom konstruktivní řešení není po ruce. Staré, osvědčené životní praktiky nepostačují, pokusy o zvládnutí situace vyzkoušenými a zaběhnutými technikami selhávají. A člověk se ocitá v časové tísní. Situace je naléhavá, řešení neodkladné, něco se musí stát právě teď, v této chvíli.

Situace je hrozivá, v sázce je mnoho a východisko nejisté. Pocit nezvládnutelnosti krize vlastními silami, vědomí vlastní bezmoci vyvolává úzkost. A ta přerůstá v paniku: pocit ztráty pevné půdy pod nohama vrcholí a je provázen ztrátou kontroly nad sebou i nad situací. Vlady se ujímají regulační mechanismy, které se při ztrátě jáské kontroly uplatňují, jsou příliš globální, nepřiléhavé, nepružné, strnulé a nevedou k řešení. Přesněji: vedou k řešení patologickému.

Popsali jsme první dvě fáze krize, totiž fázi alarmující, ve které se hlásí první signály zlomu a fázi kritickou, provázenou dezintegrací chování. Náš závěr zní: krize je situace, kterou člověk není s to zvládnout vlastními silami. Sebenáročnější životní situaci, na kterou jsme schopni reagovat adekvátně a konstruktivně za krizi neoznačíme. Krize je situace nouze; k jejímu vyřešení je nutná cizí pomoc, intervence zevnějšku. Jen za cizího přispění může dojít ve třetí, postkritické fázi k nové životní integraci, k obnovení životní kontinuity na nové úrovni.

Jádro krize vidíme v nepochopitelnosti mezi subjektivním významem situace a individuálními možnostmi jejího zvládnutí (Häfner, Helmchen, 1978). Čím větší význam člověk situaci přikládá, čím důležitější hodnoty jsou v sázce, tím v hrozivější podobě krize vystupuje. Postihnout subjektivní význam dané situace však můžeme jen na pozadí celé sítě tematických životních vazeb, tedy "zevnitř", imanentní analýzou životního kontextu (Mrkvička 1981).

Závěr

Formativní význam krizí v utváření lidského života je nesporný. Bylo by však jednostranné - a máme k tomu sklon - pokládat je za základní faktor morfogeneze životního kontextu. Zkušenost krize se zážitky ohrožení, bezmoci, selhání je konec konců zkušenost se záporným znaménkem. Je to zkušenost "demoralizující" (Frank 1974), pokud přijmeme za své, že idea smysluplného života je základním etickým postulátem.

Proto jako protipól zkušenosti krizové klademe zkušenost "klíčovou". To je zkušenost otevírající, odemykající nové životní horizonty, nové vazby, nové možnosti a perspektivy. Svou povahou je tvořivá a posiluje životní kompetenci, sebedůvěru a sebekontrolu. Místo krizí v životním kontextu je určeno teprve vzájemnou interakcí těchto protikladných zkušeností, jimiž člověk prochází na cestě k existenci.

Literatura:

- Frank, J.D.: *Psychotherapy: restoration of moral*, AmJ. Psychiat. 131 (1974), 271-74
Frankl, V.E.: *Der Wille zum Sinn*, Huber, Bern 1972
Häfner, H.: *Das Wertproblem in der Neurosenlehre*, in: Frankl, v. Cabsatiel, Schultz: *Handbuch der Neurosenlehre* Bd.5, Urban & Schwarzenberg, München 1961
Häfner, H., H.Helmchen: *Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise*, Nervenarzt 49 (1978), 82-87
Chvatík, K.: *Problém stylu z hlediska obecné teorie umění*, Estetika 14 (1988), 80-95
Mrkvička, J.: *Tematologie a harmeneutika v antropologické psychoterapii*, Čs. psychol. 14(1970), 277-278
Mrkvička, J.: *Strategie zúčastněného pozorovatele*, Čs. psychol. 25(1981), 174-176
Mukařovský, J.: *Pojem celku v teorii umění*, Estetika 5(1968), 173-181
Polanyi, M.: *Logic and psychology*, Am. Psychologist 23 (1968), 27-43

Jak vedu první rozhovor

O významu prvního rozhovoru v terapeutickém procesu bylo napsáno až dost, než abych se pokoušel k tomu něco připojit. A tak povím jen několik praktických poznámek.

Takže: jak vedu první rozhovor? Jako by to byl rozhovor poslední. To znamená, že se snažím, aby byl celý. Aby měl začátek a konec. A aby na jeho konci klienti - i v případě, že znovu nepřijdou (což se stává - věděli, že jim byla nabídnuta šance a to, zda ji přijmou nebo ne je jejich věcí. Měli by zkrátka prvním rozhovorem získat nový náhled na svou situaci a na možnost jejího řešení.

Prvá fáze rozhovoru je rozhodující; říkám tomu "kritických prvních dvacet minut". Jde v ní o tři věci:

Zprvu se musím klientům legitimovat, musím osvědčit svým přístupem k problému svou odbornou kompetenci. Musím je přesvědčit, že opravdu mám na to, abych jim mohl pomoci a že jim pomoci chci. A musím je také v neposlední řadě přesvědčit, že nejsem advokátem žádného z nich, ale že chci být - řečeno se Stierlinem - zprostředkovatelem dialogu a agentem smíření.

Zadruhé sám pro sebe musím získat základní orientaci v jejich rodinné situaci. V rodinné, ne manželské. Jsem totiž přesvědčen, že musíme oddělit to, co v Plzákově pojetí manželského soužití je spojeno: složku soužití rodinného od složky soužití manželského. A já se ptám - cituji Plzáka - na úroveň součinnosti klientů v oblasti, kde není rozhodující cit, ale opravdová činnost a její výkon. Snažím se zjistit funkční stav rodinného soužití v jeho základních položkách.

A jde mi přitom o víc, než o vlastní orientaci. Chci se prostě co nejrychleji uchytit v rozhovoru na nějakém "ostrůvku možné shody". A tím je nejpravděpodobněji péče o dítě. Proto téma dětí vtahuji velice brzo do rozhovoru způsobem asi "a co děti, vědí o tom, co se mezi vámi děje?". Je to sice postup poněkud záludný, ale já si tím rovnám první trumfy v dlani. Žádný rodič vám přece neřekne, že své dítě nemá rád a že o ně nestojí, dokonce ani o svém partnerovi to neříká příliš často.

Tímto manévrem získávám prostor pro důležitý obrat. Opakovaně se přesvědčuji o neschopnosti klientů nahlédnout manželský konflikt očima toho druhého. Každý má monopol na pravdu, provázený neochotou připustit, že pravda je uprostřed. A tak je mám k tomu, aby svůj vztah a konflikt spatřili očima svých dětí.

Tímto obratem převádím rozhovor na pole vztahů rodinných, v nichž manžel-

ské soužití je pouze jednou z položek, jedním prvkem mezi ostatními. A chci v rozhovoru pokračovat jazykem rodinného soužití s tím, že v jeho slovníku jsou dominantní taková slova jako “rodičovská odpovědnost” a “starost o domov”, zatímco pojmy jako manželský soulad či nesoulad jsou druhotné.

Říkám tomu “paradox manželského poradce”. Po léta jsem v manželské poradně hovořil s klienty jazykem soužití manželského. A narážel jsem. Když vám totiž klientka s umíněností malého dítěte neustále opakuje “ale já k němu nic necítím, já s ním nemůžu žít”, začnou vám docházet argumenty. Její prostiček vyhlášení je totiž podepřeno zaběhnutým názorem, který říká, že zůstat v manželském svazku s někým, ke komu jsem ztratil citový vztah, je nemorální. Tady terapeutický rozhovor dospěl do patové situace. Můžeme zkrátka jazykem manželského soužití vést smysluplný rozhovor o nejrůznějších problémech - komunikačních, sexuálních - uvnitř tohoto soužití. Ale rozhovor ztrácí na smyslu, jestliže se samo soužití hroutí.

Musím teď opakovat to, co jsem už řekl při jiné příležitosti: Manželství jako instituce má své nejhlubší zdůvodnění ve vytvoření a zachování rodiny. A etika manželství je proto podřízena etice rodiny. A jestliže v manželské etice, v etice dvou dospělých jedinců, autonomních osob, že je nemorální zůstat s někým, koho nemilují a předstírat, že k němu mám stále pevný citový vztah, pak v etice rodinné naopak platí, že je morální, jestliže rodiče - s ohledem na svou odpovědnost za nedospělé děti - hledají přijatelný kompromis ve svém pokřiveném manželském soužití.

A to je ona třetí věc, o kterou běží v počáteční fázi rozhovoru: Připravit si cestu k tomu, aby klienti byli ochotni tento názor přijmout. To znamená, aby byli schopni redefinovat svou situaci.

Jsem velice opatrný při dotazech na vedení domácnosti a finanční hospodaření, protože to často znamená otevřít stavidla záplavě vzájemného obviňování a vypočítávání. A tak registruji jen opravdu hrubé chyby, s tím, že rozhovor o tom má svůj čas. Prvou fází rozhovoru zakončuji dotazem na oba klienty, co si myslí o tom, jaký vztah k nim má jejich manželský partner.

Tohle vyjádření totiž potřebuji jako můstek ke druhé fázi rozhovoru. V ní si chci ujasnit kvalitu emoční vazby mezi manželi. Ale to se mi může podařit jen tehdy, proběhla-li úspěšně první fáze. Druhá fáze rozhovoru je krátká a vedu ji individuálně. Vysvětlím předtím klientům, že se jich chci zeptat na pár věci, o kterých se dá mluvit jen mezi čtyřma očima. A začínám “slyšel jste, co teď řekla vaše manželka. Jak je to ve skutečnosti? “ Přitom dávám pozor víc na emoční projevy než na obsah sdělení. Nechci také žádné vysvětlování a zdůvodňování, žádné omluvy a obviňování. Chci jenom vědět, kolik jsou ochotni do manželského soužití investovat. Sem také patří dotazy na eventuální mimomanželský

vztah.

Pak přecházím ke třetí, závěrečné části rozhovoru, zase společné. Shrnu, co bylo řečeno o rodinném soužití v první části a vyjádřím svůj názor na kvalitu manželského soužití, jak mi to vyplynulo z části druhé. Celý další rozhovor má povahu zcela racionálního kalkulu, včetně kalkulu rozvodového, jak jej doporučuje Plzák. Předpokládejme totiž, že rozhovor je veden za podmínek rozvinutého manželského konfliktu, kdy manželské soužití je vážně otřeseno, ale kdy důvody pro zachování rodiny převládají nad důvody rozvodovými.

V této fázi rozhovoru musím být připraven vynést své trumfy. Rozehrávám obecnou otázkou “myslíte si, že se má manželství zachovávat kvůli dětem?” s doplňujícím “ale spousta lidí to tak dělá. Co vy na tom vidíte špatného?” V záloze mám nejen poukazy na rodinu a odpovědnost klientů za ni, ale i na potřebu domova a důsledky jeho rozpadu. Jsem přitom připraven zpochybnit přesvědčení klientky, že dětem může připravit po rozvodu lepší a klidnější domov věcným vysvětlením toho, co s sebou pravděpodobně přinese porozvodová situace. Vedu argumentaci v pojmech povinností i odpovědnost, ale především snáším důvody, proč spolu mají klienti zůstat. Nemělo by však jít jen o prázdné moralistické poučování. Emočně pozitivní moment se snažím do rozhovoru vnést poukazem na potřebu pohody jako nejcennější formy emoční interakce domova (což jsou slova Plzákova). A také na její aktivní, řekněme programové, utváření, centrování primárně na děti s výhledem, že do ní jsou druhotně nutně vtaženi i oba rodiče.

A tak třetí fáze rozhovoru, ono hledání “proč”, by měla mířit ke společně akceptovanému závěru, že existuje i “jak”. Že lze zachovat rodinné soužití vhodnou, třeba dočasnou úpravou soužití manželského. Rozhovor uzavírám nabídkou, že se o takovou úpravu a vzájemnou dohodu klientů můžeme společně pokusit. Víc od prvního rozhovoru neočekávám.

Takže znovu: jak vedu první rozhovor? Velice aktivně a důrazně, řekl bych formou stupňovaného nátlaku. Vyzkoušel jsem si, že psychotherapeutický postup, obvyklý třeba v psychiatrii, může být v manželském poradenství spíše na překážku. Vezměme třeba názor, že pacientovi nesmíme imputovat pocit viny. Ale chceme-li nezralé manželství dovést k větší zralosti, pak musíme apelovat na odpovědnost. A kde je odpovědnost, je i vina. A jiná cesta k dospělosti není.

Dospívání, psychoterapie, psychagogika. (Mezi etikou a psychologíí)

Nevím, jak je člověku, který nese sovu do Atén. Ale dovedu si velice dobře zpřítomnit člověka, který veze fůru dříví do lesa. Právě je prožívám. Co vám mám povídat o dospívání, když o něm všechno víte!? A co mám vykládat o psychoterapii, když je toho málo, co byste nevěděli?! Proto mi dovoluňte, abych začal od konce, totiž psychagogikou. Tak mám ještě jakousi šanci. A jako podtitul této úvahy volím “mezi etikou a psychologíí”.

Mezi etikou a psychologíí je totiž prostor psychagogiky. Tu předběžně vymezím jako psychologické (tj. psychologické prostředky využívající) vedení lidí ke správné, dobré životosprávě. Hned to vysvětlím.

Idea smysluplného života

Navzdory Macbethovi chce člověk prožít svůj život jako dobrý příběh. Příběh, který má svůj začátek, střed i konec. Příběh, ve kterém vládne vnitřní řád. Smysl. Podle klasické definice Sprangerovy smysl má, co je včleněno jako konstitutivní složka do nějakého hodnotového celku. Životním příběhem miníme čas lidského pobytu ve světě, vymezený narozením a smrtí. Je to příběh, k němuž se člověk posléze autorsky hlásí, jde v něm o život osobní, který člověk koná pohybem sebeuskutečňování. Život v přesahu, v naději, tíhnoucí k naplnění a ohrožený prázdnotou.

Jde o specifický časový celek, časový útvar - kontext. Vypůjčujeme si toto označení ze slovníku pražské strukturalistické školy. V jejím pojetí znamená kontext časově utvářený celek, který tím, jak se děje, se postupně naplňuje smyslem. Dokud není dokončen, uzavřen, je vždy ještě jeho celkový smysl nejistý. Může se zlomit a zůstat pouhým torzem. Může se také zvrátit ve svůj pravý opak. Děje se: je to “dění smyslu”. Úběžníky životního kontextu, ohniskové body jeho smyslu, pak musíme hledat v hodnotách, k nimž je lidský život vztážen. Uchopit souvislosti uvnitř takového celku jako smysluplné, znamená porozumět jim. Porozumění hledá vazbu smyslem.

A do těchto souvislostí se usiluje etika vsadit lidský čin. Vycházejíc z ideje smysluplného života, hledá filosofickými prostředky, tj. nepředpojatou reflexí a argumentací, obecně platné výpovědi o dobrém jednání. - To je jedna z moderních definic etiky.

Životospráva a kompetence

Můžeme se však odvolat ještě na jinou, klasickou definici. Cítuji: Etika neboli praktická filosofie hlavně návodem býtí má, jak spraviti sobě život z jednotného stanoviska, pro nás arci filozofického. Tedy: úkol a cíl správy životní jest co možná nejvyšší vymezení a nejpraktičtější k tomu podati pravidla. Ty dvě definice se navzájem doplňují.

Být správcem svého života, o to běží. A spravovat svůj život znamená svobodně a odpovědně řídit své životní záležitosti. Přitom “svoboda” je pro nás pouze slovo pro sebeurčení, autodeterminaci, jáskou podmíněnost jednání a na ní spočívající sebeřízení, auto-regulaci. Je to protiklad k “být vlečen” cizími silami vnějšími, ale i vnitřními, totiž pudovými tlaky a nutkavými vzorci chování, které nemáme pod kontrolou. Nositelem odpovědnosti je svědomí. Míjíme svědomí živé a tvořivé, takové, které se nezabydluje v daném, ale které je naopak připraveno hledat nové cesty, přijmout riziko s tím spojené a - dodejme- také unést svou vinu, vybojovat svůj vnitřní zápas s ní, nezhroutit se pod její tíží.

V tomto smyslu bychom měli očistit a prohloubit koncept životosprávy, aby v ní nešlo jen o zachovávání jakýchsi dietních předpisů. A nemělo by nám přitom ujít, že jsme se tím dostali k nejvlastnějšímu jádru psychagogického vedení, které spočívá v rozšiřování prostoru pro svobodné rozhodování a posilování odpovědnosti. Ještě jinak to můžeme říci: jde o posilování životní kompetence; o podporování a rozvíjení těch osobností charakteristik, které rozhodují o tom, že člověk je pánem situace, že v ní netápe jako v labyrintu, že je nad ní. Vláda nad situací je právě kompetence. Jednat kompetentně v určité situaci nejprve znamená jednat se znalostí věcí. To je instrumentální složka kompetence, “techné”. Ale znamená to také jednat s odpovědnou rozvahou, s ohledem na společenské i osobní životní hodnoty. To je mravní složka kompetence, “frónésis”. A ještě doplníme: Vláda nad věcmi, nad situací předpokládá sebevládu.

Etika svědomí

Etiku, která nejlépe koresponduje s tím, co jsem zatím řekl, která podepírá a nese psychagogické úsilí, nazval Max Weber etikou odpovědnosti. V ní jde o tohle: spíš než zásadně zachovávat a uplatňovat morální maximy a normy “padni kam padni”, musíme odpovědně zvažovat důsledky takového jednání. Žádné odvolávání se na morální imperativ z nás nesejme odpovědnost za to, co jsme způsobili. Maximalismus bývá neodpovědný.

Taková imperativní - mohli bychom také říci legalistická nebo nomistická - etika představuje jeden pól, jednu krajnost teorie mravnosti. V ní se mravnost vlastně mění v pouhou legalitu. Druhý pól představuje etika situační. Pokud tato etika popírá platnost mravních hodnot a pokud chápe mravní rozhodování jako

zcela závislé na dané situaci, tj. “svobodné” v uvozovkách, pak se vystavuje obvinění ze svévole a morálního chaosu.

Etika odpovědnosti, etika svědomí, stojí uprostřed. Jejím prvním axiomem je antropologický fakt vztaženosti člověka k hodnotám. Druhým axiomem je primát hodnoty a odvozenost normy. Norma je předpis, který musí být splněn, aby bylo dosaženo cíle, totiž hodnoty. Nebo: norma je způsob realizace hodnoty. V tom je její závaznost a z toho vyplývá i to, čemu se říká morální povinnost, ono “ty máš...” či dokonce “ty musíš...”, tedy mravní imperativ.

Mravní rozhodování a jeho realizace činem tedy kotví primárně ve vztahu k životním hodnotám a jejich eventuální rozpornosti, teprve druhotně ve vztahu k normám. Vnitřní instanci, která tuto vazbu zajišťuje, je svědomí. Řečeno s Allportem, je to schopnost a trvalá tendence přikládat vlastní činy k matici životních hodnot. V tom smyslu hovořím raději o etice svědomí, než o etice odpovědnosti. V tom smyslu také lze hovořit o růstu a výchově svědomí.

Psychologické prostředky

Takže: idea smysluplného života, koncepty životosprávy a kompetence, etika svědomí - to jsou orientační body a směrníky, které psychagogice nabízí etika. Metodické prostředky jí poskytuje psychologie. Vzhledem k tomu, co jsme prve řekli o životním kontextu, je to především psychologie orientovaná biodromálně. Jinak: psychagogika se opírá o biodromální paradigma. Máme-li toto tvrzení konkretizovat, pak tedy poukazem na tzv. psychologii růstu (growth psychology). Míní se růst osobnosti a jádrem psychologie růstu je vlastně teorie personalizace. D. Schultz, autor knížky o psychologii růstu, napsal, že jejím cílem není léčit oběti neurózy nebo psychózy, ale podnítit a uvolnit silný lidský potenciál k aktualizaci a naplnění jedincových schopností a k nalezení hlubšího smyslu v životě. (Což je docela pěkná definice psychagogiky.) Jako reprezentanti jsou uváděni Jung, Allport, Rogers, Maslow, Frankl, Pearls. Ale neměli bychom opomenout ani teorii ego-vývoje Jane Loevingerové a teorii růstu svědomí Kohlbergovu.

Po ryze metodické stránce může psychagogika čerpat inspiraci z teorie životního plánování (life planning) a jejich technik. Ale přece jenom: pro naši každodenní praxi je asi nejdůležitější metodika krizové intervence. V ní pokládáme za rozhodující tyto základní kroky:

1) Redefinovat životní situaci. Přeměnit situaci krizovou v situaci náročnou. Krizová situace je charakterizována ztrátou kontroly a vlády nad situací v důsledku pocitu ohrožení. Proto je nutná intervence. Situace náročná vyžaduje koncentraci sil, žádá si nové řešení, ale je v možnostech jedince. I když v sobě nese riziko, pocit ohrožení nevede k panice. Je spíš zkouškou vlastní kompetence.

2) Odkrýt šanci, nabídnout možnost. Přitom jednak klienta jistit, jednak podněcovat.

3) A když podněcovat, tedy podněcovat budoucností emoce, otevřít naději. Říká se, že cílem krizové intervence je dosažení statu quo. To není přesné. Jde o to překonáním životní krize uvést do pohybu dynamické síly personalizace na nové, vyšší úrovni integrace.

Psychagogika a psychoterapie

Ted' se musím dotknout vztahů psychagogiky a psychoterapie. V psychiatrickém a psychotherapeutickém slovníku zaujímá pojem životní krize důležité místo. Ale není to koncept čistě medicínský. Některé životní krize lze zvládnout s pomocí blízkých osob. Některé vyžadují odbornou intervenci. A z nich opět některé vyžadují zásah terapeutický, jestliže např. úzkost vyprovokovala takové obrany a symptomy, které konstituují patickou reakci (např. depresi, provázenou suicidiálními tendencemi s nutností hospitalizace). Přitom hranice nejsou ostré. A není ostrá ani hranice mezi psychagogikou a psychoterapií. Vezměte třeba takovou etikoterapii - kam s ní? Nebo jiný příklad: chci se odvolat na autoritativní osobnost ve výzkumu psychoterapie. Jerome Frank soudí, že nejčastější symptomy, s nimiž přicházejí pacienti k psychotherapeutuovi - jmenuje úzkost a depresi - jsou přímým výrazem demoralizace. Jejimi charakteristickými znaky jsou pocity impotence, izolace a beznaděje. Sebeúcta je ořesena. A tak Frank shrnuje: Hlavní problém, s nímž pacienti vstupují do psychoterapie je demoralizace a efektivnost všech psychotherapeutických škol spočívá v obnově pacientovy morálnosti. - A pak zkoušejte vést nějakou ostrou hranici.

Dospívání jako psychagogický problém

Psychagogické působení zasahuje lidský život v celé jeho šíři. Významná je například intervence v krizích středního věku. Ale přece jen nejdůležitější - a to i z hlediska psychiatrické epidemiologie - je adolescence. Období mezi dvojí dospělostí, období, kdy se mladý člověk snaží - řečeno Sartrovými slovy - udělat něco z toho, co z něho udělali druzí, ale především: období, kdy má vzít správu svého života do svých rukou.

Chtěl bych na závěr svého sdělení poukázat pouze na jednu věc. Mezi hodnotami a životní realitou prostředkují životní ideály. Z nich mají v adolescenci největší význam ideály personalizované, životní vzory, modely. Tušíte asi, kam mířím. Ze všech nástrojů, které máme ve svém psychotherapeutickém nebo psychagogickém instrumentáriu, tím nástrojem nejdůležitějším je naše vlastní osobnost. A tady nepomůže sebeujišťování, že jsem dobrý, protože mám v rukou

osvědčení o prodělaném výcviku, že postupují podle regulí té nejmodernější terapeutické školy. Zůstává jen trvalá práce na osobě. Così, jako moderní asketika.

PhDr. Jiří Mrkvička

(narozen 18.3.1931 ve Slatiňanech - zemřel 25.12.2003 v Chrudimi)

Výběr z publikací:

Člověk v akci (Motivace lidského jednání), Avicenum, Praha 1971

Hovory s tebou, Avicenum, Praha 1974

Knižka o radosti (Rozpravy o růstu a tvorbě osobnosti), Avicenum, Praha 1984

Psychologie soužití, V: Škola pro snoubence a novomanžele, Avicenum, Praha 1986. Str. 17 – 85.

Tematologie a hermeneutika v antropologické psychoterapii, Čs.psychologie 14 (1970), str. 277-278

Strategie zúčastněného pozorovatele, Čs.psychologie 25 (1981), str.174-176

Krise v životním kontextu, V: Životní krize a psychoterapie, Psychoterapeutické sešity č.25, vyd. Kabinet psychoterapie, Praha 1988, str. 1-4

Antropologické předpoklady léčení schizofreniků, V: Kosmonosy 86, sborník referátů. Kosmonosy 1986

Meze a přesahy: o potřebě metateorie, V: Meze a přesahy skupinové a rodinné terapie, Psychoterapeutické sešity č.32. Kabinet psychoterapie, Praha 1989

Základy psychoterapie a hermeneutika, V: Psychoterapie, sborník přednášek I., Triton, Praha 1992

Výzva k odpovědnosti – etický základ terapeutické práce s partnery, Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity, Studia minora facultatis philosophicae Univesitatis Brunensis, P1., Brno 1996, str. 113 – 116

Setkání jako základ terapeutického svazku, V: *Psychologie dnes*, 2/2002. Str. 26-27

A co k tomu psycholog?

<http://www.baludstrada.cz/bratrstvo/archiv/9902htm#aconato>

O autorovi například:

Decarvalho, R.J., Čermák, I. (1997): *History of humanistic psychology in Czechoslovakia. Journal of Humanistic Psychology*, Vol.37, No.1, Winter 1997, 110-130

Brožek, J., Hoskovec, J.: *Psychological Ideas and Society*, Charles University 1348-1998. Karolinum, Charles University Press, Praha 1997

Macháček, L., Machová, H., Šimek, A.: *Jiří Mrkvička sedmdesátiletý*, V: *Konfrontace* 3/2001, Hradec Králové, str. 159-160

Šimek, A.: *Rozloučení s PhDr. Jiřím Mrkvičkou Na Tři krále 6. ledna 2004 v kapli sv. Kříže v Chrudimi*, V: Konfrontace, 1/2004, Hradec Králové, str.64-66
Horák, L.: *K odkazu Jiřího Mrkvičky ve věci schizofrenie*, V: Integrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií (sborník příspěvků z konference), MUDr. Jiří Bartoš, Jáchymov 2004
Dobiášová, D.: *7 otázek PhDr. Jiřímu Mrkvičkovi*, Konfrontace č.7, Hradec Králové 1992

Z dalších autorových většinou nepublikovaných sdělení uvádím jen některé názvy:

Raná zkušenost a proces duševního zrození

Jak mluvit s klienty

Problémové dítě a terapeutický svazek

Děti s poruchami pozornosti a my

Transpersonální psychologie a dětská psychopatologie

Základy psychopatologie a antropologické paradigama

Hodnoty v psychologii a psychoterapii

Od relaxace ke kontemplaci

Poznámky k psychologii a psychopatologii hodnocení

Rozpaky nad bioetikou

Poděkování:

Vydání této publikace finančně podpořili:

MUDr. Marie Blažková, Petr Bydžovský, Doc. PhDr. Jarmila Doubravová, CSc., nakladatelství Helios - Jiří Razskazov, kavárna Výměník. MUDr. Josef Křepela, MUDr. Helena Machová, PhDr. Evžen panovský, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Statutární město Pardubice