

Peter Pöthe



PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE

Případ šestiletého chlapce



 **GRADA®**



Věnování

Fedorovi Gálovi, příteli, díky kterému jsem začal psát.

Peter Pöthe

PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE

Případ šestiletého chlapce

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

MUDr. Peter Pöthe

**PSYCHOTERAPIE DÍTĚTE
Případ šestiletého chlapce**

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4598. publikaci

Odpovědný redaktor Zdeněk Kubín
Sazba a zlom Radek Vokál
Počet stran 104
Vydání 1., 2011

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2011
Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-3758-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7233-2 (elektronická verze ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-7234-9 (elektronická verze ve formátu EPUB)

OBSAH

I. ČÁST

1. Osobnost dítěte jako syndrom	8
2. Cíle psychoterapeutického procesu	12
3. Ohraničení terapie	14
4. Mechanismy terapeutického působení	17
5. Teorie a praxe	20

II. ČÁST

6. „Pokoj nic“ – psychoanalytická psychoterapie dítěte	24
Zápas	24
Zešílení	24
Kde jsou rybičky?	26
Budeme se smát	27
Já slzy mám	30
Všichni budeme v nebičku	31
Jak to má skončit?	32
Všichni se zbláznili	33
Je to pravda?	35
Maminka zkamení	36
Tatínek bez duše	37
My se nezlobíme	38
Já bych někoho zabil	40
Nejzlejší se nepolepší	42
Pokoj Nic	45
Další úrovně	47

Holčička se znovu narodí	50
Ambivalence.	53
Musím zachránit svět	54
Pane doktore blbečku	56
Nenávidím telátka	59
Nažraný krokodýl	62
Smrt řidiče nákladáku	64
Spoušť	67
Dětská armáda	68
Zmlkni pravidlo!	70
Učitelka to ví	73
Přítomnost, minulost, budoucnost	74
Do minulosti se nedá vrátit	77
Než nastane nový život	83
Je těžké bojovat s blbem	85
Svět zbořený smutkem	88
Oživlí rodiče.	92
Je to jen hračka	93
Vlak opouští nádraží	95
Ať to lidi vědí	98
Adélka	99

Literatura.	102
----------------------------	------------

I. ČÁST

1. OSOBNOST DÍTĚTE JAKO SYNDROM

Většina laické populace se o možnosti návštěvy dětského psychiatra, psychologa či psychoterapeuta dozví až v přímé konfrontaci s konkrétním problémem v rodině nebo v kolektivu, který ohrožuje nějaký „agresivní“ a „narušený“ element. Problém konkrétního dítěte nebo dospívajícího je obecně chápán jako nepořádek v hlavě, nemoc či porucha, kterou lze odstranit anebo opravit, podobně jako se opravují auta, když jim nefungují brzdy, anebo mikrovlnné trouby, když přestanou hřát. Obraz patologického ložiska v mozku dítěte se obvykle objeví, když selžou všechny možné a nemožné výchovné prostředky. Rodiče, ale i mnozí psychiatři z nedostatečného efektu vyhrožování, zastrašování, odměny, zákazu, chvály či bití a ponižování dítěte rodiči nebo učiteli vyvozují, že skutečně trpí nějakou duševní poruchou. „Důsledná výchova“ by přeci už dávno zabrala, kdyby malý zloduch či „šidlo“ byl skutečně „normální“. Konec konců, které zdravé dítě by se nechalo dobrovolně trestat jenom proto, aby se déle koukalo na televizi, aby mohlo více mlátit svého mladšího sourozence, vysmívat se rodičům anebo plivat po paní učitelce? Která „zdravá dívka z úplné rodiny“ by utíkala z domova, řezala si zápěstí nebo spala každý měsíc s jiným klukem? Který zdravý kluk by skákal z okna, nemohl týdny usínat či sadisticky týral spolužáky, kdyby nebyl opravdu nemocný a odkázaný na ústavní psychiatrickou péči a medikaci?

Jednoduše řečeno, obrazy dětí a dospívajících jako kandidátů na „prášky“ a různé psychiatrické diagnózy se v myslích dospělých rodičovských, pedagogických a lékařských autorit nejčastěji objevují ve chvílích, kdy jim jejich emoční projevy a chování nedávají žádný smysl. Naopak, jejich chování se jim zdá, a je přímo interpretováno, jako „šílené“, v lepším případě „nezvladatelné“. To, co dospělým na chování těchto „šílených“ dětí však nejvíce vadí, je, že tyto děti a dospívající „ruší“ a „provokují“. Také zpochybňují jejich trpělivost, dobrou vůli („vždycky jsme pro něj chtěli jen to nejlepší...“) a náklonnost („nikdo nikdy ji neměl tak rád jako já, ... chová se k nám jako blázen...“). Nejen rodiče a pedagogové jsou z těchto „problematických“ či „hyperaktivních“ dětí nešťastní. Ze svého nekontrolovaného, nepřizpůsobivého chování jsou nejvíce

nešťastné samotné děti a adolescenti. Je samotné nejvíce trápí, že nevědí, proč se chovají tak, že se všichni obracejí proti nim, riskují svoje bezpečí nebo zdraví, „ubližují“ rodičům, kteří jim nijak „strašně“ neubližují. Pokud se tyto „narušené“ děti s pocity viny a výčitkami vůči rodičům nebo rodině setkají s přáním rodičů přesunout svoji odpovědnost za jejich chování na „odborníky“, kteří jejich zakázku rádi přijmou a namažou si při tom narcistické ego, svou kapsu, kapsu nemocnice a kapsu zpřízněné farmaceutické firmy, exaktní diagnóza dítěte s názvem porucha chování, ADHD, bipolární afektivní porucha, porucha přičylnosti, juvenilní schizofrenie, depresivní porucha, autismus, či dokonce porucha osobnosti... je na světě rychleji, než by trval diagnostický proces v medicínských oborech spoléhajících se na laboratorní či nukleární diagnostiku. Ačkoli existují psychiatrické diagnózy v dětství, které jsou opravdu na místě a umožňují exaktní léčbu, většina z nich je spojena se stigmatizací dítěte a jeho rodiny. Někdy je tato stigmatizace pro rodiče pořád lepší než pocit selhání či odpovědnosti za to, že jejich synek či dcerka jsou od malička „jiní“, anebo se dočasně nebo dlouhodobě projevují „jinak“ než děti sousedů či jejich spolužáci.

„Zásluhou“ psychiatrů a klinických psychologů bez kvalifikovaného psychoterapeutického vzdělání se tak může stát, že se z obtížně adaptujícího se a emočně trpícího či strádajícího dítěte stane nesvéprávný objekt všemocné medicínské péče. Vedlejším, ale často však nevyhnutným důsledkem takového průběhu problému dítěte a rodiny je jeho subjektivní a často velmi zásadní pocit nepochopení a odmítnutí. Tento pocit či prožitek doprovází zklamání, pocit bezmoci a někdy i ztráta pocitu vlastní hodnoty a sebeúcty. Patologizace přirozených, i když nekontrolovaných a potenciálně nebezpečných emocí a projevů dítěte a adolescenta, však vede k ještě dalšímu neblahému výsledku. Tím je zpochybnění a dočasná ztráta schopnosti porozumět sobě a svým mentálním procesům. Může se stát, že nejen rodiče a nejbližší okolí, ale i „narušené“ dítě rezignuje na hledání smyslu toho, co cítí, na co myslí, po čem touží, anebo toho, z čeho má strach. Příkladem podobného vývoje jsou případy některých „hyperaktivních“ chlapců, kteří se s patologizujícím postojem okolí identifikují do té míry, že sami sebe začínají prožívat jako „šašky“ anebo „blázny“, což se projeví nejen v tom, že jakoby v žertu o sobě takto mluví, ale i v tom, že se jako blázni nemající odpovědnost a kontrolu nad svým chováním dokonce začínají doopravdy chovat. (Pöthe, 2009)

V této souvislosti si vzpomínám na chlapce, který nezvládnul důležitý vývojový přechod z dětství do rané dospělosti, který se projevil selháním po přechodu ze základní školy na prestižní gymnázium. Pod vrstvami úzkosti, odporu a hněvu se mi společně s ním podařilo odkrýt pocity studu, nedůvěru ve své schopnosti, pochybnosti o své identitě a hodnotě, pocit strachu z toho, že se

jeho křehká sebeúcta v konfrontaci s novými spolužáky rozbije a on sociálně ani emočně nepřežije. Během psychoterapeutických sezení se nám také podařilo otevřít vývojová témata, která vlivem depresivní a závislé maminky a nedostupného tatínka zůstala dlouhodobě neřešena a ukryta. Chlapci se během terapie povedlo najít si školu, kam patřil, kde by byl schopen lépe uspět a dospět. Než by se mu ale podařilo tento nápad prosadit, maminka ho vzala na konzultaci ke kolegyni dětské psychiatričce, která mu po jedné návštěvě udělila diagnózu a medikace, „shodou okolností“ stejnou, jakou měla přidělenou jeho maminka. Psychoterapie byla jednostranně přerušena a pak bez vysvětlení ukončena. Po několika měsících, kdy jsem se na něj dotazoval u maminky, mi bylo sděleno, že mu konečně našli „tu správnou školu“, kterou bylo gymnázium pro nadané děti. Tužil jsem, že už ho nikdy neuvidím.

Vinou ukvapeně a účelově přidělené diagnózy nedochází jenom k odsunutí řešení důležitých vývojových úkolů a regresím na nižší, emočně méně náročné a více závislé vývojové úrovně, ale někdy také k nenávratné ztrátě talentu a vrozené kreativity dítěte. Známy vědec a poradce světových vlád v oblasti vzdělávání sir Ken Robinson v jedné ze svých přednášek na konferenci pro neziskovou organizaci TED, cituje svůj rozhovor s Gillian Lynne, slavnou choreografkou. Robinson vypráví, že když paní Lynne chodila ve třicátých letech minulého století do základní školy, byly na ni neustále stížnosti za její neukázněné chování. Dokonce ji chtěli učitelé ze školy vyloučit. Byla prý nepozorná, vyrušovala a ani na chvíli nedokázala zůstat v klidu. Její matka prý byla jednoho dne pozvána do školy na konzultaci. Namísto vyhazovu se jí však dostalo od osvětleného třídního učitele poučení, které její dceři navždy změnilo život nikoli k horšímu, ale k lepšímu. Učitel si pozval malou Lynne, posadil ji na židli a zapnul tranzistorové rádio. Pak s matkou odešel do vedlejší, sklem oddělené místnosti. Ještě než odešli, dívka vstala ze židle a začala nelidně pohazovat nožičkami a skákat na zvuk hudby z rádia. Učitel tehdy řekl matce větu: „Je to tanečnice, dejte ji do školy tanečních umění.“ Matka poslechla a šťastná dcerka se dostala mezi desítky dětí, které byly stejně hyperaktivní jako ona. V dospělosti založila vlastní baletní školu a stala se autorkou nejslavnějších světových muzikálů. Ken Robinson říká, že kdyby se to stalo dnes, učitel by matce určitě poradil, aby šla za psychiatrem a byla by jí nasazena medikace pro neklid. Tehdy však žádná diagnóza poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) ještě neexistovala.¹

Samozřejmě aplikace farmak je v mnoha případech nezbytnou součástí pomoci dítěti a jeho rodině. Měla by být zvažována určitě každým rodičem

¹ <http://video.google.com/videoplay?docid=4592566690262079944#>

ve chvíli, kdy chování či prožívání jeho dítěte narušuje bezpečí či minimální míru fungování tohoto dítěte. V případech akutního neklidu, agitovanosti či pohlcující panické úzkosti je přechodné a titrované dávkování léčiv nejen indikované, ale dokonce i nezbytné k tomu, aby byla zahájena psychotherapeutická intervence. Stejně tak by se například neměl podceňovat výskyt bizarních fantazií na hranici halucinací u dospívajícího dítěte s anamnézou schizofrenie v rodině. Na druhou stranu i psychotický „symptom“ má důležitý a rozpoznatelný smysl v kontextu vztahu dítěte k určité osobě či osobám a ve vztahu ke své vlastní emoční zkušenosti a minulým prožitkům.

Zde se mi vybavuje případ devítileté holčičky s floridními vizuálními a auditorními vjemy persekucního charakteru a s prožíváním paranoidních stavů, kdy mimo jiné přestávala jíst z obavy, že jí matka otrávil jídlo anebo že jsou v jídle schované střepy. Intenzivní psychotherapeutická práce s dítětem a s matkou mi umožnila nahlédnout do historie jejich vztahu. Maminka se v těhotenství opakovaně pokoušela o spontánní abort, ale i o sebevraždu otrávením. Tím, že si na tyto mučivé vzpomínky vzpomněla, mohl být obsah „halucinací“ a „bludů“ dívenky jednak nově interpretován, jednak reflektován v jejich emočním vztahu. I tyto okolnosti pak mohly mít významný podíl na tom, že velká většina „pronásledovatelů“ z její hlavičky „utekla“ a že se pak po několika měsících vrátila k relativně pokojnému sociálnímu a emočnímu fungování.

Medikalizace emočních prožitků a projevů dětí, kterým dospělí nemohou nebo nechťejí rozumět, může vést někdy k přesvědčení, že hlavním problémem není to, co dítě prožívá, ale to, jak se toto prožívání navenek projevuje (symptom). Jako by nejen lékaři, ale už i rodiče a pedagogové čím dál více věřili tomu, že nesrozumitelně nebo rizikově se chovající dítě není nešťastné, zmatené či vyděšené, ale „jen“ nemocné. Jako by se čím dál víc předpokládalo, že zárukou vnitřní pohody a růstu není dobrá péče a fungující citové vztahy, nýbrž absence klinických symptomů či syndromů. Ale co když je tomu přesně naopak? Co když je symptom výsledkem utrpení a nikoli jeho příčinou? Co když se dítě nenaučí koncentrovat anebo se přestane soustředit, protože nemá prostor a čas pro reflexi svých pocitů, protože musí neustále řešit a „opravovat“ věci, co nejsou v pořádku? Co když se chová agresivně, protože se cítí ohrožené z důvodů, o kterých samo ani neví? Co když odmítá „papat“, protože ho maminka „krmí“ úzkostnými a nenávisťnými pocity, o nichž ani sama neví a které by si vědomě nikdy nepřipustila? Co když si nic nepamatuje, aby si nemuselo vzpomenout na věci, které v něm kdysi vyvolaly hrůzu a děs? Co když nemůže odejít od maminky, protože má o ni strach? Co když ho nic nebaví a nechce se učit proto, že se cítí nehodnotné a zbytečné? A co když doma „krade“, protože mu něco chybí, protože ho kdysi v rodině o něco vzácného připravili?

2. CÍLE PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU

Cesta od emočního prožitku ke klinickému symptomu, který je kompromisem mezi touhou a neschopností vyřešit vnitřní konflikt, je velmi náročná a složitá. Vyžaduje intenzivní soustředění, emoční naladění, chuť a odvalu objevovat nové významy a sdílet nečekané a nepříjemné emoce, a to na straně klienta i terapeuta. Je to však pravděpodobně jedna z mála (v určitých případech možná jediná) cesta vedoucí k odhalení překážek růstu a odstranění utrpení dítěte či adolescenta. Cílem psychoanalytické psychoterapie, psychoanalýzy a psychoterapeutických směrů založených na terapeutickém vztahu není jenom odhalování příčin a emočních „poruch“, ale také růst pocitu vlastní hodnoty klienta. Psychoterapie, která vychází ze vztahu, a nikoli z násilného ovládnutí a manipulace s emocemi dítěte (např. u tzv. terapie pevným objetím; TPO) obsahuje v sobě příslib ustanovení anebo potvrzení jedinečnosti a nenahraditelnosti.

Mezi námi žije mnoho dětí, které si samy sebe neváží, které se považují za postradatelné, zaměnitelné nebo neviditelné, kterým nezáleží na tom, když se jim ubližuje. Tyto děti neumí anebo nechtějí najít důvod k tomu, aby něčeho dosáhly, aby v něčem uspěly, jelikož jsou samy sobě „ukradené“. Jejich vlastní hodnota, pokud nějakou vůbec představují, se odvíjí od toho, jak moc pozornosti umí vzbudit, bez ohledu na to, jestli jde o pozornost pozitivní, nebo negativní. U těchto narcisticky zraňovaných a poškozených dětí bych proces psychoterapie přirovnal k broušení diamantu. Tím nevybroušeným diamantem rozumím jejich matnou představu o sobě, o svojí vlastní hodnotě a kvalitě.

Předpokladem pocitu vlastní hodnoty je pocit smysluplnosti, jež je zprostředkovaný v terapeutickém vztahu. Nejen intelektuální porozumění, ale především bezpečný vztah dítěte s osobou, která se ho snaží pochopit a dát smysl jeho pocitům a nápadům, umožňuje zažít jedinečnou emoční zkušenost, že mezi vnějším chováním a vnitřním prožíváním existuje příčinná souvislost. Souvislost, která se dá nejen rozpoznat, ale i předvídat a kontrolovat. Zhodno-

cování této emoční zkušenosti v psychoterapeutickém vztahu tedy není jakýmsi vedlejším produktem, ale (možná) jejím hlavním cílem a rovněž prostředkem intrapsychické změny. Ta se navenek projeví subjektivně i objektivně vyšší mírou vlastní kompetence, sebeúcty, sociální autonomie a emoční nezávislosti.

Děti (a konec konců i dospělí) potřebují vědět o sobě co nejvíce. Je tomu tak zřejmě hlavně z toho důvodu, aby byla jejich zkušenost sebe sama (self) jasně ohraničena, objevena, a hlavně oceněna. Pokud je bude rodič nebo profesionál vnímat a zrcadlit jako zlé, nemocné či narušené, jejich hodnocení bude dítětem internalizováno jako potenciálně destruktivní vnitřní objekt, s kterým se bude čas od času opakovaně identifikovat. Dítě, které bude v mysli svého rodiče reprezentované jako nežádoucí, zlomyslný či nesmyslný objekt, anebo nebude reprezentované vůbec, protože bude deprivované, nebude mít nikdy správné povědomí o tom, co ve skutečnosti cítí, na co myslí nebo zda vůbec něco cítí a prožívá. V případě narcistického rodiče, který je projevy svého dítěte schopen interpretovat a hodnotit pouze z pohledu svých vlastních potřeb a přání, začne dítě vnímat a hodnotit samo sebe nikoli na základě toho, co ve skutečnosti prožívá a cítí, ale na základě toho, co o něm jeho okolí soudí, jak je svým okolím oceňované. Za určitých okolností se u něj může vybudovat osobnost, která bude fungovat na základě vnitřního pracovního modelu (internal working model, J. Bowlby 1982), který Donald W. Winnicott nazval falešným self (false self, D. W. Winnicott, 1965). Hodnota takového dítěte bude odvozeninou narcistického (grandiózního, nebo naopak hyperkritického) sebeobrazu svého rodiče, který bude do něj tyto odštěpené části svého self projikovat, aby se s nimi ve svém dítěti identifikoval, anebo je odmítnul.

Výsledkem projektivní identifikace narcistického rodiče a jeho dítěte je odpojení se od své, skutečné (pravé) emoční zkušenosti a osobnostních charakteristik. Dítě či dospívající s falešným self nebude, na rozdíl od dítěte či dospívajícího s pravým self (true self, Winnicott, 1965), ve svých pocitech, přáních či činnosti autentické. Důležité části intrapsychické reality tak zůstanou nepoznané, odštěpené anebo popřené, což může mít za důsledek nižší schopnost emoční a sociální adaptace a nižší psychickou odolnost spojenou s rizikem rozvoje duševních poruch a poruch osobnosti. Negativní emoce, které u takového dítěte či dospívajícího vzniknou v důsledku potlačených emočních konfliktů či vnějších ohrožení, nebude možné regulovat ani efektivně řešit. V tomto smyslu můžeme za cíl psychoterapie založené na psychoterapeutickém vztahu (nikoli na manipulaci a ovládnání) považovat vybudování „pravého self“, jako základu pocitů pevné identity a „vlastnění“ svého vnitřního světa.

3. OHRANIČENÍ TERAPIE

Otázka „kdy začíná psychoterapie“ nejčastěji zajímá pracovníky pomáhajících profesí, kteří nechtějí „dělat“ terapii, a i ty, co ji naopak „dělat“ chtějí. Poradenští psychologové, sociální pracovníci či začínající psychoterapeuti si začátek a konec terapie s klientem zpravidla představují jako ohraničený a kontrolovaný proces, který začíná a končí tehdy, když se pro něj (anebo proti němu) sami rozhodnou. Pro klienty či pacienty však tato otázka stojí zcela jinak. Pokud si ji ovšem mají potřebu položit. Psychoterapie pro klienta začíná v momentě, kdy si o pomoc vědomě řekne, tj. poté, co se alespoň trochu vzdá svých rigidních obran a postojů, založených na odporu ke změnám ve svém intrapsychickém či sociálním fungování. V momentě, kdy pracovník, a je jedno jestli je to terapeut či „pouze“ poradce, odpoví na zavolání klienta, kterým je v případě dětí rodič, začíná na svého klienta „terapeuticky“ působit, aniž by to tušil anebo chtěl. Způsob, jakým odpoví na klientovu potřebu pomoci, jaký má tón hlasu, co mu řekne nebo neřekne, stejně tak i nevědomá či vědomá fantazie, kterou si klient o něm předem vytvořil a vytváří, ovlivní a možná i nastartuje změny, na které je anebo není klient připraven. Ubezpečování sama sebe či kolegy o tom, že „já jenom radím a žádnou terapii nedělám“, je stejně bláhové, jako věřit tomu, že klient zůstává ve vztahu s terapeutem jenom po dobu trvání konzultace. Každý pracovník i „neterapeut“ by měl být proto velmi opatrný a vědomý si svého vlivu, a hlavně toho, co v přítomnosti klienta (i po telefonu) cítí. Platí to zejména u dětí.

Ohraničení začátku terapie slouží především k orientaci pracovníka, nikoli klienta. To samé však neplatí o jejím ukončení. O co více je začátek „terapie“ spontánní a často nekontrolovatelný, o to více kontrolované a uvědomělé by mělo být její ukončení. Ukončit terapii dítěte bez přípravy a nevěnovat pozornost traumatům, která ukončování terapeutického vztahu otevírá, je více nebezpečné, než začít terapii bez toho, aniž bychom o tom věděli. Načasování a způsob terminace může v případě dětských (samozřejmě i dospělých) klientů významně ovlivnit průběh jejich individuálně separačního procesu a rovněž proces internalizace terapeutického vztahu.

Plánované ukončení terapie dítěte samozřejmě vyžaduje spolupráci a souhlas rodičů. Ti však mají často proti terapeutickému procesu i proti samotnému

terapeutovi svého dítěte řadu výhrad, vyplývajících obvykle z jejich nevědomé rezistence (odporu). Jedním z nejtěžších, narcisticky zraňujících procesů, kterými rodič v zájmu svého dítěte musí projít, je uznání jedinečnosti terapeutického vztahu mezi jeho dítětem a terapeutem. Dříve, než se terapeut rozhodne terapii dítěte začít ukončovat, měl by se snažit psychické obrany a odpor rodičů propracovat a alespoň částečně odstranit. Děje se tak prostřednictvím terapeutických konzultací s rodiči, v ideálním případě mezi rodiči a terapeutem spolupracujícím s terapeutem dítěte. Mezi nejtěžší zkoušky, kterým je v případě nepropracování odporu rodičů terapeut vystaven, je situace, kdy je dětský klient z terapie „stažen“ ve velmi krátkém časovém období, nebo dokonce z týdne na týden. Obvykle tato situace nastává tehdy, kdy terapeut zanedbal individuální emoční potřeby rodiče a podcenil míru jeho narcistického ohrožení. Jsou však i případy, kdy je rezistence na straně jednoho nebo obou rodičů tak hluboká, že jakýkoli smysluplný či dlouhodobý kontakt mezi terapeutem a klientem se zdá být nerealizovatelný. I v těchto případech je potřeba dát jasně najevo, že rozhodnutí rodiče terapii předčasně ukončit či ji vůbec neumožnit není v zájmu dítěte. Ani v těchto složitých případech by však dítě nemělo mít pocit, že terapeut, který se v protipřenosu cítí stejně znehodnocený jako ono samo, svůj konflikt s rodičem nedokáže unést a bude ho odehrávat (agovat) mimo rámec terapie. Pouze ve výjimečných případech si smí terapeut dovolit být v konfliktu, anebo naopak v koluzi s rodičem svého dětského klienta a jeho rozhodnutí terapii předčasně ukončit otevřeně kritizovat, či naopak chválit.

V obecné rovině nese malá znalost terapeutických hranic vysoké riziko traumatizace, re-traumatizace i zneužití dětského klienta. Příkladů iatrogenní traumatizace lze najít hodně v klinické praxi psychiatrů i psychologů, mezi nejrizikovější situace však pravděpodobně patří forenzní diagnostika dětí, zejména diagnostika sexuálního zneužívání a tzv. rozvodové spory, kdy děti trpí v důsledku hraniční psychopatologie jednoho nebo obou rodičů. Jak ilustrují následující příklady, rizikovou oblastí v tomto smyslu je oblast sociální a poradenské práce s dětmi a rodinami a s tzv. rizikovou mládeží.

Konkrétním příkladem situace, kdy se s dětmi zachází jako s pasivními, nezúčastněnými objekty péče, a nikoli jako se subjekty terapeutického působení, byl případ rodinné konzultace z důvodu prokazaného domácího násilí. Paní sociální pracovnice svolala rodiče a jejich dvě děti na schůzku a trvala na tom, že to nebude žádná rodinná terapie. Během konzultace musely děti poslouchat hádání rodičů, ale i výčet „incidentů“, které přímo či nepřímo v minulosti zažívaly. Na otázku přisedící mladší kolegyně, že by děti možná neměly tyto věci znovu poslouchat, zkušená sociální pracovnice odpověděla slovy „vždyť v tom přece vyrůstaly, není to pro ně nic nového“.

O co více je psychologické působení na klienta neuznané anebo nerozpoznané, o to silněji může působit. Cokoliv, co před klientem a s klientem dělám či nedělám, má mnoho rozměrů a účinků, a to nejen na jeho rozumové chápání, ale především na jeho prožívání sebe sama. Dopad na sebe a formování emoční implicitní zkušenosti lze jenom podcenit.

Vzpomínám také na jednoho „asistenta“ v neziskové organizaci poskytující sociální a terapeutickou pomoc mladým lidem žijícím na okraji společnosti. Sympatický zástupce vedoucího projektu si zakládal na tom, že klientům poskytuje „jenom provozní a technickou pomoc“, která však zahrnovala osobní kontakt s nimi. Při jedné příležitosti jsem měl možnost sledovat, jak jim ekonomicky vzdělaný „asistent“ vydává jídlo. Klienta, kterého oslovoval křestním jménem, při každém kontaktu poučoval o tom, že pokud nepřestane pít, jednou skončí špatně. Zdálo se mi, že to říká velmi důrazně a přesvědčivě, i když jakoby „mimořádně“. Když jsem ho na toto chování upozornil, silně se ohradil, že on žádnou terapii nedělá, jenom klientům zajišťuje jídlo a bydlení. „Ale proč jste mu to říkal?“, zeptal jsem se. „Nevím, jen mě to tak napadlo, on si z toho i tak nic nedělá, ví, že nejsem žádný psycholog,“ odpověděl mi asistent a dál se se mnou bohužel nebavil. Pokud by si tento hodný člověk byl ochoten položit otázku, kdy začíná působit na své klienty „terapeuticky“, čili hlouběji a jinak, než by si představoval, asi bych mu mohl odpovědět: „Ve vašem případě jste už začal.“

Ale jakým způsobem vlastně terapeut či jiný pracovník na svého klienta působí?

4. MECHANISMY TERAPEUTICKÉHO PŮSOBENÍ

Co se to mezi terapeutem a klientem (např. dítětem) během terapie odehrává? Co probíhá v jejich myslích, když se na sebe dívají, když na sebe mluví, hrají si a poslouchají jeden druhého? Jak a čím jsou jejich mysli propojené? Prožívají nějakou společnou emoční zkušenost či subjektivní prožitek? A je tento údajně společný prožitek sumou jejich vzájemných a oddělených prožitků sebe a jeden druhého, anebo se jedná o úplně nový, originální prožitek, tvořící jakousi novou zkušenost, realitu?

Vraťme se nyní k výše uvedeným příkladům z praxe. Zkusme se vžít do mysli dětí, které byly nuceny zúčastnit se konzultace zacílené na řešení násilí mezi rodiči. Během asi hodinové konzultace si děti opakovaně a nedobrovolně musely od sociální pracovnice vyslechnout události, které v minulosti opakovaně a nedobrovolně zažívaly. Byly tyto informace pro ně něčím nové? Mohly je nějak překvapit, nebo dokonce traumatizovat? Proč by v nich měly vyvolávat pocity strachu, nekontrolovatelné úzkosti nebo intenzivního emočního neklidu, když si sociální pracovnice (snad) dala záležet na tom, aby tyto traumatické události nijak nezveličovala a nedramatizovala? Pokud máme dostatečnou mentalizační schopnost (viz Fonagy, 2004), jejíž součástí je i schopnost empatie, dokážeme si představit, že vedle sdělovaného obsahu slov vnímaly i mnoho jiných vnějších vlivů, které se nedají lehce pojmenovat ani popsat. Jejich pocity a mentální představy se totiž týkaly nejen toho, o čem konkrétně pracovnice povídala, ale i toho, jaké emoce při sdělování anebo poučování prožívala, a především jaké vědomé či nevědomé postoje k dětem a k celé rodině zaujímal. Jejich prožitek se netýkal jenom znovuoživení starších, částečně již vytěsněných či odštěpených traumat, jak na to byla pracovnice svojí mladší kolegyní upozorněna, ale i něčeho, co se týkalo samotné interakce, způsobu, jakým pracovnice s dětmi zacházela, co u toho sama prožívala, a dokonce i to, co ona a děti spolu prožívaly dohromady. Mimo traumatickou zkušenost, kterou mohly děti během „neterapeutické“ konzultace zažívat a později třeba i popisovat-deklarovat, měly ještě emoční zkušenost jinou, hůře popsateľnou, ale možná o to důležitější.

Významný vědec a psychoterapeut zkoumající terapeutický proces, psychiatr Daniel Stern, nazývá tuto zkušenost implicitní zkušeností (Lyons-Ruth, 1998; 2003; BCPSG, 1998). Na rozdíl od prožitku deklarativního, který dle Sterna (2004) vzniká v tzv. doméně deklarativní paměti, implicitní zkušenost není možné chronologicky popsat ani vědomě vyvolat podobně jako vzpomínky, které se do nevědomí dostaly vytěsněním či potlačením.

Na rozdíl od Freuda, který za předpoklad psychické změny viděl zvědomění a „deklarování“ potlačených vzpomínek, mnozí současní psychoanalytici (např. BCPSG, 1998; Stern, 2004; Harrison, 1998; Schore, 2002; Poněšický, 2006; a další) považují za hlavní mechanismus psychické změny posun na úrovni implicitní (procedurální) paměti. Tento druh paměti, který má centrum v amygdale, je aktivní nejvíce během prvních dvou let života, kdy je hippokampus jako centrum deklarativní (epizodické) paměti ještě nevyvinutý, a také během intenzivních emočních prožitků, například během traumat. Daniel Stern (2004) však jde ještě dál, nemluví jen o implicitní paměti, ale také o implicitním vědění (implicit knowing), které jde mimo vědomí ne proto, že by bylo potlačované, ale proto, že je neverbální. Podle této teorie to, co na děti a na klienta z výše uvedených neklinických příkladů nejvíce zapůsobilo, nebylo jejich vědomé poznání (obsah sdělení), a dokonce ani ne obsah vyvolaných vzpomínek, které byly v minulosti vytěsněny či odštěpeny do nevědomí, nýbrž to bylo „implicitní vědění“, které vzniklo ve specifické a jedinečné interakci mezi nimi a intervenujícím člověkem. Byl to implicitní prožitek toho, zda jim pracovnice či asistent přeje to nejlepší, zda jsou pro něj důležití, hodnotní, zda je přijímá, anebo naopak odmítá, zda je ohrožuje, či naopak poskytuje bezpečí...

Terapeutická změna, která vede k nastartování emočního růstu a dozrávání osobnosti klienta, nastává podle Sterna (2004) mimo plánovaný a kontrolovaný rámec psychoterapie. Situace, kdy k podobným událostem během terapie či práce s klienty dochází, Stern a jeho výzkumná skupina (Boston Change Process Study Group; BChPSG, 1998) označují jako „momenty nyní“ a „momenty setkání“ (now moments, moments of meeting). Vznikají spontánně, nejčastěji v situacích, kdy vlivem vnějších či vnitřních okolností dojde k neočekávané změně v terapeutickém uspořádání. (Palková, 2010).

Jako příklad „momentu nyní“ mě napadá můj klient B., který ke mně docházel na psychoterapii s frekvencí jednou týdně. B. byl čtrnáctiletý chlapec vyrůstající v několika dětských domovech, kam se dostal v pěti letech poté, co ho doma týrali a zanedbávali. Při našich sezeních obvykle povídal málo, anebo o tom, co za týden zažil, na co se těší, co ho naštvalo či vyděsilo. Často mlčel a hrál si nezúčastněně se svým mobilem, jako se svým zřejmě nejbližším a nejhodnotnějším vnějším objektem. Během devatenáctého sezení se

najednou zastavil a mimo jakoukoli souvislost mi najednou řekl: „Po obědě mi dnes chutnala cigareta kysele,“ zvedl při tom hlavu a podíval se mi přímo do očí. Na zlomek vteřiny jsem se neorientoval a čekal, co přijde dál, ale B. se jenom díval na mě a mlčel, jako by mi sdělil něco významného, něco, co mi ještě nikdy neřekl. Po opuštění klasických modelů přemýšlení a interpretování, jsem včas pochopil, o co jde. Nic nemohlo vyjádřit jeho pocity z okamžitého momentu a zřejmě ani z jeho dlouhodobé životní zkušenosti lépe než jako bizarní představa kyselé cigarety po obědě v dětském domově. Sdílení této implicitní zkušenosti bylo momentem setkání našich myslí, které umožnilo vznik jedinečného prožitku. Prožitku, který jsme mohli vytvořit a sdílet pouze my dva a pouze v tomto momentě. Vynořila se nová „inter-subjektivní“ realita, kdy jsem „implicitně“ věděl, že B. ví, že vím, že ví.

Ve své knize *Emoční poruchy v dětství a dospívání* – psychoanalytický přístup (Pöthe, 2008) jsem proces psychoanalytické psychoterapie dítěte přirovnal k léčení fraktury kosti. Jak víme, kost se může zlomit v důsledku silného nárazu zvenku nebo nepřiměřeného zatížení (trauma), ale i nedostatkem minerálů uvnitř (deficit) anebo kombinací těchto faktorů. Při léčbě zlomené kosti je důležité postavit rozbité fragmenty co nejbližší k sobě, na nějakou dobu je znehybnit, odstranit vnější zátěž a začít dodávat potřebné minerály. I emoční utrpení dětí vzniká v důsledku vnějších a vnitřních traumat, deficitu potřebných emočních podnětů anebo nedostatečné ochrany před vnější a vnitřní emoční zátěží. Založení bezpečného terapeutického vztahu, odstranění příčin vedoucích k traumatizaci a dodání emočních prožitků, které nastartují růst a přirozený vývoj dítěte je samo o sobě implicitní zkušeností, která se nedá lehce přeložit ani verbalizovat. Implicitní zkušeností je zřejmě i samotný „terapeutický vztah“, který může být dítětem dlouhodobě internalizován a používán jako dobrý vnitřní objekt. Díky identifikaci s tímto dobrým objektem se může nalomená psychická struktura dítěte stát pevnější, ohebnější a tím i odolnější proti vnějším traumátům anebo „výživovým“ deficitům.

Případ psychoanalytické psychoterapie šestiletého Davidka, který bude v knížce následovat, ukazuje, jak moc osobní a emočně náročný je proces uzdravování důsledků závažného psychického traumatu. Na cestě dosahování psychických změn a nastartování emočního vývoje dětí však, na rozdíl od dospělých, máme jednoho silného spojence, jejich úžasnou kreativitu a spontánnost.