

Konečný, Robert

## Některé teoretické a praktické otázky psychoterapie dětí

*Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. B, Řada filozofická.*  
1964, vol. 13, iss. B11, pp. [7]-16

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/107300>

Access Date: 29. 11. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

ROBERT KONEČNÝ

## NĚKTERÉ TEORETICKÉ A PRAKTICKÉ OTÁZKY PSYCHOTERAPIE DĚTÍ

### ÚVODEM

V současné medicíně se čím dále s tím větší samozřejmostí uznává potřeba ovlivnění nemoci psychoterapií. To znamená, že se uznává potřeba působit terapeuticky psychologickými prostředky, a to nejen v psychiatrii, kde se psychoterapie nabízí sama sebou, ale i v ostatních oblastech medicíny, kde ještě donedávna by se zdála podivínstvím, ba přímo šarlatánstvím (interní lékařství, kožní lékařství, předporodní příprava na gynekologii atd.).

Důraz na psychoterapii úzce souvisí s hlubokou změnou zásadního postoje k nemocnému. Ještě v první čtvrtině našeho století pacient se svou osobní a společenskou historií lékaře příliš nezajímal. Zásada zněla: „Je nutno léčit nemoc!“ Zčásti toto pojetí u některých lékařů přetrvává dosud. V psychiatrii např. tam, kde se jednostranně klade důraz na výlučně organickou terapii psychóz.

Moderní medicína proti heslu „Je nutno léčit nemoc!“ postavila zásadu jinou: „Nemocen je člověk!“

Zřetel k člověku přinesl některá nová hlediska. Především zájem o psychické a společenské faktory onemocnění. Snad se nemýlím, domnívám-li se, že tento zájem o člověka vneslo do medicíny především učení Pavlovovo, na Západě pak psychoanalýza. Ale i dnešní psychosomatika a kortikoviscerální medicína se zdají potvrdovat mínění, že nejde ani tak o nové snad obory medicíny, jako o novou orientaci v celém lékařství, které jako by chtělo nevyšímavost starší orientace vůči psychickým a společenským faktorům jak v etiopatogeneze, tak v terapii korigovat.

Důraz na člověka a jeho osobnost i na interpersonální vztahy sice podtrhl význam psychologie, ale znamená současně i jisté nebezpečí. Nemyslím jen na různé filosofické důsledky, které řadí medicínu do antropologie (Mitscherlichova antropomedicína), nebo ji svazují s náboženskou filosofií a teologií (pastorální medicína Niedermeyerova nebo Existenzanalyse Franklova).

Myslím na zcela konkrétní nebezpečí pro medicínskou praxi zejména v oblasti psychiatrie, které se dá vyjádřit tak, že moderní zřetel k člověku a k jeho psychické a společenské historii povážlivě zatlačuje do pozadí zřetel k nemoci samé. I když velmi chápeme snahu lékařství uniknout úskalím specializace, i dynamické pojetí nemoci jako tendenci celého organismu vybalancovat pathické poruchy kompenzačními a autoregulačními reakcemi,<sup>1</sup> nemůže nám ujít fakt, že pozornost výlučně zaměřená na interpersonální vztahy a interpersonální faktory chorobných procesů vede v krajních případech k opuštění pozic medicíny a k její záměně za sociální patologii.

Sullivan např. definuje psychiatrii jako vědu o interpersonálních vztazích a osobnost „zhruba jako soubor relativně stálých znaků opakujících se interpersonálních situací charakterizujících lidský život“.

Psychoterapie je tedy v podstatě procesem resocializačním. Velmi správně řekla o Sullivanovi Eva Syříšřová,<sup>2</sup> že „opouští vlastně pozice psychiatrie a stává se sociálním psychopatologem“.

S logickou důsledností se také vynořil v psychoterapii pojem „korektivní zkušenosti“, jehož užívá právě tak Alexander, jako naši Knobloch a Wolf. Je výrazem současných snah o aplikaci teorií učení a teorií interpersonálních vztahů (Mowrer, Shoben, Magareťová, Leary, Wolpe, Knobloch, Wolf) v psychoterapii.<sup>3</sup>

Psychoterapie je podle těchto koncepcí v podstatě příležitostí ke korektivní zkušenosti sociální, příležitostí učit se vhodněji reagovat a tak opravit traumatický účinek dřívějších zkušeností. V tom se shoduje Wolfova teorie např. s pojetím Learyho, který je přesvědčen, že „interpersonální vztahy mají sklon . . . vyvolávat a vyzývat reciproké interpersonální reakce od druhé osoby v interakci, jež vedou k opakování původního reflexu“. Knoblochovo i Wolfovo pojetí je založeno v podstatě na základních tezí Alexandrových, Wolpeho, Sullivanových — u Wolfa s přibráním Pavlovovy reflexologie.<sup>4</sup>

Wolf už v jedné ze svých starších prací,<sup>5</sup> kdy ještě začínal vypracovávat svou teorii, redukoval v podstatě všechny neurotické potíže dětských neurotiků na prozkoumání vzájemných vztahů mezi dítětem a rodiči.

Ztotožnění poruchy s traumatizující společenskou zkušeností a ztotožnění psychoterapie s korektivní společenskou zkušeností se nám však zdá jak zúžením etiopatogenezy, tak zúžením psychoterapie. Je např. příznačné, že zřetel k člověku ve společenských vztazích může vést k přecenění tzv. psychoterapeutického kolektivu léčebného, v němž pacienta v podstatě léčí pacienti a lékař ustupuje zcela do pozadí jsa přesvědčen o tom, že nová společenská situace, do níž pacient vstupuje, je dostatečně korektivní.<sup>6</sup> Psychosomatika pak i etiopatogenezu vidí jen jako záležitost psychických momentů.

Považovali jsme za nutné takto zaostrit některá teoretická hlediska, aby vyniklo přesvědčení, že nelze jednostranně přihlížet buď jen k člověku nebo jen k nemoci, ale že je nutno i v medicíně i v psychoterapii mít na mysli zcela určitou osobnost nemocného ve zcela specifickém prostředí, se zcela určitou nemocí. Psychoterapeut má odstranit nejen onemocnění, ale — pokud je v přímém vztahu k některým faktorům osobnosti — pokusit se také o reorientaci celé osobnosti. Nikterak si ovšem nemyslíme, že by každé onemocnění této reorientace vyžadovalo a že by bylo nutno např. každého neurotického pacienta vystavit působení léčebného kolektivu pacientů.

Je sice lákavé vytvářet psychoterapeutické koncepce, ale nesmí nám přece jít o to, abychom jim podřizovali skutečnost. Domníváme se, že pacientovy potíže je nutno analyzovat tak, abychom stále vážili vztahy mezi osobností, prostředím a nemocí a vycházeli přitom z dominantního příznaku. Tato cesta vede i k adekvátním metodám a postupům psychoterapeuticky účinným. Fobie a parestezie, které vznikly po zasažení elektrickým proudem, lze sotva přece vykládat jako interpersonální trauma a léčit je korektivní zkušeností. V tomto případě jsme však dosáhli plného a trvalého efektu mohutnou abreakcí v narkóze, po níž — ještě v narkóze — následovala psychoterapie. Teoreticky jsme vyšli z předpokladu, že je třeba nechat pod ochrannou clonou narkózy „doběhnout“ ještě nedokončenou reakci, harmonizovat vztah mezi korovými a podkorovými centry

a upevnit celý stav psychoterapií jak ještě v narkóze, tak i poté v bdělém stavu.

Považoval jsem za nutné naznačit některé obecné problémy psychoterapie. Uvedl-li jsem doklad fobií a parestezií po zasažení proudem, bylo to proto, abych ukázal, že nelze ke všem případům, vyžadujícím psychoterapie, přistupovat jen z hlediska teorie učení a interpersonálních vztahů, ale že je nutno volit různé metody podle druhu potíží a osobnosti pacientovy.

Na nových teoriích nás ovšem zajímá především fakt, že psychoterapie pojatá jako proces učení je v podstatě procesem výchovným. To je zejména patrné v psychoterapeutických přístupech a postupech u dětí. Vychovatel je v podstatě psychoterapeut-profylaktik. Psychoterapeut je kurativní vychovatel.

Tuto souvislost léčby a výchovy si uvědomuje zejména moderní psychiatrie čím dále tím pronikavěji. Portnov a Fedotov hovoří přímo o medicínské výchově<sup>7</sup> a také představitel sovětské zdravotnické psychologie V. N. Mjasiščev říká totéž: „Lékař psychoterapie je osoba, za jejíž podpory se nemocný učí znovu zvládnout . . . samoregulaci . . . Bez nadsázky se tu lékař stává nemocnému učitelem života.“ . . . Má tedy „psychoterapie jak elementy ochranné, tak i aktivizující (treeningové) a korektivní . . . Zvláště těsně je pak spjata s pracovní terapií a výchovou. I ty normalizují sociální kontakt a stimulují neuropsychickou aktivitu“.<sup>8</sup>

Také směr tzv. indirektivní psychoterapie chápe psychoterapii jako pedagogický proces nejvyšší intenzity a koncentrace, a tedy rovněž jako proces učení. Manželé Tauschovi definují psychoterapii jako dění, „kterým ovlivňujeme duševno člověka psychologickým působením určitými řečovými obsahy nebo činnostmi . . . V psychoterapii jde o proces učení. Mění se dříve naučené způsoby učení a nové se přijímají“.<sup>9</sup>

Tváří v tvář těmto novým teoriím učení a interpersonálních vztahů jsme se zamýšleli i nad problémy psychoterapie dětí, v nichž by nepochybně psychoterapie, pojatá jako učení v nových interpersonálních vztazích, se nabízela především.

Jestliže však se naše obecné úvahy týkaly psychoterapie dospělých, platí beze změny i pro psychoterapii dětí? Je mezi psychoterapií dospělých a mezi psychoterapií dětí podstatný rozdíl?

Aniž si ovšem osobujeme nárok, že bychom mohli vyčerpát v krátké studii problematiku pedopsychoterapie, pokusme se všimnout si aspoň některých problémů, či spíše problémových okruhů.

## ROZDÍLY MEZI PSYCHOTERAPIÍ DĚTÍ A DOSPĚLÝCH

Tramer tento rozdíl uznává. Je dán podle něho jednak časovým faktorem, jednak terapeutickým vztahem dospělý—dítě. (Tramer jej vyjadřuje pojmem *Zweiheit*.)<sup>10</sup>

Pokud jde o časový faktor, pak si jeho podstatu představuje Tramer jako nutný zřetel k vývoji a rozvoji dítěte. Tak se lze např. domnívat, že některé chorobné příznaky mizí prostě s přechodem dítěte do dalšího vývojového období — zatím co se psychoterapeut domnívá, že dětského pacienta uzdravil sám. A naopak: dejme tomu, že pro odstranění příznaku stačila krátká psychoterapie. V tom případě nás časový faktor varuje: nebude to právě on, který učiní výsledek v další fázi pochybným?

Nezdá se mi, že by časový faktor byl podstatným rozdílem mezi psychoterapií dospělého člověka a pedopsychoterapií. To by předpokládalo skutečnost, že v dospělosti vývoj v čase končí, představu, jako by dospělý byl něčím hotovým. Tak tomu ovšem není; nemohli bychom např. vytvářet celý nový obor gerontopsychoterapie!

Daleko spíše jde o to vytvořit spolehlivou periodizaci kvalitativně odlišných fází lidského vývoje a být o nich podrobně informováni.

Druhý Tramerův rozdíl uznáváme (Zweiheit). V pedopsychoterapeutickém vztahu stojí dva jedinci, z nichž jeden je dospělý, kdežto druhý je dítě. V psychoterapii dospělých naopak se ocitají v psychoterapeutickém vztahu dva dospělí.

Dalo by se sice namítnout, že i v terapeutickém vztahu mladý dospělý psychoterapeut — stařecký pacient je rozdíl vývojových fází a že tak, jak je třeba remobilizace ontogeneticky dřívějších fází v mysli pedopsychoterapeuta, je třeba vzhledem k staršímu pacientovi anticipace fází ontogeneticky pozdějších.

Přece však vidím některé zásadní rozdíly. Za nejdůležitější lze považovat tyto:

### 1. Rozdíly v poznávání skutečnosti a rozdíly ve zkušenosti

Polský autor Nowogrodzki v knize *Psychologia rozwojowa*<sup>11</sup> ukázal, že rozdíl mezi vývojovými fázemi dítěte a mladistvých spočívá jednak v úrovni odrazu skutečnosti, jednak v druhu dominující činnosti. Dominantou předškolního dítěte je hra, dominantou školáků je učení, dospělého práce.

Poznávání a hodnocení skutečnosti je na zkušenosti závislé. A je ovšem závislé i na rozvoji mladého mozku. Psychoterapie anorexie u devítiměsíčního dítěte bude vypadat podstatně jinak než psychoterapie anorexie devítiletého děvčátka, a ta zase jinak než psychoterapie anorexie děvčete šestnáctiletého.

Dítě až do prepuberty přijímá skutečnost obvykle jako něco, co je a musí patrně být, jaké je. Dítě např. nevidí na tabuli, ale nestěžuje si; nosí krátké boty, které mu otačily prsty, ale nestěžuje si; osmiletý chlapec trpí depresí z matčiny smrti, ale nespojuje ji s matčíným úmrtím.

V tomto faktu prostého přijímání skutečnosti bez výrazného hodnocení vidím jeden z kořenů difuznosti dětských neuróz na rozdíl od neuróz dospělých. Proto patrně také v pubertě již nabývá symptomatika na výraznosti a diferencovanosti.

Takto nadhozený jen problém by bylo nutno ověřit pečlivými výzkumy. A tak, jak by bylo užitečné zjistit si kvalitu, způsob a rozsah poznávání a hodnocení skutečnosti, bylo by třeba znát i míru a kvalitu dětských životních zkušeností. To předpokládá nejen pečlivou a podrobnou anamnézu, vyšetření vývojové úrovně, vědomostí, postojů, podstatných znaků osobnosti apod., ale i přímé ověření a pozorování, eventuálně v řízených či experimentálních situacích.

Tak mne např. dětská kresba vedla k podezření, že vyšetřované děvčátko má za sebou nežádoucí sexuální zkušenost. Další vyšetření to potvrdilo (bylo zneužíváno sexuálním aberantem). Šlo o děvče, které bylo vychováno nejdříve v kojeneckém domově, pak v domově pro předškolní děti a pak v domově dětském. Došlo k výrazným deprivacním reakcím. V experimentální situaci prostě projeveného soucitu se děvče rozesmálo — zneužívání se mu nezdálo ničím podivným. Rozumí se, že psychoterapie musila být vedena zcela jinak než u dítěte, které by reagovalo citlivě, které by bylo vychováno v rodině.

## 2. Rozdíly v racionální adaptaci

Další rozdíl tkví v nerozvinuté racionální adaptaci, dané převahou subkortikálních oblastí a procesů nad kortikálními. Toto zjištění má ovšem pronikavé důsledky pro teorii vedení dítěte. Znamená především, že psychoterapie i psychagogika dítěte nemůže být vedena jen racionálními cestami, nýbrž naopak, že musí, zhruba až do puberty, dosahovat svých cílů také ovlivněním mimoracionálních složek dětské osobnosti. To neznamená odmítnutí nebo vyřazení racionální psychoterapie. Domníváme se však, že by byla velmi málo platná, kdybychom nezasáhli především oblasti emoční a volní. Od prvního přístupu k dítěti, bohatě nasyceného lidskou emotivní účastí bez sentimentality, přes hru, sugesci, různé formy tréninku a korektivních zkušeností je třeba na tento fakt myslet.

Silný emoční vztah mezi pacientem a psychoterapeutem posiluje ovšem psychoterapii i u pacienta dospělého (při všem nutném odstupu) — ale u dítěte je nutno psychoterapii záměrně budovat na mimoracionální základně.

## 3. Problémy v sociální adaptaci a komunikaci

Dítě je daleko závislejší v sociálních vztazích. Celá naše výchova je bohužel výchovou k poslušnosti daleko víc než výchovou k rozvinuté, svobodné osobnosti, sloužící společenskému celku. Nic se nevyžaduje od dítěte tak, jako „aby poslouchalo“. Naprostá poslušnost, ať už je získána autoritou nebo autoritářstvím, vede k podstatně větší závislosti dítěte na dospělém, a také k větší sugestibilitě. Indirektivní psychoterapie využívá právě svobodné volby bez mentorování ke korektivní sociální zkušenosti. První její přístup k dítěti je dán pro ně překvapující měrou svobody — nikdo mu neříká „To smíš a to nesmíš“, ale naopak, je mu řečeno, že smí všechno. I když nesouhlasíme zcela s principy indirektivní psychoterapie, domníváme se, že problém prvního přístupu k dítěti je rozhodující. První přístup je vizitkou psychoterapeuta, celého jeho stylu pracovního i promyšlenosti jeho teoretické základny. Je třeba položit důraz zejména na dostatečné nasycení potřeby bezpečí a uplatnění.

I sám proces diagnostiky je nutno atmosférou důvěry, bezpečí a uplatnění naplnit.

Dítě se v cizím prostředí daleko hůře adaptuje, vazba na prostředí, jemuž je zvyklé, je daleko rigidnější než u dospělého. Proto je namístě intenzivní práce s rodiči, učiteli, vychovateli, příbuznými a někdy i s kamarády dítěte. Daleko větší zranitelnost (protože i daleko větší závislost) dítěte prostředím, související s celým složitým procesem adaptace a komunikace mezi dospělými a s dospělými, může mít ovšem i psychoterapeutický význam: stačí nanohdy např. změnit školské prostředí, aby nová základna a nové vztahy v novém prostředí vykonaly svůj korektivní úkol. Nové prostředí má obvykle vysoce excitativní, stimulující účinnost.

## 4. Problémy nevyzrálé sociální sdělitelnosti

Dítě není většinou s to sdělit své zážitky dospělému a dospělý velmi často není s to sdělit své mínění adekvátně dítěti. Každý začátečník v psychoterapii naráží na tyto potíže, které ovšem nejsou nepřekonatelné, víme-li, že malá sdělitelnost či

neschopnost sdílnosti a sdělnosti souvisí s jiným druhem poznání a hodnocení, s jiným způsobem exprese a s jinými postoji než na jaké jsme zvyklí u dospělého člověka, nehledíc už ani na nedostatečně zatím rozvinutý slovník a syntax.

Je proto s výhodou užívat zprostředkujících mezičlenů, které sdílnost a sdělnost usnadňují a které vyvolávají i expresivní reakce dítěti přirozené. Užíváme proto např. různých figurek a maňášků. To je zejména důležité i v anamneze a exploraci. Dítě, které nám neřeklo, proč se brání usnout, povědělo Kašpárkovi okamžitě, že je to proto, že musí hlídat rodiče, aby neodešli do kina. (V tomto případě dokonce prozradilo Kašpárkovi, že mu tatínek s maminkou ještě v čekárně zakázali o tom mluvit a že by jinak dostalo, kdyby to Kašpárek na ně řekl. Podobně mutistické dítě hovoří prostřednictvím své panenky s panenkou psychoterapeuta a postupně i s ním.)

## OTÁZKY PŘENOSU A DIREKTIVNOSTI

Rozdíly mezi psychoterapií dospělých a pedopsychoterapií nejsou jediným problémovým okruhem psychoterapie dětí. Jedním z nejvýznamnějších je *otázka přenosu jako terapeutického vztahu*.

Psychoanalytické pojetí přenosu — a přenos je pojem psychoanalýzou vytvořený — je toto: v průběhu psychoterapie se vyskytuje u pacienta pravidelně odpor k léčení i odpor vůči psychoterapeutovi samému jako projev neurotického konfliktu. Rozbor a interpretace jeho otevřených a skrytých projevů je podstatnou složkou psychoterapeutovy práce. Pacient přenáší podle psychoanalytické teorie na svého psychoterapeuta vlastní původní konflikty ze vztahu k členům svého nejbližšího okolí ve svém dětství. Nemíním se tu zabývat nesprávností této teorie. Ve vědeckém slova smyslu jde v přenosu o navyklé, podmíněné reflexní vazby sociální zkušenosti, s kterými dítě přistupuje k psychoterapeutovi. Tak tříleté dítě, sotva bylo dovedeno do ordinace psychologovy a opuštěno matkou odcházející na výzvu do čekárny, vrhlo se na psychologa kousajíc a škrábajíc v panické agresivní reakci obrany. Poměrně značně složitou cestou od nevěšmavosti k situaci navozené bezradnosti (psychoterapeut obklopil dítě doslova hračkami a sám se začal zabývat klidně jinou prací) a odtud k sociálnímu kontaktu a komunikaci prostřednictvím hry, se podařilo panickou reakci zvládnout. Bylo užito pochvaly, povzbuzení, dítě nabývalo pocitu bezpečí, začalo se úspěšně uplatňovat. A konečně jsme přešli ke generalizaci těchto nových reflexních vazeb na jiné lidi. Potíže — respirační afektivní křeče a hysterické projevy — ustaly.

Význam tréninku, význam terapie „postupně rozšiřovaného okruhu“ je zřejmý. Právě na dětech je patrna nevědeckost psychoanalytické koncepce: naprosto není nutno, aby dítě opakovalo traumatizující situace v nepřátelském vztahu k psychoterapeutovi. Záleží velmi na tvorbě nových forem společenských vazeb v korektivní zkušenosti s psychoterapeutem.

## DIREKTIVNÍ A NEDIREKTIVNÍ PSYCHOTERAPIE

Na jiném místě jsem se již zmínil o tom, že nondirektivní psychoterapie (nikoli indirektivní, jak se v některých našich studiích objevilo! Indirektivní neznamená indirektivní, nepřímá, nýbrž nicht leitende, neřídívou, pacienta neznásilňující) chápe psychoterapii jako výchovný proces maximální intenzity a koncentrace (Rogers,

Axline, manželé Tauschovi).<sup>12</sup> Indirektivní psychoterapie je psychagogikou přesně opačného charakteru než byla stará forma zákazů, hrozeb, nařízení, umravňování, rad a přesvědčování. Samozřejmým předpokladem tu bylo přesvědčení, že „psychagogos“ je opravdu jakýmsi poslem bohů jako Hermes psychagogos, který vedl duše mrtvých do Hádu. Že je nejvyšší autoritativní a nejvyšší kompetentní osobou, kterou jest třeba poslechnout. Tedy opravdu jakási forma verbalizační a moralizující „výchovné ortopedie“, jak psychagogiku nazval Paul Dubois.

Naproti tomu chce nondirektivní psychoterapie neřidivým způsobem odstranit nejen rušivé příznaky, ale změnit jak vnitřní prožívání skutečnosti, tak i vnější sociální chování dítěte v procesu hry. Vychází z předpokladu, že ve hře je dítě maximálně svobodné, může se také nejsvobodněji projevit. Radost a dobrovolnost jsou předpoklady vedení. Proto nedirektivní psychoterapie neklade dítěti žádná omezení a žádné překážky. Dítě si může dovolit, co chce, a to zcela bez zábran (může třeba kaňkat po stěnách). Omezeno je jen jedinou zásadou — ohrožením sebe nebo okolí.

Teoretickým předpokladem je tu přesvědčení, že maladaptace plyne z těch zkušeností, které odporují koncepci vlastní osobnosti. Proto učí indirektivní psychoterapie dítě vypracovat si samostatně, vlastní cestou adekvátní adaptaci i na těžké konfliktní situace nebo na nezměnitelně těžká prostředí. Proto také celkem pohrdá předběžnou diagnózou, protože ta podle přesvědčení nondirektivních psychoterapeutů stejně nic nenapraví a nanejvýš mate.

Ilustrujme celou problematiku řídivé psychoterapie jediným příkladem: Dítě si vybralo svobodně z množství hraček, které mu jsou libovolně k dispozici, pastelky a papír. Nakreslilo kresbu a přináší ji spontánně ukázat psychoterapeutovi. Ptá se: „Je to pěkné?“

Psychoterapeut neodpovídá „Ano“, protože by už touto odpovědí dítě vedl určitým směrem a naučil by je obracet se k němu trvale o schválení a pochvalu. Naučil by je tedy závislosti na sobě a nesamostatnosti. Ale nesmí odpovědět ani „Ne, není“, protože by zraňoval zdravé dětské sebevědomí. Co mu tedy zbývá? Má zůstat pouze u konstatování faktu a nepřecházet k hodnocení, a to asi takto: „Tobě to dělá radost, že mi ukazuješ, cos namaloval.“ Nebo: „Jistě máš radost z barev, kterých jsi užil.“ Je-li dítě neodbytné a dotazuje se ustavičně a naléhá, smí psychoterapeut říci nejvýše: „Podívej se, tady jsi v místnosti, kde nikdo nic neposuzuje. Tady musí každý rozhodovat sám.“

Nám se při všem respektu k některým zásadám nondirektivnosti zdá, že psychoterapie se nemusí bát být modelem života a že je velmi nepřirozené, protože neživotně vytvářet takové umělé situace, které modelem života být přestávají.

Nondirektivní psychoterapie stanovila konečně několik zásad, které mají nondirektivnost zabezpečit (neřizení, nechvátání, přátelský vztah, akceptace a respekt k dítěti, princip svobodné volby, reakci na citový život dítěte, omezení dítěte jen v tom smyslu, aby sobě či jiným neublížilo a konečně princip vnitřní jistoty).

Domnívám se, že princip neřizení není z těchto principů zásadou rozhodující. Mám zato, že podstatnější je zkušenost dítěte s psychoterapeutem, jeho důvěra k němu, korektivní zkušenost. Atmosféra důvěry, bezpečí a sebeuplatnění je prvním předpokladem zlepšující se autoregulace (Mjasiščev) či samoúdržavy (Tramer) korektivními zkušenostmi v sociálních vztazích. Proto je velmi namístě skupinová psychoterapie zvláště tam, kde jde o sociální maladaptaci. Provádíme ji např. v situaci stolní fotbalové hry, které se může zúčastnit až 8 hráčů, tedy nejvýše přípustný počet dětí pro psychoterapeutickou práci ve skupině.



Vrátíme-li se k ilustraci nondirektivní psychoterapie, máme za to, že je možno říci dítěti, že jeho kresba je pěkná nebo méně pěkná, protože ani život se nebude vyhýbat hodnocení. Ale jde ovšem o to, abychom hodnotili klidně, povzbudivě, účastně: „I když se ti tahle kresba docela nepodařila, je na ní už teď vidět, že příští bude ještě daleko pěknější. A jak by ne, když jsi dnes dělal takovou kresbu patrně po prvé. Ostatně jsem v tvém stáří neudělal lepší.“ — A v případě dobré kresby: „Opravdu se ti podařila. Ale podívej se, tady ta maličkost — je to tady trochu přetažené, ale to se dá ovšem opravit, že?“

Chlapec, který systematicky kradl všechno, na co přišel, byl překvapen, když jsme mu řekli otevřeně, že to dělá proto, aby se mstil nevlastnímu otci špatnou pověstí za jeho tvrdé zacházení s ním. Byl překvapen nejen otevřeností odhalení, ale i tím, že se nikdo nerozčiloval, nemoralizoval, nekáral, nehrozil, ale klidně celou událost prohodil a vlídně ho pozval na příští návštěvu.

Třída, která nahnala hrůzu celému učitelskému sboru jedné devítiletky tím, že rozšiřovala ve velkém pornografie, se zcela změnila po jediné besedě, na níž psycholog zodpověděl bez účasti učitelů v důvěrné diskusi otázky z oblasti sexuální a celý poklesek po dohodě s učitelským sborem chápal jen jako zvědavost, nepoučenou a nevhodně vyjádřenou. Právě nemoralizující postoj a možnost vyjít z celé situace bez zbytečného zahanbení působily korektivně.

Nedomníváme se, že je třeba vytvářet umělý model „nicht leitende Neutralität“, protože ani život sám není nicht leitende Neutralität. A navíc se nám zdá, že by nebylo zdrávo klást obě formy psychoterapie proti sobě... Je výhodné někdy doplnit jednu formu druhou. Postupujeme proto tak, že odstraníme především dominantní chorobný příznak a současně s tím začínáme měnit v osobnosti dítěte ty rysy, které vedly k tenzi, konfliktům a následné neurotizaci. A konečně pak v dalších etapách usilujeme (po mimoracionálních postupech) o racionalizaci potřeb, zájmů a hodnot — pokud je to ovšem možné. Zejména se snažíme o nenásilné vytvoření relativně pevné hierarchie hodnot jako nejvyšší autoregulace. Na tomto stupni splývá psychoterapie s výchovou životní.

Naléhavou potřebou se pak stává s r o v n á v a c í p s y c h o t e r a p i e dospělého a dítěte, jak jsme se zčásti pokusili nastínit ji i v této práci. Je už proto potřebná, abychom se vyhnuli mechanickým aplikacím psychoterapeutických zásad a postupů v pedopsychoterapii.

Od srovnávací psychoterapie čekáme také pomoc pro odstranění nebezpečí, které plyne z toho, že se pacient stane obětí jednostranné teoretické generalizace svého psychoterapeuta. Jsme přesvědčeni, že příprava psychoterapeutického plánu se musí opírat o studium vztahů mezi pacientovou osobností, prostředím a příznaky onemocnění a že toto studium nemá být deformováno apriori žádnými spekulativními teoriemi.

Jen tak je možno dospět jak k přesné diagnóze, tak k individualizovaným formám psychoterapie, a to individuální i skupinové.

Vrátíme-li se k počátečním úvahám o teoriích učení a interpersonálních vztahů, bude nám sice zřejmá plodnost jejich podnětů, ale nepochybně nás život sám poučí o tom, že ne každá potíž, přístupná psychoterapii, se dá beze zbytku těmito teoriemi vyložit. A nedá-li se jimi beze zbytku vyložit, nebylo by skromné ani moudré přijímat je jako jediné správné jen proto, že jsou velmi uznávány.

## POZNÁMKY

- <sup>1</sup> O tomto pojetí nemoci a o nové orientaci v medicíně ve vztahu k metodologickým problémům klinické psychologie píše J. S r n e c v studii *Metodologické problémy klinické psychologie* v knize *Využití psychologie v socialistické společenské praxi* (SAV, Bratislava 1959, str. 263—266).
- <sup>2</sup> Tato slova jsou z velmi dobré kritiky Sullivanových názorů, obsažené v knize *Psychoterapie schizofrenního onemocnění* (Historický vývoj a přehled hlavních současných směrů). Vydal rotaprintem Státní ústav pro zdravotnickou dokumentační a knihovnickou službu r. 1962.
- <sup>3</sup> „Psychoterapie je druh učení a o učení všeobecně platí, že probíhá tím lépe, čím přesněji a rychleji je učící se zpravován o výsledku (zpětná vazba).“ — Dokladem našeho tvrzení je společná práce kolektivu Knobloch, Benda, Hausner, Knoblochová, Tautermann, přednesená na Symposiu o psychoterapii v Bratislavě 28. a 29. VIII. 1961 (syllabus).
- <sup>4</sup> Viz k tomu zejména práci *Interpersonální vztahy v reflexologickém pojetí — integrovaný přístup*, Československá psychiatrie LVI, 1960, 3, 145.
- <sup>5</sup> *Některé problémy v psychoterapii dětí* (Pediatrické listy VIII, 1953, 14).
- <sup>6</sup> Jde o práci uvedenou sub 3: „Srovnání metod kolektivní a individuální psychoterapie.“
- <sup>7</sup> V práci *Něvrozy, reaktivnyje psichozy i psichopatii* (Moskva 1957, str. 87).
- <sup>8</sup> *Některé otázky teorie psychoterapie* (Československá psychiatrie LV, 1959, 225).
- <sup>9</sup> Reinhard Tausch und Anne Marie Tausch, *Kinderpsychoterapie*. C. Hogrefe, Göttingen 1956. — Týž: *Das psychotherapeutische Gespräch*, C. Hogrefe, Göttingen 1960.
- <sup>10</sup> M. T r a m e r, *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*, Basel 1949.
- <sup>11</sup> Cituji podle německého překladu T a d e u s z N o w o g r o d z k i, *Entwicklungspsychologie*, 5. Ausgabe, 1958.
- <sup>12</sup> Kromě knihy Tauschových, uvedené v pozn. 9, je třeba uvést aspoň tyto studie: Axline V. M., *Play Therapy*, Boston 1947, *Play Therapy Experiences as Described by Child Participants* v Journ. of Consulting Psychology, 1950, 14, 53—63. — Rogers C. R., *Counseling and Psychotherapy*, Boston 1942, spolu s D y m o n d e m R. F., *Psychotherapy and Personality Change*, Chicago 1954.

### SOME THEORETICAL AND PRACTICAL QUESTIONS OF THE PSYCHOTHERAPY OF CHILDREN

In contemporary medicine the need for and recognition of psychotherapy as a practical application of psychological methods is increasing. This is connected with a fundamental change in the attitude in therapy.

The older school of medicine held to the principle of „treating the illness“, while modern medicine follows the principle of „treating the human being“. Interest in the human being was brought into medicine above all by cortico-visceral medicine developed on the basis of Pavlov's theory by Bykov and his pupils, and in the West by psychosomatics, the basic impulse to which was given by Freud.

The new orientation of medicine brings with it a certain danger. Exclusive concentration on the disease in the end led the doctor away from the human being. Exclusive concentration on the human being has the paradoxical effect of leading modern medicine away from the disease. Psychosomatics explains even organic illnesses psychologically. For the psychiatrist Sullivan psychiatry finally became social pathology.

In psychotherapy these tendencies also occur in the increased attention devoted to interpersonal and interpersonal relations and especially in the acceptance of the conception of the theory of learning. Psychotherapy is seen as the learning of desirable interpersonal relationships. Hence too the emphasis on „corrective experience“ and „corrective collective treatment“ in collective psychotherapy. Psychotherapy becomes fundamentally social pedagogics.

The new tendencies in psychotherapy certainly appear to be useful and suggestive, but not altogether correct, either from the point of view of psychotherapeutical theory, or on the basis of empirical experience. It is not possible to consider either the illness in isolation, or the human being in isolation, but rather the quite definite individual personality of the patient with a quite definite illness. The relationships of individual, surroundings and illness then become decisive for deciding on the most effective therapy and its forms. But even empirical experience in psychotherapeutics confirms the errors in generalisation of the new theories. For example paraesthesia and phobia resulting from electric shock

cannot be explained as being the result of undesirable interpersonal relationships nor can they be treated by corrective social experience. On the other hand, rapid, reliable and lasting results have been obtained by abreaction under anaesthetic and by psychotherapy under anaesthetic.

From this point of view it appears to us to be useful to examine some problems of child psychology.

1. Differences between the psychotherapy of adults and pedopsychotherapy. The psychotherapeutic relationship is that between two individuals at a different stage of development, whereas in adult psychotherapy two adult individuals are involved. The problem of the ability or non-ability to re-mobilise former phases in the psychology of the psychotherapist is here the fundamental question.

2. Differences between cognition of reality and experience. Differences between the developmental phases of the child and the adult depend on the one hand on the level of reflection of reality, on the other hand on the kind of dominant activity of a particular developmental period. It is thus important to ascertain the quality, kind and extent of the child's individual cognition and assessment of reality, and also the quality, and extent of his experience of life.

3. The problem of hitherto undeveloped rational adaptation, given by the prevalence of the subcortical area and processes over the cortical. Hence we cannot consider in the psychotherapy of the child that rational psychotherapy takes the first place. Roughly up to the end of puberty it is necessary to influence above all the extra-rational constituents of the child's mind by suitable methods (play, hypnopsychotherapy, various forms of training and corrective experience).

4. Problems of social adaptation and communication. The child in his social relationships is much more dependent than the adult. It is thus necessary to stress the problems of the initial approach to the child and to endeavour above all to attain the complete satisfaction of the need for self-assertion and security. The child finds more difficulty in adapting itself, the bonds which attach it to accustomed surroundings are much more rigid than in adults (with the exception of old people). On the other hand new surroundings with their highly excitic action may become a very important factor in the psychotherapeutic process.

5. Problems of immature social communicability. The child is not capable of communicating his experiences to the adult, the adult is not capable of adequately communicating his opinion to the child. Hence arises the necessity for surroundings which help communication or for means of establishing communication (the figure of Punch, dramatic play, etc.). This is particularly important both in anamnesis and exploration. The child, who would simply refuse to speak to an adult, will speak to a puppet or through his own puppet to the psychotherapist's puppet.

6. Problems of transference as a psychotherapeutic relationship. We do not mean transference in the psychoanalytic sense (opposition to treatment and to the psychotherapist as an expression of neurotic conflict). The child approaches the psychotherapist with a certain social experience and with the acquired, conditioned-reflexive ties of social experience. The part played by the corrective experience with the psychotherapist in the creation of new forms of social ties is of great importance (cf. par. 4).

7. Problems of directive and indirective psychotherapy. It appears to us that it is not possible to oppose these two forms to each other, but on the contrary the one form must be supplemented by the other, in such a way that first of all we remove the dominant symptom of the illness and at the same time begin to change in the personality of the child those features which led to tension, conflicts and subsequent neurotic condition. And finally in the further stages we try, after the extra-rational approach, to achieve the rationalisation of needs, interests and values. Above all we try to create a relatively firm hierarchy of values as the highest form of auto-regulation. At this stage psychotherapy touches the fields of pedagogical psychagogy.

8. The comparative psychotherapy of child and adult has become an urgent necessity if only for the reason that we must avoid the mistakes and faults of the mechanical application of the principles of adult psychotherapy to the psychotherapy of the child.

9. We must also devote more thought to ensuring that the patient does not become the victim of the psychotherapist's one-sided theoretical generalisation. The preparation of a psychotherapeutic plan especially with the child must be based on the careful study — undistorted by any speculative theories — of the relationships between the patient's personality and background and the symptoms of his illness. Only in this way we can arrive at an exact diagnosis which will also determine the forms of psychotherapy.