

Setkávání na pomezí dvou světů

„Přišel jsem s očekáváním, že medikům nabídnu psychologický pohled na člověka, a najednou jsem zažíval z jejich strany neporozumění. Proto pro mě bylo velkou výzvou snažit se vypracovat psychologické postupy tak, aby byly přijatelné pro studenty medicíny,“ vzpomíná na začátky svého pedagogického působení PhDr. Ing. Karel Hájek, Ph.D., vedoucí oddělení lékařské psychologie Ústavu pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK

| Martin Čermák

■ **Původně jste vystudoval elektroenergetiku na ČVUT. Nedovedu si téměř představit obor po všech stránkách vzdálenější od psychoterapie a lékařské psychologie. Kde a kdy došlo k onomu osudovému zlomu ve vašem směřování?**

Během studia ČVUT jsem hodně jezdil stopem a řidiči mne často zahrnovali svými příběhy. Téměř po každé v tom byl nějaký jejich osobní problém – a čím víc podobných příběhů jsem vyslechl, tím víc mne napadalo, že kruhy, ve kterých se motají, jsou často úplně zbytečné. To byla důležitá motivace, proč jsem se chtěl stát psychologem a psychoterapeutem.

Pokud jde o elektrotechniku, i tam se nějaká propojení najdou. Když jsem studoval světelnou techniku, zaujalo mne, jakým způsobem osvětlení působí na lidskou psychiku. Někdy také s nadsázkou říkám, že psychika a elektrina jsou si v lecčems podobné – nevidíte je, ale když do něčeho moc „zašfouráte“ a nedáte si pozor, dostanete ránu. (smích)

Vedle toho se ovšem v době mých studií objevovaly podle mne nesmyslné snahy o propojení fyziky a lidské psychiky – například když se

profesor Kahuda snažil matematicky popsat existenci jakéhosi mentonu coby elementární částice fungující v bioenergetickém poli člověka.

■ **Zužitkoval jste někdy tyto exaktní či technické poznatky a hlavně styl myšlení i v humanitní vědě, které se věnujete?**

To, co se rozvíjí při studiu techniky, tedy určitá strukturovanost myšlení, prostorová představivost, schopnost dávat si věci do souvislostí a hledat v nich logiku, se hodí velice dobře i pro psychologii. Což ovšem neznamená, že by mne třeba nějak zvlášť lákala aplikace matematiky v psychologii, například v kvantitativních výzkumech.

Spiš mne na psychologii fascinuje, jak lze osobní zkušenost nebo interpersonální skutečnost významově zachytit – pojmenovávat a uchopovat poznání pomocí významu slov. Jít za konkrétními případy a pomocí kvalitativní metodologie zachytit psychologické jevy v pozorování či v rozhovoru. Rád bych pomohl rehabilitovat metody psychologii vlastní, ale neprávem pozapomenuté. Takovou metodou je například introspekce.

■ **Vášim profesním a životním tématem se nakonec stala především humanistická psychologie. Proč právě tento směr?**

Snažil jsem si vyzkoušet a „namočit“ se v různých psychoterapeutických přístupech a metodách. Nakonec převážilo právě to humanistické směřování. Zjistil jsem, že rogersovský – tedy „na člověka zaměřený“ – přístup je mi opravdu vlastní. Později jsem k tomu přidal satiterapii, která mi ještě dále rozšířila obzor a „nabídku“ stylů práce. Stala se výbornou základnou pro integraci rozličných metod a pro vlastní kreativitu. Navíc satiterapie souvisí nejen se západním humanistickým přístupem, v němž integruje ve výcviku focusing a psychodrama, ale čerpá i z východních zdrojů – konkrétně z Buddhova učení, aniž by obojí dohromady bylo v nějakém rozporu. Ukazuje se díky tomu, že principy, které jsou s úspěchem využívány na východě, jsou velice dobře přenositelné k nám a že opravdu léčí.

Již během svých studií jsem potkal doktora Frýbu, se kterým jsem pak začal spolupracovat právě v oblasti satiterapie. Přišel se svou mezinárodní psychoterapeutickou zkuše-



Foto: Leoš Chlouba

ností, ale až tady u nás vše dostalo svůj tvar a název. Tak jsem rád, že jsem u zrodu satiterapie mohl být osobně. Od roku 1993 se rozběhly první kurzy a jsou nabízeny dodnes.

■ **Vzpomenete si na své pocity a zážitky z prvních setkání s psychologickými metodami, které jsou zaměřené na vlastní tělesné prožívání, vnitřní soustředění a zaměření na sebe sama – například s focusingem, jehož propagaci se věnujete?**

Byl to klasický „aha efekt“, kdy vám něco najednou dojde a ihned zažíváte a vidíte, jakým způsobem se to děje. Focusing je velmi dobrá didaktická metoda, jak se lze dostat k určitému vhledu. Když jsem například pracoval na sobě ve výcvikové skupině, nějaká situace se mne osobně dotkla. Následovala jistá doba latence, kdy přesně nevíte, co se děje, a najednou přijde ono „aha“ a máte to. V mysli se „narodí“ význam toho dotčeného prožívání. A to důležité se odehrává právě během té latence – jako určitá forma nevědomých procesů, kdy se „něco“ propojuje.

Ve focusingu je už takový proces propojování obsažen v jednotlivých krocích – něco prožíváme, nějak na nás působí okolí, naše tělo na to reaguje a už se tam tvoří pocity, které mají významy, ale ještě v preverbální formě. Abychom si je uvědomili a porozuměli jim, musí se spustit proces, který zachytí a uchopí právě jejich významy v obsazích srozumitelných myslí. Tomu procesu říkáme tělesně zakotvené prožívání.

Foto: Leoš Chlouba



■ **Jak rychle se dá práce s vlastním tělem, soustředěním a zaměřením (tedy zmíněný focusing) nacvičit tak, aby z toho měl například pomáhající profesionál nějaký jednoznačný užitek?**

Efektivně používat focusing různými způsoby v praxi lze naučit během víkendového kurzu.

■ **Máte zkušenost s různými psychoterapeutickými směry. Jak se díváte na jistou „řevnivost“ a spory mezi jednotlivými přístupy a psychologickými „školami“? Dáří se jim nyní lépe nacházet společnou řeč?**

Situace je dnes podle mého úplně jiná než před deseti patnácti lety. Když jsem byl loni na podzim na konferenci v Luhačovicích, měl jsem opravdový dojem, že se konečně hledají a nacházejí společné prvky. Rivalita možná panuje v „byznysu“ okolo výcviků, ale jinak v psychoterapeutickém „poli“ už je to mnohem vstřícnější a není těžké se na řadě věcí shodnout.

Psychoterapeuti jsou citlivější k tomu, co se děje v prožívání pacienta, ale i co se děje v prožívání samotných terapeutů. Dalším příkladem propojování psychoterapeutických přístupů může být, že například do kognitivně-behaviorální terapie přichází všímavost a techniky, které ji nějakým způsobem rozvíjejí. A to je společné se satirapií (sati je termín označující všímavost v původním Budhově učení), která je zaměřená právě na prožívání.

■ **Co napomohlo této větší integraci přístupů a tomu, že se nebojí vzájemně si „vypůjčit“ osvědčené metody a postupy?**

Před lety jsem na transpersonální konferenci zaslechl hezkou paralelu ze zvířecího světa: Na ostrově žijí opice, které se naučí jistou dovednost. Napřed ji objeví jedna opice, naučí se to od ní druhá, třetí, až to umí všechny opice na celém ostrově. A najednou, bez možnosti

„odkroukání“, se objeví daná dovednost i na dalším ostrově a tak dále. Když si něco užitečného osvojí dostatečný počet jedinců, pak to začnou dělat i ostatní, aniž by se dala vysledovat cesta, jak se tato funkce rozšířila. Myslím, že něco podobného se stalo i v psychoterapii. Množství terapeutů, kteří jsou schopni zachytit to podstatné, prožitkové, a nějakým způsobem s tím naložit, už přesáhlo „kritickou mez“ a tím se tyto přístupy „přehouply“ do všech možných směrů. Ale samozřejmě to tvrdím napůl žertem. Moderní technologie ve zdravotnictví postoupily tak daleko, že se rozvíjejí nové meziobory jako například biopsychologie. Změny prožívání během psychoterapeutického sezení se již díky tomu dají zachytit na speciálních EEG přístrojích. Lze tak „objektivizovat“ i to, co doposud bylo přístrojem skryté, ale s čím psychoterapie zachází od počátku.

■ **Vrátím se nyní do poloviny 90. let, kdy jste poprvé nastoupil jako asistent na lékařskou fakultu. Co vás „zaválo“ jako psychologa do oblasti zdraví, zdravotnictví, medicíny, výuky mediků...?**

Tuším od roku 1992 jsme s kolegy Inkou Hanušovou a Petrem Růžičkou rozjeli zde, na 1. lékařské fakultě UK, sebezkušenostní skupiny pro mediky. Sami jsme byli v rogersovském výcviku a díky tomu potom přišla nabídka od profesora Vymětače, abychom zkusili vést skupinu mediků. Dodnes mi naskakují obličeje lidí, kteří byli v prvních skupinách.

Byla to opravdu velmi intenzivní zkušenost. Všechna skupinová sezení jsme komplet nahrávali a pak jsme je v rámci intervizí a supervize rozebírali, vyříkávali jsme si, co se tam vlastně dělo. Díky tomu jsme se hodně naučili a byla to velice zajímavá práce. Sebezkušenostní skupinu pro mediky jsme dělali coby součást povinně volitelného předmětu psychoterapie přes deset let. Pak jsme v rámci reorganizace ústavu předali výuku tohoto předmětu doktorce



Blance Čepické, která se sebezkušenostními semináři pokračuje.

■ **Po revoluci to zřejmě byla asi vůbec první podobná příležitost pro mediky zkusit si něčím takovým projít.**

Myslím, že určitě ano, v roce 1992 přinejmenším jedna z prvních. V porevolučním kvasu se zaváděly nové věci, nově se definovala lékařská psychologie a psychoterapie, její výuka...

Ještě si vzpomínám na ročníky studentů, kteří absolvovali střední školu za minulého režimu. Byli uzavřenější, řada jich stále ještě byla „nastavena“ neriskovat a neříct na sebe něco, co by ostatní mohli „použít proti nim“. Ale na medicíně i dnes blokuje spontaneitu studentů strach říci něco „špatně“. Myslím však, že takové počáteční nastavení lze změnit pozitivním směrem, aby ladění při výuce bylo otevřenější a založené na partnerství.

■ **Když jste začal pracovat s budoucími lékaři, bylo pro vás těžké coby pro nelékaře vstoupit do jejich mentality, do specifiku lékařského myšlení a profese?**

Určitě ano. Je to setkávání na pomezí dvou světů – psychologického a medicínského – a vždy se tam objevila otázka jak studenty motivovat pro ten „druhý svět“. Navíc i dnes čas od času narážím na to, že mi chybí klasické medicínské vzdělání, odborný žargon a podobně.

■ **Ještě mě napadá jeden moment napětí – jako rogersovsky orientovaný terapeut nabízíte nedirektivní přístup, ale lékař už z podstaty své profese musí být vůči pacientovi více či méně direktivní.**

To je naopak plus. V jiných předmětech je ve vztahu vyučujících a studentů dost velký odstup, my zase hned od začátku nabízeli partnerství. Navíc tehdy na počátku 90. let jsme ještě sami byli studenti, řadu let jsme si v sebezkušenostních skupinách s účastníky tykali. A to vše bylo, myslím, kvitováno velmi příznivě.

■ **Co vás nejvíc překvapilo třeba při prvním kontaktu se světem medicíny a mediků?**

Že věci, které jim chceme přinést, je nijak moc nezajímají, alespoň zpočátku mi to tak přišlo. Psychologii, pokud šlo o povinnou výuku, studenti vnímali na okraji svého studijního zájmu. Přišel jsem s očekáváním, že jim nabídnu to, co ve své budoucí praxi ocení, a najednou jsem zažíval určité neporozumění – proč to je, o čem to je, k čemu to je...

Přitom s odstupem byly semináře ze strany mediků hodnoceny jako dobré a důležité. Ale nejdříve jsme se opravdu dost mýjeli – předložili jsme nabídku, která nebyla příliš srozumitelná, protože nezapadala do „známého“ učebního rámce. Ze strany studentů byla spíše poptávka po faktech a po něčem jednoduše uchopitelném. Postupně jsme se naučili přizpůsobit výuku tak, aby se v ní medicíni hned od začátku mohli nějakým způsobem orientovat a neměli pocit, že jsou vrženi do neznámé situace. I když větší pnutí a tlaky přicházely spíše od jednotlivců než od celých skupin, bylo důležité s tím pracovat. Pro mě tehdy bylo velkou výzvou především upravit psychologické postupy tak, aby byly pro studenty medicíny přijatelné.

■ **Hodně se zabýváte prací s emocemi v náročných povoláních. Považujete právě tuto oblast za jeden z největších deficitů? Jsou například u lékařů silné tendence raději emoce vědomé nebo podvědomé potlačovat a nepracovat s nimi, než aby se je naučili dobře využívat?**

Když nastane něco nepříjemného, normálně od přirozenosti máme tendenci se tomu spíše vyhnout. Ale když se to děje v pomáhající profesi, stane se z toho takový bumerang. Vyhnete se jednou, vyhnete se podruhé a pak vám to spadne na hlavu s dvojnásobnou intenzitou. Vezměme třeba situaci, kdy pacient nespokojeně spolupracuje, i když jste si to s ním „jakoby domluvíli“. Nechte moc „zabřednout“ do jeho emocí, tak mu zkrátka něco vysvětlíte



PhDr. Ing. Karel Hájek, Ph.D.
* 2. září. 1966

V roce 1989 absolvoval Fakultu elektrotechnickou ČVUT v Praze (obor elektroenergetika), v roce 1995 pak Filozofickou fakultu UK (obor psychologie). Postgraduální studium psychologie zakončil v roce 2001. Prošel výcvikem v rogersovské psychoterapii („na člověka zaměřený“ přístup) a satirapii, má akreditaci manželského a rodinného poradce.

V letech 1995–1998 působil v Poradně pro rodinu jako manželský a rodinný poradce. Zároveň od roku 1995 učí na 1. LF UK jako odborný asistent Ústavu pro humanitní studia v lékařství, od roku 2002 zde vede oddělení lékařské psychologie. V letošním roce nastupuje jako odborný asistent do Ústavu psychologie Lékařské fakulty MU Brno. V rámci postgraduálního vzdělávání lékařů na IPVZ se zároveň podílí na výuce v psychoterapeutickém minimu a učí práci s emocemi.

Vedle pedagogické praxe na VŠ je aktivním psychoterapeutem, supervizorem a lektorem řady kurzů a výcviků, mj. tělesně zakotveného prožívání – focusingu a psychoterapeutického výcviku v rámci Ateliéru Satirapie.



■ *Výjev z Buddhova života. Satiterapie čerpá nejen ze západní vědy, ale i z východních učení.*

Foto: Leoš Chodura

a počítáte s tím, že pacient to bude respektovat. On vám to opravdu odkývá, ale když pak jde třeba na vyšetření, najednou jeho emoční stav exploduje a on není schopný dělat to, co po něm lékař požaduje. Což může lékaře rozčlít. Vždyť jste se na tom přece dohodli! Dojde k patové situaci: pacient emocí donucený k odmítnutí spolupráce a naštvaný lékař.

Řada těchto konfliktů je důsledkem nedostatku času. Lékař musí vyšetřit nebo ošetřit mnoho pacientů, a když ještě jeden z nich má nějaký výrazný emoční stav, je to najednou něco problematického. V psychoterapii máte na setkání s pacientem 50 minut, ale lékař má třeba jen desetinu tohoto času

■ **20 lidí projde v pohodě po těch pěti minutách a jedenadvacátý se rozbřečí...**

...a ten vám to právě „komplikuje“. Neběží to, jak by mělo, za dveřmi se kupí řada dalších pacientů a celá věc jen vede k ještě většímu stresu. Jo to zátěž, ale pokud se s ní lékař opravdu naučí dobře zacházet a bere takové situace jako součást profese, najednou zjistí, že to není až takový kámen úrazu.

■ **Čili potlačení emocí je hlavně jeden z obranných mechanismů, aby se z toho lékaři naprosto nezbláznili?**

Tak. Když probíráme situace chybné komunikace lékaře a pacienta, prvním úkolem je pochopit motivaci lékaře. V rámci adaptace lékaře na emoční zátěž přicházející od pacientů se spontánně vytvoří sklon reagovat na pacienty nevhodným jednáním. Tak se lékař chrání, protože jak jinak by svou profesi zvládl? Je nanejvýš důležité, aby lékaři byli vybaveni alespoň základními postupy jak čelit této emoční zátě-

ži bez sebepoškození nebo bez iatropatogeneze.

■ **Zaujalo mě, že jste se zabýval výzkumy v oblasti lidských práv a hodnotových systémů. Byly tam nějaké styčné plochy se světem medicíny a zdravotnictvím?**

To byla součást výzkumu různých sociálních reprezentací – jak si která skupina prezentuje určitý problém. Opravdu hodně zajímavé téma, zjistili jsme díky tomu, jak ta která profesní skupina pojímá některé hodnoty a otázky. Když vezmu jednoduchý příklad psychoterapie – ta je odlišně vnímána psychoterapeuty, psychology, lékaři, pacienty, kteří chodí na terapii... I když se jedná o tu samou věc, názory, které na ni mají jednotlivé skupiny lidí, jsou občas velmi rozdílné.

■ **Máte nyní rozpracovaný nějaký další výzkum vycházející z vaší praxe a oblasti zájmu?**

V rámci postgraduálu jsem se zabýval kvalitativním výzkumem tělesné zakotveného prožívání, tedy procesu zachytitelného při provádění focusingu, o kterém jsme již mluvili na začátku a který úzce souvisí s psychoterapeutickou změnou osobnosti. Tento projekt byl i součástí výzkumného záměru na téma kvality života, který běžel na tomto pracovišti. Na jeho základě vznikly dvě knižní publikace: „Tělesně zakotvené prožívání“ (vyšlo v roce 2002 v Karolinu) a „Práce s emocemi pro pomáhající profese“ (vyšla v roce 2006 v nakladatelství Portál). Momentálně vedu doktorandy, kteří se zabývají konkrétními aspekty účinnými v psychoterapii. Věřím tedy, že dříve nebo později vznikne nějaký projekt, který by směřoval k této problematice a nějakým způsobem zastřešil témata těchto doktorandských prací.

■ **Učíte, věnujete se terapii, poradenství, supervizi, lektorujete výcviky... Jak se vám daří vše stíhat, udržet si praxi na všech „frontách“?**

Měl jsem skutečně období, před takovými šesti lety, kdy jsem měl dojem, že už je toho prostě moc. Snažil jsem se zredukovat své aktivity na únosnou míru, abych si odpočal a mohl jít dál. Pak jsem de facto udržoval stávající a nepřibíral nic dalšího. Toto období pomalu končí a opět se postupně začínám angažovat v dalších aktivitách. Je to něco jako profesní nádechy a výdechy. Pestrost v profesi vnímám jako pozitivum.

■ **Je těžké držet hranice mezi rolemi, aby se z vás ve chvíli, kdy učíte, nestal terapeut, nebo abyste nezačal „učit“, když léčíte?**

K základním dovednostem vzešlým ze satiterapie patří právě práce s „přechody“. Spočívá v tom, že ke každému druhu „prožívání“ a „času“ terapie existuje nějaký „prostor“. Hned od začátku výcviku v satiterapii vedeme frekventanty k tomu, aby se učili „přecházet“ mezi jednotlivými prostory a rozlišovali své prožívání.

Dám příklad – my teď sedíme v určitém prostoru, kde si povídám také s klienty. Tady na druhé straně místnosti mohu provázkem oddělit druhý prostor, který můžeme označit jako terapeuticky chráněný „na druhou“. Pokud bychom začali řešit nějakou problematickou situaci, která se odehrála v životě klienta, může přejít do chráněného prostoru a třeba ji přehrát. Tam se celá situace zcela reálně ožije, pak zase uděláme přechod sem a povídáme si o ní. Do odděleného prostoru, který má své jasné hranice, se dají „natahat“ různé věci – i ty, které neexistují, třeba snová realita nebo tam může proběhnout rozhovor s někým zesnulým.

Je důležité, že mezi těmito paralelami „světy“ se dá přecházet. A je důležité vědět, ve kterém z nich se právě pohybují a jaké je mé prožívání v něm. Tato dovednost z psychoterapie se potom velice dobře přenáší i do profesního života, kde si díky tomu udržíte rámec každé své činnosti, vyhradíte jí jistý prostor, čas a prožívání, a umíte přecházet z jedné do druhé.

■ **Když vystoupíte ze všech svých profesionálních rolí zpět do svého osobního prostoru a potřebujete dobít energii, kde hledáte zdroje?**

Když při práci hodně sedím a moc se nehýbu, mám pak velkou potřebu se trochu rozpohybovat – rád hraji tenis, kulečnick, jezdím na kole, na běžkách. A hodně energie načerpám díky psychohygieně. Kromě focusingu, relaxace, znám meditaci všímavosti a vzhledu, v poslední době mi dodává energii šamanské bubnování. ■

Červnová výročí

profesor MUDr. Josef Hepner
(9. 6. 1892 Benešov u Prahy
– 7. 3. 1965 Praha)



Maturoval v Praze roku 1911, studium medicíny mu přerušila válka, promoval v roce 1921. Po válce pracoval na tehdejší experimentální patologii u profesora Kimly, habilitován byl v roce 1926. Po odchodu Kimly byl pověřen vedením Ústavu patologické fyziologie (jak se nyní pracoviště jmenovalo), profesorem byl jmenován roku 1928 a ústav vedl neuvěřitelných 40 let.

Byl polyhistor. Jak při výkladu, tak při zkoušení zacházel do nejrozmanitějších oblastí interny, chemie, farmakologie, biologie, ale i do zeměpisu nebo přírodopisu. Medik nikdy nemohl vědět, kam až Hepner při zkoušce zajde a kde skončí. Typické bylo, jak svými otázkami dokázal přivést studenta při jedné chybné myšlence až k bizarním závěrům. Jeho základní otázky byly „Proč?“, „Proč tomu tak není?“ nebo „Co dál?“. O jeho zkoušení se vyprávělo mnoho historek, zde jedna z nich.

Kesonová nemoc

Jednou zkoušel profesor Hepner medičku Olinku. Valné to nebylo, tak jí dal ještě zachrannou otázku: Kesonová nemoc.

Studentka se váhavě pustila do výkladu: „Kesonová nemoc je stav, kdy se pracuje pod zvýšeným tlakem vzduchu.“

„To má za následek co?“ zeptal se Hepner pokuřuje přitom své cigáro.

„Práce pod zvýšeným tlakem vzduchu má za následek, že se plice více plní kyslíkem.“

„Větší množství kyslíku vede k tomu, že...?“ pokračuje zkoušející.

„To vede k tomu, že se více kyslíku dostane do oběhu.“

Nato Hepner: „Větší množství kyslíku v oběhu způsobí co?“

„Větší množství kyslíku v oběhu způsobí, že se více kyslíku dostane ke tkáním a to vede ke zvýšenému bazálnímu metabolismu,“ rozvíjela studentka dále svoji původní chybu.

Nyní Hepner dotáhl medičku k absurdnímu nesmyslu: „Zvýšení bazálního metabolismu má za následek co?“

„Vzestup bazálního metabolismu vede k poklesu tělesné váhy a člověk hubne.“ Pan profesor zabafal se svého cigára: „Dobře, slečno. Kupte si keson, postavte ho do Vltavy a napište na něj „Sanatorium pro otlý“. A je-li tomu s tím hubnutím tak, jak vy říkáte, bude vám za chvíli patřit půl Václavského náměstí. A zbude-li vám při tom ještě trocha času, můžete se učit patologickou fyziologií k opravné zkoušce. Děkuji, můžete jít.“

MUDr. Svatopluk Kás