



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

ZÁKLADY PSYCHOTERAPIE

**studijní opora k předmětu
pro studenty kombinované formy studia
oboru Sociální patologie a prevence**

Doporučený semestr:	šestý
Prerekvizita:	není
Navazující předmět:	není
Kreditová dotace:	4
Ukončení předmětu:	zkouška
Garant předmětu:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

PSYCHOTERAPIE – SOUČÁST PODPORY ZDRAVÍ

Psychoterapie je interdisciplinárním oborem zasahujícím do různých oblastí medicíny i psychologie. Nejčastěji bývá vymezována jako činnost, léčebné působení, jako specializovaná metoda léčby nebo soubor léčebných metod, jako záměrné ovlivňování, proces sociální interakce aj. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných léčebných činností, lze hledat podle Kratochvíla (1998,13) v několika směrech:

- *čím působí,*
- *na co působí,*
- *čeho má dosáhnout,*
- *co se při ní děje,*
- *kdo působí*

Psychoterapii lze dělit z mnoha hledisek. Stručně rozebereme příklady tzv. dichotomických dělení. psychoterapii direktivní působí terapeut na klienta přímým usměrňováním jeho myšlení, postojů, chování. V nedirektivní psychoterapii je psychoterapeut spíše katalytickým činitelem. Psychoterapie symptomatická se zaměřuje na chorobný příznak, psychoterapie kauzální se snaží zjistit a odstranit příčinu. Podpůrná psychoterapie se nesnaží měnit osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je. Na rozdíl od ní rekonstrukční psychoterapie usiluje o přestavbu osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému. Psychoanalytici rozdělují často psychoterapii na odkrývající, tj. hlubinnou analýzu, která vynáší na povrch vytěsňený materiál z nevědomí a vede k jeho uvědomění a propracování, a na psychoterapii zakrývající, k níž patří všechny ostatní formy psychoterapie, které jsou považovány za méně hodnotné.

Neutrálním dělením je členění psychoterapie na náhledovou a akční. Náhledová podporuje objasnění a porozumění, akční podporuje přímé zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností (Kratochvíl, 1998, s. 15). Dále můžeme psychoterapii členit na cílenou a podpůrnou. V cílené psychoterapii se klade důraz na budování a využití vztahu mezi terapeutem a klientem, podpůrnou psychoterapii chápeme jako doprovázení (Baštecká, 2001, s. 26).

Další dělení již používají tři a více kategorií. V individuální psychoterapii je působení zaměřeno na jednotlivce. Hromadná psychoterapie označuje postup, kdy psychoterapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více klientů současně.

Skupinová psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny (Kratochvíl, 1998, s. 16).

Podle příslušnosti k teoretickým modelům psychiky lze psychoterapii zjednodušeně dělit na tři hlavní proudy. Dynamická psychoterapie věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. Kognitivně–behaviorální psychoterapie převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. Humanistická psychoterapie se zabývá sebeaktualizací, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu.

Z hlediska zaměření naší práce je pro nás důležitá formulace cílů psychoterapie. Rozlišujeme dvě základní stanoviska. První chápe jako cíl psychoterapie odstranění chorobných příznaků. Druhá ho chápe jako reedukaci, resocializaci, reorganizaci, restrukturuaci, rozvoj či integraci klientovy osobnosti (Kratochvíl, 1998, s. 17).

V návaznosti na vývoj behaviorální medicíny a psychologie zdraví se prosazuje širší pojetí psychoterapie, zabývající se prevencí, terapií a rehabilitací poruch zdraví, které mají svůj původ v psychosociálních faktorech nebo jsou jimi významně spoluurčeny. Prochaska a Norcross (1999, s.16) za cíl považují oboustranně žádoucí změny chování, myšlení a prožívání, včetně změn osobnostních charakteristik. Cílem psychoterapie je tedy umožnit klientovi pravdivější orientaci ve světě, v němž žije prostřednictvím prohloubení sebepoznání a porozumění souvislostem mezi zdravotními obtížemi a způsobem života. toto pojetí bezesporu otvírá možnosti pro aplikaci psychoterapie mimo rámec klinické populace v prevenci podpoře zdraví.

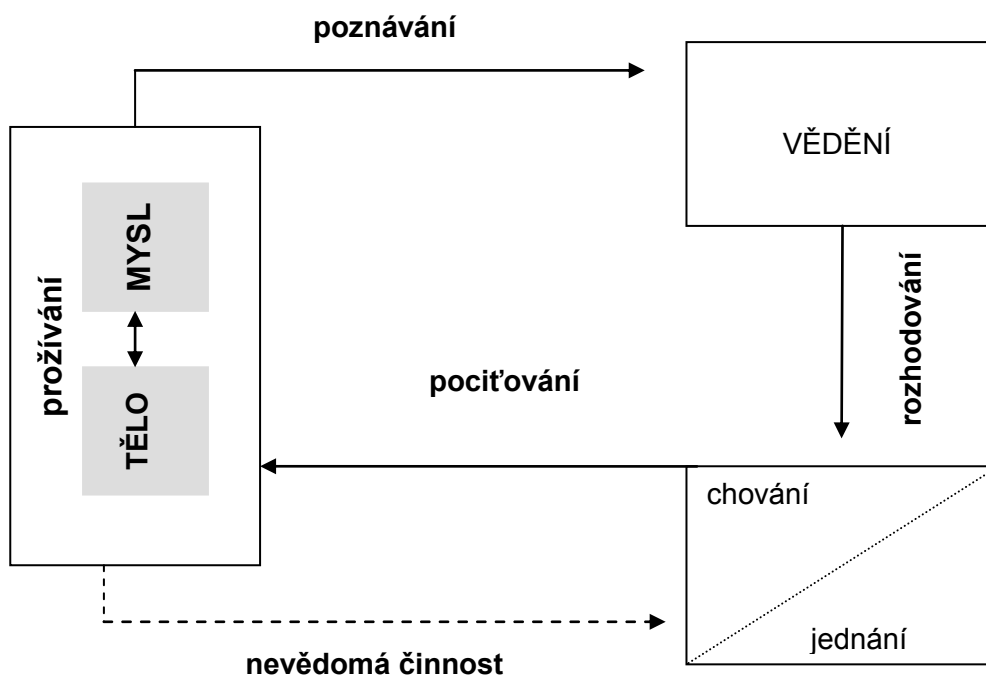
Prevence v psychoterapeutickém pojetí představuje opatření, která umožňují optimální rozvoj a život člověka, aby dosahoval toho, co je mu vlastní - své normality (Vymětal, 1992). Obdobně Praško (1991) zdůrazňuje, že cílem psychoterapie je nejen osvobození od symptomů, ale osvobození ve smyslu rozvoje možností člověka v daném sociálním kontextu. Kratochvíl (1997) z hlediska prevence zdůrazňuje přetváření osobnosti ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a realizace svého životního poslání. Odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší důsledek.

Z hlediska salutogeneze a primární prevence je zdůrazňována zejména sebeaktualizace člověka. Oproti eliminaci patologického, odeznění symptomu nebo poruchy představuje sebeaktualizace pozitivní cíl pro všechny, kteří jsou do jisté míry nespokojeni sami se sebou a nevyužívají plně své schopnosti a potencialitu. Aktualizační tendence člověka je považována Rogersem (1990) za vrozený zdroj jeho zdravého rozvoje a života, lze ji

pokládat i za základní motivaci klienta pro psychoterapii. Podle Vymětala (1992, 1996) psychoterapie jako podpůrný prostředek nachází uplatnění všude tam, kde člověk subjektivně trpí nebo je v tíživé situaci.

Schéma :

Psychoterapeutická změna osobnosti (triáda prožívání – vědění- jednání)



podle Vymětal, 1997, s.38

V současné době nemá psychoterapie jednotnou, obecně přijímanou teorii, ale zahrnuje přibližně deset základních uznávaných přístupů či systémů, z nichž každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogeneze poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu (mechanismů změny) i propracované metody a techniky léčby a výcvikové programy, které z příslušné teorie vycházejí. Kromě samostatných systémů existuje i vlivný směr eklektický a integrativní, opírající se mj. o výzkumem ověřené jak společné, tak i specifické faktory v jednotlivých přístupech. V následujícím textu se pokusíme o velmi stručný popis těchto směrů v psychoterapii. Větší prostor bude vzhledem k praktické části práce pochopitelně věnován rogersovské a kognitivně-behaviorální terapii.

Psychoanalýza

Freudovo pojetí člověka je dynamické, deterministické, ale pesimistické (Drapela,

Hrabal, 1995, s. 29). Psychoanalýza rozlišuje v psychice kromě vědomí ještě další dvě složky: předvědomí a nevědomí. Předvědomí se skládá z duševních obsahů, které lze podle potřeby vyvolat ve vědomí. Nevědomí je oblastí relativně samostatnou, jejímž obsahem jsou pudové tendence, které mají rozhodující význam pro vývoj osobnosti i vznik neuróz. Základními pudovými silami jsou pud sexuální (eros, pud lásky či libido) a pud destruktivní (thanatos, pud smrti související s agresí). Vývoj libida prochází v ontogenetickém vývoji zákonitě řadou fází – fáze orální, sadisticko–anální, falická, latence, genitální. Ve stádiu falickém pravidelně vzniká tzv. oidipovský komplex (resp. Elektřin komplex), který je jedním z ústředních témat psychoanalýzy. Je to nevědomý erotický vztah a incestní přání dítěte vůči rodiči opačného pohlaví, přičemž rodič stejného pohlaví je vnímán jako sok (Kratochvíl, 1998, s. 20 – 22).

Pro souhrn ideálů a norem, které na jedince klade společnost, zavedl Freud pojem Superego (Nadjá), biologické pudy, které tvoří energetický potenciál osobnosti, nazývá Id (Ono) a regulující instanci duševního života Já (Ego). Konflikt je pak pro něj intrapsychické střetnutí v těchto předpokládaných složkách lidské psychiky. Vytěsnění konfliktu vytváří předpoklad pro vznik neurózy. Nevědomý konflikt se symbolicky projevuje ve snech a v chybných úkonech (přerěknutí, přepsání, záměny a založení apod. – tzv. psychopatologie všedního života).

V neurozologii rozlišovala psychoanalýza dva druhy neuróz, tzv. aktuální neurózy, k nimž počítá neurastenii a úzkostnou neurózu, a psychoneurózy, ke kterým řadí hysterii, neurózu fobickou a neurózu obsedantní. Hlavní oblast zájmu psychoanalýzy tvoří psychoneurózy, jejichž symptomy jsou symbolickými projevy konfliktu pudů primárních i sekundárních. Jde však spíše o důsledky konfliktů v raném dětství než o současné konflikty. Podle okolností se konflikt buď využije v normalitě, nebo vyústí v psychoneurózu nebo sexuální perverzi (Kratochvíl, 1998, s. 22 – 23).

Zásadní význam i ve vzniku psychoneuróz má podle psychoanalýzy úzkost. Zpočátku chápe Freud úzkost jednoduše jako fyziologicky podmíněný následek nevybitého sexuálního napětí, později ji spojuje s „porodním traumatem“ (oddělením se od matky a vržením do světa) a ještě později ji hodnotí jako reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí, ohrožení. K odstraňování úzkostí používá člověk obranné mechanismy, jako je vytěsnění, izolace, projekce, přesunutí, přeměna v opak, racionalizace aj. Řadu jich podrobně rozpracovala Anna Freudová /1895 – 1982/.

Psychoanalýza zdůrazňuje pudově iracionální síly v člověku, nesměřuje však k jejich

uvolnění a nekritickému uspokojování, nýbrž chce umožnit pomocí nabízených interpretací „náhled“, tj. pochopení iracionálních motivací a vytěsněných intrapsychických konfliktů a tím i jejich racionální zvládnutí. Psychoanalytickou technikou se mají vytěsněné pudové impulzy odhalit, přivést do vědomí a vrátit pod kontrolu vědomého já. Psychoanalytická psychoterapie, usilující o reintegraci osobnosti, je postup dlouhodobý, vyžadující zpravidla několik let. Psychoanalytik zaujímá pozici neutrálního experta, jehož postoj ke klientovi je nečitelný, což umožňuje vytváření přenosového vztahu (Drapela, Hrabal, 1995, s. 34).

K prvním stoupcům psychoanalýzy patřili Wilhelm Stekel, Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Sándor Ferenczi /1873 – 1933/, Otto Rank /1884 – 1939/, Hans Sachs, Ernest Jones /1879 – 1958/, Karl Abraham /1877 – 1925/, Otto Fenichel /1879 – 1946/, Wilhelm Reich /1897 – 1957/, Theodore Reik /1888 – 1970/, M. Eitington a další. Někteří důsledně pokračovali ve Freudově linii, mnozí z nich některá Freudova tvrzení odmítli a jiná pozměnili. K nejvýraznějším „moderním“ proudům v současné psychoanalýze patří koncepce, které se označují jako egopsychologie, psychologie objektivních vztahů a self-psychologie. Psychoanalýza se dočkala stejně silného obdivu a pozitivního přijetí jako kritiky. Často se odmítá deterministické a mechanické pojetí osobnosti, kritizuje se přecenění role sexuality a koncepce infantilního vývoje libida i role nevědomí v lidském životě.

Individuální psychologie Alfreda Adlera

Alfred Adler nazval sám svoji teorii psychologíí individuální, individuální však v jeho pojetí neznamena izolovanost jednotlivce, ale nedělitelnost psychického života jedince. Na základě své zkušenosti s organicky nemocnými klienty vyvodil, že pocit méněcennosti není pouze patologický jev, že je to dokonce obecný pocit, který člověka doprovází již od narození do světa starších, větších a schopnějších lidí. Obecný pocit méněcennosti, který zažívá každý člověk, je prvním a má se stát celoživotním motivačním zdrojem vývoje, tvoří jeden ze základů dynamiky osobnosti. Vrozená psychická potřeba dosáhnout úspěchu, nebo nadřazenosti v určitém směru, působí buď přímo tam, kde méněcennost prožíváme, nebo jinde jako kompenzace nedosažitelného cíle. Vrozená tvořivá síla člověku umožňuje vypořádat se s touto situací. Adlerovo pojetí člověka je teleologické. Adler je přesvědčen, že člověk je podstatně sebeurčující a že utváří svou osobnost podle toho, jak chápe sám sebe a své vlastní zkušenosti (Drapela, Hrabal, 1995, s. 37 – 38).

Životní styl je podle něho metoda, kterou každý jedinec vytváří pro uskutečnění základního životního plánu. Je to způsob, kterým chce jedinec překonat svůj pocit

méněcennosti. Jedná se o dynamický systém vzorců chování, které se postupně ustalují s přibývajícými zkušenostmi dítěte a pod vlivem toho, jak se které způsoby chování v praxi osvědčují. Životní styl jedince je určován jeho osobním životním cílem, sebepojetím, city vůči ostatním, a jeho chápáním světa (osobní logika). Z vlivů vnějšího prostředí jsou podstatné struktura rodiny a rodinná konstelace (tj. postavení mezi sourozenci), do níž se dítě rodí. Adler předpokládá čtyři základní životní styly. Klasifikace vyplývá z chování jedince k okolnímu světu jako jednou z dimenzí (sociální cítění), druhou dimenzí je pak stupeň aktivity, kterou člověk využívá při řešení svých vnitřních i vnějších problémů. V praxi identifikoval typ vládnoucí, chtivý, vyhýbající se a sociálně užitečný.

Cílem psychoterapie v adlerovském pojetí je pomoci klientovi rozvinout funkční chování, které mu umožní zvládat tři základní životní oblasti: práci, společnost a partnerské vztahy. Funkční chování je to, které vede k sociálním kontaktům, je založeno na sociálním cítění a vedeno sociálním zájmem. Dysfunkční chování je naopak zaměřeno pouze na uspokojování individuálních potřeb, důsledkem je životní styl, který nemůže ve skutečnosti vést ke zdravému rozvoji osobnosti. V důsledku chybně stanoveného životního cíle se člověk nejen cítí jako méněcenný, ale začne se tak skutečně chovat – vzniká komplex méněcennosti (Minderwertigkeitskomplex – známý „mindrák“). Podobných komplexů bylo adlerovskými badateli nalezeno více – komplex nadřazenosti, vůdcovský komplex atd. (Drapela, Hrabal, 1995, s. 38 – 41).

Většinu problémů hledá adlerovský poradce v klientově nedokonalém životním stylu a v jeho životních cílech, stanovených hluboko v dětství. Přesto nepovažuje jedince za oběť jeho vlastního dětství. Nehledá tolik příčiny chování jako spíše důvody – tj. čeho chce člověk svým chováním dosáhnout. Adler vychází ve svém přístupu z přesvědčení, že člověk je nejen cítící, ale i myslící bytost. Když klient ve spolupráci s terapeutem rozpoznává chyby ve stanovení svého životního cíle a problémy, které přináší jeho životní styl, je schopen podílet se aktivně na jeho přepracování.

Adler a jeho následovníci se vyznačují optimistickým pohledem na člověka a na lidstvo. Základními hodnotami jsou pro ně „prosociální kvality“ a vlastnosti.

Jungovská psychoterapie

Z Jungova učení vyšla v širokou známost zejména typologie osobnosti, dělící lidi na extraverty a introverty, a dále metoda asociačního experimentu jako prostředku k odkrývání nevědomých komplexů. Komplex je nevědomý a do značné míry osamostatněný

soubor představ a tendencí. Z hlediska „já“ jsou ke komplexu možné čtyři vztahy: naprostá neznalost jeho existence, identifikace, projekce a konfrontace.

Jung také rozšířil Freudovu definici libida: libido je obecnou dynamickou silou, znamená veškerou psychickou energii, nejen energii sexuální. Pojem nevědomí Jung rozšířil tak, že k osobnímu nevědomí připojil ještě kolektivní nevědomí, které podle něj obsahuje zkušenosti celého lidstva a jeho kultury, předané každému jedinci. Charakteristické obrazy či vzorce, v nichž se tyto zkušenosti vyjadřují, nazval archetypy. Jsou to pravzory pocitů a poznání a pravzory lidské existence vůbec. K významným archetypům patří persona, stín, anima a animus, „self“, moudrý stařec a velká matka země, archetyp otce a archetyp matky (Kratochvíl, 1998, s. 38). V praktické práci s klientem viděl Jung první úkol psychoterapie v objasňování nevědomých souvislostí. Psychoterapie postupuje v sedmi fázích, které zahrnují:

- snížení prahu vědomí, aby se mohly vynořovat obsahy nevědomého,
- vynořování obsahů nevědomí ve snech a představách,
- zachycení a uchování těchto obsahů ve vědomí,
- prozkoumání a pochopení smyslu jednotlivých obsahů,
- začlenění tohoto smyslu do celkové situace jedince,
- přivlastnění a zpracování nalezeného smyslu,
- organické včlenění problému do celkové psychiky klienta.

Podstatnou součástí této terapie je analýza snů. Jung chápal sny jako přirozené spontánní nezkraslené vyjádření nevědomých procesů. Sny nehovoří jazykem bdělého života a většina z nich má kompenzační funkci, totiž pomáhají dostat z nevědomí do vědomí to, co ve vědomí chybělo. Kromě výkladu snů je součástí psychoterapeutické práce také využívání aktivní imaginace, kdy si má klient vyvolat nějaký dojem, snovou představu či fantazii, soustředit se na ni a nechat ji rozvíjet (Kratochvíl, 1998, s. 37).

Podle Junga je první polovina života zaměřena navenek a jejím úkolem je socializace, stát se společenským člověkem, splnit svoje úkoly ve společnosti a v rodině. Druhá polovina života by měla být zaměřena spíše dovnitř a měla by směřovat k integraci všech vědomých a nevědomých složek osobnosti. Člověk se stává sebou samým. V procesu tzv. individuace dochází postupně k posunu v archetypech, který má čtyři stádia. V prvním stádiu jde o přiznání si destruktivních sil v našem stínu a uznání temné stránky naší přirozenosti. V druhém stádiu bychom měli přijmout i rysy opačného pohlaví, tj. animu u

mužů a anima u žen. Ve třetím stádiu se vyrovnáváme s moudrým starcem a matkou zemí a ve čtvrtém bychom pak měli dosáhnout svého integrovaného, pravého „plného já“.

Pomoc při uvedeném procesu individuace je Jungem chápána jako podstatná součást terapeutické práce. Využíval metody odreagování, interpretace, podporu i výchovné působení, analýzu snů a aktivní imaginaci, kreslení i pohybové techniky. Kládl důraz na prožívání, protože pouhé intelektuální porozumění nestačí. Od terapeuta Jung požaduje, aby se vcíťoval do tajemství klienta (Kratochvíl, 1998 s. 39).

- *Dynamická a interpersonální psychoterapie*

Dynamická psychoterapie odvozuje svůj vznik od psychoanalýzy, od níž přijala koncepci o významu nevědomé psychické činnosti a intrapsychických konfliktů a o významu zážitků z dětství. Současně však klade důraz na sociální faktory a na současné problémy v interpersonálních vztazích. Dynamická psychoterapie zkoumá interpersonální vztahy a současné (aktuální) konflikty klienta. Chce mu pomoci, aby porozuměl vlastnímu podílu na opakujících se problémech a aby porozuměl souvislostem mezi současným nepřizpůsobivým chováním, postojem či prožíváním a významnými dřívějšími zážitky. Směřuje k dosažení náhledu, k prožití emoční korektivní zkušenosti, přezkoušení nového chování na základě opravených postojů a k dosažení úspěšné sociální adaptace (Kratochvíl, 1998, s. 41). K průkopníkům tohoto dnes velmi rozšířeného přístupu patří zejména Karen Horneyová /1885 – 1952/ a Harry Stack Sullivan /1892 – 1949/, kteří se spolu s Erichem Frommem /1900 – 1980/ řadí k proudu tzv. kulturní psychoanalýzy, a Franz Alexander /1891 – 1963/. K dalšímu vývoji přispěli interpersonální diagnostikou Timothy Leary /1920 – 1996/ a rozvinutím skupinových technik Jacob Levy Moreno /1892 – 1974/.

Pojetí Karen Horneyové

Horneyová zdůrazňovala, že neurotické chování pramení ze sociálních a kulturních faktorů, především pak z poruch v lidských vztazích. Kládla důraz na naučené chování. Neurotické poruchy jsou podle ní vzorce interpersonálního chování získané na základě různých situací v rodině. Za primární reakce určující lidské chování považuje jednak reakce mající vztah k uspokojení (dosažení a zachování kladného emočního ladění), jednak reakce mající vztah k bezpečí (odstranění nebo snížení záporného emočního ladění, zejména strachu a úzkosti). Později k nim připojila ještě „snahu po vnitřní jednotě individua“.

Neurotické poruchy mají základní kořen v přísném nebo odmítavém chování rodičů k dítěti, které vyvolává u dítěte úzkost, pocit izolace a bezmoci. Ze základní úzkosti a

základní aktivity se vyvíjí základní (bazální) konflikt, který spočívá v tom, že dítě pociťuje protichůdné tendence ve vztazích k lidem: přiblížit se k nim, vzdálit se od nich a jít proti nim. Z těchto protichůdných tendencí se vyvíjejí tři neurotické postoje: podrobnost, stažení se do sebe a útočnost.

Je-li většina lidského chování naučená, je i měnitelná. To platí také o neurotickém chování.

Pojetí Harryho Stacka Sullivana

hlavním rysem Sullivanovy koncepce je důraz na interpersonální chování. Vznik poruch chování je chápán v kontextu vztahů mezi lidmi. Podobně léčení těchto poruch vyžaduje interpersonální podmínky. K základním lidským potřebám podle něho patří potřeba uspokojení a potřeba bezpečí. První je spíše biologická, je zaměřena na redukci intenzity fyziologických potřeb (hladu, sexu aj.), druhá je spjata s interpersonálními vztahy a směřuje k vyhnutí se nejistotě a úzkosti (Kratochvíl, 1998, s. 44).

Úzkost má podle Sullivana důležitý význam v životě i ve vzniku poruch chování. Poruchy chování jsou reakce, které vznikly při úsilí o odstranění úzkosti. Hraje zde roli zejména konflikt tendencí. Jedním ze způsobů, jakým se organismus snaží zbavit úzkosti, je „selektivní nepozornost“ – zážitky vyvolávající úzkost se vytěšňují z vědomí.

Z vývojových období připisuje Sullivan zásadní význam opět zkušenostem z raného dětství. Zkušeností rozumí prožitkovou složku událostí. Zkušenosti probíhají v prototaktické, parataktické a syntaktické formě. Parataktický způsob myšlení má důležitý význam v patologii. Parataktická distorze je pojem blízký Freudovu pojmu přenosu. Klient generalizuje své negativní zkušenosti v interpersonálních vztazích, zejména z raného dětství, do vztahů k současnému prostředí i do vztahu k psychoterapeutovi. V procesu terapie se tento způsob koriguje rozborem vztahů klienta v dětství. Současně se klient v interpersonálním vztahu k terapeutovi učí uspokojení v lidských vztazích, zbavuje se úzkosti a dosahuje pocitu bezpečí, vytváří si přiměřený vztah k sobě i druhým lidem. Probíhá přestavba osobnosti, vedoucí k tomu, že klient začne jasně vidět cestu ze svých dříve neřešitelných situací (Kratochvíl, 1998, s. 45 – 46).

Pojetí Franze Alexandera

Alexander považuje neurózu za selhání jedince v úspěšném zvládnutí dané situace, za nemožnost najít za daných okolností sociálně přijatelné uspokojování subjektivních potřeb. Cílem terapie je zvýšit klientovu schopnost nacházet uspokojování subjektivních potřeb

způsobem přijatelným jak pro něho, tak pro svět, v němž žije, a tak mu umožnit i rozvoj jeho schopností.

Autor počítá s vlivem zážitků z raného dětství, s přenosem a s vývojem přenosové neurózy. Domnívá se však, že předpoklad traumatizujících infantilních zážitků platí jen v některých případech a že analýza přenosu není v terapii nejdůležitější věcí. Doporučuje zaměřovat klientovu pozornost na reálné současné problémy a obracet je na znepokojující události v minulosti jen v případě nutného osvětlení motivů současných iracionálních reakcí. Snaží se též držet pozornost zaostřenou více na problémy v jeho vztahu k vnějšímu světu než na jeho reakce k terapeutovi (Kratochvíl, 1998, s. 47).

Velmi důležitým pojmem, který Alexander užívá, je tzv. korektivní emoční zkušenost. Podle něho je centrálním terapeutickým činitelem – proces změny se skládá ze série korektivních zkušeností. Terapeut reaguje jinak, než jak reagovali např. rodiče v dětství. Klient to emočně prožívá, začíná rozlišovat, opravuje své postoje. Důraz se proti psychoanalýze přesouvá z aspektu kognitivního (získání náhledu) na emoční zážitek a psychoterapie probíhá jako proces emoční převýchovy. Poté se klient pokusí přenést nově získané postoje do praxe (Kratochvíl, 1998, s. 47).

▪

▪ *Gestalt terapie*

Gestalt terapie je forma expresivní terapie, zaměřená na přítomnost, prožívání a vyjadřování emocí. Název převzal její tvůrce, Frederick Perls /1894 – 1970/, z německé školy tvarové psychologie. Perls se domnívá, že problémy lidí vznikají z nedostatečného uvědomování si pocitů. Terapeut se tedy snaží zvýšit klientovo „uvědomování“, které se týká bezprostředních zážitků. Hlavním pravidlem tohoto terapeutického přístupu je tedy princip přítomnosti. V terapii by se jedinec měl naučit také přijmout odpovědnost za své tělesné orgány a funkce.

Terapeut klade otázky jako „co máte nyní ve vědomí“, „co se nyní děje“, „co cítíte v tomto okamžiku“. Cítí-li se klient nepříjemně a odvrací-li se od pocitu, může ho terapeut zastavit otázkou „můžete zůstat u toho pocitu“ nebo pokynem „zůstaňte s tím“ (Kratochvíl, 1998, s. 87).

Podle Gestalt terapie se lidé podrobují různým konvencím, místo toho, aby žili a projevovali se autenticky. Autentická existence v sobě přitom zahrnuje různé polaroty, které je třeba přijmout. Jednou z těchto polarit je „pán a otrok“ („top dog“ a „under dog“). „Pán“ je ta část, která nás nutí mít vždy pravdu a jednat správně, žádá, přikazuje, naléhá,

působí také jako svědomí. „Otrok“ je část, která se navenek podrobuje, ale uvnitř je v pasivním odporu, jedná hloupě, líně, neschopně.

Integraci osobnosti brání také úzkost, které se jedinec snaží vyhnout pomocí mechanismů projekce, introjekce, retroflexe, reflexe, konfluencí a slepé uličky. Při projekci připisujeme ty části sebe sama, které nechceme vlastnit, jiným. Při introjekci do sebe pasivně a nediferencovaně přijímáme vnější svět. Při retroflexi děláme sami sobě to, co bychom rádi udělali jiným, nebo co bychom si přáli, aby jiní dělali nám. Při deflexi se všeobecným a nejasným vandrováním vyhýbáme přímému kontaktu. Při konfluenci namísto jednání podle sebe se vším konformně souhlasíme. Slepá ulička je stav, kdy spoléháme na pomoc druhých, která nepřichází, a proto projevujeme bezmocnost a snažíme se s druhými manipulovat, místo abychom hledali zdroje v sobě. V procesu terapie je třeba tyto procesy a stavy odhalovat a odstraňovat (Kratochvíl, 1998, s. 88).

Klienti se v Gestalt terapii učí prožívat a cítit. Terapeut tu není proto, aby klientovi něco vysvětloval a činil věci jasnými, ale proto, aby mu dal příležitost prožívat. Provokuje a zneklidňuje ho svým neobvyklým chováním a tak narušuje jeho naučené konvenční formy společenského styku a vyprovokuje ho k projevení a akceptování toho, co se odehrává v jeho nitru.

Kromě respektu k individualitě klade důraz i na samostatnou odpovědnost klienta za vlastní myšlenky, emoce a činy. Terapeut v této terapii nepřebírá odpovědnost, odmítá převzít ochranný postoj. Klient za své emoce a rozhodování musí převzít plnou odpovědnost sám. Převzetí odpovědnosti klientem vytváří předpoklad pro aktivní úsilí o žádoucí změnu (Kratochvíl, 1998, s. 88 – 89).

Gestalt terapie pracuje s pojmem nedokončené záležitosti. Ty se vztahují k minulosti, zahrnují nevyjádřené negativní pocity. Klient je v terapii dokončuje tím, že je zpřítomní a přehraje za pomoci terapeuta či skupiny. Při této terapii se využívá práce ve skupině, ale terapeut pracuje vždy jen s jedním členem, který je na horké židli. Využívá mnoho různých technik. Jednou z nich je například technika prázdné židle. Klient si v představě na prázdnou židli před sebou posazuje různé části svého já nebo svého těla nebo různé osoby a střídavě mluví za sebe a za to nebo toho, co si posadil na židli a vyměňuje si přitom místo. Gestalt terapie dává zásadně přednost akci před vyprávěním. Perls klade důraz na čin, projev, dotek, emoční vyjádření. Odmítá to, co nazývá intelektualizovanou verbalizací. Po jeho smrti je patrný odklon od původních dosti značně tvrdých a frustrujících technik a příklon k větší měkkosti a snad i terapeutově odpovědnosti. Tato terapie je někdy považována za jeden z proudů humanistické psychoterapie (Kratochvíl, 1998, s. 89).

- *Eklektická a integrativní pojetí*

Eklektická psychoterapie je kombinované využívání různých metod bez ohledu na jejich původní teoretické východisko, podle toho, jak se to prakticky orientovanému psychoterapeutovi zdá nejvhodnější. Integrativní psychoterapie je chápána jako přístup pokoušející se sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku nebo vytvořit teorii jim nadřazenou. Syntetická psychoterapie tvoří mezi eklektickou a integrativní psychoterapií střední článek. Chce být více než pouhý technický eklekticismus a spojovat nejen metody, ale i teoretické koncepce, jak nejvíce to lze. Nečiní si však nárok na vytvoření systému, který by dokázal protikladné teorie harmonicky propojit (Kratochvíl, 1998, s. 109). Ačkoli mezi psychology probíhají terminologické diskuse o rozlišení eklektického a integrativního přístupu, v praktické realizaci se od sebe jednotlivé přístupy už tolik neliší (Hučín, 2003, s. 25).

Eklektický přístup je v praxi velmi častý. Terapeut buď alternativně ovládá různé principy a metody, nebo je kombinuje podle toho, jak to v daném případě považuje za účelné. Může se jednat o kombinaci souběžnou, kde se často například kombinují metody náhledové se symptomatickými, nebo o kombinaci postupnou, tedy o prosté nahrazení jednoho přístupu druhým, pokud se nedostavuje žádoucí účinek.

Pokusy o integraci mají buď charakter empirický, nebo se opírají o vědecký výzkum účinných faktorů v psychoterapii. Z vědecko-výzkumných dat dnes vycházejí tři dílčí integrativní hypotézy:

- ve všech významných psychoterapeutických přístupech existují společné účinné faktory,

- v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou různou cestou ke stejnému výsledku,

- existují specifické účinné faktory, které působí na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého klienta a jsou málo účinné v jiných případech (Kratochvíl, 1998, s. 109).

V různých psychoterapiích existují společné faktory, které dobře vystihují podstatu daného přístupu. Někteří autoři se domnívají, že tyto společné faktory mají největší podíl na účinku všech psychoterapií bez ohledu na jejich teorie. Jedná se o následující faktory:

- vztah mezi klientem a terapeutem,

- výklad poruchy,

emoční uvolnění,
konfrontace s vlastními problémy,
posílení (Kratochvíl, 1998, s. 110 - 111).

V četných případech existuje více možností, jak pomoci klientovi a jak dosáhnout zlepšení jeho stavu. Přestože mechanismy terapeutického působení jsou značně odlišné, vedou nakonec ke stejnému výsledku. Výzkumná data také svědčí pro to, že určitý přístup je účinnější u určitých poruch a jiný zase u poruch a problémů jiných. Z technického hlediska by se ekletická psychoterapie mohla stát souborem specifických technik, které se budou diferencovaně používat na specifické příznaky, problémy a osobnosti (Kratochvíl, 1998, s. 111 – 112).

Základy kognitivně-behaviorální terapie

Za teoretický základ behaviorální terapie jsou tradičně považovány teorie klasického a operantního podmiňování a teorie sociálního učení.

První zákonitosti procesů učení v živém organismu zformuloval ruský fyziolog I. P. Pavlov (1849-1936), který popsal tzv. klasické podmiňování. Podmiňování je procesem, který vyvolává podmíněnou reakci, přičemž podstatou tohoto procesu je vytváření asociací mezi stimuly (S) a reakcemi (R). Klasické podmiňování je tedy založeno na vytváření spojů (asociací) mezi základním (nepodmíněným, vrozeným) podnětem a podmíněným podnětem. Pro vytvoření dlouhodobější podmíněné reakce je nezbytná občasná společná aplikace podmíněného a nepodmíněného podnětu, jinak podmíněný podnět postupně přestane spouštět podmíněnou reakci, dochází k jejímu vyhasnutí.

Z poznatků I. P. Pavlova vychází J. B. Watson (1878-1958), zakladatel behaviorismu, který jako první upozornil na možnosti praktického využití podmiňování při léčbě psychických onemocnění. Klasický behaviorismus se zaměřoval především na vnější-pozorovatelné chování živého organismu a na možnosti jeho ovlivňování vnějšími podněty. Psychika byla vysvětlována na základě známého vzorce $B = f(S)$. Teprve neobehavioristé počátkem 30. let minulého století rozšiřují tento vzorec o tzv. intervenující proměnné - děje, jejichž přítomnost v organismu modifikuje zjevné chování jako reakci na konkrétní podnět.

Na počátku 20. století se behaviorismus velmi rychle rozšiřoval, zejména v USA. F. B. Skinner (1904-1990), E. L. Thorndike (1874-1949) a jejich žáci zaměřují pozornost na operantní neboli instrumentální podmiňování.

Operantní podmiňování představuje způsob učení, při kterém pravděpodobnost opakování určitého vzorce chování závisí na povaze následků, jež vyvolává. V důsledku toho se dané chování buď zpevní, tj. bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s vyšší pravděpodobností, nebo se oslabí a bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s menší pravděpodobností. Podstatou operantního podmiňování je tedy učení se důsledkům svého jednání (Nakonečný, 1998, s. 363). Dysfunkční nebo maladaptivní chování je tedy možné změnit systematickou manipulací s následky tohoto chování. Zpravidla rozlišujeme tzv. pozitivní a negativní zpevnění a pozitivní a negativní oslabení chování.

- Pozitivní zpevnění posiluje určitý prvek chování tím, že po něm následuje odměna. Odměna jako následek určitého chování v budoucnosti zvyšuje pravděpodobnost výskytu daného chování
- Negativní zpevnění posiluje určitý aspekt chování tím, že po něm skončí nepříjemná událost. Určité chování vede k následku - úlevě, která v budoucnosti zvýší pravděpodobnost výskytu daného chování (př. úzkost zpevňována vyhýbavým chováním, které vede ke snížení úzkosti).
- Pozitivní oslabení oslabuje určitý prvek chování tím, že po něm následuje trest (fyzický nebo psychický). Následek - trest v budoucnosti sníží pravděpodobnost výskytu tohoto chování.
- Negativní oslabení oslabuje určitý aspekt chování tím, že po něm nenásleduje očekávaná odměna. Chování tak nevede k očekávanému žádoucímu následku, což v budoucnosti sníží pravděpodobnost výskytu tohoto chování.

V terapii se principy operantního podmiňování uplatnily zejména při nácviku sociálních dovedností a žádoucího chování u mentálně retardovaných jedinců, psychotických pacientů, dále při vytváření režimových programů u závislých osob atd.

Velkým přínosem pro rozvoj behaviorální terapie byla bezesporu teorie sociálního učení Alberta Bandury (1925), který se svými spolupracovníky ověřil možnosti pozorování a modelování chování, postojů a emocionálních reakcí druhých lidí, jehož základem je jak klasické, tak operantní podmiňování. Podle tohoto modelu není chování ovlivňováno pouze svými následky, ale také tzv. zástupným učením (pozorování chování druhých lidí, slovní sdělení aj.). Klient například překonává strach, pokud vidí že terapeut nebo jiný

model úspěšně zvládá obávanou situaci. A. Bandura rovněž zdůrazňoval význam kognitivních faktorů v procesu učení a tím se stal jedním z významných průkopníků integrace kognitivní a behaviorální terapie.

Základní charakteristiky behaviorální terapie

Hlavní východiska behaviorální terapie můžeme na základě uvedených pramenů Norcross, Prochaska (1999, s.220); Praško, Kosová(1998); Možný, Praško(1999); Murdoch, Barker (1996) aj. shrnout do těchto základních bodů :

- *abnormální chování většinou vzniká a udržuje se na základě stejných principů, které platí pro normální chování*
- *abnormální chování je většinou možné změnit uplatněním principů sociálního učení*
- *abnormální chování lze odstranit či přeučit pomocí týchž principů učení, které vedly k jeho vytvoření*
- *podmínky, které vedly k vytvoření určitého chování, nemusí být nutně tytéž, které vedou k jeho přetrvávání. terapie se zaměřuje především na změnu těchto udržujících faktorů, nikoli na zkoumání faktorů vyvolávajících*
- *behaviorální hodnocení je souvislým procesem a zaměřuje se na současné determinanty chování*
- *lidi lze nejlépe popsat tím, na co myslí, co cítí a dělají ve specifických životních situacích*
- *léčba vychází z teorie a výsledků výzkumů vědecké psychologie*
- *léčebné metody lze přesně specifikovat a opakovat*
- *léčbu lze přizpůsobit individuální povaze problémů a lidí*
- *léčebné cíle a metody se uplatňují po vzájemné dohodě s klientem*
- *výsledek je hodnocen vzhledem k navozené změně chování, její generalizaci v reálných životních podmínkách a přetrvání v čase.*

Kognitivní a behaviorální terapie se shodují v předpokladu, že určité psychické jevy jsou vrozené a jiné naučené v průběhu života na základě lidské zkušenosti. Behavioristé byli přesvědčeni, že vědecky lze zkoumat pouze to, co může pozorovat nezávislý pozorovatel, tedy zjevné chování. Od 60. let 20. století se stále více objevují názory, které

obracejí pozornost k subjektivnímu zpracování podnětů a tím lépe porozumět zjevnému chování jedince.

Základní charakteristiky kognitivní terapie

Kognitivní psychologové rozšiřují klasické formy učení, ze kterých vychází behaviorální terapie, o tzv. kognitivní učení. Zastánci kognitivního učení se shodují v tom, že lze proces učení interpretovat a sledovat s využitím modelu P (podnět) – O (organismus) – R (reakce) – N (následky), podle kterého je člověk aktivním účastníkem procesu učení a ovlivňuje ho svým hodnocením, zkoumáním a porovnáváním s minulými zážitky a dalšími kognitivními procesy (Praško, Možný, 1999, s. 41-42).

Rozkvět kognitivní terapie bývá nejčastěji spojován s A. Ellisem (1913) a A.T. Beckem (1921). Přestože oba autoři vytvořili svoji terapii nezávisle na sobě, jsou jejich přístupy v mnohém podobné.

A. Ellis se po absolutoriu výcviku v psychoanalýze postupně odklání od Freudových názorů. Zpochybňuje, že nevědomé konflikty z raného dětství jsou hlavní hybnou silou neurotických obtíží (Norcross, Prochaska, 1999, s. 260). Vytvořil a v klinické praxi ověřil tzv. racionálně - emoční terapii, která zdůrazňuje vliv přesvědčení a názorů při vzniku a léčbě neurotického chování.

Tuto skutečnost vysvětluje prostřednictvím tzv. modelu A-B-C, který vychází z předpokladu, že člověk zpracovává určitou událost A (activating event) pomocí svých přesvědčení, názorů, postojů B (belief system), které vyvolají určité důsledky C (consequence). Ellisovo schéma A-B-C je tedy určitou obdobou behavioristického schématu S-O-R, které připouští vliv tzv. intervenujících proměnných na lidské chování.

Tento „belief systém“ může být racionální a srozumitelný a může utvářet funkční vzorce jednání. V opačném případě iracionální názory představy vyvolávají určité potíže a poruchy, tedy maladaptivní vzorce jednání. V tomto případě je nezbytná diskuse D, umožňující konfrontaci iracionálních myšlenek a představ se skutečností. Na tomto základě se vytvoří nová, racionální a efektivní filosofie E. Dalším rozšířením tohoto schématu je vytvoření cílů G (goals), které mohou přímo působit na hodnotový systém člověka a tím pozitivně ovlivňovat subjektivní kvalitu jeho života (Kratochvíl, 1998, 68 – 70).

A. Ellis (2001, 2002) na základě klinických zkušeností uvádí nejčastější iracionální postoje a přesvědčení, která se často stávají příčinami dysfunkčních vzorců myšlení a chování:

- nikdy nesmím vypadat hloupě
- všichni mě musí mít vždy rádi
- musím být v životě stále šťastný a v pohodě
- nikdy nemám mít úzkost nebo napětí
- život musí být fěr
- abych byl šťastný, musím být úspěšný ve všem, s čím se setkám
- pokud udělám chybu, znamená to, že jsem k ničemu.
- pokud se mnou někdo nesouhlasí, znamená to, že mě nemá rád
- nemohu žít bez blízkého člověka. moje hodnota závisí na tom, co si o mně myslí ostatní
- musím být dokonalý (stoprocentní, bezchybný).

Podle Norcross, Prochasky (1999, s.276) zkušenosti při léčbě pacientů s úzkostnými poruchami dokazují, že většina z nich zaujímá 7-9 z těchto iracionálních postojů k životu.

A. T. Beck se zasloužil především o rozvoj kognitivní terapie deprese. Zdůrazňoval, že si člověk v průběhu života vytváří určitá schémata - vzorce jednání, která jsou buď funkční nebo dysfunkční, obdobně jako u depresivních pacientů. Depresivní pacient přemýšlí negativně o sobě, svém okolí, vlastní budoucnosti a toto zkreslené kognitivní zpracování negativně ovlivňuje subjektivní kvalitu jeho života. Tyto myšlenky se většinou lidem samy „automaticky“ nabízejí. Často jsou také označovány za kognitivní omyly, tedy nesprávná kognitivní zpracování událostí (Norcross, Prochaska, 1999, s. 272).

Kognitivní terapie tedy vychází z předpokladu, že organismus nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů (procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, přisuzování, anticipace aj.).

Cílem kognitivní terapie je, aby si klient uvědomil svá iracionální přesvědčení, změnil způsob myšlení a hodnocení, které jsou příčinou rozvoje dysfunkčních schémat chování, a nahradil je myšlením, které více odpovídá dané realitě a je pro člověka srozumitelné. Jde tedy o změnu jedincova přístupu k sobě a okolí ovlivněním jeho myšlení (Ronnenová, 2000, s. 74).

Ucelená charakteristika kognitivní terapie může být shrnuta do následujících bodů (Praško, Možný, s. 29):

- je založena na kognitivním modelu emočních poruch
- je krátká a časově limitovaná

- nezbytnou podmínkou účinnosti kognitivní terapie je vytvoření pevného terapeutického vztahu
- terapie probíhá formou spolupráce mezi terapeutem a pacientem
- kognitivní terapie využívá zejména metodu sokratického dotazování
- kognitivní terapie je strukturovaná a direktivní
- kognitivní terapie je orientovaná na problém
- součástí kognitivní terapie je edukace klienta
- teorie i techniky kognitivní terapie vycházejí z induktivních postupů
- klíčovou součástí kognitivní terapie je zadávání domácích úkolů

Kognitivně-behaviorální terapie

K integraci obou směrů došlo v druhé polovině sedmdesátých let. Z behaviorální terapie převzal nový směr především důraz na empirické ověřování teorií i účinnosti terapeutických postupů za pomoci vědeckých metod, z kognitivní terapie především důraz na zkoumání a měření kognitivních procesů. Mezi hlavní představitele integrace patří již zmíněný A. Bandura (sociální učení), J. R. Cautel, D. Meichenbaum (návčik sebeinstruktáže), M. Seligman (vliv naučených postojů na rozvoj deprese), M. J. Mahoney (uplatnění poznatků behaviorální terapie v psychoterapii) a další.

I přes mnohé teoretické odlišnosti se představitelé kognitivně-behaviorální terapie shodují v těchto základních rysech (Praško, Možný, 1999, s. 31) :

- KBT je krátká, časově omezená
- KBT je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní
- KBT se opírá o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem
- KBT vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie
- KBT se zaměřuje na přítomnost
- KBT se zaměřuje na konkrétní, jasně definované problémy
- KBT si stanovuje konkrétní, funkční cíle
- KBT se zaměřuje na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy
- KBT uplatňuje vědeckou metodologii
- konečným cílem KBT je dosažení soběstačnosti klienta

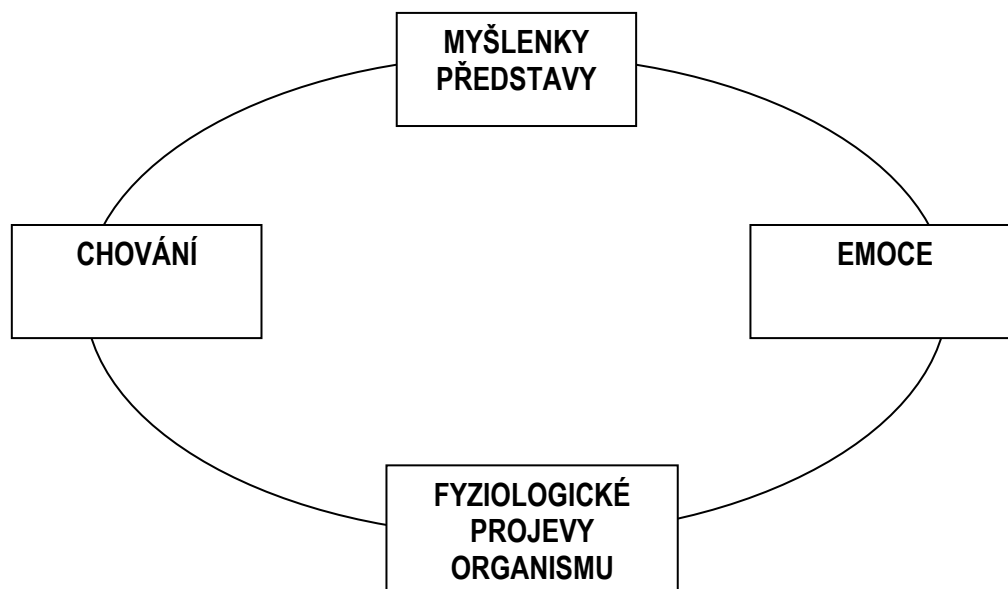
Metody kognitivně-behaviorální terapie

KBT vytvořila řadu strategií, které jsou v terapeutické praxi s úspěchem aplikovány při léčbě pacientů s různými potížemi. Jednotlivé metody se liší především svým zaměřením, rozsahem a složitostí. Objevují se v různých obměnách, navzájem se prolínají, doplňují, jedna navazuje na druhou atd. Z těchto důvodů je jejich rigorosní rozdělení poměrně složité, neboť některé metody nelze od sebe striktně oddělit a rozlišit. Shodně s Možným a Praškem (1999, s. 90 - 91) použijeme dělení metod podle aspektu chování, na který se zaměřujeme :

- metody ovlivňující tělesné příznaky
- metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování
- metody ovlivňující kognitivní procesy

Již z tohoto dělení je zřejmé vzájemné prolínání jednotlivých metod. Lidské chování a jednání jsou složitým komplexem vzájemných interakcí a změn na jednotlivých úrovních organismu. Schématicky je můžeme vyjádřit následovně :

Obrázek XZ : Intervenční roviny z pohledu KBT



Metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků. Uvědomění si strachu a úzkosti je spojeno s aktivací sympatiku a vyplavením adrenalinu do krve, což způsobuje řadu tělesných reakcí (tachykardie, zrychlené dýchání, zvýšená potivost, tremor aj.) Metody

zaměřené na ovlivňování tělesných příznaků jsou často užívány při léčbě poruch, jejichž hlavním příznakem je právě nadměrná intenzita těchto emocí.

Základní metody, které se používají k dosažení stavu tělesného uvolnění, mají za cíl snížit aktivaci sympatického nervového systému a aktivovat parasymptikus. Tyto metody spočívají v uvolnění kosterních svalů, k čemuž dopomáhá relaxace a v klidném břišním dýchání (zklidňující dýchání). Komplexnější metodou k dosažení jak tělesného tak psychického uvolnění jsou pak různé formy meditací (Praško, Možný, 1999, s. 91).

Mezi nejznámější a nejčastěji používané metody patří Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink a Ostova progresivní relaxace.

Metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování. Metody ovlivňující zjevné chování vycházejí z předpokladu, že veškeré naše jednání je naučené, a tudíž odnaučitelné na základě stejných principů, jakými jsme se konkrétní chování naučili. Patří sem především metoda systematické desenzibilizace, expozice, zábrana rituálům, sledování činnosti, plánování činnosti a sebeodměňování, metody vytvoření nového chování a metody vedoucí ke změně existujícího chování.

Systematická desenzibilizace (J. Wolpe, 1958) vychází z předpokladu, že situace, která v představě nevyvolává úzkost, obavy nebo stres, nevyvolá tyto reakce ani ve skutečnosti. Tento předpoklad je ověřován zadáváním domácích úkolů, které klient musí plnit, jde tedy o kombinaci s expozicí in vivo (Praško, 2003, s. 105 – 107). Účinnost systematické desenzibilizace byla opakovaně prokázána, ale vzhledem k tomu že jde o metodu pracnou a značně pomalou, její užívání ustupuje do pozadí a je nahrazováno především expozicí v imaginaci a expozicí in vivo. Expozice je nejdůležitějším krokem KBT a probíhá většinou po nácvičení sociálních dovedností, kdy si klient osvojí určité sociální dovednosti. Při expozici dochází nejdříve k senzibilizaci, tj. nárůstu úzkosti v obávané situaci, poté k habituaci ve chvíli, kdy úzkost dosáhne maxima a na tomto bodě po určitou dobu přetrvává a poslední fází je desenzibilizace, kdy úzkost postupně klesá.

Zábrana rituálům je užívána především při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy s převládajícími nutkavými rituály. Tato metoda je obdobou zabránění vyhubému chování při expozici. Klient nejdříve hierarchicky sepiše všechny podněty a situace, které určité nutkavé jednání vyvolávají. Poté se vyvolávajícímu podnětu vystaví a překonává vzniklé nutkání do té doby, dokud míra pužení k vykonání rituálu poklesne. Podrobněji je tato metoda popsána například Možným a Praškem (1999, s. 112 – 114).

Metoda sledování činností se uplatňuje zejména u depresivních pacientů, kteří mají tendenci k negativnímu hodnocení sebe a svého okolí. Klient je požádán, aby si do předem připraveného formuláře zaznamenával každou hodinu činnost, kterou prováděl a hodnotil ji pomocí dvou posuzovacích škál – škály výkonu, kde klient hodnotí své vynaložené úsilí a škály potěšení, kde posuzuje, jak velké uspokojení a radost při této činnosti pociťoval. Záznamy klient provádí několikrát během dne. Analýzou těchto záznamů je pak zjišťována souvislost mezi denními činnostmi a náladou klienta. Na tuto metodu postupně navazují metody další.

Plánování činnosti a sebeodměňování je (především u léčby depresí) návaznou metodou na metodu předchozí. Na základě analýzy denních činností si klient předem naplánuje program na příští den. (Důležité je přihlídnout k současnému stavu pacienta, neboť opakované neúspěchy by mohly prohloubit jeho sebepodceňování a depresivní náladu). Součástí této metody je sebeodměňování po splnění každého naplánovaného úkolu a to v jakékoli formě (materiální, duševní-sebeocenění).

K vytvoření nového chování používá KBT řadu metod, nejčastěji jsou uváděny :

- učení se prostřednictvím modelu (nápodobou)
- formování shaping, kdy z chování klienta je vybírána ta složka, která se alespoň v některých rysech podobá žádoucímu chování a ta je dále posilována (užívá se u autistických a mentálně postižených dětí),
- řetězení-chaining, kdy se klient učí postupně po krocích určité činnosti
- pobízení-prompting, nebo-li slovní vedení terapeutem, uvádění příkladů, atd.
- hraní rolí (přehrávání role v konkrétní situaci).

Rogersovská psychoterapie

Specifickým rysem rogersovské psychoterapie je, že vychází z klienta. Nezaměřuje se na interpretativní nebo usměrňující působení, ale snaží se podněcovat samostatný rozvoj klienta (Kratochvíl, 1998, s. 54).

Psychoterapeutický vztah je možné chápat jako meziosobní „setkání“. Vztah terapeut – klient je prokazatelně důležitý pro průběh jakékoli léčby psychologickými prostředky. V přístupu zaměřeném na člověka je vztah považován za hlavní prostředek léčebného působení. Setkání nastává v okamžicích vztahové blízkosti a tak se objevují chvíle vzájemnosti, o nichž hovoříme jako o „my“ zážitku. Chvíle setkání dodávají vnitřní

sílu a jsou lidmi, kteří je prožili, zpětně hodnoceny jako nesmírně příjemné potvrzení a posílení sebe sama, tedy vlastní identity (Vymětal, 1996, s. 60 – 62). Setkání je stav krátkodobý, který se odehrává vždy v přítomnosti a je bezprostřední. Rogers považuje chvíle setkání za léčivé agens a jev, ke kterému při setkání dochází, označuje jako transcendentální fenomén. Vztahem se tedy neproměňuje pouze klient, ale i terapeut.

Filosofem vztahu, setkání a rozhovoru byl židovský myslitel Martin Buber /1878 – 1965/. Podle něho je vztah, tedy život s protějškem, na začátku všeho. Život vůbec se odvíjí ve vztazích. Martin Buber rozlišuje dva odlišné typy vztahu. První typ, vztah Já – Ty, se odehrává v prostoru lásky. V tomto vztahu se druhému otvírám, bezvýhradně ho přijímám. Pro tento typ vztahu je nutná bezelstná otevřenost, vzájemnost a svoboda ve významu respektování druhého. Pokud jsou tyto nutnosti dodrženy, dojde k mezosobnímu setkání, potvrzení druhého, přičemž potvrzení druhého znamená potvrzení jeho autonomie i posílení jeho identity. Vztah Já – Ty vyjadřujeme celou svou bytostí a jsme v něm zcela ponořeni.

Druhý typ vztahu podle M. Bubera je vztah Já – Ono. Ten se odehrává v prostoru a jedná se o zvěčňování protějšku. Je to například poznávání za účelem ovládnutí, účelové mezosobní vztahy. Tento vztah vyjadřuji celou svou bytostí, nevztahuji se v něm plně, beze zbytku, je zprostředkován zkušeností a zakotven v minulosti. Jde o dávání a získávání informací a má povahu neosobní.

Vztah Já – Ty je podle Bubera ontogeneticky starší. Pro vztah setkání je příznačné, že má svou aktualitu a latenci, jež se střídají. Aktualita znamená vztah Já – Ty v pravém slova smyslu, stav latence je přechod do vztahu Já – Ono. Latence je podstatně časově delší než aktualita (Vymětal, 1995, s. 243). Je zřejmé, že vliv myšlenek Martina Bubera můžeme zřetelně pozorovat zejména v humanistické psychologii.

- *Základní proměnné psychoterapeutického vztahu*

V rogersovské psychoterapii terapeut nabízí klientovi základní vztahovou nabídku. Tuto nabídku tvoří tři základní proměnné. Je to akceptace, empatie a autenticita. Akceptací rozumíme bezvýhradné přijetí, empatie je porozumění vcítěním a autenticita představuje věrohodnost a ryzost terapeuta. V psychoterapii tyto tři proměnné musí působit na straně terapeuta vždy současně.

Autenticita. Podle C. R. Rogerse „... vytvoření subjektivně těsného terapeutického vztahu předpokládá terapeutovu otevřenost vůči klientovi. Terapeut

musí být ve vztahu ke klientovi sám sebou. Pokud je totiž opravdový, autentický a kongruentní, nevypouští žádnou profesionální mlhu, nenasazuje osobní masku. Díky tomu se klient může proměňovat a růst konstruktivním způsobem.“ (Rogers, 1998, s. 106). Svou otevřeností a autentičností ke klientovi si terapeut uvědomuje co aktuálně prožívá, nechová se rezervovaně a ve vztahu vzniká jednota mezi tím, co je prožíváno a tím, co je sdělováno. Terapeut je tedy klientovi vnitřně k dispozici.

Akceptace. Proto, aby mohlo dojít k určitému posunu nebo ke změně na straně klienta, musí být tento člověk akceptován. Jedná se o určitý zájem či důvěru, kterou C. R. Rogers nazývá „bezpodmínečné pozitivní přijetí“ (Rogers, 1998, s. 107). Je to důležitá podmínka pro vytvoření psychoterapeutického prostoru. Akceptace (lat. acceptō: přijímám, rozumím, acceptus: laskavě přijatý, vítaný, milý) je základní postoj, kdy je terapeut vůči klientovi zcela otevřen, je vstřícný a přijímá ho bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt (Vymětal, 1996, s. 76). Představuje bytostné přitakání druhému a jeho potvrzení. Akceptaci v psychoterapeutickém významu můžeme chápat jako apriorní nastavenost terapeuta vzhledem ke klientovi. Terapeut má klienta rád se vším všudy, což leckdy není snadné.

Neznamená to však, že klient bude nekriticky přijímán a bude mu ve všem dáváno za pravdu. Sám C. R. Rogers vymezuje akceptaci takto: „Terapeutický proces je posilován tím, že terapeut jedná prožívá a jedná projevuje vzhledem ke klientovi hlubokou, nepředstíranou péči a starost o něho jako o člověka s mnoha konstruktivními možnostmi. Jestliže tato péče není spojována s hodnocením nebo oceňováním myšlenek, pocitů a chování, zaslouží si název „bezpodmínečný pozitivní vztah“. Další způsob, kterým se může tato skutečnost vyjádřit, je, že terapeut přijímá klienta jako rodič přijímá dítě. Neschvaluje každý jeho projev a chování, ale starost, zájem a péče jsou úplné, nekladou si podmínky. Nepřijímá některé pocity u klienta, zatímco jiné odmítá. Je to stálé, pozitivní, nepřivlastňující přijetí bez výhrad a bez hodnocení. Pro mnoho terapeutů je obtížné neposuzovat. Popsaný způsob přijímání zahrnuje přijetí klientových projevů obranných, hostilných, negativních a také bolestných pocitů, stejně jako projevů pocitů laskavých, zralých a pozitivních. Pro mnoho terapeutů je spíše obtížnější přijmout pozitivní a příjemné pocity než negativní, protože terapeuti mívají ve zvyku dívat se na pozitivní pocity s podezřením, většinou jako na obranu. Na klienta zaměřený terapeut zaujímá postoj, při kterém je klient přijímán takový, jaký je, nikoli se skrývaným podezřením

v myšlenkách terapeuta. To není terapeutova naivita, ale způsob přístupu, který vyvolává a posiluje důvěru a vede k další sebeexploraci a ke korekci chybných postojů postupně tak, jak se důvěra prohlubuje. Zdá se, že taková péče a pozitivní vztah jsou možné u terapeuta, jenž je schopen plně vnitřně přijímat klienta takového, jaký je – často bránícího se, zranitelného, konfliktního, a přesto s ohromnými možnostmi pro svůj další rozvoj.“ (Vymětal, 1996, s. 76 – 77).

Tento základní terapeutický postoj se projevuje zejména v neverbálním chování terapeuta. Jedná se o naslouchání, pozornost, mimiku, gestiku, tón hlasu, polohu těla. Bezvýhradným přijetím dá terapeut klientovi v jejich vztahu prožít něco nového. Jde o novou zkušenost sám se sebou i s jinými lidmi. A právě zkušenost je nutnou podmínkou změny v rogersovském přístupu.

Empatie. Dalším důležitým aspektem vzájemného vztahu je empatické porozumění. Empatie je definována jako „... umění dovedně zacházet s emocemi, vcít'ovat se do situace druhé osoby. Je to emocionální ztotožnění se s jejím viděním, cítěním, chápáním, zahrnuje také schopnost číst mimoslovní projevy druhého, chápat, o co usiluje, čemu se chce vyhnout, co pečlivě skrývá. Empatie souvisí se schopností naslouchat a vnímat neverbální komunikaci. V terapii a psychoterapii, vedle opravdovosti a vřelosti, je jednou z nejdůležitějších podmínek úspěšné práce s pacientem a klientem.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 139). Empatii chápeme jako pocitově nesený způsob poznávání jiného člověka, který se projevuje ochotou a snahou co nejpřesněji vnímat, zachytit a pochopit jeho aktuální i potenciální vnitřní svět se všemi subjektivními významy a pocity. Základ empatie je v intuici, provázené emoční účastí (soucítěním) a pozitivním zájmem o druhého člověka (Vymětal, 1998, s. 43).

Empatie je v psychoterapeutickém pojetí vždy procesem. Terapeut se tedy snaží, aby co nejlépe a nejpřesněji pochopil a porozuměl tomu, co vidí a slyší. To, jak skutečnost pochopil, průběžně sděluje klientovi, aniž by ho nějak hodnotil. V průběhu terapie je kladen silný důraz na princip „zde a nyní“, což znamená, že vždy vycházíme z přítomnosti. Cílem je pomoci klientovi zaměřit se na to, co právě prožívá.

Empatie je jakýmsi sledováním právě probíhajícího zážitkového toku, aniž by ho terapeut nějakým způsobem usměrňoval. To znamená, že průběh terapie závisí hlavně na

klientovi, což vychází z důvěry a víry terapeuta ve schopnosti a možnosti klienta řešit problémy. Empatický terapeut je nehodnotící. V tomto smyslu se empatie odlišuje od sympatie, protože sympatie v sobě obsahuje pozitivní hodnotící stanovisko. Rogersovský přístup vyžaduje, aby terapeut zůstal neutrální, aby nevynášel hodnotící soudy, a to ani pozitivní, ani negativní (Smitková, 1997, s. 154).

V dnešní psychologii se uvažuje pojem empatie nejčastěji ve třech významech. V prvním významu je to schopnost vidět sebe sama očima druhého, tedy to, co si jiný člověk o mně myslí a jak mě hodnotí. Druhý význam je schopnost vidět druhého očima někoho jiného, tedy jak se určití lidé navzájem vnímají, prožívají, posuzují a hodnotí. Poslední je schopnost vidět druhého jeho vlastníma očima, tedy jak jiný člověk prožívá a myslí, hodnotí sebe apod.

Dnes vymezujeme empatii jako porozumění vcitěním, které probíhá v meziosobním vztahu. Toto porozumění vcitěním má svůj průběh a tento proces je možné rozdělit do tří vzájemně se prostupujících fází. První fáze předpokládá terapeutovo vstřícné zaměření spolu s otevřeností pro druhého. Člověku se otevíráme, přijímáme jej a současně do něho psychicky vstupujeme – vcitujeme se. Druhá fáze je již charakteristická naším spoluprožíváním, při kterém oscilujeme mezi krátkodobým vnitřním ztotožněním a opětným oddálením ve vztahu k druhému. Pro třetí fázi je příznačné, že na základě podobnosti lidského duševního života, a ta je podmínkou empatie, nastává zřetelné porozumění druhému člověku, jež se uskutečňuje postupně po jednotlivých krocích, nebo může mít podobu vhledu, tedy náhlého pochopení souvislostí.

V posledních letech je v rogersovském přístupu zaznamenáván nový trend. Ten zdůrazňuje, že empatie musí v rámci psychoterapeutického procesu plnit hermeneutickou funkci, čili především napomáhat klientovi v dosahování pravdivějšího sebepoznání (Vymětal, 1998, s. 48).

-
- *Pojetí osobnosti v rogersovském přístupu*

Při výkladu struktury osobnosti se Rogersova teorie velice blíží fenomenologickému modelu. C. R. Rogers užívá pojmu vnitřní vztažný rámeček, který je chápán jako pohlížení na věci z hlediska pozorované osoby, nikoli očima objektivního vnějšího pozorovatele. Vnitřní vztažný rámeček spočívá spíše v postoji než v technice. Terapeut musí být ochoten získávat informace o vnitřním světě jedince pomocí jeho verbálních a nonverbálních sdělení, nikoli pomocí objektivního měření.

Když C. R. Rogers zjišťoval, jak osobnost funguje, nespolehal na diagnostické

nástroje, ale upřednostňoval získávání informací přímo od klientů. V jednom ze svých neformálně pronesených výroků zdůraznil, že všemu, co ví o osobnosti, se naučil od svých klientů (Drapela, 1998, s. 123).

Aktualizační a sebeaktualizační tendence člověka

C. R. Rogers byl zastáncem tzv. vitalizačního hlediska. Podle něho každá součást přírody má v sobě přirozenou tendenci k růstu a zdokonalování sebe sama. Proto je jeho pohled na člověka optimistický. I člověk má totiž v sobě zdroj zdravého a pozitivního rozvoje, který Rogers nazývá aktualizační tendence. Je to tendence k přirozenému rozvoji všech stránek člověka, pokud se nachází v příznivých podmínkách. Aktualizační tendenci lze deformovat, její naplňování může být negativně ovlivněné například nepříznivými podmínkami, ale nelze ji úplně zničit, aniž bychom zničili celý organismus. Jde o konstruktivní tendenci, která je cílená a výběrová.

Aktualizační tendence je vrozená všem organismům, je univerzální. Její projevy jsou však u každého organismu jedinečné. Je to motivační síla, která provází člověka v každém momentě jeho života a ve všech jeho aktivitách (Smitková, 1998, s. 151). Aktualizační tendence se v případě určitého jedince promítá do jeho sebeaktualizace (seberealizace).

Aktualizační tendence je vrozená každému organismu, sebeaktualizační tendence je typická jen pro člověka, protože jen člověk má vytvořený pojem sebe (self). Terapeutická změna v Rogersově chápání se z hlediska těchto dvou tendencí pohybuje na kontinuu přiblížení se sebeaktualizační tendence k aktualizační tendenci. Toto přiblížení se projevuje větší kongruencí na straně klienta (Timuřák, 1996, s. 263).

Sebeaktualizační tendence je ta část zážitku organismu, která je symbolizovaná v self. Tendence k sebeaktualizaci je základní lidská motivace. Obsahuje řadu potřeb, například potřebu potravy, bezpečí, nezávislosti, sebeřízení a naplnění prostřednictvím opravdových interpersonálních vztahů. Chování je vždy motivováno přítomnými potřebami, nikoli minulými událostmi, i když ty mohou do určité míry motivaci ovlivnit. Působení sebeaktualizační tendence a z ní vyplývající cílesměrné chování sílí až do té míry, že člověk je „vnitřně svoboden“. Úsilí o sebeaktualizaci je provázáno emocemi, které získávají na síle tím víc, čím více člověk rozpoznává význam svého snažení.

Pro optimální bytí je vhodné, aby tendence aktualizační a sebeaktualizační byly v souladu. Problém jejich nesouladu vzniká vývojem self. Všeobecně platná aktualizační tendence se v případě jedince promítá do druhého motivu, do sebeaktualizační tendence a může mezi nimi dojít k rozporu. Člověk je totiž ve svém životě ovlivněný mnohými

vnějšími, ale i interiorizovanými názory, které ve svém důsledku mohou působit proti aktualizační tendenci (Gajdošová, 2000, s. 16).

Složky jevového pole

Jevové pole obsahuje dvě složky, které lze odlišit v pojmech jejich různých funkcí, ale které nejsou vzájemně odděleny jako dvě rozdílné části celku. První z nich je organismus. Organismus je psychofyzickým základem veškerého prožívání. Zahrnuje myšlení, touhy, emoce, fyziologické odezvy a různé druhy vnějšího chování. Rogers chápe organismus jako uspořádaný celek. Organismus je příjemcem prožitků a je místem tendence k seberozvíjení. Z toho vyplývá, že organismus má dvě důležité funkce. Je to usilování o sebeaktualizaci prostřednictvím naplňování potřeb a přijímání prožitků tak, jak se vyskytují v jevovém poli.

Druhou složkou jevového pole je „já“ (self). „Já“ se utváří postupně a jeho funkcí je vstupovat do vztahu k prožitkům, které jsou přítomny v organismu. Přistupuje-li k takovým prožitkům, může „já“ učinit jednu z těchto tří věcí. Může tyto prožitky symbolizovat a přijmout je jako část „já“, nebo je může popřít, protože svou povahou skladbě „já“ neodpovídají, a nebo je symbolizuje zkresleně. Ke zkreslenému symbolizování dochází, když jsou pojmy a hodnoty introjiovány od rodičů a dalších osob v okolí, avšak v jevovém poli jsou vnímány jako výsledek smyslového poznání (Drapela, 1998, s. 127).

Na základě Rogersova pojetí dvou složek jevového pole můžeme chápat pojmy duševní zdraví a patologie. Duševní zdraví spočívá v takovém pojetí „já“, které umožňuje asimilovat v něm veškeré smyslové a fyziologické prožitky organismu. Naopak duševní patologie existuje tehdy, když organismus popírá vůči vědomí některé důležité smyslové a fyziologické prožitky, protože příliš ohrožují skladbu „já“. Toto popření nastává buď na vědomé úrovni, nebo na úrovni nevědomé, což Rogers nazývá proces „subcepce“. Patologický jedinec tedy nedokáže nebo nechce přijmout své prožitky za vlastní. Rogersovo pojetí dobře přizpůsobené osobnosti a patologické osobnosti vyjadřují následující jednoduchá schémata (Drapela, 1998, s. 126 – 128):

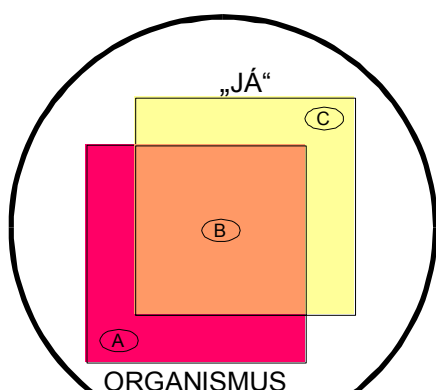


Schéma č. 1: Rogersovo pojetí dobře přizpůsobené osobnosti

- A – popřené prožitky
- B – přesně symbolizované prožitky
(oblast kongruence)
- C – prožitky symbolizované zkresleně

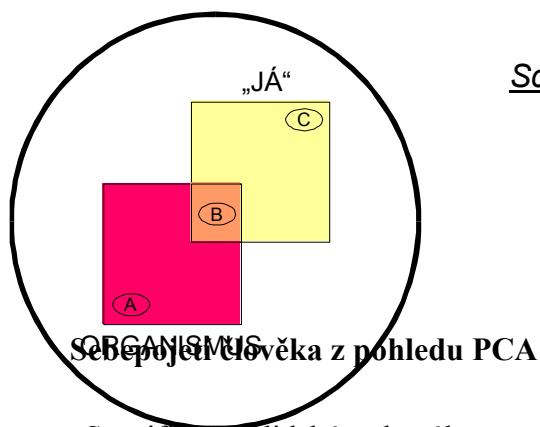


Schéma č. 2: Rogersovo pojetí patologické osobnosti

- A – popřené prožitky
- B – přesně symbolizované prožitky (oblast kongruence)
- C – prožitky symbolizované zkresleně

Specifickým lidským kanálem pro aktualizační tendenci je koncept vědomí, ve smyslu sebeuvědomění. C. R. Rogers rozlišuje mezi „já“ jako subjektem („I“) a „já“ jako objektem („Self“). „Já“ činné, tedy „já“ vztahující se a hodnotící vede k vytvoření „já“ jakožto objektu, jímž je v tomto případě sebepojetí (sebeobraz). Tedy to, jak sebe vnímám, hodnotím a nakonec i prožívám.

Sebepojetí se vytváří a mění během celého života. Týká se všeho, co je pro člověka subjektivně významné – vztahů, vlastního těla a tak dále. Sebepojetí je hypotetickým konstruktem a vymezujeme je především jako relativně stálý a ucelený, současně však měnící se vztah lidského jedince k sobě samému i k subjektivně důležitým skutečnostem jeho života (Vymětal, 1996, s. 43).

Sebepojetí, jak ho definuje Psychologický slovník, je „... představa o sobě, tedy to, jak jedinec vidí sám sebe. V sebepojetí, na rozdíl od sebeúcty, je zdůrazněna poznávací složka, má hodnotící a popisnou dimenzi a zahrnuje i kognitivní mapy. Bývá označováno též jako „integrující gyroskop osobnosti“ a jeho součástí je sebedůvěra.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 524). Vývoj osobnosti je spojen se vznikem já a tento vznik já a jeho vývoj k sebepojetí (ego) jsou základními aspekty fungování osobnosti.

Základní charakteristiky sebepojetí

Sebepojetí je pomyslným centrem osobnosti a tvoří jej obraz, který si člověk o sobě

utvořil. Sebepojetí je jednoduše řečeno to, co si o sobě samém myslíme, jak prožíváme určité situace, jak sami sebe hodnotíme, jak se vnímáme. Sebepojetí je „mentální prezentací já“. Má stránku kognitivní, emocionální a konativní a má celostní charakter. Má také svou strukturu a dynamiku. Struktura poukazuje ke stálosti, dynamika naopak k proměnlivosti (Vymětal, 1996, s. 43 – 45).

Vyvinuté pojetí sebe sama, které se v psychologii často označuje jako ego (latinsky já), má dvě roviny – reálné a ideální ego. Reálné ego je to, za co se jedinec sám považuje a ideální je to, čím by chtěl být. Míra rozporů mezi těmito dvěma rovinami sebehodnocení, tj. míra spokojenosti či nespokojenosti se sebou samým (míra sebeakceptování), vytváří tzv. sílu ega. Čím jsou tyto rozpory větší, tím je ego slabší, a naopak (Nakonečný, 1997, s. 176).

Podle C. R. Rogerse self znamená doslova sebe a má vyjadřovat celkové prožívání sebe, své identity, svého „já“. Sebepojetí podle něho vyjadřuje obraz o sobě, představu o sobě, to, co si o sobě myslím, jak se vnímám. Někteří překladatelé používají pojem „já“ jako ekvivalent pojmu self. Sám Rogers však považoval tento pojem za mnohoznačný, vágní. Self slouží člověku k tomu, aby udržoval svoji identitu, která mu dodává pocit bezpečnosti ve světě. Sebepojetí je vidění sebe i světa (okolí), ve kterém jsme. Sebepojetí tedy obsahuje hodnoty, postoje, názory, interpretace člověka vůči sobě i světu. Ovlivňuje i naši motivaci, jelikož podle toho, jakou máme představu o sobě, jak interpretujeme sebe i svět, konáme. Pokud si položíme otázku, z čeho je vlastně self vystavěné, musíme v první řadě zdůraznit, že má tělesný původ. Self je jakoby obraz sebe ve světě, který je přítomný teď a tady, sloužící jako mediátor uvědomování si našeho organismického prožívání. Hranice self jsou značně proměnlivé. Závisí sice na tělesném prožívání, ale v sociálním kontextu může být chápáno rozličně. V podstatě souvisí s identifikací sebe, jenž se může rozšiřovat i mimo naše tělo. Významnou charakteristikou rozlišující self je potom vůle a kontrola, která se váže k aktivitě jedince. Jeho důležitou částí je také řeč a další komunikační kanály, jimiž vypovídáme o sobě, jiných či světě. Poskytují totiž materiál na jeho výstavbu a fungování (Timuřák, 1997, s. 236 – 237).

Vznik, vývoj a změna sebepojetí

Předpokladem k vytvoření selfkonceptu je schopnost člověka uvědomit si sebe samého a možnost vnímat se a posuzovat jako objekt. Sebeuvědomění je celostní zážitek sebe samého, zakotvený jak kognitivně, tak i afektivně a regulačně. Vzniká v procesu ontogeneze a jeho odrazem je selfkoncept.

Vývoj sebepojetí lze vysvětlit takto. Potom, co se jedinec naučí dělat rozdíl mezi sebou a svým okolím, tj. v raném dětství, dochází k posuzování dílčích aspektů vlastní osoby a ke globálnímu sebeposuzování rozdílné stability. Rozlišují se zde různé fáze, první je vytváření tělového schématu na základě proprioceptivních a kinestetických dojmů (tělové „já“), následuje sebekategorizování podle věku a pohlaví a posléze jeho konsolidace užíváním zájmena já místo užívání vlastního jména. Až do nejpozdějšího stáří se pak objevují více či méně charakteristické změny v sebepojetí (Nakonečný, 1999, s. 68).

Sebepojetí (sebeobraz) člověka se mění vlivem nových zkušeností, které jsou konfrontovány se stávající úrovní vývoje osobnosti a zralostí organismu, která je dána věkem. Sebepojetí člověka se nejvíce mění v závislosti na výrazných změnách organismu (puberta, klimakterium).

Funkcí self je poskytnout mému celostnímu organismickému prožívání pocit stability, uspořádanosti. Optimálně fungující self tedy slouží k zabezpečení jednoty a srozumitelnosti (smysluplnosti) celého komplexu rodících se zážitků v organismu, v člověku jako celku (tj. v jednotě tělesného a psychosociálního). Self je tedy přítomné vnímání sebe ve smyslu implicitního nastavení vůči prožívání, které vstupuje do kontaktu s celým komplexem organismicky prožívaných zážitků a zabezpečuje jejich jednoznačnost, srozumitelnost, uspořádanost, konzistentnost v symbolizovaném uvědomování (Timulák, 1997, s. 238).

Jedna ze základních lidských potřeb, potřeba kladného přijetí, rozhoduje, zda jednotlivý zážitek bude nebo nebude přijatý do self, a tak se může pro daného jedince stát důležitější než přirozená zdravá aktualizací tendence. V tomto případě hovoříme o podmínce ocenění. Ta nastává, když se jedinec vyhýbá zážitkům (nebo je vyhledává) jen proto, že jsou méně nebo více hodné sebepřijetí. Kdyby jedinec prožíval jen bezpodmínečné pozitivní přijetí, tak se podmínka ocenění nevyvine. Sebepřijetí by bylo bez podmínek, potřeba pozitivního přijetí a sebepřijetí by se nikdy nedostaly do rozporu s organismickým hodnocením a jedinec by byl stále psychologicky přizpůsobený a fungoval by naplno.

Sebepojetí neboli self se stalo pilířem Rogersovy teorie. Self se skládá ze všech myšlenek, vjemů a hodnot, které charakterizují „já“, zahrnuje vědomí „co jsem“ a „co dokáži“. Toto vnímané self naopak ovlivňuje, jak člověk vnímá svět i své chování. Sebepojetí neodráží nutně realitu – jedinec může být velmi úspěšný a vážený, a přesto se považuje za selhávajícího člověka.

Podle Rogerse jedinec hodnotí každou zkušenost ve vztahu k sebepojetí. Lidé se

chtějí chovat způsobem, který je konzistentní s jejich sebeobrazem. Zkušenosti a pocity, které nejsou konzistentní, jsou ohrožující a může jim být odepřený vstup do vědomí (Atkinsonová, 1995, s. 558).

Ve struktuře self, v jeho nastavení vůči zážitkům předtím než jsou symbolizované, je přítomná otevřenost, která vyplývá z hluboké důvěry v organismus jako celek, důvěry v sebe. Tato otevřenost potom umožňuje přesnou symbolizaci zážitků i případnou korekci struktury self, která se takto více přibližuje k zážitkům takovým, jaké skutečně jsou. Takové self pak můžeme nazvat organismické self, jenž se neustále opírá o organismický hodnotící proces (Timulák, 1997, s. 238).

Struktura sebepojetí obsahuje kognitivní, pocitová a akční schémata. Je tvořena třemi oblastmi. Jsou to vrozené organismické hodnocení, hodnotové introjekty a zkušenostní individuální konstrukty. Organismické hodnocení představuje vrozenou „moudrost organismu“. Je to vnitřní hlas, který kotví v aktualizační tendenci. Intuitivně a nevědomě nás vede k rozhodování podle působení aktualizační tendence. Obsahuje zděděné a bioneuropsychologické dispozice. Hodnotové introjekty jsou hodnoty a názory, které jsme díky výchově převzali ze svého sociálního prostředí v rámci socializace. Zkušenostní individuální konstrukty jsou založeny na naší přímé zkušenosti s událostmi a situacemi během života (Vymětal, 1996, s. 40).

Čím větší jsou oblasti zkušenosti, které člověk popírá, protože nejsou konzistentní s jeho sebepojetím, tím širší je propast mezi self a realitou a tím větší je potenciál pro špatné přizpůsobení. Jedinec, jehož sebepojetí se neshoduje s osobními pocity a zkušenostmi, se musí bránit proti pravdě, protože pravda by vyvolala úzkost. Jestliže se tento nesoulad zvětší, obrany se mohou prolomit, což vede k silné úzkosti nebo jiným formám psychických poruch. Dobře přizpůsobený člověk naproti tomu má takové sebepojetí, které je konzistentní s jeho myšlením, zkušeností a chováním. Jeho self není rigidní, ale pružné, a může se měnit, jak asimiluje nové zkušenosti a myšlenky (Atkinsonová, 1995, s. 558).

Většina lidí rozlišuje představu toho, jakými doufají, že se stanou (ideální „já“), od přesvědčení o tom, jací jsou (reálné „já“). Většinou se tyto dva obrazy od sebe příliš neliší. Čím blíže je ideální self k reálnému self, tím je člověk šťastnější a spokojenější. Velký nesoulad mezi ideálním a reálným self vede k tomu, že je člověk nešťastný a nespokojený. U narušených osob si pak tato dvě sebepojetí bývají zcela nepodobná.

Sebepojetí se nejlépe formuje a rozvíjí v prostředí, jež je vztahově stabilní, vřelé a akceptující. Na základě zkušeností se sebou a světem se sebepojetí postupně diferencuje a rozšiřuje se i způsobilost vyrovnávat se s novými zkušenostmi. Proces změny probíhá směrem od rigidity sebepojetí, od odstupování od lidí, od tuhosti a odtržení od pocitů

prožívání k okamžitému prožívání, akceptování pocitů a prožitků, k ověřování pojmů, objevování měnícího se „já“ v měnícím se prožívání, k realitě a blízkosti vztahů, k jednotě a integritě fungování. C. R. Rogers popsal sedm stadií změny a procesu v psychoterapii zaměřené na člověka. Tato stadia jsou podrobně popsána v příloze č. 1.

Nepodmíněné pozitivní přijetí

Sebepojetí je značnou měrou formováno rodiči a dalšími významnými osobami v životě jedince. Nepodmíněné kladné přijetí projevované dítěti podporuje utváření pozitivního sebepojetí, které je spjato s vysokou mírou kongruence mezi prožíváním a „já“. Rodičovská péče poskytovaná bez jakýchkoli podmínek vede k tomu, že dítě nemusí popírat žádný ze svých prožitků. To znamená, že děti cítí, že je rodiče a další lidé pozitivně oceňují i tehdy, když jejich pocity, postoje a chování nejsou ideální. Tato vysoká míra kongruence vede k psychologické adaptaci. Jestliže rodiče poskytují pouze podmíněné pozitivní hodnocení, tedy oceňují dítě pouze, když se chová, myslí nebo cítí „správně“, u dítěte dojde pravděpodobně k pokřivení sebepojetí. Čím více jsou lidé nuceni odmítat svoje vlastní pocity a přijímat hodnoty druhých, tím budou mít nepříjemnější pocit ze sebe samých. Carl R. Rogers také doporučoval, aby člověk usiloval o nepodmíněné pozitivní sebepřijetí, které vzniká pokud jedinec vnímá sám sebe tak, že žádný z prožitků nelze vyčlenit jako více či méně hodný kladného přijetí než kterýkoli jiný.

Diferencovaný model inkongruencí

Sebepojetí vykazuje tendenci být konzistentní a kongruentní, tedy nerozporné. Subjektivně významná zkušenost, která není do sebepojetí zařazena přímo nebo není zpracována pomocí psychických obranných mechanismů, vytváří vnitřní rozpor – inkongruenci. Inkongruence bývá zpravidla provázena vnitřním napětím, úzkostí, pocity viny, depresivním prožíváním apod. Přetrvávající inkongruence může mít patologický účinek projevující se somatickými projevy poruchy zdraví.

Kongruence je definována jako shoda mezi prožitky přítomnými v organismu a tím, jak jsou symbolizovány v „já“. Symbolizace musí být přesná, bez zkreslení, aby vedla ke stavu kongruence mezi prožíváním a „já“. Inkongruence je nedostatek přesné symbolizace organismického prožívání v „já“. Je to rozpor mezi prožitky a vnímáním těchto prožitků, který má za následek zkreslené uvědomování „já“. Vysoká míra kongruence je známkou duševního zdraví jedince (Drapela, 1998, s. 129).

„Inkongruence by se dala označit slovem nepřiléhavost. Citový doprovod totiž

neodpovídá představám a sociálnímu kontextu jednajícího. Je to rozštěpení citové a intelektuální stránky psychiky.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 231).

Sebepojetí, které je žádoucí, umožňuje kongruenci. To je shoda mezi sebepojetím a vlastními potřebami a zkušenostmi. Pokud jsme nějak frustrováni nebo dokonce deprivováni, a nejsou tedy uspokojovány některé naše potřeby, dochází ke vzniku takzvaných primárních inkongruencí. Primární inkongruence znamená, že nastane rozpor mezi základními vrozenými potřebami a zkušenostmi v rámci vytvářejícího se sebeobrazu a sebepojetí. Primární inkongruence mohou být v pozdější době zdrojem částečně uvědomovaných sekundárních inkongruencí. To jsou rozpory mezi sebepojetím a zkušenostmi jdoucími z vnějšího světa či z organismu.

Rogers hovořil o dvou druzích významu kongruence. První je teoretický a druhý hovorový. Teoretický význam kongruence obsahuje vnitřní subjektivní symbolizace organismického prožívání člověka, které jsou přesné. Když přijmeme vlastní subjektivní prožívání do self, vnitřní symbolizace bude přesná. To neznámá, že taková zkušenost pro mne musí být příjemná a nebo, že mne má podporovat, ale pomáhá, abych mohl být čestný sám k sobě. Být nekongruentní, znamená v Rogersových termínech nepřijímat některé části svého prožívání jako sebe samého, nebýt integrovaný. U Rogerse je následkem tohoto nepřijetí potlačení, zkreslení vlastních zkušeností, což nemá nic společného s úmyslnou komunikací.

Hovorový význam kongruence, který Rogers někdy používá, znamená shodu mezi zkušeností a vnitřní symbolizací. V tomto pojetí chybí aspekt přijetí této zkušenosti, který byl u teoretického významu. Můžeme být přesní v tom, co vyjadřujeme, nebo co symbolizujeme, podle toho, co si v daném momentě myslíme nebo co cítíme, ale nemusíme být skutečně kongruentní. Člověk může být nekongruentní a jeho symbolizace jsou tedy popřené, ale to, o čem hovoří je totožné s tím, co si uvědomuje. Takže naše slova mohou být plně v souladu s tím, co si myslíme a co cítíme, ale přitom nemusíme být kongruentní. Je velice složité posoudit, kdy je jiná osoba kongruentní a kdy ne (Brodley, 1998, s. 6).

Rozeznáváme tři hlavní zdroje a typy inkongruencí. Je to jednak dispoziční inkongruence, dále pak sociálně–komunikační inkongruence a inkongruence způsobená dopadem významných životních událostí. Dispoziční inkongruence je dána vrozenými biologickými dispozicemi. Sociálně–komunikační inkongruence vzniká během života člověka v rámci meziosobních vztahů, je proto vztahové povahy. Inkongruence způsobená dopadem významných životních událostí je reaktivní povahy.

Jednou ze základních a vrozených tendencí duševního života lidské bytosti je

uchování a případně znovuoobnovení narušené kongruence mezi sebepojetím a subjektivně významnými konkrétními zkušenostmi se sebou, druhými a světem. Kongruence znamená, že člověk je schopen nové zkušenosti zařadit do svého sebepojetí. Kongruenci řadíme mezi důležité charakteristiky duševního zdraví, jež je procesuálního rázu. V tomto významu je duševní zdraví dáno zejména schopností „já“ integrovat zkušenosti do sebepojetí a naopak je vysoce pravděpodobné, že nejen duševní zdraví, ale i řada tělesných obtíží vzniká, jestliže zkušenosti jsou jedincem vnímány a hodnoceny způsobem, který pro jeho sebepojetí představuje hrozbu. Tato skutečnost nastává, jsou-li zkušenosti prožívány a nejméně i částečně uvědomovány jako inkongruentní, tedy rozporné a neslučitelné se sebepojetím, a nedokážeme-li se s nimi vlastními silami vyrovnat. Nepřekonaná inkongruence vede nejdříve k psychofyzickému napětí, úzkosti a nedostatečné identitě se sebou samým a jestliže tento stav přetrvává, podílí se na vzniku duševních a tělesných potíží, které nazýváme psychickými onemocněními, funkčními poruchami a psychosomatickými chorobami. Inkongruence také může vzniknout jako následek závažné a negativní životní události, s kterou se nemůžeme vyrovnat.

Člověk má přirozenou tendenci směřovat k větší kongruenci. Skutečnou spokojenost totiž zažívá jen v kongruentním prožívání a chování. Eugen T. Gendlin používá pojem „cítěný význam“, což chápe jako něco, co zažíváme jakoby na předsymbolické úrovni v těle, co nás na sebe upozorňuje a co nás, když se na to soustředíme, posouvá k větší kongruenci tím, že se nám ve vědomí objevují symbolické reprezentace tohoto cítěného významu. Cítěný význam je projev aktualizační tendence, objevuje se v nás a mění se (ve smyslu ubývání napětí) jen když je v uvědomování symbolizovaný (Timulák, 1997, s. 240).

Věcný rejstřík

Psychogymnastika - jde o pomocnou psychoterapeutickou metodu, která akcentuje neverbální projev – především gesto, pohyb, mimiku. Klademe důraz na uvolněnost projevu. Psychogymnastika má charakter hry, při níž pacient znovuprožívá svá interpersonální schémata. Prvků psychogymnastiky lze využít k rozehrání rozhovorové skupiny nebo v průběhu skupiny, chceme-li si u jednotlivého člena skupiny nebo u skupiny jako celku něco objasnit. Lze jí také ukončit skupinové sezení. Psychogymnastické cvičení sestává ze čtyř částí: rozehrání, pantomimy, uklidňující části a závěrečného rozhovoru.

Psychodrama - v této technice se jedná o přehrávání různých scének “jako na divadle”, s cílem umožnit klientovi porozumět jeho problémům, odreagovat se a případně se naučit jinému chování. Psychodrama se skládá ze tří částí: rozehrání, vlastní psychodramatická hra a sdílení pocitů. (Vymětal, 1992, s. 60) U dětí je psychodrama prostředkem od dětského “hraní na něco”, až po složitější “divadlo” oblíbené dětmi v mladším a ve středním školním věku. Nejužitečnější je u dětí s neurotickými poruchami. Někdy umožňujeme autorský odstup hraním “za někoho”: v dětském věku nejčastěji za loutky, v dospívání za přidělenou roli. Dramatizace důrazně proniká k jádru osobních problémů. Dramatická práce zpravidla dokáže velmi rychle vyvolat zaujetí pro zpracovávané téma a rychlé vyjevení vlastních postojů a zkušeností formou projekce. Vedle citové abreakce navozuje velmi názorně sebeprožití a sebepoznání prostřednictvím vlastního projevu nebo “zrcadlením” sebe v projevu druhých. (Řičan, Krejčířová, 1997, s. 374)

Arteterapie - arteterapií rozumíme různé způsoby využití výtvarné činnosti v léčbě. Není zde významná umělecká hodnota výtvaru, ale jde o to poskytnout pacientům pomocné prostředky, aby mohli snáze projevit svou problematiku. Arteterapeutické sezení dělíme na část kresebnou a část diskusní. (Kratochvíl, 2001, s. 123) Dětská kresba má také diagnostický a komunikativní význam. Nejčastěji se uplatňuje v předškolním a mladším školním věku. (V prepubertě a pubertě se dítě často již stydí za nedokonalost svých výtvorů). Až v adolescenci a dospělosti dokáží pacienti abstrahovat od obsahové a formálně hodnotících hledisek a znovu spontánně využít výtvarného projevu k vyjádření vlastních prožitků. (Vymětal, 1992, s. 63)

Muzikoterapie - využívá k léčebnému působení hudbu. Je možno ji rozdělit na receptivní a aktivní. Při pasivní muzikoterapii pacienti hudbu poslouchají, může být doplňována zadáváním tématických okruhů k představám. Při aktivní muzikoterapii hudbu či zpěv sami provozují. Mění se emoční ladění hudby ovlivňuje výběr nabízejících se asociací. Muzikoterapeutické sezení tohoto typu zpravidla navodí vážnou, chápající atmosféru, v níž nezdědka dochází k hlubšímu sebeodhalení a zamýšlení nad sebou, než v běžné diskusní skupině. (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985, s. 142) Aktivní muzikoterapie také podněcuje skupinu k projevování se pomocí tónů, melodií, zpěvu, rytmu nebo tance. Rámec skupinového sezení může být podobný jako při psychogymnastice. (Kratochvíl, 2001, s.131) Obsahem hudebního výrazu je vyjadřování vlastních citů, různé druhy vzájemného kontaktu, sdělování a působení navzájem těmito nonverbálními prostředky. Více než na věku závisí využití těchto prostředků na navozené situaci a na vhodném citovém vyladění účastníků.

Biblioterapie - jedná se o četbu a rozbor určitých beletristických pasáží či knížek, mající psychoterapeutický potenciál, jenž zprostředkuje psychologické poznání, umožňuje identifikaci s hrdiny, z jejichž zkušeností a způsobů řešení problémových situací se lze poučit. Využívá se často u starších dětí a mládeže. (Vymětal, 1992, s. 72) Terapeutické zpracování může spočívat ve vyjádření subjektivního významového náboje jinou modalitou tvůrčího projevu - dramaticky, kresbou apod.

Relaxace a autogenní trénink - relaxační metody vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. (Kratochvíl, 2000, s. 173) Relaxací rozumíme uvolnění svalového a duševního napětí, nutného zvláště tam, kde k napětí dochází v důsledku psychického onemocnění. (Hartl, 1993, s.179) E. Jacobsonem (1929) byla zavedená technika s názvem progresivní relaxace. Spočívá v napínání příčně pruhovaného svalstva celého těla a následného povolování napětí. Postupným opakováním se dostaví pocit naprostého a hlubokého uvolnění. Cílem je vytvoření podmíněného reakčního vzorce, po němž nastupuje skutečné vlastní uvolnění. (Geist, 2000, s.247)

Autogenní trénink spočívá v sérii cvičení, při kterých zaměřujeme pozornost na různé části těla s cílem dosažení uvolnění. Pacient autosugestivním opakováním určitých vět, týkajících se především navozování tíhy, tepla a klidu, postupně uvolní celé své tělo. (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985, s. 223) V současné době se stal autogenní trénink nepostradatelnou pomocí při odstraňování stresu i nejrůznějších poruch a psychických potíží a zároveň může napomoci předcházet tělesnému i duševnímu vyčerpání. U dětí probíhá většinou nácvik autogenního tréninku bez problémů a rychle. (Mullerová, 1998, s. 13)

Biologická zpětná vazba (biofeedback) – jde o možnost záměrného vědomého ovlivňování autonomní nervové činnosti - zpětné informace o tom, co se fyziologicky v člověku děje. Děje se tak pomocí přístrojů, které jsou zaměřeny např. na sledování záznamu teploty kůže, kožního galvanického odporu, EEG, EMG, krevního tlaku, frekvence srdečních tepů, činnosti zažívacího systému a řady dalších fyziologických projevů. Údaje o tom, co se děje, se prezentují např. formou zvukového signálu, taktilními podněty apod. Údaje tohoto zařízení ukazují, jak je daná osoba s to ovlivňovat své vlastní fyziologické činnosti. Umožňují zároveň i výcvik takového ovládnutí fyziologických činností, což je chápáno jako příprava na zvládnutí těžkých životních situací (Křivohlavý, 2001, s. 90) Monitorování určité fyziologické funkce umožňuje diskriminační učení a vhodné mediační postupy dovolují modulovat a regulovat některé fyziologické pochody. Mediačními činiteli jsou především představy, myšlenky a uvolnění se. Když pacient dosáhne požadované změny, analyzuje se způsob, jakým to dosáhl. (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985, s. 226)

Encounterová skupina - tento pojem vznikl v polovině 60. let jako označení pro zážitkovou skupinu. Tato sezení nelze definovat druhem techniky, spíše lze specifický charakter těchto sezení určit psychickými procesy, které stojí v centru pozornosti, či způsoby chování, které se od členů vyžadují. Jde především o emoce a jejich netlumené projevy s důrazem na intenzivní prožitek, tělesný dotek, upřímnost, autentičnost, důvěrnost a blízkost, a to vytváří speciální atmosféru. Mohli bychom mluvit o emoční skupině či emočním sezení. Jedním z prostředků podporujících zvýšení intenzity emocí jsou dotek a tělesný kontakt. Využití doteků může být účinnou formou zpětné vazby. Dalšími charakteristikami encounterové skupiny jsou otevřenost a autentičnost - což platí i u vyjadřování negativních emocí, přičemž záporné city musí být přijaty stejně jako city

kladné - a důvěrnost a blízkost – technikami se manipuluje se situací tak, aby se lidé, kteří si donedávna byli zcela cizí a neznámými, začali cítit důvěrní blízkými. (Kratochvíl, 2001, s. 134) Důležité pro kladný účinek encounteru jsou charakteristiky skupiny jako sociálního systému, zejména pozitivní vztahy, přitažlivost skupiny a její soudržnost.

Nácvik sociálních dovedností - tento nácvik je zaměřen na rozšíření repertoáru chování členů skupiny. K osvojení potřebných sociálních dovedností je důležité příslušné chování nejprve vidět, pak vyzkoušet a nakonec si je tréninkem upevnit, a to je možno jen v sociálním kontextu. Terapeutická skupina k tomu poskytuje vhodné modelové a neohrožující prostředí. Nácvik vychází z principů propracovaných v behaviorální terapii. Ve skupině se posiluje oceněním a pochvalou to, čeho již bylo dosaženo. Kritickým komentářem pomáhá skupina nacvičujícímu chování dále utvářet a zdokonalovat, aby se stále více přibližovalo chování žádoucímu. (Kratochvíl, 2001, s. 138)

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. (Kratochvíl, 2001, s.15)

Dle Langmeiera (2000) je skupinová psychoterapie postup, uplatňovaný v uměle vytvořených skupinách pacientů, složených tak, aby všichni mohli do společného terapeutického dění přispívat a těžit z něj. Hlavním nástrojem léčby se stává dynamika a vývoj intenzivních osobních vztahů mezi členy skupiny a vývoj sociálních vlastností skupiny jako celku. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s.34)

Skupinová psychoterapie se zabývá individuem ve skupině, individuem v rámci skupiny a také skupinou samou. (Rieger, 1998, s. 27)

Volně interakční skupina s několika málo strukturujícími pravidly se po určité době stane pro své účastníky sociálním mikrosvětlem. Pacienti se nevyhnutelně časem začnou chovat stejně maladaptivně jako mimo skupinu. Toto představuje základní kámen, na němž spočívá celý přístup skupinové terapie. (Yalom, 1999, s. 51) Ve skupině se projeví také význam a dynamika klientova chování. Terapeut je sleduje, stejně jako spouštějící události a někdy ještě důležitější předpokládané i skutečné reakce ostatních.

Jednotlivec ve skupině

Lidská bytost existuje v síti vztahů s ostatními lidmi. Lidé vždy žijí v sociálních systémech, které je drží při sobě a jednají takovým způsobem, aby byli svými blízkými přijati a potvrzeni. Potřeba úzce se vztahovat ke druhému je stejně tak základní jako biologická potřeba. (Yalom, 1999, s.40) Lidskou skupinu definujeme jako společenský útvar, jehož jednotliví členové jsou ve vzájemných vztazích, takže navzájem ovlivňují svoje chování, prožívání a stavy, dochází u nich k vytvoření společných a diferencovaných úkolů a funkcí a tvoří dynamickou strukturu více či méně stabilní. Od neterapeutických skupin se terapeutická liší svou terapeutickou funkcí. (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985, s. 122) Pro psychoterapeutické cíle je malá sociální skupina minimálním systémem, nezbytným ke studiu jednotlivce. Malou skupinou míníme systém dvou nebo více jedinců ve vzájemné interakci, kde každý zná každého, a všichni sdílejí aspoň některé cíle. (Knobloch, Knoblochová, 1999, s.46)

V pospolitosti lidí je započat pradialog s okolním prostředím, tvoří se prvotní vztah „Já k já“. Bez něj nemůže vzniknout vztah „já k Ty“ a „Já k My“. Cílem skupinové

psychoterapie je řešit případná napětí v rámci dvou perspektiv – perspektivy Já a perspektivy My v koexistenci světa personálního se světem sociálním. (Rieger, 1998, s.26)

Skupinová dynamika

Skupinová dynamika je souhrn skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí. Ke skupinové dynamice patří zejména cíle a normy skupiny, vůdcovství, koheze a tenze, projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin a vztahy jedinců a skupiny. (Kratochvíl, 2001, s.15) Vzniká a utváří se spolu se vznikem a zahájením práce skupiny a je v jistém smyslu charakteristikou jakékoli skupiny. (Kožnar, 1985, s.10)

Skupinové dynamiky se v psychoterapii využívá k zajištění sebeprojevení každého člena terapeutické skupiny a k získání zpětných vazeb pro něj od ostatních spolučlenů skupiny, přičemž cílem je jak dosažení vhledu do zákonitostí mezilidských vztahů, tak prožití korektivních emocionálních zkušeností.(Kožnar, 1985, s. 10)

Cíle, normy a konformita skupiny

Cílem může být dosáhnout vhledu do problematiky jedinců, pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje, změnit maladaptivní vzorce chování ve směru přiměřené sociální adaptace. Dále zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k efektivnějšímu a harmoničtějšímu jednání s lidmi, a především odstranit chorobné příznaky přímým nácvikem a přecvičováním, nebo vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, které je vyvolaly nebo udržovaly. (Kratochvíl, 2001, s. 15)

Normy představují soubor nepsaných pravidel, co je žádoucí a nežádoucí. Ovlivňují postoje a chování členů ve skupině i mimo skupinu. Skupina vyvíjí nátlak na členy, aby se normám podřídili. (Kratochvíl, 2001, s.16) Normy vymezují povinnosti a práva členů skupiny, jsou v těsném vztahu ke struktuře skupiny. Jsou pro členy závazné a jejich dodržování je sankcionováno sociální odezvou. (Kožnar, 1985, s. 18) K terapeutickým normám patří projevování emocí, svěřování se s problémy, přijímání a tolerování druhých, aktivita ve skupinové diskusi, poskytování zpětné vazby, zaměřenost na dosažení užitečných změn u sebe i u druhých.

Pro dosahování skupinových cílů a jim odpovídající tvorbu norem je důležitý sociální jev *konformity*. O konformitě lze hovořit, když primárně působí tendence být ve shodě se skupinovými normami. (Kožnar, 1985, s. 17).

Struktura skupiny, pozice a role ve skupině, tvorba podskupin

Strukturu můžeme obecně vymezit jako uspořádání součástí nějakého celku a jejich vztahů. (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985, s.124) Je tvořena systémem pozic a rolí ve skupině - formálně i neformálně. Skupinové struktury se formují současně se skupinou a diferencují se jejím dalším vývojem. (Kožnar, 1985, s.).

Sociální pozice znamená umístění jedince ve skupině. Je to společenským uznávaná kategorie, určuje skupinový status člena skupiny, vymezuje soubor jeho práv a povinností, společenskou hodnotu a prestiž. *Skupinové role* předepisují chování, které se od lidí vzhledem k jejich pozicím očekává ve standardních situacích. Lze očekávat, že v terapeutické skupině bude každý člověk zaujímat obdobnou pozici a roli, jako je tomu v přirozených skupinách. Formy chování jsou determinovány zkušenostmi a zážitky z rolí v předcházejících skupinách, jako je rodina, školní třída apod. Takovéto chování se může stát ve skupině základem pro rozbor, který každému jedinci umožňuje pohlédnout na sebe sama. (Kožnar, 1985, s.60) V terapeutické skupině jde o to, nacvičit jedince, aby se uměl chovat i jinak než dosud, aby uměl zaujímat jiné role, než do kterých se dosud dostával. Lze ponechat již na jeho vlastním rozhodnutí, zda potom nové chování ve svém dalším životě použije. (Kratochvíl, 2001, s. 17).

Ve skupinách často vzniká tendence k vytváření *podskupin*. Spojují se ti, kteří jsou si bližší, sympatičtější a mají společné zájmy. (Kratochvíl, 2001, s. 24) Základním smyslem sdružení je proto uchování dynamičnosti transakčního prostředí a současně zajištění polarit společně s relativní vyvážeností dění ve skupině. Tato relativní rovnováha přináší potřebnou úroveň napětí. (Rieger, 1998, s. 85) Pokud se to, co se odehrává v podskupinách odrazí opět ve skupině a mimoskupinové chování je ve skupině zpracováno, nepředstavuje tvorba a existence podskupin pro skupinu ohrožení a může mít i značný pozitivní význam jako zdroj relevantního materiálu. Rovněž rivalizace mezi podskupinami a s tím související vnitroskupinový konflikt mohou být předmětem užitečné diskuse. Pokud však tvorba podskupin vede ke vzniku společných tajemství, která se nedostanou do skupiny, a pokud vytvoření koalice znamená vzájemnou podporu členů v obraně proti tlaku skupiny k otevřenosti a upřímnosti členů, může být existence podskupiny značně rušivým faktorem. (Kratochvíl, 2001, s. 26)

Koheze a tenze ve skupině

Kohezi rozumíme soudržnost skupiny. Souvisí s přitažlivostí skupiny pro její členy a je nutnou podmínkou účinnosti skupinové terapie. Považuje se nezřídka za analogii terapeutického vztahu mezi pacientem a terapeutem v individuální psychoterapii. Ke

skupinové kohezi přispívá uspokojování osobních potřeb jedinců ve skupině, vztahy sympatií a vzájemná přitažlivost mezi členy skupiny, motivace jedinců ke členství, vliv skupinových aktivit. (Kratochvíl, 2001, s. 18). Významným důsledkem skupinové koheze je, že umožňuje konstruktivně projevovat hostilitu. Členové kohezní skupiny jsou ochotni brát se navzájem vážně a pokračovat v komunikaci, i když se vynoří konfliktotvorný materiál.

Tenzi ve skupině rozumíme určité napětí, které vzniká přirozeně při vzájemné interakci členů skupiny. Členové skupiny jsou při soužití s ostatními konfrontováni s jejich odlišnými názory, postoji, požadavky a chování. Je nutno adaptovat se na skupinu, podrobit se skupinovým normám. Skupinová tenze má vztah k vnitřnímu napětí jedinců ve skupině. Tenze jedince je výslednicí skutečného chování druhých i vlastních postojů, vytvořených minulými zkušenostmi, přičemž se uplatňuje i momentální nálada. (Kratochvíl, 2001, s. 19)

V terapeutické skupině považujeme za významný vztah mezi kohezí a tenzí. Kohezi můžeme pokládat za faktor stabilizující, tenzi můžeme pokládat za faktor dynamizující - vede k nespokojenosti a úsilí po změně. (Kratochvíl, 2001, s. 20)

Skupinová atmosféra

Skupinová atmosféra je důležitou charakteristikou skupiny, ukazuje na převládající náladu ve skupině, emocionální ovzduší. Nejpodstatnější prvky, které ji utváří jsou vedení skupiny, koheze a tenze ve skupině, složení skupiny, prvky skupinové dynamiky. Atmosféra ve skupině prodělává svůj vývoj spolu s vývojem skupiny. Velké možnosti v ovlivňování atmosféry skupiny má její vedoucí. Příznivá terapeutická atmosféra je charakterizována otevřeností v diskutovaných problémech, vzájemnou podporou, důvěrou a pocitem bezpečí členů skupiny. Zde mohou projevit i své neadekvátní a patologické postoje a chování. Protikladem je omezující atmosféra skupiny, v níž panuje nedůvěra, strach, nejistota, obavy z otevřeného projevení emocí, okruhy diskutovaných problémů se omezují. (Kožnar, 1985, s. 105)

Projekce a přenos

Do skupiny přichází každý člen se svými minulými zkušenostmi, které si do nové situace promítá. Ovlivňují jeho percepce druhých, emocionální reakce a způsob chování k druhým, může docházet k projekci vlastních impulsů, přání i interpersonálních zkušeností. Dílčími aspekty této projekce může být překroucení obrazu o současné realitě

na základě analogie z minulosti, nesprávná generalizace (patologické zevšeobecnování traumatických zkušeností). Jde tedy o přenášení emocionálních vztahů z jedné situace do druhé, pro něž se používá také pojem *přenos*. (Kratochvíl, 2001, s. 22,23). Přenos je specifickou formou zkresleného vnímání vztahu. Terapeut, který chce terapeuticky přenos využít, musí pacientům pomoci poznat, porozumět a změnit množství zkreslených postojů, které vůči němu mají. (Yalom, 1999, s.241) Přenos je také něčím zcela jiným než jen překážkou v terapii. Když je vhodně využit, stává se nejučinnějším nástrojem terapeuta. (Yalom, 1999, s. 228)

Stadia vývoje terapeutické skupiny

Je nutno rozlišovat, zda se jedná o skupinu otevřenou či uzavřenou. Ve skupině uzavřené prodělávají celý léčebný proces stejní lidé, ve skupině otevřené jsou pak do skupiny pacienti průběžně přijímáni a propouštěni. (Vymětal, 1992, s. 54) V otevřené skupině nelze stadia rozlišit, jednotliví členové jsou ve skupině v daném období různě dlouho. Spíše se zde uplatňuje vliv již vytvořené atmosféry, kterou nově přicházející členové asimilují a již se přizpůsobují. (Kratochvíl, 2001, s.31)

Charakteristická stadia vývoje skupin již můžeme sledovat ve skupinách uzavřených. Na charakter a trvání jednotlivých stadií má vliv chování vedoucího skupiny, cíle a složení skupin a frekvence jejich schůzek. U různých autorů můžeme nalézt různá členění, lze však nalézt základní společné rysy, které shrnul Kratochvíl (2001) a popsal stadia:

1. *Orientace a závislost* - skupina je v tomto stádiu nejistá, klade si otázky „o co jde“. Členové očekávají, že budou vedeni. Chtějí strukturování činností, vytyčení cíle, směru a plánu, rady a řešení svých potíží a problémů. Role terapeuta je přeceňována. Obsah i styl komunikace se v počáteční fázi podobá komunikaci při běžné společenské příležitosti, diskutuje se často o neurčitých, okrajových nebo všeobecných věcech. Hledají se podobnosti a rozdíly ve skupině.

2. *Konflikty a protest* – pro toto stadium jsou typické konflikty mezi členy skupiny i mezi členy a formálním vůdcem. Projevuje se rivalita, boj, tendence k sebeprosazení, krystalizace rolí na aktivnější a pasivnější, vytváří se hierarchie rolí a moci. Každý člen se snaží získat pro sebe optimální množství iniciativy a moci. Časté jsou negativní komentáře a kritika mezi členy. Vyskytují se také snahy o únik ze skupiny, atmosféra je pociťována jako napjatá a neuspokojující. V tomto stádiu zákonitě vznikají hostilita, protest a vzpoura proti terapeutovi. Podstatné pro pokrok skupiny je, že se má propracovat ke schopnosti přímé konfrontace s terapeutem.

3. *Vývoj koheze a kooperace* – v tomto stadiu se napětí, počet i závažnost konfliktů snižují, ztrácí se problém autority a vůdcovství, vzrůstají koheze, potřeba příslušnosti ke skupině, vědomí „my“, roste odpovědnost a aktivita členů. Hlavním zájmem skupiny je intimita, blízkost a vzájemný soulad. Centrálními tématy jsou hovor o sobě i jiných členech skupiny s otevřeným vyjadřováním pocitů. Skupina nabízí jednotlivcům pocit bezpečí a ochranu k tomu, aby se mohli „otevřít“.

4. *Cílevědomá činnost* – skupina funguje jako integrovaná pracovní skupina, zamýšlí se, radí, kritizuje, přijímá rozhodnutí. Převažuje terapeutická práce ve smyslu dosahování náhledu a změn postojů, poskytování zpětné vazby. Skupina je kohezní, ale nepotlačuje již negativní emoce, dovoluje projevování hostility, aby mohla být konstruktivně zpracována. Je vytvořena struktura s možností měnlivého obsazení rolí. (Kratochvíl, 2001, s. 27- 30)

Rieger (1998) popisuje 7 etap vývoje uzavřené ambulantní skupiny, a to: *rozhodování, orientace, sdružování* (1-3 „Dětství skupiny“), *podléhání, konfrontace* (4-5 „dospívání skupiny“), *objevování a uvolnění* (6-7 „dospělost skupiny“). Terapeut přizpůsobuje vývoji skupiny obsah nabízených témat, úroveň své aktivity. V počátku vývoje je věnována pozornost vztahům členů skupiny a jejich problémům, poté se témata postupně prohlubují do oblasti zdrojů problémů a na to navazují témata řešení poznaných problémů a zakotvení řešení v přirozeném prostředí členů skupiny. V období dětství je preferována funkce vůdce a ochránce, v období dospívání skupiny se uplatňuje funkce inspirátora a rozhodčího, období dospělosti odpovídá funkce poradce týmu skupiny.

Účinné faktory ve skupinové psychoterapii.

Faktory, o kterých se předpokládá, že ve skupinové terapii působí léčebně a mechanismy, o nichž se soudí, že jsou nositeli žádoucí změny rozdělil Kratochvíl (2001) do deseti bodů. Jsou to: *členství se skupině* – pocit jednoty a příslušnosti ke kolektivu, *emoční podpora* – vytvoření klimatu psychologického bezpečí, akceptace, empatie, *pomáhání jiným* – altruismus, *sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba, konfrontace* – jedinec dostává informaci od druhých, jak na ně působí jeho chování, *náhled (vhled), korektivní emoční zkušenost* – emočně podbarvené prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky, *zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností*. (Kratochvíl, 2001, s. 158 – 171) Yalom (1999) považuje dále za účinné terapeutické faktory skupinové psychoterapie – kromě výše uvedených - *dodávání naděje, univerzalitu* – pacient slyší o problémech ostatních, *ví, že není sám, napodobující chování, interpersonální učení,*

skupinová soudržnost, katarze a existenciální faktory. (Yalom, 1999, s. 21) Terapeutické faktory ceněné pacienty se velmi liší od těch, které zmiňují terapeuti i pozorovatelé.

Terapeut, jeho funkce a role

Skupinu tvoří psychoterapeut (nejlépe dva - muž a žena) a členové skupiny. Terapeuti zajišťují podmínky pro vlastní existenci skupiny, vytvářejí pro skupinu prostředí. Terapeut je v psychoterapii „druhá hlavní podnětová proměnná“. Musí mít přiměřené vzdělání a výcvik. Podmínky, které by měl plnit skupinový psychoterapeut jsou:

- schopnost týmové spolupráce
- dovednost udržet vůči členům skupiny komplementární asymetrii
- aktivita - kvantita jeho zásahů do dění ve skupině. Různé přístupy vyžadují různou míru zdrženlivosti při verbálním a neverbálním jednání v průběhu dění skupiny.(Rieger, 1998, s. 32-34)

Základem psychoterapeutického působení musí být trvalý a pozitivní vztah mezi terapeutem a pacientem. Základním postojem terapeuta k pacientovi musí být vztah plný zájmu a přijetí, ryzí a empatický. Tři základní úkoly terapeuta jsou:

1. vytvoření a udržení skupiny
2. budování kultury
3. aktivace a objasňování „teď a tady“ (Yalom, 1999, s. 138)

Psychoterapeut by měl jako vnímavý expert a erudovaný průvodce plnit roli, obdobnou roli učitele nebo rádce, je zasvěceným pomocníkem v období životního obratu, je také autoritou. (Rieger, 1998, s. 28) Kratochvíl (2001) popsal role, které může terapeut zaujímat. Jsou to:

1. *Role aktivního vůdce* - určuje aktivity, usměrňuje dění, řídí, učí ostatní. Na aktivní vedoucí roli terapeuta staví také školy transakční analýzy a Gestalt terapie

2. *Role analytika* - terapeut je zde k dispozici pro přenos infantilních vztahů k otci a matce, jak kladných, tak záporných. Terapeut se neprojevuje, neradí, neprojevuje svou vlastní osobnost.

3. *Role komentátora* - ponechává skupinovému dění volný průběh, neřídí. V pravidelných intervalech shrnuje a komentuje, co se ve skupině děje. Je zaměřen na skupinový proces a nastavuje skupině zrcadlo.

4. *Role moderátora a experta* - nepřebírá za dění ve skupině plnou zodpovědnost, nechává věcem volný průběh, příležitostně zasahuje a usměrňuje dění tak, aby účinněji

směřovalo k žádoucímu cíli. Zasáhne s vhodnou technikou, ale pak se stáhne do pozadí a nechá skupinu, aby si materiál dál zpracovávala sama.

5. *Role autentické osoby* - vedoucí skupiny se projevuje jako jeden z členů skupiny, tím se stává modelem k nápodobě a ukazuje členům, jak mohou mít ze skupiny užitek. (Kratochvíl, 2001, s. 48 - 52)

K základním rysům psychoterapeutického vztahu patří, že terapeut je za všech okolností pro klienta spolehlivý. Pro hodnotný psychoterapeutický vztah jsou přítomnost důvěry a naděje ve vysoké míře nezbytnou podmínkou. Vztah mezi klientem a terapeutem se vyznačuje vývojem a komplementaritou.

Použitá literatura