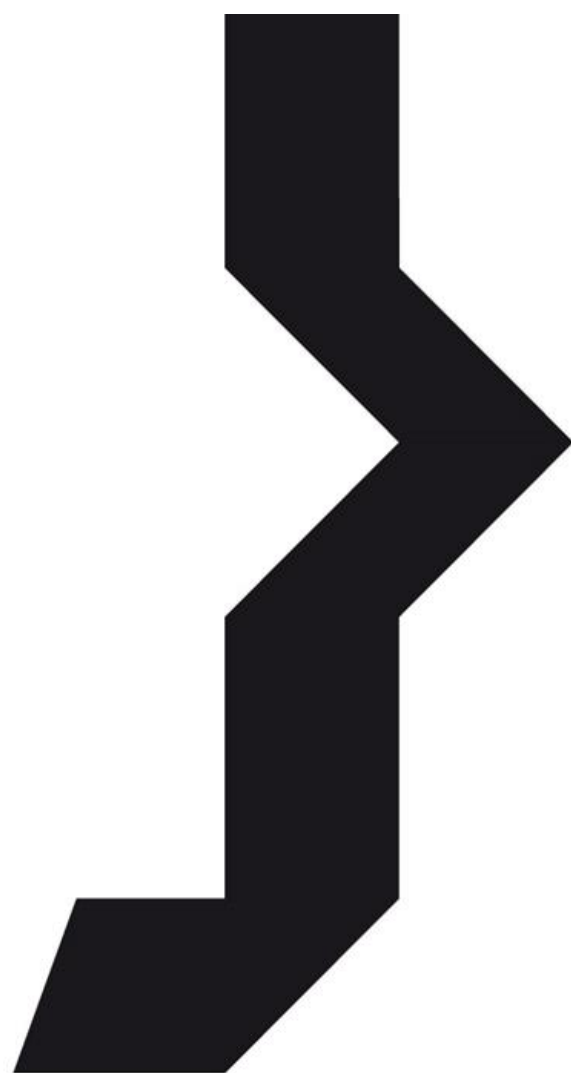




Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta



ZÁKLADY PSYCHOTERAPIE

**průvodce předmětem pro studijní program
Sociální patologie a prevence**

Autor: Stanislav Pelcák

Úvod do studia předmětu

Studijní opora je určena jako pomůcka k předmětu Základy psychoterapie. Zaměřuje se na aplikační rovinu psychoterapie ve smyslu profylaxe. Seznamuje s hlavními směry současné psychoterapie. Vzhledem k profilu absolventa je větší prostor cíleně věnován kognitivně-behaviorální psychoterapii a rogersovské, resp. na proces orientované psychoterapii. Text je pouze doplňkem, jádrem předmětu je skupinový sebezkušenostní výcvik (75%). Úvodem ke každému tematickému bloku jsou důležité pojmy k zapamatování, následuje stručný vhled do problematiky a shrnutí tématu. Následuje soubor otázek a úkolů, který prověří osvojenou teorie a nasměruje studenta na další oblasti, které nebyly představeny v rámci opory. Na závěr jsou uvedeny základní zdroje, které slouží k samostudiu a prohloubení učiva.

Cíle předmětu

Cílem předmětu je seznámit studenty se základními teoretickými východisky současné psychoterapie a jejími aplikačními možnostmi v prevenci a podpoře zdraví. Akcent je položen na sebezkušenostní část výuky, jejímž cílem je u studentů seznámení s vybranými metodami KBT, relaxačními metodami a prací se základní vztahovou nabídkou. Sebezkušenostní část výuky je zaměřena na prohloubení sebereflexe a sebeakceptace a procvičení základních dovedností nezbytných pro práci se vtahem (empatie, aktivní naslouchání, autenticita).

Po absolvování předmětu se student:

- bude orientovat v základní problematice soudobé psychoterapie
- bude schopen přesnější sebereflexe a sebepoznání, jako předpokladu adekvátní práce s klientem
- bude schopen pod odborným vedením pracovat se skupinou
- seznámí se se základní literaturou,
- bude schopen využít a aplikovat poznatky v rámci jiných předmětů.

Osnova předmětu

Předmět je koncipován do 13 bloků, které jsou probírány v rámci výuky v prezenční formě a v redukované podobě také v kombinované formě studia.

1. PSYCHOTERAPIE JAKO VĚDECKÁ DISCIPLÍNA. Dělení současné psychoterapie. Eklektický a integrativní přístup v psychoterapii.
2. PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE. Psychoanalýza S. Freuda. Psychoanalýza A. Adlera. Jungovská psychoterapie. Dynamická a interpersonální psychoterapie. Pojetí K. Horneyové. Pojetí H.S. Sullivana. Pojetí Franze Alexandra.
3. KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE. Základní východiska kognitivně-behaviorální PT. Základní východiska behaviorální PT. Základní východiska kognitivní psychoterapie. Základní charakteristiky kognitivně-behaviorální psychoterapie.
4. NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ METODY KBT
5. ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE. Psychoterapie jako mezosobní setkání. Základní proměnné psychoterapeutického vztahu.
6. POJETÍ OSOBNOSTI Z POHLEDU ROGERSOVSKÉ PSYCHOTERAPIE. Aktualizační a sebeaktualizační tendence člověka. Základní charakteristiky sebepojetí.
7. DIFERENCIÁLNÍ MODEL INKONGRUENCÍ.
8. PROCES KONSTRUKTIVNÍ ZMĚNY OSOBNOSTI V NEDIREKTIVNÍ PSYCHOTERAPII.
9. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE. Supinová dynamika, cíle, normy a konformita. Struktura skupiny, pozice a role ve skupině, tvorba podskupin. Stádia vývoje terapeutické skupiny. Účinné faktory skupinové psychoterapie.
10. PSYCHOTERAPIE JAKO LÉČBA, PROFYLAXE A REHABILITACE. Psychoterapie jako prevence. Psychoterapie jako rehabilitace. Indikace PCA u dospělých.
11. SKUPINOVÁ PRÁCE
12. SKUPINOVÁ PRÁCE
13. SKUPINOVÁ PRÁCE

Základní literatura a zdroje:

CAIN DJ., SEEMAN J. Humanistická psychoterapie. Příručka pro výzkum a praxi -1. díl. Praha: Triton 2005

CASEMORE R. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál, 2008

ELLIS, A. Trénink emocí. Portál 2001

FRANKL, V.E. Vůle ke smyslu. Cesta 1997

FRANKL, V.E. Teorie a terapie neuróz. Grada Publishing 1999

GRAWE, K. Neuropsychoterapie. Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy. Portál 2007

HÁJEK K. Práce s emocemi pro pomáhající profesí. Praha: Portál, 2006

JONESOVÁ, E. Terapie rodinných systémů. Konfrontace 1996

JUNG, C.G. Analytická psychologie. Praha, Academia 1992

KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie. Galén 2001

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Portál 2000

MOŽNÝ, I., PRAŠKO, J. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Triton 1999

PERLS, S.F. Gestaltterapie doslova. Votobia 1996

PLANTE, T. Současná klinická psychologie. Grada Publishing 2001

PROCHASKA, J., NORCROSS, J.C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing 2000

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. Dětská klinická psychologie. Grada Publishing 1995

SMOLÍK, P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf 2002

Schulz von Thun, f. Jak spolu komunikujeme? Praha: Grada Publishing, 2003

Svoboda, M. a kol. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál 2006

TIMULÁK, L. Současný výzkum psychoterapie. Triton 2005

TIMULÁK L. Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha: Portál, 2006

THOMÄ, H., KÄCHELE, H. Psychoanalytická praxe. 1. Teorie. Mach. Hradec Králové 1993

THOMÄ, H., KÄCHELE, H. Psychoanalytická praxe. 2. Praxe. Praha. Pallata 1996

TOLAN J. Na osobu zaměřený přístup. Praha: Portál, 2006

VYMĚTAL J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003

VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Grada Publishing 2003

YALOM, ID. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace 1999

ZEIG, JK. Umění psychoterapie. Portál 2005

Doporučená literatura:

ADLER, A. Umění rozumět. Individuální psychologie 1. Práh 1993

ADLER, A. Smysl života. Individuální psychologie 3. Práh 1995

BERNE, E. Co řeknete až pozdravíte. LN 1997

BOSS, M. Včera v noci se mi zdálo. Grada Avicenum 1994

CARROLL, M., THOLSTRUP, M. Integrativní přístupy k supervizi. Triton 2004

ČAČKA, O. a kol. Psychologie imaginativní výchovy. Doplněk 1999

DANZER, G. Psychosomatika. Portál 2001

ELLIS, A. Trénink emocí. Portál 2001

FRANKL, V.E. Vůle ke smyslu. Portál 1997

FRANKL, V.E. Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Cesta, Brno 1995

FRANZ, M.L. Psychologický výklad pohádek. Portál 1998

GREENBRGER, D., PADESKY, CH., A. Na emoce s rozumem. Portál 2003

- HARRIS T.A. Já jsem OK, ty jsi OK. Pragma 1997
- HOBDAYOVÁ, A., OLIEROVÁ, K. Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi. Portál 2000
- JUNG, C.G. Archetypy a nevědomí. Brno 1997
- KASTOVÁ, V. Imaginace jako prostor setkání s nevědomím. Portál 1999
- KASTOVÁ, V. Dynamika symbolů. Spektrum 2000
- KASTOVÁ, V. Krize a tvořivý přístup k ní. Portál 2000
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. Integrovaná psychoterapie. Grada Avicenum 1993
- KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Portál 1997
- LIEBMANN, M. Skupinová arteterapie. Portál 2004
- LUDEVIG, K. Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe. Pallata 1992
- LUKASOVÁ, E. Logoterapie ve výchově. Portál 1997
- MÜLLEROVÁ, E. Příběhy z měsíční houpačky. Portál 1998
- NEŠPOR, K. Uvolnění s přehledem. Grada Publishing 1998
- PESECHKIAN, N. Partnerské vztahy. LN 1995
- PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Triton, Praha 1998
- PRAŠKO, J. Jak se zbavit napětí, stresu úzkosti. Grada Publishing 2003
- PRAŠKO J. a kol. Nadměrné obavy o zdraví. Portál 2004
- PRAŠKO J. a kol. Sociální fobie. Portál 2005
- RAHN, E., MAHNKOPF, A. Psychiatrie-učebnice pro studium praxi. Grada Publishing 2000
- RONENOVÁ, T. Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Portál 2000
- SATIROVÁ, V. Kniha o rodině. Práh 1994
- SHARP, D. Slovník základních pojmů psychologie C.G.Junga Nakladatelství Tomáše Janečka . Brno 2005
- SIMON, F.B, STIERLIN, H. Slovník rodinné terapie. Konfrontace 1995
- ŠÍPEK, J. Projektivní metody. ISV nakladatelství 2000
- VIZINOVÁ, D., PREISS M. Psychické trauma a jeho terapie. Portál 1999
- VYMĚTAL, J. a kol. Speciální psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství. Praha 2000
- VYMĚTAL, J. Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel. Praha 1996
- VYMĚTAL, J. a kol. Obecná psychoterapie. Jiří Kocourek 1997
- VYMĚTAL, J. Úzkost a strach u dětí. Portál 2004
- VYMĚTAL, J. a kol. Speciální psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek 2000
- ZVOLSKÝ P. a kol. Speciální psychiatrie. UK Praha 1996

Požadavky na ukončení předmětu – zápočet

1. Zpracování zápočtové práce v rozsahu 15 stran. Práce by měla postihnout aplikační možnosti psychoterapie v prevenci a podpoře zdraví..
2. 85% účast ve výuce.

Význam ikon v textu



K zapamatování

je soupisem důležitých pojmů a hlavních bodů, které by student při studiu tématu neměl opomenout.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

umožňují studentovi ověřit porozumění textu a osvojení problematiky.



Shrnutí

představuje shrnutí tématu.



Literatura

je soupisem zdrojů použitých v kapitole a slouží také pro doplnění a rozšíření poznatků.

Obsah studijní opory

1	PSYCHOTERAPIE JAKO VĚDECKÁ DISCIPLÍNA.....	9
1.1	Dělení současné psychoterapie	9
1.2	Eklektický a integrativní přístup v psychoterapii	11
2	Psychoanalytické teorie	14
2.1	Psychoanalýza S. Freuda	14
2.2	Psychoanalýza A.Adlera	15
2.3	Jungovská psychoterapie	17
2.3	Dynamická a interpersonální psychoterapie	18
2.3.1	Pojetí K. Horneyové	18
2.3.2	Pojetí H.S. Sullivana.....	19
2.3.2	Pojetí Franze Alexandra.....	19
3	KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE.....	22
3.1	Základní východiska kognitivně-behaviorální PT	22
3.1.1	Základní východiska behaviorální PT	24
3.1.2	Základní východiska kognitivní psychoterapie	24
3.1.3	Základní charakteristiky kognitivně-behaviorální psychoterapie.....	26
4	NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ METODY KBT	29
5	ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE.....	34
5.1	Psychoterapie jako meziosobní setkání	34
5.2	Základní proměnné psychoterapeutického vztahu.....	35
6	POJETÍ OSOBNOSTI Z POHLEDU ROGERSOVSKÉ PSYCHOTERAPIE.....	39
6.1	Aktualizační a sebeaktualizační tendence člověka	39
6.2	Základní charakteristiky sebepojetí	42
7	DIFERENCIÁLNÍ MODEL INKONGRUENCÍ	46
8	PROCES KONSTRUKTIVNÍ ZMĚNY OSOBNOSTI V NEDIREKTIVNÍ PSYCHOTERAPII	49
9	SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	53
9.1	Supinová dynamika, cíle, normy a konformita.....	54
9.2	Struktura skupiny, pozice a role ve skupině, tvorba podskupin	55
9.3	Stádia vývoje terapeutické skupiny	56
9.4	Účinné faktory skupinové psychoterapie.....	58
10	PSYCHOTERAPIE JAKO LÉČBA, PROFYLAXE A REHABILITACE	61
10.1	Psychoterapie jako prevence.....	61

10.2	Psychoterapie jako rehabilitace	62
11	SKUPINOVÁ PRÁCE	64
12	SKUPINOVÁ PRÁCE	64
13	SKUPINOVÁ PRÁCE	64



K zapamatování

- Interdisciplinární obor
- Symptomatologická PT
- Rekonstrukční PT
- Náhledová a akční PT
- Individuální a skupinová PT
- Dynamická PT
- Humanistická PT

1.1 Dělení současné psychoterapie

Psychoterapie je interdisciplinárním oborem zasahujícím do různých oblastí medicíny i psychologie. Nejčastěji bývá vymežována 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:

1. čím působí,
2. na co působí,
3. čeho má dosáhnout,
4. co se při ní děje,
5. 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 zvládání 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 praktické aplikace psychoterapie je 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).

Cíl psychoterapie vidíme ve změnách v osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky. **Hlediska oblasti působení terapie:**

- osobnostní změna pacienta podmíněná jeho sebepoznáním, bývá nejčastějším cílem psychoterapie
- regulace psychofyziologických stavů tréma, psychická, svalová tenze, tk, migréna
- odstranění nebo zmírnění psychopatologických symptomů
- podpora v krizové situaci, obnova jindy funkční rovnováhy aktuálně narušené vnitřním oslabením či vnějšími překážkami
- adaptace na nové podmínky, patří sem také reedukace a resocializace dlouhodobě hospitalizovaných psychotických pacientů a problematika chronicky nemocných.
- změna chování směrem ke zralé adaptaci na okolí
- zaměření na sociální vztahy

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 spouštěny. 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 (Pelcák, 2013). 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.

1.2 Eklektický a integrativní přístup v psychoterapii

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.

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 eklecticismus 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 eklectického a integrativního přístupu, v praktické realizaci se od sebe jednotlivé přístupy už tolik neliší (Hučín, 2003, s. 25).

Eklectický 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:**

1. ve všech významných psychoterapeutických přístupech existují společné účinné faktory,
2. v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou různou cestou ke stejnému výsledku,
3. 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 eklectická psychoterapie mohla stát souborem specifických technik, které se budou diferencovaně používat na specifické příznaky, problémy a osobnosti (Kratochvíl, 1998, s. 111 – 112). V následující části textu se pokusíme o stručný popis

základních směrů v psychoterapii. Větší prostor bude vzhledem ke studijnímu oboru věnován rogersovské a kognitivně-behaviorální terapii.



Shrnutí

Moderní psychoterapie jednotnou, obecně přijímanou teorií, zahrnuje přibližně deset základních uznávaných přístupů či systémů, z nichž každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogeneze poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu, metody a techniky léčby. Eklektický a integrativní směr v psychoterapii se opírá se o výzkumem ověřené společné i specifické faktory v jednotlivých přístupech. Veškeré působení by mělo být ve prospěch konkrétního klienta. Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků, reedukace, resocializaci, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integraci klientovy osobnosti.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Charakterizujte současné psychoterapeutické směry s využitím nejčastějších kritérií.
2. V čem spočívá interdisciplinární charakter současné psychoterapie.
3. Prostudujte a zpracujte konspekt z díla některého ze „zakladatelů“ současné psychoterapie.
4. Co je to integrativní a eklektický přístup v PT?



Literatura

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0
PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-7664
VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.
ZEIG, J.K. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0

Doporučená literatura a další zdroje: uvedeny na začátku studijního textu.



2 PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE



K zapamatování

- S.Freud
- C.G. Jung
- dynamická a interpersonální psychoterapie

2.1 Psychoanalýza S. Freuda

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 destrukční (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 (přeřeknutí, přepsání, záměny a založení apod. – tzv. psychopatologie všedního života). 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, nesměruje 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. Psychanalytickou 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 stoupencům 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 .

2.2 Psychoanalýza A .Adlera

Alfred Adler nazval sám svoji teorii psychologíí individuální, individuální však v jeho pojetí neznamená 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 přibývajícím 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 citění), 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 citění 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.

2.3 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 odkrytí 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:

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

Podstatnou součástí této terapie je analýza snů. Jung chápal sny jako přirozené spontánní nezkreslené 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. Kladl důraz na prožívání, protože pouhé intelektuální porozumění nestačí. Od terapeuta Jung požaduje, aby se vcíťoval do tajemství klienta (Kratochvíl, 1998 s. 39).

2.3 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/.

2.3.1 Pojetí K. Horneyové

Horneyová zdůrazňovala, že neurotické chování pramení ze sociálních a kulturních faktorů, především pak z poruch v lidských vztazích. Kladla 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 pocítuje 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: podrobivost, stažení se do sebe a útočnost. Je-li většina lidského chování naučená, je i měnitelná. To platí také o neurotickém chování.

2.3.2 Pojetí H.S. 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).

2.3.2 Pojetí Franze Alexandra

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).



Shrnutí

Moderní psychoterapie jednotnou, obecně přijímanou teorií, zahrnuje přibližně deset základních uznávaných přístupů či systémů, z nichž každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogeneze poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu, metody a techniky léčby. Eklektický a integrativní směr v psychoterapii se opírá se o výzkumem ověřené společné i specifické faktory v jednotlivých přístupech. Veškeré působení by mělo být ve prospěch konkrétního klienta. Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků, reedukace, resocializaci, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integraci klientovy osobnosti.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Charakterizujte současné psychoterapeutické směry s využitím nejčastějších kritérií.
2. V čem spočívá interdisciplinární charakter současné psychoterapie.
3. Prostudujte a zpracujte konspekt z díla některého ze „zakladatelů“ současné psychoterapie.
4. Co je to integrativní a eklektický přístup v PT?



Literatura

- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0
PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-7664
VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.
ZEIG, J.K. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0

Doporučená literatura a další zdroje: uvedeny na začátku studijního textu.





K zapamatování

- Klasické a operantní podmiňování
- I.P.Pavlov
- J.B.Watson
- B. Skinner, E.L.Thordike
- Dysfunkční a maladaptivní chování
- A.Bandura – sociální učení

3.1 Základní východiska kognitivně-behaviorální PT

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 podnětem podmíněným.** 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.

3.1.1 Základní východiska behaviorální PT

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

1. abnormální chování většinou vzniká a udržuje se na základě stejných principů, které platí pro normální chování
2. abnormální chování je většinou možné změnit uplatněním principů sociálního učení
3. abnormální chování lze odstranit či přeučit pomocí týchž principů učení, které vedly k jeho vytvoření
4. 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
5. behaviorální hodnocení je souvislým procesem a zaměřuje se na současné determinanty chování
6. lidi lze nejlépe popsat tím, na co myslí, co cítí a dělají ve specifických životních situacích
7. léčba vychází z teorie a výsledků výzkumů vědecké psychologie
8. léčebné metody lze přesně specifikovat a opakovat
9. léčbu lze přizpůsobit individuální povaze problémů a lidí
10. léčebné cíle a metody se uplatňují po vzájemné dohodě s klientem
11. 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.

Behaviorální terapie zkoumá, jakým způsobem se jedinec učí určitému chování a jak je možné tento proces učení systematicky a účinně aplikovat jako součást léčebného plánu (Murdoch a Baker,1996)

3.1.2 Základní východiska kognitivní psychoterapie

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 (RET).

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 a 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 Norcrosse, 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 kognitivními 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

3.1.3 Základní charakteristiky kognitivně-behaviorální psychoterapie

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 A. Bandura (sociální učení), J. R. Cautel, D. Meichenbaum (návuk sebeinstruktáže), M. Seligman (vliv naučených postojů na rozvoj deprese), M. J. Mahoney (uplatnění poznatků behaviorální terapie v psychoterapii) a další.

Přestože existují dílčí teoretické odlišnosti, shodují se představitelé kognitivně-behaviorální terapie 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

Nejčastější indikace kognitivně-behaviorální terapie

- fobické poruchy
- obsedantně-kompulzivní poruchy
- panické poruchy
- posttraumatické stresové poruchy
- somatoformní poruchy
- deprese
- poruchy příjmu potravy
- sexuální dysfunkce a deviace
- závislosti
- mentální retardace
- poruchy chování u dětí, zlozvyky, enuréza
- poruchy osobnosti



Shrnutí

Za teoretický základ behaviorální terapie jsou tradičně považovány teorie klasického a operantního podmiňování a teorie sociálního učení. Klasické podmiňování je založeno na vytváření spojů (asociací) mezi základním (nepodmíněným, vrozeným) podnětem a podnětem podmíněným. 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. Kognitivní terapie vychází z předpokladu, že organismus nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů. Kognitivní a behaviorální terapie se shodují v předpokladu, že určité psychické jevy jsou vrozené a jiné naučené v průběhu života na základě lidské zkušenosti



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Charakterizujte klasické a operantní podmiňování.
2. Kteří představitelé mají největší zásluhu na rozvoji tohoto směru v PT, stručně jej charakterizujte.
3. Jaké jsou hlavní charakteristiky KBT?
4. Vyjmenujte hlavní aplikační oblasti KBT.



Literatura

BECK A.T. Kognitivní terapie a emoční poruchy. Portál 2005

ELLIS A. Trénink emocí. Portál 2001

ELLIS A., MACLAREN C. Racionálně emoční behaviorální terapie. Portál 2005

GREENBERGER D., PADESKY CH.A. Na emoce s rozumem. Portál 2003

MOŽNÝ J., PRAŠKO, P. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Triton 1999

PRAŠKO J., MOŽNÝ P., ŠLEPECKÝ, M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton 2007

Doporučená literatura a další zdroje:

Poznámka: Další zdroje jsou uvedeny na začátku studijního textu.



K zapamatování

- Metody zaměřené na ovlivňování příznaků
- Metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování
- Systematická desenzibilizace
- Zábrana rituálům
- Sledování činnosti
- Plánování činnosti a sebeodměňování

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 :

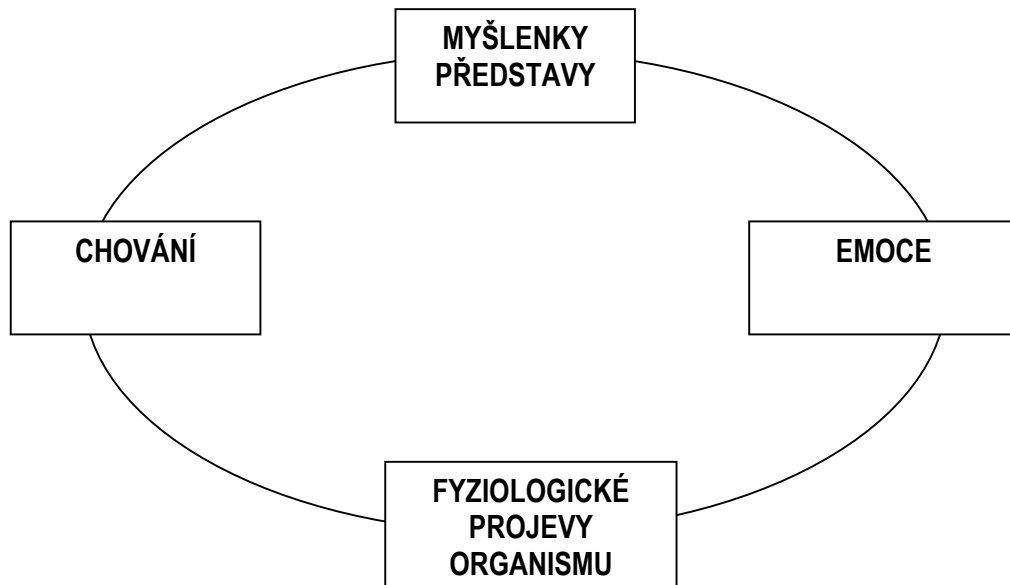
- metody ovlivňující tělesné příznaky
- metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování
- metody ovlivňující kognitivní procesy

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 s využitím obrázku 1.

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 intenzity těchto emocí. Základní metody, které se používají k dosažení stavu tělesného uvolnění, mají za cíl snížit aktivaci sympatického nervového systému a aktivovat parasympatikus. 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.

Obrázek 1: Systémový model intervenční roviny z pohledu KBT



Lidské chování a jednání jsou složitým komplexem vzájemných interakcí a změn na jednotlivých úrovních organismu. Obdobně změna v jedné modalitě chování ovlivňuje změny ve třech ostatních modalitách.

1. **motorické (zjevné chování)**
2. **kognitivní procesy**
3. **emoce (afektivní procesy)**
4. **fyziologické procesy**

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.

1. *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 nácviu 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.

2. *Zábrana rituálům* je užívána především při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy s převládajícími nutkavými rituály. Tato metoda je obdobou zabránění vyhybavému chování při expozici. Klient nejdříve hierarchicky sepíše všechny podněty a situace, které určité nutkavé jednání vyvolávají. Poté se vyvolávajícímu podnětu vystaví a překonává vzniklé nutkání do té doby, dokud míra puzení k vykonání rituálu poklesne. Podrobněji je tato metoda popsána například Možným a Praškem (1999, s. 112 – 114).
3. *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.
4. *Plánování činnosti a sebeodměňování* je (především u léčby depresi) 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 nálady). Součástí této metody je sebeodměňování po splnění každého naplánovaného úkolu a to v jakékoli formě (materiální, duševní-sebeocení).

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, slovní vedení terapeutem, uvádění příkladů, atd.
- hraní rolí (přehrávání role v konkrétní situaci).

Tabulka 1: Příklad mechanismů vzniku získaného fobického strachu

Fobický podnět	Traumatické zážitky	Učení modelem	Informační přenos
Výšky	Pád ze zídky ve 3 letech, zranění a následný trest	Pád oběti do výtahové šachty	Opakovaná informace o pádu horolezců, spolužák spadl ze stromu a ochrnl
Myši	Spatření myši vedle záchodové mísy v dětství	Ječení matky při pohledu na myš	Strašení že myš kousne ze záchodu
Hadi	Sáhla jsem jako dítě na houbu a byl tam slepýš – úlek	Film o hadech, jak útočí na kořist	Strašení: koukej pod nohy, ať nešlápneš na zmiji!
Blesk	Strach, že do domu uhoří blesk a všechny nás zabije	Film Babička – Viktorka v bouřce	Informace o zabití bleskem, nechod' v bouřce po pláni, neschovávej se pod strom

Tabulka 2: Možná hierarchie spouštěčů u fobie z výšek

Pohled přes zábradlí schodiště v 1. poschodí	1
Pohled zavřeným oknem v 1. poschodí	1
Vyklonit se z okna v 1. poschodí	2
Totéž, ale v domě přítele, okno ve 2. poschodí	2 -3
Pohled dolů velkým oknem v kanceláři v 6. poschodí	3 -4
Pohled dolů z vrcholku pohyblivých schodů	4
Použití štafle při výměně žárovky uprostřed místnosti	4
Přejít most přes řeku blízko zábradlí	5
Řídit auto přes visutý most	6
Kostelní věž-jít nahoru ke střeše	7

Jít po pěšině na skalním útesu	8
Řídit auto na horských silnicích	9
Jíst v restauraci na televizním vysílači	10

Poznámka: Kromě sestavení nezbytného seznamu spouštěčů a jejich řazení podle intenzity, klient provádí řadu úkolů s doprovodem a později samostatně. Například: Sledovat filmy s horolezeckou tematikou, umývání oken, artisté na hrazdě, skoky na lyžích. Návčik pohledu dolů na stále vzdálenější předměty, objekty. Práce na schodištích a u oken a na stále méně známých místech.



Shrnutí

. Rozlišujeme motorické (zjevné chování), kognitivní procesy, emoce (afektivní procesy) a fyziologické procesy. Změna v jedné modalitě chování ovlivňuje změny ve třech ostatních modalitách. 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.. Standardně je rozdělujeme na metody ovlivňující tělesné příznaky, metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování a metody ovlivňující kognitivní procesy.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Charakterizujte hlavní dělení metod KBT.
2. Nastudujte podrobněji problematiku fobií a sestavte plán na využití systematické desenzibilizace arachnofobie.
3. Nastudujte využití KBT při komplexní léčbě obezity.
4. Jaké využití KBT u sebepoškozování a agresivního chování?



Literatura

- BECK A.T. Kognitivní terapie a emoční poruchy. Portál 2005
 ELLIS A. Trénink emocí. Portál 2001
 GREENBERGER D., PADESKY CH.A. Na emoce s rozumem. Portál 2003
 MOŽNÝ J., PRAŠKO, P. Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Triton 1999
 PRAŠKO J., MOŽNÝ P., ŠLEPECKÝ, M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton 2007

Poznámka: Další zdroje jsou uvedeny na začátku studijního textu.



K zapamatování

- Teoretická východiska SPV
- Cíle SPV
- Průběh SPV a proces změny
- Skupinová dynamika
- Skupinová tenze a koheze

5.1 Psychoterapie jako mezosobní setkání

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 mezosobní „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 vyjadřují celou svou bytostí, nevztahují 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.

5.2 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 jednak prožívá a jednak 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 je důležitým aspektem vzájemného vztahu je empatické porozumění. Empatie je definována jako „... umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat 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 pojem empatie nejčastěji používá v těchto významech:

1. schopnost vidět sebe sama očima druhého, tedy to, co si jiný člověk o mně myslí a jak mě hodnotí.
2. schopnost vidět druhého očima někoho jiného, tedy jak se určití lidé navzájem vnímají, prožívají, posuzují a hodnotí.
3. schopnost vidět druhého jeho vlastníma očima, tedy jak jiný člověk prožívá a myslí, hodnotí sebe apod.

Empatie je porozumění vcitěním, které probíhá v meziosobním vztahu, má svůj průběh a tento proces je možné rozdělit do tří vzájemně se postupujících 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. **Empatie musí v rámci psychoterapeutického procesu plnit hermeneutickou funkci, čili především napomáhat klientovi v dosahování pravdivějšího sebepoznání** (Vymětal, 1998, s. 48).



Shrnutí

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. Základem rogersovské psychoterapie je tzv. základní vztahová nabídka. Tuto nabídku tvoří tři základní proměnné: akceptace, empatie a autenticita.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Charakterizujte 3 složky rogersovského přístupu.
2. Charakterizujte základní přístupy k empatii.
3. Empatie jako proces.
4. Vyhledejte v dostupných zdrojích některé metody(techniky), které se používají v rámci SPV.



Literatura

- CAIN DJ., SEEMAN J. Humanistická psychoterapie. Příručka pro výzkum a praxi -1. díl. Praha:Triton 2005
- CASEMORE R.Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál,2008
- TIMULÁK, L. Současný výzkum psychoterapie. Triton 2005
- TIMULÁK L. Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha:Portál,2006
- TOLAN J.Na osobu zaměřený přístup.Praha:Portál,2006
- VYMĚTAL J. Lékařská psychologie.Praha:Portál, 2003
- VYMĚTAL, J. Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel. Praha 1996
- VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Grada Publishing 2003
- YALOM, ID. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace 1999
- ZEIG, JK. Umění psychoterapie. Portál 2005



6 POJETÍ OSOBNOSTI Z POHLEDU ROGERSOVSKÉ PSYCHOTERAPIE



K zapamatování

- Vitalizační hledisko
- Aktualizační a sebeaktualizační tendence
- Složky jevového pole
- Duševní zdraví a patologie
- Sebepojetí
- Potřeba kladného přijetí

Při výkladu struktury osobnosti se Rogersova teorie velice blíží fenomenologickému modelu. C. R. Rogers užívá pojmu vnitřní vztažný rámec, který je chápán jako pohlížení na věci z hlediska pozorované osoby, nikoli očima objektivního vnějšího pozorovatele. Vnitřní vztažný rámec 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.

6.1 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 (Timulák, 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 provázeno 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 ovlivněn 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.
- **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):

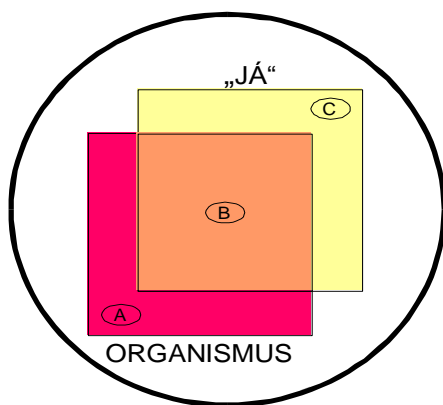


Schéma č. 1: Rogersovo pojetí dobře přizpůsobené osobnosti

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

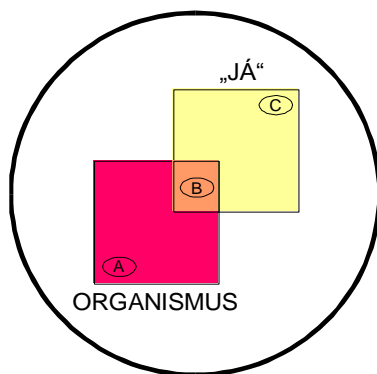


Schéma č. 2: Rogersovo pojetí patologické osobnosti

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

Sebepojetí člověka z pohledu PCA

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).

6.2 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 (Timulák, 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, jež 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 odstupů 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..



Shrnutí

Sebeaktualizační tendence je ta část zážitku organismu, která je symbolizovaná v self. Tendence k sebeaktualizaci je základní lidská motivace. 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“. **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 odstupů 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..



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Charakterizujte sebeaktualizační tendenci živých organismů.
2. Vyjmenujte základní složky jevového pole.
3. Co je to sebepojetí, jakou má strukturu a jaké jsou podmínky jeho optimálního rozvoje?



Literatura

- CAIN DJ., SEEMAN J. Humanistická psychoterapie. Příručka pro výzkum a praxi -1. díl. Praha: Triton 2005
- CASEMORE R. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál, 2008
- HÁJEK K. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2006
- TIMULÁK, L. Současný výzkum psychoterapie. Triton 2005
- TIMULÁK L. Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha: Portál, 2006
- TOLAN J. Na osobu zaměřený přístup. Praha: Portál, 2006
- VYMĚTAL J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003
- VYMĚTAL, J. Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel. Praha 1996
- VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Grada Publishing 2003
- YALOM, ID. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace 1999
- ZEIG, JK. Umění psychoterapie. Portál 2005





K zapamatování

- Inkongruence
- Kongruence
- Zdroje a typy 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 provázána 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 neznamená, 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 pojmání 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 (Timuřák, 1997, s. 240).

Přítomnost inkongruence je indikací pro aplikaci rogersovské psychoterapie.



Souhrn

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. 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.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Popište diferencovaný model inkongruencí. Jaké jsou nejčastější zdroje?
2. Jaký je vztah mezi inkongruencí a psychickým či somatickým onemocněním?
3. Kde musíme počítat s jejich přítomností?



Literatura

- HÁJEK K. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2006
- NYKL, L. Pozvání do rogersovské psychoterapie. Přístup zaměřený na člověka. Brno: Barrister & Principal, 2004
- PÓRTNER, M. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha: Portál 2009
- VYMĚTAL J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003
- VYMĚTAL, J. Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel. Praha 1996
- VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Grada Publishing 2003



8 PROCES KONSTRUKTIVNÍ ZMĚNY OSOBNOSTI V NEDIREKTIVNÍ PSYCHOTERAPII



K zapamatování

- Proces konstruktivní změny v terapii
- Stádia a roviny změny
- Kritéria indikace rogersovské psychoterapie

8.1 Proces konstruktivní změny osobnosti v nedirektivní terapii

Rogers (in Meador, B.D., Rogers, C.R. 1991) rozdělil proces změny v průběhu terapie do sedmi stádií. Klient vstupuje do terapie v některém bodě tohoto kontinua a postupně se mění tímto způsobem:

1. Člověku jsou vlastní rigidní názory o sobě a o světě. Je vzdálen bezprostřednímu prožívání, netouží po změně nebo osobním růstu, komunikuje jen o vnějších věcech, nerozeznává problémy, pocity ani osobní potřeby. Není motivován pro terapii, je pasivní, neochotný hovořit o sobě.
2. Člověk je schopen vyjadřovat se o neosobních tématech a problémech, pocity jsou popisovány bez vztahu k sobě jako něco věcného v minulosti. Osobní názory jsou rigidní a často prezentovány jako fakta.
3. Klient se začíná více uvolňovat, hovoří o svých pocitech, které se týkají minulosti, nebo jsou vzdálené jeho já. Názory a představy nechápe pouze jako nezaměnitelná, definitivní fakta.
4. Klient v tomto stadiu popisuje své přítomné pocity, někdy je projevuje i vůči terapeutovi, tj. prožívání je spontánní, klient si začíná uvědomovat vlastní zodpovědnost za své problémy. Blízké vztahy stále vidí jako ohrožující, často je zmatený ze skutečností, které vnímá nejasně.
5. Klient vyjadřuje své pocity volněji, přímo a v přítomnosti. Pocity, které dříve popíral či se jim vyhýbal, jsou téměř plně prožívány, někdy se strachem nebo úzkostí. Začíná se uvědomovat, že prožívá opravdu niterně (tedy i tělesně), a může podle toho posuzovat správnost svých slov i vnímání. Touží být skutečně sám sebou, vyrovnává se rozdíl mezi prožíváním a sebepojetím, začíná důvěřovat svým vnitřním psychickým dějům, svému prožívání.
6. V tomto stadiu dochází k nejvýraznějším projevům změny v klientovi, ten plně prožívá přítomnost se všemi pocity, které si dříve odmítal uvědomit. V



bezprostředním prožívání se mění názory a zásady, kterými se doposud řídil, což může být doprovázeno silnými emocemi i fyziologickými projevy. Poznává dosud neznámé části sebe, je změněn, jeho vnitřní svět se stává procesem, který je proměnlivý a pohyblivý. Otevřeně komunikuje sám se sebou i s ostatními lidmi.

7. stadium terapeutického procesu je spíše cílem či obrazem plně fungující osobnosti. Člověk prožívá bezprostředně, bohatě a detailně, ví kdo vlastně je, co vlastně chce a jaké má postoje. Přijímá sebe, důvěřuje svému vnitřnímu tělesnému prožívání, uvědomuje si ho a dokáže jej přesně vyjádřit a řídit se jím

Dynamický proces terapeutické změny osobnosti vyjádřený uvedenými stádii probíhá v těchto základních rovinách :

- **Uvolňování pocitů** - vztahy klienta ke svým vlastním citům a osobním významům se mění podle toho, nakolik si je uvědomuje a přijímá za své, jakým způsobem je dokáže vyjádřit. Na počátku je klient od svých pocitů oddělený, nepřipouští si je. Postupně začíná pocity rozpoznávat a hovoří o nich jako o minulosti. Později dokáže s obavami popsat své aktuální city a nakonec je schopen je vyjádřit vždy, když se objeví. Tento posun se projevuje v neochotě hovořit o sobě, popisování vnějších události, jež se klienta netýkají. Později o sobě hovoří jako o objektu, ke kterému má malý vztah. Postupně si uvědomuje sama sebe, své pocity a vlastní prožitky, začíná být otevřený, věnuje přiměřenou pozornost svému „Já“, o kterém dokáže hovořit.
- **Změna způsobu prožívání** - zpočátku je klient odtržený od svých vnitřních zážitků, později si je začíná uvědomovat a vnímá jejich proměnlivost. postupně je schopen využívat své měnící se vnitřní prožitky jako kritérium svého chování a jednání, řídí se jimi.
- **Posun od inkongruence ke kongruenci** - pokud si je klient vědom svého vnitřního prožívání a jedná ve shodě s tímto prožíváním, je kongruentní. Pokud hraje nějakou „rolí“, skrývá své vnitřní já, je inkongruentní. To jsou dva póly tohoto kontinua.
- **Uvolňování kognitivních obrazů prožívání (osobní konstrukty)** - zpočátku dává svým zážitkům rigidní, vnější, absolutní významy. Klient nedůvěřuje svým vnitřním reakcím jako zdroji údajů o vnějším světě. Později začíná pochybovat o svých konstruktech, více začíná důvěřovat svému vnitřnímu prožívání a nachází v něm osobní významy. Na druhé části kontinua dokáže hodnotit své emoce tak, jak je prožívá, nedává jim násilně vnucené významy.
- **Vztah k problémům** - na spodním konci kontinua si klient neuvědomuje své problémy nebo je považuje za něco mimo sebe. Později začíná hovořit o minulých problémech, na vyšším stupni přiznává svůj podíl na problémech

v minulosti. Na horním konci kontinua má bezprostřední přístup ke svým problémům tak, jak je aktuálně prožívá, chápe, že jsou jeho a hledá řešení v sobě.

- **Postoj ke vztahům** - když se člověk velmi obává mezilidských vztahů a neví, jak by se v nich měl chovat, nachází se na dolním konci kontinua. Ve středu škály je tehdy, když opatrně testuje své vztahy k druhým, racionalizuje, je nedůvěřivý. Když se nachází v horní části kontinua, tak je schopen vyjádřit své pocity, vstoupit do těsného vztahu s druhým člověkem (Meador, Rogers, 1991).

8.2 Indikace rogersovské psychoterapie u dospělých

J. Vymětal (1996) uvádí tato základní kritéria indikace rogersovské psychoterapie :

- pacient trpí inkongruencemi sociálně komunikačního typu (jsou vztahové povahy a vznikly v průběhu života)
- pacient je schopen vnímat vztahovou nabídku terapeuta (empatie, bezpodmínečné přijetí, autenticita)
- pacient na tuto vztahovou nabídku reaguje prohlubující se sebeexplorací, která umožňuje překonání inkongruencí

C.R. Rogers (1999) jako další kritéria uvádí stabilitu a adekvátní schopnost získat kontrolu nad vlastní situací, schopnost vyjádřit napětí a konflikty verbálními nebo neverbálními prostředky, dostatečnou nezávislost na rodině, přiměřená inteligence nezbytná pro zvládnutí situace, přiměřený věk (10 - 60 roků). Důležité je zejména klientovo přání po změně vlastního prožívání a chování související s úpravou životního stylu (Vymětal, 1996). Rogersovský přístup upřednostňujeme u pacientů, kteří touží po větší autonomii, větším vlivu, prosazení a kontrole okolí.



Souhrn

Rogersovský přístup upřednostňujeme u jedinců, kteří touží po větší autonomii, větším vlivu. Důležité je zejména klientovo přání po změně vlastního prožívání a chování související s úpravou životního stylu. Dynamika procesu změny vykazuje značnou intraindividuální i interindividuální variabilitu. Terapie by měla vždy idiograficky zaměřena.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Popište kontinuální proces změny jedince v průběhu terapie.
2. Popište roviny, v kterých lze identifikovat proces změny
3. Jaké jsou základní předpoklady pro indikaci rogersovské psychoterapie?



Literatura

- CAIN DJ., SEEMAN J. Humanistická psychoterapie I. Příručka pro výzkum a praxi. Praha: Triton 2005
- CAIN DJ., SEEMAN J. Humanistická psychoterapie II. Praha: Triton 2005
- CASEMORE R. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál, 2008
- MEARNS, D. *Výcvik člověkem centrovaného poradenství*. Bratislava: Persona 1999. ISBN 80-967980-2-2
- TIMULÁK, L. Současný výzkum psychoterapie. Triton 2005
- TIMULÁK L. Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha: Portál, 2006
- TOLAN J. Na osobu zaměřený přístup. Praha: Portál, 2006
- VYMĚTAL J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003
- VYMĚTAL, J. Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel. Praha 1996
- VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Grada Publishing 2003
- ZEIG, JK. Umění psychoterapie. Praha: Portál 2005





K zapamatování

- Trenér
- Facilitátor
- Charakteristiky trenéra SPV

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, Syřišř'ová, 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)

9.1 Supinová dynamika, cíle, normy a konformita

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)

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).

9.2 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). **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 polarity 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)

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 projevat hostilitu. Členové kohezní skupiny jsou ochotni brát se navzájem vážně a pokračovat v komunikaci, i když se vynoří konfliktotvorný materiál.

Tenzí 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 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 zevšeobecňování 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)

9.3 Stádia 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 stádiu 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 projevy 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 poznávaných 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.

9.4 Účinné faktory skupinové psychoterapie

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: *členství se skupině* – pocit jednoty a přináležitosti 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 terapeuť i pozorovatelé.

Tabulka 4 : Účinné faktory skupinové psychoterapie

Podpůrné faktory (support factors)	Faktory učení (learning factors)	Akční faktory (action factors)
katarze (catharsis)	rada (advice)	usměrnění chování (behavioral regulation)
identifikace s terapeuty (identification with therapists)	zakoušení emocí (affective experiencing)	kognitivní zvládnutí (cognitive mastery)
zmírnění osamocení (mitigation of isolation)	integrování problematických zkušeností (assimilating problematic experiences)	povzbuzení k postavení se čelem vůči strachům (encouragement of facing fears)
pozitivní vztah (positive relationship)	kognitivní učení (cognitive learning)	riskování (taking risks)
ujistění, uklidnění (reassurance)	korektivní emoční zkušenost (corrective emotional experience)	snahy o zvládnutí (mastery efforts)
uvolnění napětí, úleva (release tension)	zpětná vazba (feedback)	napodobování (modelling)
poskytnutí struktury (structure)	náhled (insight)	procvičování (practice)
terapeutická aliance (therapeutic alliance)	zdůvodnění (rationale)	testování reality (reality testing)
aktivní účast terapeuta či klienta (therapist/client active participation)	prozkoumávání vnitřního vztahového rámce (exploration of internal frame of reference)	zakoušení úspěchu (success experience)



terapeutova odbornost (therapist's expertness)	změna očekávání ohledně vlastních schopností (changing expectations of personal effectiveness)	zpracovávání problému (working through)
terapeutova vřelost, úcta, empatie, přijetí klienta, opravdovost (therapist's warmth, respect, empathy, acceptance, genuineness)		
důvěra (trust)		

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 „ted' 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:

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



Souhrn

Skupinová psychoterapie se zabývá individuem ve skupině, individuem v rámci skupiny a také skupinou samou. 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.



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Jaké jsou společné znaky skupinové psychoterapie?
2. Vyjmenujte účinné faktory skupinové psychoterapie.
3. Vyjmenujte možné role terapeuta.



Literatura

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2001.80-7262-096-7
 VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.) *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010.ISBN: 978-80-7367-682-7
 YALOM, I.D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace,1999.80-86088-05-7



10 PSYCHOTERAPIE JAKO LÉČBA, PROFYLAXE A REHABILITACE



K zapamatování

- Léčba (sekundární prevence)
- Profylaxe (primární prevence)
- Rehabilitace (terciární prevence)

10.1 Psychoterapie jako prevence

Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy (Vymětal, 2003). Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy v prevenci, léčbě a rehabilitaci těchto poruch.

Psychoterapie je používána v různých formách a intenzitě v rámci zdravotní péče. **Jako metoda první volby a hlavní postup při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví.** Jedná se o všechny poruchy zdraví, jež vznikají a jsou udržovány hlavně psychosociálními činiteli. Psychoterapie zde probíhá jako soustavná a systematická péče, poskytovaná kvalifikovanými odborníky. Jako *metoda podpůrná, doplňková, v kombinaci zejména s farmakoterapií, ale i s jinými opatřeními v rámci komplexního léčebného přístupu k nemocnému* a jeho rodině při péči a léčbě vážně a dlouhodobě nemocných, pokud jsou ochotni a schopni spolupracovat.

Prevence v psychoterapeutickém pojetí znamená soubor opatření, která umožňují *optimální rozvoj a život člověka*, aby dosahoval toho, co je mu skutečně vlastní – své normality (Vymětal, 2003). Obdobně J. Praško (1991) zdůrazňuje, že cílem psychoterapie je nejen osvobození od symptomů, ale *osvobození ve smyslu rozvoje možností člověka v daném sociálním kontextu*. S. 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. Při preventivní psychoterapeutické péči zjišťujeme, *které pozitivní možnosti jsou u klienta a jeho nejbližšího okolí nevyužity*, co je třeba „podpořit a rozvinout“, co naopak zbrzdí, které vlivy jsou žádoucí a které nežádoucí. **Pravdivé sebepoznání se v tomto kontextu stává významným faktorem prevence a psychohygieny.** Z hlediska primární prevence je také žádoucí *řada dovedností*, které umožňují efektivní zvládnání



zátěžových a stresujících situací, zdravou komunikaci mezi lidmi a efektivní řešení konfliktů.

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 a podpoře zdraví.**

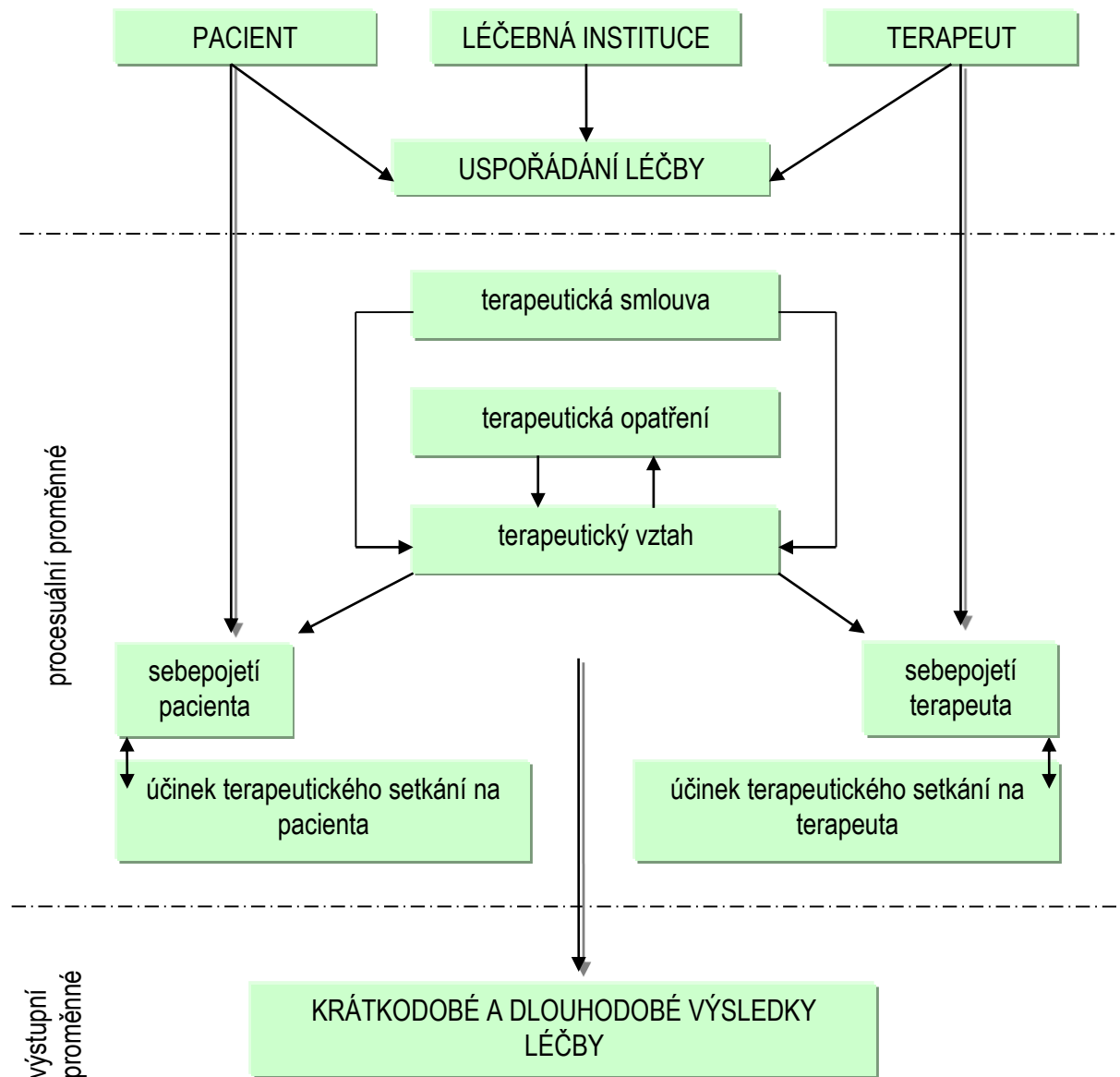
Prevence duševních a částečně i somatických obtíží prostřednictvím psychologických prostředků se v mnoha případech může překrývat s psychoterapií užitou s cílem léčit. **Z hlediska salutogeneze a primární prevence je zdůrazňována zejména sebeaktualizační tendence člověka.** Oproti eliminaci patologického, 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 C.R. Rogersem (1990) za vrozený zdroj jeho zdravého rozvoje a života, lze ji pokládat i za základní motivaci klienta pro psychoterapii.

Podle Vymětalá (1992, 1996) *psychoterapie jako podpůrný prostředek nachází uplatnění všude tam, kde člověk subjektivně trpí nebo je v tíživé situaci.* V souvislosti se salutogenetickou orientací zdůrazňujeme reálné možnosti psychoterapie při rozvoji optimálních strategií zvládnání u pacientů .

10.2 Psychoterapie jako rehabilitace

Rehabilitace je v medicíně nejčastěji pojímána jako proces doléčování s cílem dosažení znovuoobnovení funkcí narušených poruchou zdraví či reakcí organismu na tuto poruchu. Rehabilitační část komplexního léčebného programu má umožňovat opětovné začlenění nemocného do každodenního života, s přihlédnutím k jeho reálným omezením a možnostem. Velmi důležitá je také sociální rovina rehabilitace, jejímž cílem je zejména snížení nepříznivého dopadu poruchy zdraví na rodinný a společenský život nemocného a jeho nejbližších. **Psychoterapeutická rovina rehabilitace** spočívá v tom, že nemocnému a jeho nejbližším umožníme přijetí a vyrovnání se s následky poruchy zdraví. Zaměřujeme se na sebepojetí pacienta, jak vnímá, hodnotí a prožívá situaci související se změnou zdravotního stavu. Psychoterapeutická stránka je doposud v léčebné rehabilitační péči zanedbávána, bez psychoterapie je komplexní rehabilitace neúplná. Rehabilitace se pochopitelně částečně překrývá s prevencí i vlastní léčbou a jsou navzájem propojené.

Obrázek: Generický model psychoterapie



(Orlinsky, a Howard, 1986)



Shrnutí

Psychoterapie je léčbou (sekundární prevencí), profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy v prevenci, léčbě a rehabilitaci těchto poruch. 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 a podpoře zdraví.**



Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium

1. Pokuste se odlišit základní aplikační roviny PT:
2. Jakým způsobem lze využívat psychoterapeutické metody v programech podpory zdraví?



Literatura

- VYMĚTAL J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003
VYMĚTAL, J. Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel. Praha 1996
VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Grada Publishing 2003

11 SKUPINOVÁ PRÁCE

12 SKUPINOVÁ PRÁCE

13 SKUPINOVÁ PRÁCE

