DISCENTNÁ PSYCHOTERAPIA

ONDREJ KONDÁŠ

stup obsahuje mnohé originálne prínosy.

Okrem všeobecných informácií o psychoterapii a teórii učenia nájde čitateľ v tejto knihe zaujímavé výsledky klinického a experimentálneho výskumu týkajúce sa psychoterapie takých porúch, ako sú strach, tréma, zajakavosť, dyslexia, tiky, obsesie a iné neurotické poruchy s osobitným zreteľom na ich odstraňovanie u detí. Hovorí sa tu o psychoterapii komplexných neurotických stavov i o príspevkoch tohto prístupu k terapii schizofrénie. Publikácia svojím poňatím i dôkladným spracovaním bude vhodnou pomôckou pri zavádzaní a uskutočňovaní discentnej psychoterapie v klinickej psychológii a psychiatrii.

Kniha bola odmenená cenou Spoločnosti pre štúdium vyššej nervovej činnosti za rok 1970, čo tiež svedčí o jej pozitívnom prijatí. Odborný čitateľ zaiste privíta, že druhé, doplnené vydanie je obohatené o pohľad na aplikáciu metód psychoterapie učením pri niektorých somatických dysfunkciách, pri sexuálnych poruchách a deviáciách, pri mentálnej retardácii a poruchách správania. Opisuje sa tu nová metóda psychologickej prípravy na pôrod. Práca sa týka aj problematiky alkoholizmu, fajčenia a niektorých neprimeraných alebo nevhodných návykov. Prináša prehľad o rozvoji metód psychoterapie a podáva obraz o prudkom vývoji aplikácie teórie učenia a podmieňovania v psychoterapii a reedukácii.

Doc. PhDr. Ondrej Kondáš, CSc.

DISCENTNÁ PSYCHOTERAPIA

V knihe sa riešia psychoterapeutické problémy z hľadiska nového a veľmi plodného prístupu. Ide o aplikáciu teórie učenia v oblasti psychoterapie. Koncepcie tohto prístupu sa neopierajú o špekulácie, ale o dobre usporiadané psychologické experimenty a o fakty, ktoré sa dajú kedykoľvek opakovať a dokázať. Dr. Kondáš patrí medzi priekopníkov tohto smeru s bohatými skúsenosťami experimentálnymi i klinickými. Táto kniha nadväzuje na jeho predošlú publikáciu (*Podiel učenia v psychoterapii*, Vydavateľstvo SAV, 1964) a je jej nezávislým pokračovaním. V porovnaní s ňou má výrazne klinické zameranie. Syntetizuje najnovšie poznatky v danej oblasti, podáva vynikajúci kritický prehľad koncepcií behaviorálnej terapie, inštruktívny opis jej metód a súčasne prináša pôvodné výsledky autorovho klinického a experimentálneho výskumu. Psychoterapiu učením zapája do širšieho rámca teórie psychoterapie, načrtáva hlavné smery v psychoterapii, všeobecné problémy teórie učenia i prínosy jednotlivých autorov behaviorálnej terapie, ktorých práca má vážnejší teoretický a metodologický dosah. Svojím vlastným prístupom — nazvaným discentná psychoterapia — autor prekonáva jednostrannosť behaviorálnej terapie, berie do úvahy celú osobnosť, prihliada na špecifické znaky učenia u ľudí. Jeho prí-

Doc. PhDr. Ondrej Kondáš, CSc.

DISCENTNÁ PSYCHOTERAPIA

(Psychoterapia z aspektu psychológie učenia)

Prebal a väzbu navrhol Rastislav Majdlen
Redaktorka publikácie Beatrix Princová
Technická redaktorka Naďa Benická
Korektorka Mária Kocholová

Druhé, doplnené vydanie. Vydalo Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied v Bratislave 1973 ako svoju 1606. publikáciu; strán 370, obrázkov 24

Vytlačila Kníhtlačiareň Svornosť, Bratislava. AH 26,58, (text 26,13, ilustr. 0,45), VH 27,20. Náklad 1500 výtlačkov. Pov. č. 46/I-GR-1972

71 — 063 — 73
02/09 — 509-29

Kčs 45,— I

VYDAVATEĽSTVO SLOVENSKEJ AKADÉMIE VIED

SLOVENSKÁ AKADÉMIA VIED

Vedecký redaktor

ČLEN KOREŠPONDENT ČSAV VILÉM CHMELAŘ, DrSc.

Recenzenti

Doc. MUDr. JOZEF POGÁDY, CSc.

PhDr. STANISLAV KRATOCHVÍL, CSc.

ONDREJ KONDÁŠ

DISCENTNÁ PSYCHOTERAPIA

Druhé, doplnené vydanie

VYDAVATEĽSTVO SLOVENSKEJ AKADÉMIE VIED
BRATISLAVA 1973

OBSAH

IX. kapitola

X. kapitola

XI. kapitola

XII. kapitola

XIII. kapitola

XIV. kapitola

XV. kapitola

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Third part

CLINIC AND RESEARCH

PREDHOVOR K DRUHÉMU VYDANIU

Prvé vydanie knihy sa neočakávane rýchlo rozobralo, čo zaiste svedčí aj o nedostatku psychoterapeutickej literatúry. Nejde, pravda, len o nedostatok literatúry, ale aj o nedostatok psychoterapeutov, a táto skutočnosť je výzvou, aby sme sa danej problematike intenzívne venovali.

Kniha sa venuje psychoterapii z aspektu teórie učenia a teórie podmieňovania v presvedčení, že ich prínos je pre teóriu a prax psychoterapie natoľko významný, že ho jednoducho nemožno zanedbať, a to ani vtedy, ak sa o ňom uvažuje iba ako o parciálnom prínose. Aj z tohto hľadiska treba pripomenúť, že rozmach výskumu je na tomto úseku veľmi rozsiahly a v praxi sa tieto metódy stále častejšie používajú. Preto sa už nedajú systematicky študovať všetky články a štúdie z tejto oblasti. Ak sa napriek tomu usilujeme o ucelený pohľad, robíme tak pomocou výberu reprezentatívnych problémov a najdôležitejších aplikačných úsekov, okruh ktorých sa pri druhom vydaní knihy rozšíril. Pritom tak pôvodný text, ako aj doplnený text druhého vydania je predovšetkým kritickou syntézou, popretkávanou teoretickými úvahami autora. Nechýbajú tu však ani ďalšie údaje z vlastného výskumu uskutočneného už aj za pomoci spolupracovníkov, ktorým týmto ďakujem.

Nakoniec ešte jedna poznámka. Podstatná časť textu prvého vydania bola napísaná r. 1966. V druhom vydaní využívame príležitosť oboznámiť odborného čitateľa s novšími prínosmi na tomto poli. Aby sa tak stalo čo najskôr (aj so zreteľom na najekonomickejší spôsob vydania), vytlačil sa najprv text prvého vydania, v dôsledku čoho doplnený text druhého vydania nasleduje plynule za ním. Toto usporiadanie má, pravda, isté nevýhody, ale na druhej strane je jeho prednosťou, že čitateľ získava dynamický obraz o ďalšom vývine výskumu a praxe v tejto oblasti.

Bratislava január 1973

Autor

ÚVOD

Psychoterapia nadobudla významné postavenie pri liečbe rozličných neurotických porúch, výchovne spôsobených dificilít alebo pri poruchách správania. Týka sa predovšetkým chorobných porúch, ale zasahuje aj miernejšie zmeny a výkyvy v správaní. Dominantné postavenie jej prináleží hlavne pri liečení neuróz, ale nie sú zriedkavé ani pokusy o psychoterapiu psychóz. Rozpravy a štúdie o psychoterapii sa stále častejšie vyskytujú na stránkach odborných časopisov tak psychiatrických, ako aj psychologických alebo medziodborových. Problémy psychoterapie sa stali predmetom vážneho vedeckého bádania. Rozšírenie psychoterapie a snaha uplatňovať ju pri tých poruchách, pri ktorých je hlavnou metódou liečby, prerastajú zároveň časové možnosti odborníkov, a tak súčasná prax už pociťuje nedostatok psychoterapeutov. Jej postupy sú časove náročné, v dôsledku čoho sa stáva problémom poskytnúť psychoterapeutickú pomoc všetkým ľuďom, ktorí túto pomoc potrebujú. Riešenie tohto problému sa hľadá v dvoch smeroch:

1. širšie sa zavádzajú a rozpracúvajú metódy skupinovej psychoterapie (s možnosťou pomáhať súčasne väčšiemu počtu ľudí),
2. hľadajú sa ďalšie účinné metódy individuálnej psychoterapie, napr. na základe dosiaľ nepoužitých teoretických princípov v úsilí o vedeckú podloženosť nových metód.

Zdá sa, že práve pri druhom spôsobe riešenia tohto naliehavého problému psychoterapeutickej praxe je značným prínosom psychoterapia, vychádzajúca z princípov teórie učenia. V rámci tohto smeru sa totiž vypracovali úplne nové terapeutické postupy a ukazuje sa, že sú to postupy veľmi účinné. Táto skutočnosť je zaiste jedným z dôvodov, že tento systém si získal za krátky čas veľké množstvo stúpencov. Druhým dôvodom je, že jej teoretické východiská sa javia opodstatnené a únosné. Prevažná časť týchto východísk sa opiera o experimentálne zistenia, zákonitosti a o hypotézy, ktoré sú z nich vyvodené. A tak aplikácia teórie učenia v psychoterapii — ktorej je venovaná aj táto kniha — stala sa v súčasnosti azda jednou z najštudovanejších oblastí v rámci celého psychoterapeutického výskumu.

Všeobecný cieľ a úsilie psychoterapie sú veľmi humánne: pomáhať ľuďom, ktorí trpia. Preto v psychoterapii vystupujú viac do popredia problémy vzájomných vzťahov medzi teoretickými poznatkami a praktickými snahami ako v iných vedných odboroch. Úsilie pomáhať si vyžaduje brať do úvahy komplexné životné údaje, históriu vývoja porúch, teda človeka s celou jeho životnou pestrosťou, čo niekedy zvádza k zdôrazňovaniu „terapeutického umenia". Úroveň a kvalita pomoci záleží, pravda, na vedeckej podloženosti psychoterapeutických postupov, na ich teoretickej zdôvodnenosti. Preto ak sa má psychoterapia postaviť na vedecký základ (oproti „terapeutickému umeniu"), musí sa nevyhnutne opierať o teoretické poznatky, o experimentálne overené závery a o teórie vybudované na základe experimentov.

Zdá sa, že z hľadiska vedeckého podloženia psychoterapie sú závery vyvodené z teórie učenia prínosom. Pri rešpektovaní humánneho zamerania psychoterapie zdôrazňujú potrebu jej prísnej vedeckosti. Už na tomto mieste treba poznamenať, že zmysel teórie a jej prínos pre prax vidíme už v plodnosti hľadísk, ktoré sú schopné prospieť rozvoju danej disciplíny a rozvíjaniu istého úseku praxe. To však zrejme ešte neznamená, že daná teória je vo všetkých svojich dôsledkoch správna, alebo že postihuje dostatočne adekvátne všetky relevantné javy príslušného výseku skutočnosti. Teória má aj svoje „slabiny", nedoriešené problémy i nesprávne riešenia a nepodložené hypotézy. Je to pochopiteľné a vyplýva to zo skutočnosti, že svoje zovšeobecnenia vzťahuje aj na oblasti, ktoré nie sú zatiaľ dostatočne preštudované, ktoré sa však usiluje v rámci svojho systému istým spôsobom osvetliť. To platí, pochopiteľne, v plnej miere aj pre psychologické teórie učenia a z tejto pozície pristupujeme k aplikácii teórie učenia na oblasť psychoterapie aj v tejto práci.

Máloktorý nový smer v psychológii a v psychopatológii zaznamenal taký prudký rozvoj ako aplikácia psychologických teórií učenia na oblasť psychoterapie. Ak uvážime, že prudší rozvoj práce na tomto poli nastal hlavne od r. 1960, je až podivuhodné, koľko sa tu za necelé desaťročie vykonalo. Rozpracovali sa viaceré teoretické otázky výkladu neurotických porúch z hľadiska teórie učenia. Vypracovali sa úplne nové terapeutické metódy, ktoré sa aplikovali v mnohých prípadoch jednotlivo i na malých súboroch. Skúmali sa mechanizmy účinkov týchto metód, porovnávali sa s inými metódami psychoterapie a ich použitie sa rozširuje na ďalšie poruchy alebo maladjustácie. Podávajú sa správy z katamnestického vyšetrenia takto liečených pacientov. Robia sa pokusy aj o experimentálne zachytenie niektorých premenných týchto terapeutických zásahov. Doteraz vyšli o tejto problematike 4 zborníky, 3 monografie, začal sa vydávať medzinárodný časopis venovaný tejto terapii a založila sa spoločnosť pre jej

rozvíjanie. Sú to ukazovatele veľmi prudkého rozvoja psychoterapie učením. Zdá sa, že v najbližších rokoch nebude dosť možné, aby jednotlivec dostatočne obsiahol celú túto oblasť a s týmto vedomím predkladáme syntézu, o ktorú sme sa pokúsili ešte v tejto práci.

Pri pracovnom zameraní na psychoterapiu a rehabilitáciu začal sa autor r. 1958 zaoberať otázkami aplikácie princípov psychológie a teórie učenia v psychopatológii a psychoterapii. Prvými podnetmi boli práce E. L. Phillipsa (1956), K. I. Platonova (1956) a H. Qw. Jonesa (1958), ktoré rozhodli o výbere tejto tematiky za predmet kandidátskej práce. Prvé psychoterapeutické pokusy tohto druhu boli zamerané na zmeny postojov pri niektorých neurózach, potom nasledoval pokus o podobné zásahy u paranoidných schizofrenikov v štádiu ústupu akútnych príznakov. Súbežne s tým bolo potrebné venovať pozornosť možnostiam aplikovať princípy teórie učenia na niektoré psychopatologické poruchy (referát r. 1960), ako aj skúmať zvláštnosti učenia pri neurózach a psychózach. Až potom sa pristúpilo k výskumnému sledovaniu niektorých otázok psychoterapie učením, z ktorých časť mala modelový charakter a veľká časť sa týkala len jednotlivých prípadov. Skúsenosti s malým klinickým súborom (N=8) sa podarilo získať u balbutikov a väčšie skúsenosti sme už predtým mali s psychoterapiou a odvykacou liečbou u alkoholikov. V tomto rozsahu bola problematika spracovaná v kandidátskej práci r. 1962 pod názvom *Podiel učenia v psychoterapii,* ktorá vyšla neskôr knižne vo Vydavateľstve SAV. Jej prevažná časť sa venovala teoretickým problémom učenia i zvláštnostiam učenia u neurotikov a schizofrenikov.

Táto práca má oproti prvej knihe vyslovene klinické zameranie a je výsledkom súbežne konaného klinického výskumu (od r. 1958). Chce informovať o súčasnom stave aplikácie teórie učenia v psychoterapii, a to aj v širšom zaradení do aktuálnej problematiky psychoterapie. Teoretické otázky učenia sa rozoberajú len v takom rozsahu, aký je nevyhnutný pre plynulé podanie ďalších častí práce a pozornosť sa sústreďuje na teoretické problémy eliminácie osvojených reakcií. Odlišnosti v poňatí psychoterapie učením alebo tzv. behaviorálnej terapie sa rozvádzajú aj na prístupoch hlavných predstaviteľov tohto smeru a stanovisko autora sa uvádza osobitne vo forme tzv. discentného poňatia. Zvýrazňujú sa v ňom aj určité teoretické a metodologické stanoviská, ktoré sa vyznačujú širším prístupom, zdôraznením špecifickosti ľudského učenia aj so zaradením do celkovej štruktúry osobnosti a charakteru jeho psychickej činnosti, postojov a pod. Súbežne sa sledujú aj možnosti terapeutickej aplikácie teórie podmieňovania a metód podmieňovania. Podrobne sa opisujú a rozvádzajú

metódy psychoterapie učením i naše príspevky k nim, a to s priamym zreteľom na ich klinické používanie.

Niektoré aspekty štúdia sa ilustrujú na kazuistikách s podrobným opisom psychoterapeutického postupu. Hlavný dôraz sa však kladie na opis a rozbor výsledkov dosiahnutých metódami discentnej psychoterapie v menších skupinách pacientov. Dominantný záujem sa venuje monosymptomatickým neurotickým poruchám u detí. Skúma sa napr. nová metóda na odstraňovanie tikov u 8 detí, z ktorých väčšia časť trpí na očné tiky. Referuje sa o odstraňovaní zajakavosti na súbore 20 balbutikov a o použití metódy dublovaného čítania pri dyslexii (N = 14). Osobitnú výskumnú skupinu tvoria žiaci a vysokoškoláci s problematikou trémy, strachu pred skúšaním (N = 36). Klinický výskum zaberá najväčšiu, tretiu časť práce. Prelína sa s experimentálnym sledovaním mechanizmov a rozličných spôsobov aplikácie metódy tienenia (N = 17) a metódy dublovaného čítania (N = 19).

Veľká pozornosť sa venovala teda možnostiam eliminovať rozličné poruchy u detí, kde sa tieto postupy doteraz veľmi málo používali. (Rachman našiel do r. 1962 len 24 detských prípadov liečených behaviorálnou terapiou.) Je preto pochopiteľné, že sa klinické skúsenosti a všeobecné názory na psychoterapiu učením u detí zhrnujú v osobitnej kapitole. Teoreticky sú osobitne zaujímavé tzv. komplexné neurotické stavy, ktoré tvoria ďalšiu kapitolu klinickej časti a kazuistický rozbor tvorí ich hlavnú náplň. Kapitola o možnostiach psychoterapie pri schizofrénii je viac-menej rozborom teoretických predpokladov aplikácie princípov učenia v terapii niektorých schizofrénnych porúch.

Z iných druhov porúch, kde sa už dnes aplikuje psychoterapia učením (behaviorálna terapia), opisujú sa aj sexuálne poruchy a poruchy správania, ktoré sú pojaté do rozšíreného textu druhého vydania. (O aplikácii princípov podmieňovania pri homosexualite má náš čitateľ k dispozícii informácie v samostatnej monografii.)

Podanie látky v tretej časti sa sústreďuje na rozbor údajov z vlastného výskumu a zo samej psychoterapeutickej praxe. Ide tu jednak o preverovanie niektorých teoretických východísk tejto terapie, jednak o štúdium účinku, efektu doteraz používaných i nových metód psychoterapie učením. Dbá sa pritom, aby kritériá hodnotenia výsledkov terapie boli prísne, pričom sa jednotlivé stupne zlepšenia presnejšie vymedzujú pomocou znakov, v ktorých sa môže dosiahnuť úplná zhoda medzi posudzovateľmi. Hodnotenie úspechu dosiahnutého po liečbe sa dopĺňa aj katamnestickým sledovaním, ktoré má rozsah až do 5 rokov. Kým v druhej časti sa autor pokúša o syntetický prehľad doterajšieho vývinu psychoterapie učením, vyložením vlastného stanoviska k rozvíjaniu tejto psychoterapie a opisom

jej metód, v tretej časti sa už skúmajú aj možnosti psychoterapeutického výskumu v tejto oblasti, a to až po možnosť experimentálneho usporiadania výskumu (pri strachu zo skúšok, pri balbuties a dyslexii). Okrem toho sa skúmajú doteraz používané, novozavedené alebo adaptované psychoterapeutické metódy a skúma sa optimálny spôsob ich aplikácie. Usilujeme sa tým o štúdium podmienok i mechanizmov použitých metód, čo pokladáme za veľmi dôležité z hľadiska možností ich širšej aplikácie v praxi.

Je zrejmé, že práca tohto druhu sa nezaobíde bez nedostatkov a obmedzení. Časť obmedzení tejto práce súvisí s klinickým zameraním výskumu. To spôsobilo menšie vzorky populácie z daného okruhu porúch, čo sa snažíme kompenzovať dôkladnejším spracovaním, opisom súboru a štatistickými prepočtami pomocou neparametrických štatistických metód. Etické a iné dôvody nedovoľujú prísnejšiu experimentálnu izoláciu niektorých faktorov alebo jednotlivých zložiek použitých postupov. Iba pri niektorých jednoduchších formách porúch sa pokúšame aj o takúto prísnejšiu analýzu postupu. Preto časť záverov má nevyhnutne hypotetický charakter. Usilovali sme sa však rozviesť vzniknuté námety, širšie o nich diskutovať a odborný čitateľ tu určite nájde aj ďalšie podnety.

Nepriaznivo sa nás dotýka skutočnosť, že tieto postupy sa zatiaľ u nás nerozšírili, tým sa znižovala možnosť diskusií alebo konzultácií. Pri prednáškach o týchto metódach sme sa stretávali u poslucháčov (hlavne v doškoľovacích kurzoch) so značným záujmom, ale aj s kritikou. Sme si plne vedomí možných kritických námietok voči týmto metódam a postupom, ale aj ich obmedzení a upozorňujeme na ne. Je však možné, že v úsilí o to, aby sa postupy psychoterapie učením rozšírili aj u nás, sme miestami výraznejšie zdôraznili klady a prínosy nášho prístupu. Vychádzali sme však z osobného presvedčenia, že sú to postupy hodnotné, ktoré si zaslúžia, aby sa pozitívne hodnotili a aby sa rozšírili v prospech a v záujme ľudí, ktorí trpia.

Poďakovanie. Je mi milou povinnosťou poďakovať univ. prof. dr. V. Chmelařovi, DrSc., členovi korešpondentovi ČSAV, za láskavé prevzatie farchy práce vedeckého redaktora tejto publikácie, ako aj jej recenzentom doc. MUDr. J. Pogádymu, CSc., a PhDr. S. Kratochvílovi za cenné rady a pripomienky. Prevažnú časť rukopisu čítali prof. MUDr. Z. Klimo, prof. PhDr. J. Linhart, DrSc., a prof. PhDr. T. Pardel, DrSc., ktorým tiež ďakujem za cenné námety. Pri časti výskumu mi pomáhali kol. Borzová, Horváthová-Kubová a Dilnbergerová, za čo im ďakujem, podobne ako M. Bartoňovi za vyhotovenie grafov. Manželke a synom ďakujem za trpezlivosť a porozumenie — čas venovaný tejto práci išiel mnohokrát na ich úkor. Moja úprimná vďaka patrí ďalej pracovníkom Vydavateľstva SAV za námahu, obetavosť i záujem, venovaný vydaniu tejto knihy. Dobré pracovné podmienky v Psychiatrickej liečebni vo V. Levároch a na Katedre psychológie FFUK v Bratislave majú tiež podiel na možnostiach napísať túto knihu.

Prvá časť

VŠEOBECNÉ PROBLÉMY PSYCHOTERAPIE

I. KAPITOLA

POJEM A NÁPLŇ PSYCHOTERAPIE

V jednej z prvých definícií sa psychoterapia definuje (P. Janet, 1934, str. 218) ako „súhrn liečebných metód všetkého druhu, tak fyzických, ako aj psychických; t. j. metód určovaných so zreteľom na vopred pozorované psychologické javy a zvlášť so zreteľom na zákony, ktoré riadia vývoj týchto psychologických javov a ich združovanie buď vzájomné, alebo s javmi fyziologickými". Slovom, „psychoterapia je použitím psychologickej vedy na liečenie choroby", pričom „použitie tohto liečenia bude vyžadovať psychologické znalosti a metódy založené na psychologických zákonoch". Táto definícia postihuje viaceré, ale nie všetky základné charakteristiky psychoterapie, napriek tomu, že je formulovaná pomerne široko.

Na základe rozboru viacerých definícií sme vymedzili predtým pojem psychoterapie ako súhrn systematických liečebných postupov, ktorými sa usilujeme pomocou psychologických prostriedkov, využívaním poznatkov a princípov psychológie, psychopatológie i neurofyziológie ovplyvňovať a upravovať tie psychické reakcie a pochody, ktoré úzko súvisia s chorobou, alebo sú jej prejavom, a to v takom smere, aby sa dosiahnutými zmenami ovplyvnila celková aktivita chorého v adaptívnom smere a zasahovali sa (podľa možnosti) podstatné články chorobného procesu (Kondáš, 1964). Popri viacerých nevýhodách tejto definície dostávame sa ňou o krok vpred v otázke, čo rozumieť pod terapeutickým zámerom. Voči jeho vymedzeniu v smere získať primeranú adaptáciu možno mať, prirodzene, výhrady. Naproti tomu sa dá osobitne zdôrazniť napr. pocit šťastia, spokojnosti, dobrá výkonnosť, ale aj tzv. reintegrácia osobnosti alebo iné terapeutické ciele. V definícii sa upresňuje predmet pôsobenia psychoterapie, ale viacmenej nepovšimnutá zostáva otázka, čo rozumieme pod psychologickými prostriedkami, ktoré sa tu využívajú, a to z dvoch dôvodov:

a) práca sa sústredila na využívanie psychologických prostriedkov vyplývajúcich z princípov psychológie učenia,

b) dodnes sa nedospelo k jednote v názoroch na ciele a prostriedky psychoterapie alebo na to, čo pokladať za účinné faktory psychoterapie.

Pri existujúcej nejednotnosti náhľadov sa zdá, že pojem a náplň psychoterapie bude lepšie analyzovať priamo tým, že sa pozastavíme pri jej jednotlivých zložkách.

V procese psychoterapie pôsobí jeden človek (terapeut) na druhého človeka, ktorý trpí istými ťažkosťami (pacient). Na to sa využívajú rozličné psychologické prostriedky, zásady a zákonitosti v systematicky usporiadanom postupe, ktorým sa má pacientovi pomôcť zbaviť sa jeho ťažkostí. A tak možno v tomto procese vyčleniť a rozoberať štyri základné zložky:

1. psychoterapeut,
2. pacient a jeho ťažkosti,
3. používané prostriedky,
4. postup a metódy na dosiahnutie cieľa.

1. Terapeut

Psychoterapiu vykonáva špeciálne školená osoba — psychoterapeut — zvyčajne vo forme priameho ľudského styku, vo forme osobitne usporiadanej medziľudskej interakcie. Je potom namieste uvažovať o možnom bezprostrednom vplyve jeho osobnosti na duševný život druhého človeka. Tým sa dostávame k dvom podstatným bodom, a to jednak k samej osobnosti psychoterapeuta a jednak k charakteru interpersonálnej interakcie v psychoterapii, k terapeutickému vzťahu, pričom zatiaľ nechávame bokom obsah, náplň tejto interakcie.

Ak uvažujeme v elementárnych pojmoch, pôsobí jeden človek na druhého ako istý „podnetový celok". Toto pôsobenie závisí od predošlých skúseností, pod vplyvom ktorých vyvolávajú niektoré osoby nášho bežného sociálneho okruhu celkom vyhranené reakcie, alebo súbor reakcií. Už u malého dieťaťa vyvolá objavenie sa rodiča a najmä matky reakcie spokojnosti; osoba učiteľa, resp. predstaveného sa spája s rešpektom, ale aj vzťah zubár — reakcie strachu môže mať zovšeobecnenú podobu. Avšak na to, aby napr. predstavený vyvolával rešpekt, musí mať isté pozitívne osobnostné črty, charakter i vedomostnú úroveň. A tak špecifické psychologické pôsobenie jedného človeka na druhého sa spája aj s vlastnosťami jeho osobnosti. Veselý človek dokáže šíriť okolo seba optimistickú náladu, a naopak, mrzutý pedant, ktorému nič nie je dosť dobré, ľahko vyvolá dysforickú náladu.

Keď už bežný medziľudský kontakt má isté psychologické dôsledky a

odráža sa v duševných procesoch druhých ľudí, je celkom pochopiteľná snaha využiť takéto dôsledky v systematicky usporiadaných vzťahoch terapeut — pacient. A keďže psychoterapeut môže pôsobiť na pacienta aj štruktúrou svojej osobnosti, je len samozrejmé, ak sa kladú isté požiadavky aj na jeho osobné vlastnosti.

O osobných vlastnostiach psychoterapeuta sa vyslovilo viac názorov. Napríklad podľa Menningera (1956) psychoterapeut má byť objektívny, bezúhonný, má byť relatívne bez osobných konfliktov, bez zaujatia a ustrnutých názorov (najmä na to, ako sa majú ľudia „riadne" správať) a má sa vyznačovať úprimným záujmom o druhého človeka. Pozitívny vzťah k iným ľuďom sa všeobecnejšie zdôrazňuje a niekedy sa vyžaduje priamo „veriť" v pacienta (Rogers). Inokedy sa spomína i taká vlastnosť ako dôraznosť a sila charakteru. Pre Dollarda a Millera (1950) je terapeut určitým druhom učiteľa alebo trénera, od ktorého sa vyžaduje „kantorský" pokoj, trpezlivosť a sympatia ku klientovi. V psychoanalýze to má byť osoba otcovsky láskavá, ale i autoritatívna a musí — prirodzene — prekonať sama cvičnú analýzu (Lehranalyse). Goldstein a Dean (1966) poukazujú na to, že i osobnostne odlišní psychoterapeuti dosahujú dobré terapeutické výsledky, líšia sa však v spôsobe, ako ich dosahujú a tento spôsob závisí od štruktúry ich osobnosti. Dochádzajú k záveru, že najdôležitejšie je, aby terapeut vedel byť v každom momente samým sebou. Krasner opisuje ideálneho psychoterapeuta ako silnú a vyspelú osobnosť, ako osobu, ktorá je milá, sympatická, taktná a trpezlivá, plná rešpektu, so živým záujmom o druhých ľudí, dobre prispôsobená, priateľská, úprimná a spontánna, optimistická, inteligentná a vedecky orientovaná (Goldstein, Heller, Sechrest, 1966). Veľa záleží, prirodzene, aj na skúsenostiach psychoterapeuta i na tréningu v psychoterapii a častejšie sa poukazuje na diferencie v efektoch i v spôsoboch psychoterapie medzi skúsenými a neskúsenými psychoterapeutmi (napr. Matarazzo a iní, 1966).

Tým sa dostávame k ďalším predpokladom psychoterapie zo strany terapeuta. Sú to: istý *poznatkový rozhľad, vedecké znalosti a praktické skúsenosti.* Od psychoterapeuta sa vyžaduje znalosť metód a mechanizmov psychoterapeutického pôsobenia, znalosť činiteľov poruchy (prípadne i hypoteticky), ako aj poznatkov normálnej psychológie a psychológie osobnosti, poznanie individuality pacienta atď. V bode poznatkového rozhľadu a skúseností terapeuta panuje väčšia zhoda názorov ako pri požiadavkách na jeho osobné vlastnosti. Nakoniec, psychologické pôsobenie nie je nevyhnutne viazané priamo na osobu, ktorá toto pôsobenie reguluje. Pri psychologickom experimente sa dokonca usilujeme tohto osobného činiteľa izolovať alebo znížiť, vylúčiť alebo obmedziť. Pokiaľ sa v psychoterapii potom opierame aj priamo o poznatky, postupy a metódy experimentálnej

psychológie — čo v psychoterapii učením skutočne robíme — ustupuje osobnosť terapeuta a terapeutický vzťah vo väčšej alebo menšej miere do úzadia. A tak mnoho zástancov psychoterapie učením (alebo behaviorálnej terapie) skutočne neprikladá veľkú váhu osobným vlastnostiam terapeuta ani terapeutickému vzťahu.

Pokiaľ ide o *psychoterapeutický vzťah,* hrajú tu úlohu nielen osobné vlastnosti terapeuta, ale aj jeho postoje a humánny záujem o pacienta. Zo strany chorého je pri tom dôležitý vzťah dôvery. V psychoanalýze sa terapeutický vzťah „biologizuje" v tom zmysle, že psychoanalytik sa stáva akousi náhradou otca, čo má umožniť neurotikovi „znovuprežiť" psychotraumatické situácie a vzťahy z detského obdobia svojho života, ktorým sa prikladá primárny význam pri vzniku neurózy. Tým sa potom stáva terapeutický vzťah s mechanizmom tzv. prenosu (Übertragung) podstatným účinným faktorom psychoanalýzy, keďže umožňuje odreagovanie konfliktov a komplexov. Pri tzv. supervízii — ktorá je zároveň formou tréningu v praktickej psychoterapii — je terapeutický vzťah dvojaký: a) pacient — terapeut, b) terapeut — supervízor. Supervízor sa zúčastňuje na psychoterapii pacienta svojím dynamickým vzťahom k terapeutovi, pomocou ktorého nepriamo reguluje terapeutov vzťah k pacientovi a spôsob riešenia výkyvov v tomto vzťahu. Supervízor v podstate rieši terapeutove problémy, jeho citové postoje a vzťahy a tým ho učí riešiť analogické problémy a vzťahy pacienta.

Hoci terapeutický vzťah sa nemusí pokladať za podstatného činiteľa účinnosti psychoterapie, je liečebne užitočný. Už tým, že terapeut prijíma pacienta — a to aj vtedy, keď prejavuje svoje neurotické črty a reakcie — odlišne ako jeho okolie, že ho prijíma pozitívne, bez kritiky a so sympatiou, pomáha prerušovať bludný kruh posilňovania neurotického reagovania nevhodným správaním jeho sociálneho okolia. Pacient tým zažíva akúsi prvú korektívnu skúsenosť, ktorú predstavuje netraumatizujúce správanie terapeuta pri jeho neurotických prejavoch.

2. Pacient a jeho ťažkosti

Osobnosť pacienta je podstatnou zložkou psychoterapie aj z čisto vedeckého pohľadu (t. j. s odmyslením si event. „terapeutického umenia"). Poznanie individuality pacienta, jeho psychologických zvláštností a osobnostných čŕt premorbidných (pred ochorením) i morbidných (v dôsledku ochorenia) je, pravda, celkom základným, často klasifikačným východiskom. Okrem toho sa vyžaduje podrobne poznať hlavné osobné problémy pacienta, presnejšie charakterizovať druh jeho ťažkostí a porúch, poznať

jeho celkovú sociálnu situáciu, interpersonálne vzťahy, konflikty, podmienky, v ktorých žije, oboznámiť sa s jeho životným priebehom, s jeho základnými postojmi, názormi a poznať jeho ďalšie stránky. Rozsah oboznámenia sa terapeuta s pacientom je teda značne širší než pri bežnej medicínskej diagnostike, pričom i tu bežné vyšetrenie chorého často dopĺňame psychodiagnostickým vyšetrením. Preto sa hovorí o tzv. psychoterapeutickej diagnóze, ktorá na rozdiel od bežného medicínskeho klasifikačného zaradenia ťažkostí a porúch vyžaduje si oveľa širšie poznanie chorého. Pacient je, pravda, motivovaný hovoriť úprimne a široko o svojich problémoch už tým, že ho tieto problémy ťažia, že nimi trpí. Preto Dollard a Miller (1950) pokladajú psychoterapiu za „okno" do duševného života, s výhodou, že sa tento pohľad realizuje v podmienkach formovania normality.

V rámci psychoterapeutickej diagnózy sa okrem všeobecnejšieho poznávania pacienta zaujímame osobitne o niektoré jeho stránky v závislosti od druhu plánovaného psychoterapeutického zásahu. Ak sa napríklad zameriame v psychoterapeutickom postupe na redukovanie strachu, nebude stačiť iba konštatovať prítomnosť symptómu anxiozity, lež bude nevyhnutné poznať podrobne situácie a okolnosti, v ktorých sa strach vyskytuje. Ako všeobecný znak psychoterapeutickej diagnózy sa teda dá vyznačovať jednak väčšia podrobnosť a šírka poznávania pacienta a jednak väčší dôraz na obsahovú stránku duševného života.

Od osobnosti pacienta, od jeho životnej situácie, od charakteru jeho zážitkov atď. závisia aj individuálne variácie spôsobov riešenia osobných problémov pacienta. Nevyhnutne sa totiž — najmä pri ambulantnej psychoterapii — musí počítať aj so spätnou interakciou jeho osobného, pracovného i sociálneho prostredia. Ak volíme napríklad sebapresadzujúce reakcie (pozri ďalej), je vhodné poznať aj osoby, voči ktorým bude pacient tieto reakcie prejavovať, aby tým nevznikli nové konflikty.

Črty osobnosti pacienta majú významnú úlohu aj vo vzťahu k osobnostným vlastnostiam terapeuta. Predovšetkým pri verbálnej psychoterapii, pri metódach racionálnej psychoterapie nie každý typ terapeuta vyhovuje pre určitý typ osobnosti pacienta. Podrobnosti týchto vzťahov neboli však zatiaľ preštudované.

Pokiaľ ide o ťažkosti pacienta, tie sa v rámci psychoterapeutickej diagnózy nielen podrobne vykreslia a identifikujú ako osobitné symptómy, lež zisťuje sa aj ich rozsah, okolnosti a situácie, za ktorých vznikli, a činitele, ktoré pri ich vzniku a pretrvávaní mohli pôsobiť. Názory na *faktory vzniku a fixácie porúch* sa, pravda, rôznia. Kým jedni autori pripisujú rozhodujúci význam konfliktu (prípadne špeciálnym komplexom — à la oidipovský komplex alebo komplex menejcennosti), iní zdôrazňujú viac postoje (Phil-

lips, 1956) alebo systém hodnotenia (Vondráček, 1961, Konečný, 1959), prípadne strach alebo tenziu, alebo systém psychologických vzťahov (Miasiščev, 1961) a iné činitele. U detí je veľmi dôležité pamätať na to, že problémom nie sú samy príznaky, tie často iba poukazujú na jestvovanie takých problémov, ktorých vonkajším výrazom sú symptómy (Kanner, 1955). Túto charakteristiku môžu mať aj niektoré symptómy dospelých. Z hľadiska teórie učenia môžu predstavovať formu nevhodných vyhýbacích reakcií, takže uvedený prístup k symptómom je užitočné mať na zreteli aj z nášho hľadiska.

Je zrejmé, že k pacientovi sa v psychoterapii pristupuje predovšetkým ako k trpiacemu človekovi. Trpí nielen konkrétnymi ťažkosťami, ktoré sám uvádza, lež aj nedostatkom bežnej životnej spokojnosti, čo sa zvýrazňuje aj v osobitnej škále životnej spokojnosti (sebahodnotiaca dotazníková stupnica). Neurotik sa cíti nešťastný, a to aj pri aktivitách, ktoré sú bežne zdrojom pocitu šťastia. Usiluje sa hľadať uspokojenie v práci, lež nenachádza ho, pokúša sa pracovať ešte viac, stavia si privysoké ciele a z nemožnosti splniť ich pramení nová nespokojnosť. Postupne sa znechucuje a stráca sa mu jasnosť vlastných osobných cieľov. Svoje problémy rieši nevhodným spôsobom a tým si spôsobuje nové problémy. Unikajú mu vnútorné súvislosti porúch, je bezradný a nešťastný.

Namiesto rozvádzania ďalších podrobností ilustrujeme pohľad na pacienta na stručnom opise jednej kazuistiky:

H. M., 42-ročný, slobodné umelecké povolanie, jedenkrát liečený na psychoterapeutickom oddelení psychiatrie pred troma rokmi s dg. „ťažká neuróza s výraznými poruchami sebahodnotenia". Asi 10 rokov predtým trpel stále narastajúcimi pocitmi vlastnej insuficiencie s neschopnosťou uplatňovať sa a realizovať svoje plány. V poslednom čase pred druhou liečbou sa pridružilo množstvo citových problémov.

V RA výchovné chyby s podceňovaním, nezáujmom a konfliktmi v rodine. Otec bol veľmi prísny, doma sa vyskytovali nezhody aj pre úplné maličkosti, o pacientovi sa vyjadroval v tretej osobe a nešetril poznámkami typu „z toho nič nebude". V rodine si nerozumeli, hoci k matke mal pôvodne dobrý vzťah, po jednej príhode nastala detronizácia ideálu matky a po sklamaní nasledovalo aj ochladnutie vzťahov k nej. Vzťahy doma mu pripadali citove prázdne, ani so sestrou si nerozumeli až neskôr v dospelosti, keď sa ich vzťahy upravili na citove primerané a intenzívne.

Necítil sa uspokojený ani školou, hoci študoval dobre. Navštevoval reálne gymnázium, keď mal potom prejsť na klasický typ, volil radšej priemyslovku. Otec ho dával do školy so slovami: „Ak sa nebudeš učiť, skoč radšej pod vlak." Oddával sa fantáziám o budúcnosti s túžbou po uznaní. V zamestnaní býval náladový, niekedy nemal chuť vôbec hovoriť. Pred 13 rokmi (ale aj raz v detstve) mal pocity slabosti, únavnosti so zvýšenou potivosťou i bez námahy. Mával pocity premárneného času a dojem, že náhody určovali smer jeho života.

Osobitnú kapitolu tvorí jeho ženba. Svadba sa uskutočnila len pred svedkami a rodičom to až dodatočne oznámili. Jeho manželka nemala chuť „viazať sa" a zároveň mala odpor voči konvenčným formalitám. Tvrdila, že si ho brala „hlavne kvôli bytu"

a jedna z jej tiet dodnes nevedela, že je vydatá. Manželský vzťah mal stále charakter provizória, zdôrazňovalo sa, že je to dohoda a kedykoľvek sa môže prerušiť, ak to niektorému z nich nebude vyhovovať. Manželka nechcela deti, a sú bezdetní. Pritom sa obaja usilovali, aby ich vzťahy nezovšedneli a okrem jednej drobnej erotickej príhody z jeho strany je vzájomné nažívanie nielen usporiadané, lež má charakteristiku akejsi „poézie manželstva". Problémom je manželkine zdôrazňovanie, že si manžela brala len kvôli bytu. Prílišné zdôrazňovanie „dohody o spolužití" s možnosťou rozchodu kazí pocit istoty. Silná osobnosť manželky sa prejavuje aj v tendencii k vzťahom dominancie voči pacientovi, čo pôsobí negatívne na jeho pocit bezmocnosti. On má potom dojem, že jej ubližuje. Názorove sa rozchádzajú, čo však neruší ľudské porozumenie si. Vo vzájomných vzťahoch sú plne úprimní.

Pri opisovaní vlastných problémov je pacient viac abstraktný. Je zameraný na minulosť, výchovu hodnotí ako výchovu k poslušnosti, prísnu, pripisuje jej na vrub svoju nepriebojnosť, neschopnosť vzoprieť sa. Máva pocity viny, nespokojnosti, až sebaobviňovania s výkyvmi nálad v smere depresívnom. Výnimočne sa objavili aj depersonalizačné pocity, mal dojem, akoby nekonal on sám. Cíti sa vo vleku náhod, nedokáže si organizovať prácu, čas, máva ľútosť nad premárneným časom — hoci je vyslovene pracovitý — a pocit, že mohol urobiť omnoho viac. Vyčíta si „neschopnosť vedieť, čo vlastne chcem, čo od života očakávam, kam smerujem, ako chcem prežiť život", čo sa dopĺňa pocitom „už je neskoro", „čas strašne letí". Napriek nadaniu a pozitívnemu hodnoteniu jeho prác, sám zdôrazňuje viac negatívne stránky, je nešťastný, že nemohol dokončiť štúdiá, hoci dosiahol to, že vlastne koníček sa mu stal profesiou. Sťažuje sa na nepríjemné nálady, nevyrovnanosť, cíti sa „otrávený", bez radosti, niekedy ho ubíja životná všednosť. Vyčíta si charakterové chyby, pripadá si dosť namyslený, urážlivý, ale aj sebavedomý, vyčíta si pohodlnosť, povrchnosť.

To vedie k záveru, že mu chýba primeraný sebarešpekt a nedostatok odvahy vystavovať sa bežným životným ťažkostiam. Namiesto uvedomenia si, že veci idú svojou cestou, hodnotí vlastnú životnú situáciu ako situáciu „vleku" v tom zmysle, že smer jeho života určujú náhody, znižujúc podiel vlastnej aktívnosti na usmerňovaní svojho života. Pocit neúspechu (neoprávnený!) a pocit viny zaháňa zavše aj pitím, v poslednom čase si takmer denne vypil niečo vína, takže sa vytvára nebezpečenstvo návyku na alkohol. Chýbajúci pocit sebaistoty sa tým však nerieši.

Diagnosticky sa prípad uzatváral ako charakterová neuróza s psychastenickou symptomatológiou.

Uvedená kazuistika by sa dala doplniť ďalšími informáciami a konkrétnymi údajmi. Ale aj v tejto stručnejšej forme je výstižnou ukážkou „neurotickej mizérie", *ukážkou neurotického utrpenia a nevyrovnanosti.* Nevhodné postoje, prílišná dominancia minulosti i citovo ambivalentné vzťahy sú pozadím, ktoré znemožňuje efektívne riešenie vlastných problémov. Sú to činitele, ktoré nevyhnutne smerujú k pocitu neuspokojenosti. Pacient prejavuje zvýšenú vulnerabilnosť k vzťahom, postojom a hodnoteniam iných, zvýšenú sebakritickosť, má vysoké ideály. V manželstve postráda žiadúci pocit istoty. Je to provizórium, ktoré — napriek dobrým vzťahom a snahám o príjemné spolužitie — neuspokojuje. Zvýšená túžba po emotívnej konzumácii ho stavia do submisijnej pozície. Ide

o schopného človeka, ktorý dokáže invenčne tvoriť. Je preto pozitívne hodnotený. No on sám nie je schopný zažiť naplno ani radosť z tvorenia preto, že je príliš náročný, príliš zameraný na negatívne. Idealizuje, ale len požiadavky. Výsledok potom sumuje konštatovanie, že je človek nešťastný, „neuroticky nešťastný".

3. Prostriedky psychoterapie

Bezprostredným nástrojom psychoterapeutického pôsobenia je metóda alebo technika psychoterapie, ktorá určuje spôsob psychoterapeutického zásahu. Prostriedok sa môže chápať ako integrálna súčasť metódy, ako jej integrálny činiteľ, určujúci smer a obsah zásahu (Guensberger a Kondáš, 1961). Arzenál psychologických prostriedkov používaných v psychoterapii je pomerne široký a v tejto časti ho len stručne naznačíme.

Pri jestvujúcich celých systémoch verbálnej psychoterapie možno azda — trocha tradične a príliš všeobecne — spomenúť ako prostriedok s l o v o, presnejšie *verbálne pôsobenie.* Slovo je totiž iba akýsi nástroj, kým skutočným psychologickým prostriedkom napr. racionálnej psychoterapie je ovplyvňovanie myšlienkových a úsudkových procesov pacienta s priamym zameraním na jeho postoje i nevhodné spôsoby riešenia osobných problémov a situácií, ktoré produkovali ťažkosti. Na ovplyvnenie sa potom využíva klarifikácia, prípadne interpretácia, zmena hodnotenia, zmeny v postojoch, úpravy pacientovej „životnej filozofie". Nesprávne postoje neurotika vyplývajú občas aj zo zvýšenej tendencie ku generalizácii. (Niekedy už jedna skúsenosť ho vedie k formulovaniu všeobecnej zásady konania.)

Pre ilustráciu náplne racionálnej psychoterapie možno uviesť Ellisove (in Eysenck, 1964) charakteristiky postojov, resp. predsudkov neurotika. Vyčleňuje nasledujúce nelogické predpoklady a postoje, ktoré charakterizujú neurotický spôsob myslenia.

a) Myšlienka, že je pre dospelého nevyhnutné, aby bol oceňovaný za čokoľvek, čo robí.
b) Pokladať za strašné, alebo až katastrofálne, ak veci nejdú tak, ako by sme si priali.
c) Myšlienka, že potrebujeme niečo silnejšie a väčšie, na čo by sme sa mohli spoliehať.
d) Presvedčenie, že nešťastie je spôsobené zvonku, vonkajšími okolnosťami a ľuďmi, a nie naším vzťahom k tomu.
e) Myšlienka, že je pre našu existenciu vitálne dôležité, čo robia iní.
f) Myšlienka, že šťastie príde akoby samo, bez vlastnej snahy, aktivity, a iné.

Takéto všeobecné charakteristiky spôsobu neurotického myslenia môžu potom vyžadovať, aby sme pacienta v priebehu psychoterapie učili nadobudnúť sebarešpekt, hľadať ľudské šťastie pomocou vlastnej aktivity, mať dôveru v seba, zažívať spokojnosť z práce alebo z pomoci iným atď. Uvedená kazuistika ilustruje niektoré z týchto námetov.

Ďalší prostriedok psychoterapie, pri ktorom sa využíva nielen slovné pôsobenie, ale aj gestá a celý spôsob rozhovoru s pacientom, predstavujú *emotívne činitele*. Ich konkrétnymi formami sú: citové uvoľnenie, uľavenie, zníženie vnútorného napätia, zmeny citových vzťahov a pod. Hra, tanec, literárna alebo dramatická kompozícia alebo iné spôsoby ventilácie problémov sú nástrojmi pre aplikáciu tohto prostriedku. V prípade pretrvávania emócie v dôsledku jej potláčania, hatenia voľného prejavenia sa citov, môže sa voliť i priame uvoľnenie citových prejavov až na spôsob tzv. „odreagovania". Môžeme to ilustrovať na prípade s narkoanalýzou.

Išlo o 26-ročnú laborantku, so základným gymnaziálnym vzdelaním, inteligentnú, ktorá však v dôsledku kádrových problémov prešla viacerými zamestnaniami a cítila sa šikanovaná. Bola asi pol roka zasnúbená, keď snúbenec dostal náhly infarkt práve pri oslave svojich narodenín, ktorému podľahol. U pacientky vznikla po tejto udalosti náhla hlboká depresívna reakcia s nespavosťou, nechuť do jedla (ktorá sa nedala vyprovokovať ani malými dávkami inzulínu), chudnutie, bolesti hlavy a suicidálne myšlienky.

Okrem hlbokého citového vzťahu k snúbencovi, ktorého strata pôsobila na ňu ako náhla psychotraumatizácia, videla vo vydaji aj riešenie svojich životných komplikácií v súvislosti so zamestnaním. Pozitívne vyhliadky do života sa tým náhle zbúrali.

Narkoanalýzou sa vyvolávalo medziiným voľné emotívne prejavovanie reálneho smútku, pacientka bola priamo provokovaná v prvých rozhovoroch k prejavom plaču s predpokladom, že uvoľnené emotívne prejavy prinesú úľavu (v bdelom stave sa správala apaticky). Až po tejto fáze sa prešlo k námetom na konštruktívne riešenie vlastnej osobnej situácie a po 6 týždňoch liečenia bola prepustená s takým stavom vyrovnania, ktorý jej dovoľoval opäť nastúpiť do zamestnania. Upravil sa spánok i stravovanie.

Vieme, že v súvislosti s emotívnym odreagovaním sa používa osobitný pojem — *psychokatharsis* — ktorý, pravda, nemusí mať len psychoanalytickú náplň. Môže ísť o znovuprežitie emotívne silne pôsobiacej situácie, s ktorou sa pacient ešte nevedel vyrovnať. Psychokatarzia je potom jedna zo špeciálnych foriem emotívneho pôsobenia.

V skupinovej psychoterapii sa pri emotívnom pôsobení využíva i navodzovanie celkovej náladovej atmosféry v skupine, pomocou ktorej sa usilujeme regulovať emočnú reaktivitu zúčastnených pacientov.

Okrem zmeny emocionálnych vzťahov alebo priamo eliminácie niektorých nevhodných emócií, konkrétnych pocitov — akým je napr. strach —

môže v niektorých prípadoch byť zvlášť dôležité *zasahovať do štruktúry interpersonálnych vzťahov* alebo *meniť návyky.* V psychoterapii učením sa využívajú vo funkcii prostriedku priamo mechanizmy učenia.

Z uvedených poznámok vyplýva, že prostriedky psychoterapie sa týkajú viac mechanizmov procesu psychoterapie než samých postupov. Sú to však činitele, od ktorých závisí efekt psychoterapie.

4. Postupy a metódy psychoterapie

O metódach psychoterapie možno nájsť informácie aj v bežných učebniciach psychiatrie (pozri aj práce S. Kratochvíla, 1966, 1970). Preto len v záujme systematickosti pohľadu na náplň psychoterapie — načrtneme celkom stručne bez rozvádzania podrobností základné metódy psychoterapie.

Od použitých metód závisí vlastný postup psychoterapie, hoci — vzhľadom na charakter porúch — dochádza k prelínaniu a obmenám metodického postupu. Z nášho hľadiska delíme metódy len na 3 hlavné skupiny:

1. metódy verbálno-racionálnej psychoterapie,
2. metódy sugestívnej psychoterapie,
3. špeciálne psychoterapeutické techniky.

K metódam prvej skupiny patrí napríklad p e r s u á z i a, ktorej začiatky sa viažu s menom Dubois. Dubois pokladal morálku za prostriedok, ktorý môže navodiť hlbokú zmenu v duševnom živote. Zaviedol tzv. „lekárske moralizovanie", v rámci ktorého zdôrazňoval *význam jasných predstáv o poruchách,* a preto sa usiloval vysvetliť chorým pravdu o ich chorobe. Z toho vznikla persuázia, ktorá je teda akousi formou poučenia so snahou, aby pacient získal náhľad na príčiny a súvislosti svojich neurotických porúch, pričom sa pôsobenie psychoterapeuta prispôsobuje pacientovým úsudkovým schopnostiam.

Inou metódou racionálnej psychoterapie je p s y c h a g o g i k a. Je podobná predošlej metóde, obsahuje však menej naliehavosti a je charakterizovaná dlhodobým, systematickým, taktným psychologickým vedením pacienta. Aj tu ide o úpravu názorov a zásad v smere, ktorý najlepšie vyhovuje osobnosti pacienta, ale nové zásady a postoje musia vyplynúť z vlastného pacientovho úsilia a z postupného revidovania jeho zážitkov, udalostí a životných plánov.

Medzi pomerne často používané metódy patrí p s y c h o p r o f y l a x i a. Predstavuje jednak akúsi prípravnú psychoterapiu, zameranú napr. na

odstránenie obáv a strachu pred nejakým zákrokom. Známou formou použitia tejto metódy je psychoprofylaktická príprava na bezbolestný pôrod. Okrem rozličných cvikov sa tu v skupinách rozoberajú témy, ako princípy vnímania bolesti a psychológia bolesti, zmeny organizmu počas gravidity, podrobný opis jednotlivých fáz pôrodu, opis hlavných manipulácií počas jednotlivých pôrodných dôb a pod. (pozri XVII).

Okrem toho predstavuje psychoprofylaxia prípravu pacienta na vhodné riešenie situácií, ktoré by ho mohli duševne traumatizovať. Je teda zameraná na predchádzanie psychotraumatickým zážitkom.

Je prirodzené, že verbálna psychoterapia sa začína pravidelne, ako najjednoduchšou formou, *dôverným rozhovorom.* Keďže sa ním často dosahuje isté uvoľnenie, býva nielen úvodom k iným špeciálnym postupom, ale aj akousi jednorazovou „podpornou" psychoterapiou.

Metódy sugestívnej psychoterapie — ktorej hlavnými predstaviteľmi sú sugescia a hypnóza — sa zakladajú na sugestibilite. Pacient sa uvedie, obyčajne slovnou inštrukciou, do stavu, v ktorom pohotovo a bez preskúmania prijíma vývody, príkazy a tvrdenia terapeuta. Všetko, čo sa pacientovi v tomto stave podáva, je predmetom bezprostredného súhlasu alebo priameho vykonania. V stave hypnózy sa potom robí rozhovor a rozličné hypnotické sugescie s terapeutickým zámerom. Používa sa hlavne u alkoholikov, pri monosymptomatických neurotických poruchách i pri hysterických poruchách. Veľkou nevýhodou sugestívnych metód je pasivita pacienta.

K špeciálnym psychoterapeutickým technikám priraďujeme napr. narkoanalýzu, kde sa dôverný terapeutický rozhovor odohráva v štádiu subnarkózy, vyjasňujú sa súvislosti vzniku neurózy a hodnotia sa rozličné vzťahy a emočné problémy. Na podobné účely sa používajú aj excitačné drogy. V poslednom čase je známa i psychoterapeutická aplikácia halucinogénov, od ktorých sa očakáva aj ovplyvnenie charakterových neuróz v zmysle zásahu do osobnosti (u nás napr. Hausner a Dytrych).

K špeciálnym psychoterapeutickým technikám priraďujeme aj Schultzov autogénny tréning, Jacobsonovu relaxáciu, Morenovu psychodrámu i väčšinu metód psychoterapie učením, ktorým je venovaná osobitná kapitola. *Metódy relaxácie* pokladáme, pravda, len za prípravné techniky, ktoré sa používajú potom v kombinácii s ďalšími metódami. Javí sa totiž, že samy sú málo efektívne, hoci sú schopné redukovať tenziu, ktorá je pre neurotikov charakteristickým znakom. Tenzia je však zrejme sprievodným znakom neurózy, a nie jej základným patogenetickým mechanizmom.

Osobitný relaxačne aktivačný postup vypracoval u nás M. Macháč (1964) a nazval ho *relaxačne aktivačný autoregulačný zásah.* Jeho nácvik trvá 3—5 mesiacov. Pozostáva z dvoch fáz: z fázy relaxačnej a fázy aktivačnej,

pričom sa obe nacvičujú postupne. Pri relaxačnej fáze sa uvoľňujú svaly pomocou postupných kontrakcií a uvoľnení svalových skupín nôh, trupu, rúk a hlavy tak, aby pocit tiaže kulminoval vždy na konci výdychu. Dýchanie sa zároveň spomaľuje, rytmizuje a prehlbuje. Cieľom svalového uvoľnenia je dosiahnuť čiastočné duševné uspokojenie. Pre psychoterapiu je významné, že v tejto fáze sa môžu odhaľovať zdroje napätia. Psychologickou autoreguláciou, navodenou experimentátorom, resp. terapeutom sa uskutočňuje teda aj psychická relaxácia. Jej dôležitým prvkom je zrušenie vonkajších väzieb, nenásilné usmernenie toku asociácií a zážitok telesného „ja" (somatizácia „ja"). Takto nacvičený relaxačný stav zahŕňa aj istú latentnú pohotovosť na aktivitu (citové kladné ladenie) a umožňuje prechod k nácviku aktivačnej fázy, ktorá je v podstate úmyselným aktom. Pri tejto fáze sa využívajú niektoré subjektívne skúsenosti i manipulácie s dýchaním (protrahovaný výdych po krátkom zadržaní dychu), čím nastane kladne ladené vzrušenie, ktoré sa ďalšími návodmi zosilňuje. Opakovaným cvičením sa aktivačná fáza osamostatní ako osobitný špecifický akt. (Podrobnejšie pozri Macháčove práce v Čs. psychol. 1964.)

Macháčova metóda tvorí osobitný postup okrem Schultzovho autogénneho tréningu a Jacobsonovej relaxácie, oproti ktorým je aj značne náročnejšia, pokiaľ ide o nácvik. Ale aj jej efekt je výraznejší. Medzi zmenami, ktoré sa ňou navodzujú, autor uvádza pocit osvieženia, zlepšenia nálady, pocit príjemného napätia i chuť k činnosti. Tieto pocity z nej robia samostatný pomocný prostriedok pri psychoterapii (i psychohygiene) a okrem toho dá sa uvažovať jednak o jej využití pri odhaľovaní zdrojov napätia a jednak pri usmerňovaní aktivity, resp. zvyšovaní duševnej energie, čo tvorí pri niektorých formách neuróz osobitný problém (otázky zníženého výkonu neurotikov, neurasténia a pod.).

Tento letmý pohľad na metódy ilustruje náplň psychoterapie a skonkrétňuje predstavu o tom, čo je psychoterapia.[1] Náčrt všeobecných problémov psychoterapie spolu s rozdelením metód má slúžiť ako širší rámec pre zaradenie nášho pohľadu na psychoterapiu učením, v rámci ktorej sa vypracovali nové a účinné špeciálne terapeutické metódy.

---

[1] Otázky psychoterapeutických metód sa u nás pomerne intenzívne študujú a v psychoterapii sa uplatňujú viaceré teoretické prístupy. Osobitná pozornosť sa venuje metódam a zásadám skupinovej psychoterapie, ktorej sa v rámci tejto knihy nevenujeme. Pri rozvíjaní skupinovej psychoterapie treba spomenúť predovšetkým Dytrycha, Bouchala, Kratochvíla. Osobitný systém skupinovej psychoterapie rozvíjajú v Lobči, pričom za úlohu kauzálnej psychoterapie pokladajú „diagnostikovať neadaptívne interpersonálne techniky a meniť ich v adaptívne", a to práve pomocou umele modelovanej skupiny, v ktorej pacient reaguje najprv pomocou svojich typických vzorcov správania. Skupinovou psychoterapiou a najmä metódou

psychodrámy sa zaoberajú aj Široký (1962 a i.) a Buxbaum. Značný počet štúdií sa zaoberá metódou hypnózy (Stuchlík, Horvai, Hoskovec, Zikmund a iní). Z ďalších metód sa podrobila štúdiu metóda autogénneho tréningu (Kratochvíl, Hoskovec, Míček, Bouchal a iní), o narkoanalýze písali Guensberger, Zikmund, Stančák, Dobrotka, Pogády, Konečný, Kratochvíl, a aplikácii LSD v psychoterapii sa venujú najmä Dytrych, Hausner, Doležal. Mnohé rozpravy sa zaoberajú problémami aplikácie psychoterapie u detí (Konečný, Švancara, Kučera, Ličko, Fischer, Schürer, Svoboda, Čulen), pričom sa diskutovalo aj o otázkach zaradenia psychoterapie a reedukácie do širokého rámca práce v psychológii (Chmelař, Menninger a i.).

II. KAPITOLA

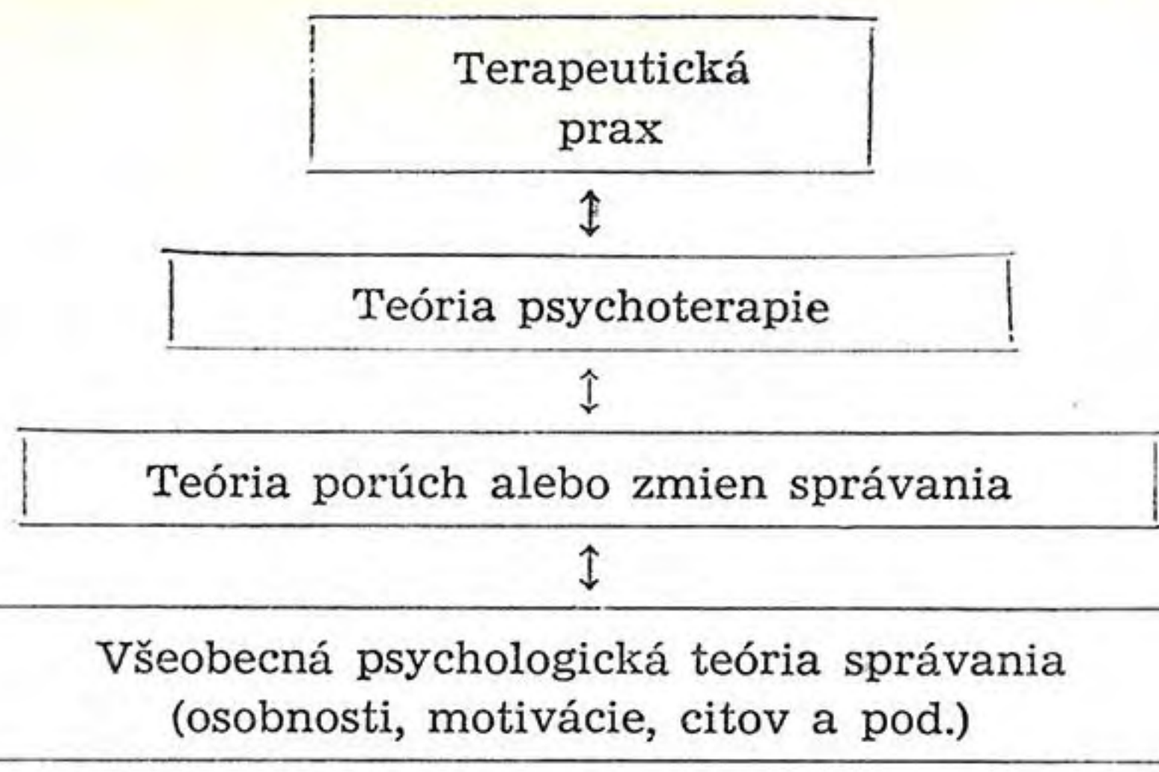
TEÓRIA PSYCHOTERAPIE

Počínajúc už „lekárskym moralizovaním" Duboisa alebo liečebným použitím hypnózy, stretávame sa s rôznorodými teoretickými výkladmi psychoterapeutických princípov a postupov. Tieto výklady vychádzajú z predstáv o koncepcii duševného zdravia a choroby. Známy predchodca metódy hypnózy Mesmer sa díval na chorobu ako na úchylku v harmonickom rozdelení tzv. „univerzálneho fluida" a liečebný princíp videl potom v obnovení tejto harmónie, a to prostredníctvom magnetizmu, ktorý mal vychádzať zo žijúcej osoby. Tak vznikli známe mesmerovské ťahy. Ďalší stúpenec hypnotickej sugescie Bertrand vysvetľuje hypnózu, alebo tzv. umelý somnambulizmus obrazovitosťou osoby, kým Bernheim už vysvetľuje hypnózu ako následok sugescie spánku.

Pri teórii psychoterapie nejde, pravda, o teoretické vysvetľovanie jednotlivých metód, hoci teoretický prístup k nim určuje spôsob ich použitia a ich náplň. Ide tu o celkový prístup ku kritériám a činiteľom duševného zdravia, duševného vývinu a duševných porúch, z ktorých potom vyplývajú teoretické vývody pre psychoterapiu. D. H. Ford a H. B. Urban (1965) rozoberajú vzťahy medzi teóriami pri psychoterapii v tom zmysle, že uznávajú istú hierarchiu medzi jednotlivými úsekmi teoretických predstáv a psychoterapeutickou praxou, čo vyznačujú aj vo svojej schéme (obr. 1).

Usporiadanie schémy znáša i opačné poradie, keďže vyzdvihuje spätné, obojstranné vzťahy medzi uvedenými úrovňami teórií. Je zrejmé, že terapeutická prax je zdrojom informácií pre budovanie teórie psychoterapie až do tej miery, že práve prax býva iniciálnym východiskom pre ďalší rozvoj celého, viac alebo menej sklbeného teoretického systému. Príkladom toho je nakoniec sama psychoanalýza.

Psychoterapeutická teória má zvyčajne charakter celého systému, t. j. sú v nej zastúpené i ďalšie zložky uvedenej schémy. Keďže pre účely tejto práce nie je potrebný — ani rozsahom možný — podrobný rozbor jednotlivých systémov a autorov, konštruujeme ho tak, aby objasňoval hlavné teoretické predstavy o vlastnej psychoterapii a umožnil tým lepšie začleniť prístup z pozície psychologickej teórie učenia. Bez vyzdvihovania existu-



Obr. 1. Schéma vzťahov medzi teóriami[2]

Рис. 1. Схема отношений между теориями.

Fig. 1. The inter theory relations.

júcich diferencií možno sa potom uspokojiť so začlenením psychoterapeutických teórií pod 5 záhlaví, z ktorých prvé predstavuje najväčšiu skupinu:

1. Smery hlbinnej a dynamickej psychológie,
2. Psychobiologická teória,
3. Existenciálna analýza a logoterapia,
4. Systém sovietskych autorov,
5. Teória učenia v psychoterapii.

Poslednému okruhu (5) je venovaná táto práca, a preto ho budeme, pochopiteľne, rozoberať osobitne, mimo tejto kapitoly.

1. Smery hlbinnej a dynamickej psychológie

Okrem rozvoja hypnoterapie so známym menom J. M. Charcota, ktorý r. 1882 predložil Francúzskej akadémii svoje poznatky o hypnóze pri hystérii, začína sa rozvíjať aj systém verbálnej psychoterapie s viac-menej racionálnym zameraním. Pritom treba poznamenať, že prví predstavitelia teórie verbálnej psychoterapie — P. Janet a S. Freud — vyšli práve zo Charcota.

P. Janet, profesor psychológie na College de France a Charcotov spolupracovník, je medziiným autorom pojmu psychasténia, ktorý súvisí

[2] Upravené podľa Forda a Urbana (1965), str. 10.

s jeho chápaním neurózy. Verí, že psychoneurotický stav je spojený s tzv. zníženou duševnou tenziou a pri hystérii je strata tenzie lokalizovaná, v dôsledku čoho nastáva disociácia alebo neschopnosť určitej špecifickej funkcie (ako je hy obrna, afónia a pod.). Pojem tenzie však chápe odlišne od jeho dnešného významu. Tenziu pokladá za akýsi *energetický stav,* charakterizovaný psychologickou syntézou, ktorá je typická pre normálny psychologický stav. V dôsledku únavy, choroby, emócie alebo pubertálnych zmien indivíduum stráca duševnú energiu a tenzia sa znižuje. Človek však bežne nepoužíva celé svoje energetické vyzbrojenie a existuje akási zásobová duševná energia, ktorá sa napríklad zapojí pri výnimočných životných stavoch, ako je to vo vojne. Odčerpávanie zásobovej energie je, pravda, škodlivé. Tieto pomery sa stávajú ešte zložitejšími v dôsledku tzv. *duševných automatizmov,* ktoré už predstavujú formu podvedomého správania. Uznáva teda aj istú formu podvedomia a v tejto súvislosti obviňuje Freuda z plagiátorstva jeho myšlienok.

Jeho psychoterapeutické postupy pozostávajú z viacerých procedúr. Zásadne však ide o *rozličné formy stimulácie,* o akúsi „excitáciu" s úsilím obnoviť psychologickú syntézu. Používa rozličné cvičenia i výkladový pohovor a učí pacienta hospodárne narábať so zásobou vlastnej psychickej energie. Úlohou psychoterapie môže byť aj likvidácia traumatických zážitkov a spomienok spojených s psychologickou disociáciou, ako aj „duševná dezinfekcia". Traumatické spomienky pôsobia totiž automaticky. Duševnú dezinfekciu prirovnáva k Freudovej katarzii. Veľkým kladom jeho teórie je, že počíta s celým systémom osobnosti chorého (nielen s automatizmami) a venuje pozornosť aj otázkam potrieb, kompenzácie a pod. Svoje psychoterapeutické názory vyložil v knihe *Psychologické liečenie,* ktorá bola preložená aj do češtiny (1934).

Počítame s tým, že vlastná *Freudova psychologická teória* je dostatočne známa včítane celého systému podvedomia, vrstiev osobnosti i teórie vývinu. Za podstatu neurózy pokladá F r e u d konflikty hlavne medzi libidom a ego, ktoré indivíduum z nejakých dôvodov nedokáže riešiť a sú potlačené do nevedomia. Úlohou psychoterapie je potom — podľa neho — dosiahnuť odstránenie potlačenia, a to privedením konfliktu do vedomia, v dôsledku čoho prestáva pôsobiť na tvorbu symptómov. Na tento účel bolo nevyhnutné vypracovať osobitnú techniku psychoanalýzy, ktorej hlavnou zložkou je *technika voľných asociácií.*

Freud spolu s J. Breuerom začali kombinovať hypnózu s tzv. duševnou katarziou. Pacient sa vyzve, aby v uvoľnenej polohe hovoril čokoľvek, čo mu príde na myseľ o sebe a o svojich ťažkostiach. Pritom sa kladie dôraz na exploráciu minulosti, keďže verí, že najdôležitejší zástoj pri vzniku neurózy hrajú konflikty z detstva. Osobitne si všíma zárazy, prestávky

v opisovaní, za ktorými sa má skrývať potlačený obsah, keďže pacient kladie určitý odpor transformovaniu nevedomých zážitkov do vedomia. Často ide o potlačené žiadosti — prevažne erotickej povahy — ktoré pacient úpenlivo skrýva.

V terapii ide o akési „seba-vyšetrovanie", ktoré neurotikov sklon k chorobnému sebavšímaniu len zosilňuje. Je to teda postup nekonštruktívny, najmä ak uvážime, ako málo a len jednostrannej pozornosti sa venuje robeniu záverov. Psychoanalýza vyzdvihuje význam terapeutického vzťahu. V rámci terapeutického vzťahu počíta s prenosom, „transferom" (Übertragung), ktorý spolu s rezistenciou predstavuje hlavné teoretické predpoklady o účinku psychoanalýzy. Pritom však dodnes chýba evidencia, že takýto „transfer" skutočne nastáva.

Okrem voľných asociácií s katarziou používa psychoanalytický terapeut aj vysvetľovanie a interpretácie. Obsah týchto interpretácií vychádza z hlavných predpokladov psychoanalytickej teórie s dôrazom na princíp slasti (Lustprinzip), libida, výklad potlačených žiadostí sexuálneho obsahu alebo priamo výklad komplexov. Spôsob tejto interpretácie dobre demonštruje Freudova kniha *Štúdie o hystérii* (preklad 1947). Princíp neutrálneho a nemoralizujúceho postoja s intenzívnym záujmom o pacienta a dlhodobým venovaním sa mu je zaiste hlavným činiteľom efektu psychoanalýzy. Ich terapeutické úspechy sú dosť malé. [Eysenck (1963) nenachádza signifikantný rozdiel medzi efektom psychoanalýzy oproti možnostiam spontánnych remisií, táto jeho štúdia bola však opätovne vážne napadnutá.]

Freud priniesol do psychoterapie mnohé cenné pozorovania a upozornenia (na základe intenzívneho klinického pozorovania). Pozitívne treba hodnotiť zaiste pozornosť, ktorú venoval faktu konfliktu i včasným detským zážitkom. Má zásluhy na tom, že sa psychoterapia intenzívne študovala. Ale jeho základné princípy s celým animistickým obrazom duševného života človeka sú veľmi hrubou a nepreukázanou hypotetickou konštrukciou. A tak už v lone psychoanalýzy vznikajú známe odklony od Freuda a jej dnešná podoba obsahuje aj mnohé odlišnosti (neofreudizmus).

Neofreudizmus zahrnuje viaceré formy modifikácie psychoanalýzy. Najvýznamnejšiu skupinu predstavujú azda autori tzv. ego-analýzy, ako D. Rapaport, H. Hartman, Erikson a ďalší. Berú oveľa viac do úvahy súčasnú situáciu pacienta a jeho bežné psychologické funkcie (senzorika, myslenie, motorika atď.) — ako tzv. ego-funkcie, ktoré spoludeterminujú správanie okrem nevedomých determinánt. Originálne Freudove predstavy rozširujú teda o poznatky všeobecnej psychológie a psychický život neponímajú len ako produkt inštinktívnej energie. Významná úloha sa prikladá motívom a emóciám. Vonkajšie i priamo sociálne podmienky sa zúčastňujú na formovaní duševného života tak v norme, ako aj v patológii. Podľa Rapa-

porta tvorí človek so spoločnosťou jednotu, v rámci ktorej sa navzájom ovplyvňujú. Zároveň sa, pravda, dáva istá autonómia inštinktívnym a pudovým tendenciám, ktoré sú energetickým činiteľom psychiky.

Sociokultúrny prístup je viac zdôraznený v modifikácii Karen Horneyovej. Podľa nej je väčšina ľudského správania získaná učením vo vzťahu k sociálnemu a kultúrnemu prostrediu, pričom aj konflikty pokladá za kultúrne determinované. Neurotické správanie je podľa nej charakterizované rigiditou a kompulzivitou, ktorá sa vyvíja už od detstva, a preto hovorí o charakterových neurózach. Negatívne správanie voči deťom spôsobuje vznik tzv. základnej (bazálnej) anxiety a na tomto základe sa vyvíja sklon k neurotickému spôsobu riešenia konfliktov. Pritom anxieta, úzkosť je pilierovým bodom jej teórie. Anxietu a obrany budované proti nej pokladá za základný faktor, spoločný všetkým neurózam. Základnú úzkosť charakterizuje ako pocity a obavy „pred izoláciou a bezmocnosťou v potenciálne hostilnom svete". Perzistencia patologických príznakov spočíva na bludnom kruhu: pre pocit bezmocnosti sa stáva indivíduum menej výkonným a tým, že je menej výkonné, sa zasa cíti viac bezmocné. Preto pripisuje veľký význam pocitu emocionálnej istoty a redukovaniu strachu, čo je dôležité aj v terapii, kde sa potom výklad robí v zmysle takto postavenej teórie.

Otto Rank zaviedol pojem „frustrácie z narodenia" ako najväčšej ľudskej frustračnej skúsenosti. Základnými charakteristikami správania sú podľa neho impulzy, vychádzajúce z biologických pudov, ako hlad, sex, smäd a afekty pre negatívne odpovede, ako strach, vina, zlosť. Indivíduum má strach z izolácie, odmietania, zo straty lásky, zo zlyhania. S postupujúcim vývinom sa vyvíja sebavedomie a vôľa, ktorej pripisuje veľký význam a hovorí o tzv. *„vôľovej terapii"*. Neurotikom sa stáva človek práve preto, že zlyháva racionálno-vedomá, vôľová kontrola. V terapii musí byť potom posilnený systém vôle a tým aj celý spôsob myslenia o sebe, pretože neurotik je hyperkritický voči sebe a cíti sa slabý a zlý. Pocity viny sa musia redukovať a na ich miesto navodiť pozitívne city, pričom pacient musí získať sebadôveru a schopnosť usmerňovať vlastné správanie i brať zaň zodpovednosť. Vyžaduje od pacienta istú aktivitu, a to hlavne v smere vôľových činností.

Je zrejmé, že popri zástancoch modifikovanej psychoanalýzy existujú aj dodnes (hlavne v USA) i prívrženci klasickej psychoanalýzy. V terapii nevytvorili neofreudisti osobitné metodické postupy. Od klasickej psychoanalýzy sa líšia predovšetkým tým, že ciele psychoterapie a jej náplň formulujú viac v bežných psychologických pojmoch (napr. Rapaport alebo Horneyová) a v spôsobe interpretácie symptómov. Je potom pochopiteľné, že v súčasnej psychoanalýze nedosahujú psychoanalytici jednotu v inter-

pretácii toho istého materiálu. V tomto smere napísal nedávno zaujímavú štúdiu Ph. Seitz (1966). Dal piatim psychoanalytikom interpretovať materiál z psychoanalytických rozhovorov s jedným z pacientov v úsilí dospieť k spoľahlivejšiemu spôsobu interpretácie dát interview. Pokiaľ ide o súhlas, boli výsledky úplne negatívne („strongly negative") napriek tomu, že každý posudzovateľ čítal interpretácie ďalších členov skupiny, nevediac, pravda, meno posudzovateľa. Dosiahnuté závery demonštrujú potom kritické stanovisko k značne subjektívnemu spôsobu interpretácie dát rozhovoru. Subjektívnosť interpretácií je, samozrejme, len jednou stránkou psychoanalytickej psychoterapie. Podstatným bodom jej kritiky sú viaceré nepreukázané hypotetické konštrukcie v základných východiskách tejto teórie.

Jung a Adler sa oddelili od Freuda ešte za jeho života a založili vlastné školy. Podľa Junga je libido akási nediferencovaná životná energia. Nevedomie zahrnuje nielen potlačené žiadosti, ale aj vrodené skúsenosti „rasy" vo forme tzv. archetypov. Nevedomie tým dostáva u neho charakter kolektívneho nevedomia. Symbolizmy pokladal za prejav primitívneho myslenia. To sú hlavné body odlišnosti od Freuda v oblasti psychologickej teórie. Cieľom terapie je podľa Junga objasniť pacientovi jeho súčasný primitívny prístup a znovuusmerniť energiu tým, že sa integruje minulé s prítomným. Za významné treba pokladať, že pracoval aj v psychoterapii schizofrénie (bližšie pozri Syřišťová, 1965). Jung je však v psychológii viac známy rozpracovaním asociačného testu a vyčlenením typov introvertov a extrovertov ako svojou psychoterapiou. Práve introverzia a extroverzia sa potvrdili ako osobnostné dimenzie.

Alfred Adler sa odlišuje od Freuda v koncepcii základných ľudských pudov, za ktoré pokladá tzv. ego-motívy. Ide konkrétne o túžbu byť významným, mať moc, o prestíž v sociálnej, ekonomickej a sexuálnej oblasti. Keďže život človeka sa začína štádiom detskej bezmocnosti, je tým daná možnosť, aby u každého človeka vznikol pocit menejcennosti. *Komplex menejcennosti* (Minderwertigkeitsgefühl) pokladá za základ neuróz. Preto sa psychoterapia začína štúdiom individuálneho štýlu života vo včasnom detstve, v rodine; rozoberajú sa pacientove ciele, záujmy, želania. Pri zdôraznení detstva mal Adler a jeho náuka vplyv na zakladanie detských poradní, ináč sa však jeho náuka v psychoterapii veľmi neujala a postupne zostali z nej skôr isté všeobecnejšie prijímané názory (hlavne pocit menejcennosti sa stal veľmi populárnym), ktoré sa miestami uplatňovali vo výchove, resp. reedukácii (pozri Čečetka, 1936). Za návrat vo využívaní jeho názorov v psychoterapii u detí sa prihovárali niektorí detskí psychiatri.

Sullivan vyzdvihuje zhodne s Learym význam interpersonálnej

situácie pacienta a zdôrazňuje dva základné motivačné činitele ľudského správania: *potrebu uspokojenia a potrebu bezpečnosti.* Osobnosť je v podstate súborom interpersonálnych vzťahov a jej črty sú výsledkom opakujúcich sa interpersonálnych situácií. Hlavnými zdrojmi neistoty a úzkosti — ktoré sú podstatou neurózy — je nemožnosť uspokojiť potreby alebo nemožnosť uspokojiť ich určitým spôsobom. Biologické potreby sú prejavom úsilia o dosiahnutie interakcie s okruhom vonkajších podmienok, ktoré sú určované aj kultúrou. Pojem kultúry je ďalším dôležitým pojmom jeho teórie. Ľudskú bytosť v psychologickom zmysle pokladá totiž za „skultúrnený" ľudský organizmus. Tým sa usiluje o istú integráciu biologického a sociálno-psychologického, ponímajúc potrebu uspokojenia biologicky (uspokojenie hladu, sexu) a potrebu bezpečia sociálno-psychologicky (vyhnúť sa úzkosti, neistote).

Cieľom psychoterapie je naučiť pacienta novému spôsobu uspokojenia v interpersonálnych vzťahoch a základných potrebách a tým vytvoriť u neho adekvátny vzťah k sebe a k druhým ľuďom. V priebehu psychoterapie sa majú pacientovi objasniť vzťahy, ktoré mu spôsobujú nepríjemnosti. Proces psychoterapie potom pokladá za akýsi nový proces akulturácie, v ktorom sa odstraňujú regresívne a autistické prvky pacientovej aktivity. Hlavný dôraz sa pritom kladie na *rozbor a interpretáciu interpersonálnych vzťahov,* ktoré pacient nesprávne (katatýmne) hodnotil, ako aj nevyriešených konfliktov, prameniacich z frustrácie potrieb v interpersonálnych situáciách. Ide teda o zásahy v smere prestavby osobnosti ako súhrnu interpersonálnych vzťahov.

Sullivanova teória je pomerne zložitá a nie všetky body sú dostatočne jasné (parataxia, sublimačná reformulácia), alebo dostatočne operatívne priamo v psychoterapeutickom procese. Podrobnejšie ju u nás opísali Syřišťová (1965) a Drvota (1958). Ďalšiu zaujímavú dynamickú školu založenú na koncepcii o medziľudskej komunikácii vyvíjajú kalifornskí pracovníci z Palo Alto (Bateson, Jackson, Haley a ďalší).[3]

J. L. Moreno je významný aj svojský predstaviteľ dynamickej psy-

---

[3] O škole pracovníkov z Palo Alto referovali u nás napr. Dytrych (1964) a Kratochvíl (1970). Zdôrazňujú ich chápanie psychoterapie vo forme pokusu zmeniť pacientove tzv. metakomunikatívne návyky, v rámci ktorých sa pacientove medziľudské vzťahy riadia jeho symptomatickým správaním, pričom jeho okolie ho v tomto správaní utvrdzuje. Terapeut akceptuje túto formu správania, ale zároveň riadi celú terapeutickú situáciu tak, aby pacient tento spôsob správania zmenil. Za tým účelom terapeut vytvára v rámci psychoterapeutického procesu paradoxné situácie, robí neosobné interpretácie, využíva na to terapeutický vzťah a jeho tzv. dvojitú väzbu a iné nedirektívne manévre.

choterapie a hlavne jej skupinovej formy, kde vytvoril osobitnú metódu *psychodrámu.* Vyšiel z psychoanalýzy, ktorú však považuje za nedokonalú i prekonanú, a to práve skupinovou psychoterapiou. Oproti „psychoanalytickej pohovke" je jeho pacient v „terapeutickom priestore" a v akcii. Základom terapeutického vzťahu je mu nielen prenos, ale aj reálna úcta k psychoterapeutovi. Terapeut plní v psychodráme úlohu režiséra improvizovaných dramatických aktov, v ktorých *pacient prehráva svoje minulé traumatizujúce zážitky a zvýrazňuje svoje priania i fikcie.* S pacientom pracuje terapeutický team, v ktorom okrem režiséra vystupujú pomocní terapeuti, napr. vo funkcii „dvojníka", alter-ega (akýsi hlas svedomia) a pomocní herci, na miesta ktorých nastupujú aj spolupacienti. Všetci vystupujú na terapeutickom javisku a v sále býva prítomné aj publikum. Terapeut má dosiahnuť, aby pacient nielen hral, ale aj skutočne prežíval hrané akcie, ktoré sú koniec koncov výrazom skutočných pacientových zážitkov. V takomto spôsobe „agovania" sa uplatňuje abreaktívny prvok psychodrámy (znovuprežitie psychotraumatických zážitkov). Okrem toho sa využívajú rozličné pomocné prostriedky, ako je výmena úloh, viacerí „dvojníci" a pod. Pomocou výmeny úloh sa vedie pacient k vžívaniu sa do spôsobu myslenia iného človeka, k vcíteniu sa doňho (na čo sa používa špeciálny pojem „tele"), i k videniu seba z iných zorných uhlov. V podstate sa tu teda uplatňuje *princíp emocionálnej katarzie* pomocou improvizovaného dramatického prejavu, ale aj iné princípy.

Metóda psychodrámy je faktickým Morenovým prínosom. Princíp tejto metódy znáša totiž použitie aj s inou náplňou, pričom niektoré pôvodné prvky metódy, napr. výmena úloh sú terapeuticky celkom prijateľné. Ďalšie články jeho teórie — včítane tzv. „sociatrie" (akýsi psychohygienicko-terapeuticky svetový poriadok) — sú však difúzne, nesystematické a zrejme presahujú rámec reálnych možností.

Klinický psychológ C. Rogers položil v dynamike psychického života väčší dôraz na emócie, afekty, pričom jeho teoretický prístup je do značnej miery fenomenologický. Zdôrazňuje *aktivitu indivídua,* zameranosť na cieľ a účelnosť správania, ktoré, pravda, zároveň obsahuje aj „iracionálne" prvky. V poruchách vychádza tiež z konfliktového modelu porúch, ale konflikt nastáva medzi spôsobom hodnotenia indivídua a spôsobom hodnotenia iných ľudí. Ak je správanie ovplyvňované spôsobom hodnotenia iných, vedie k poruchám, kým konanie podľa vlastného systému hodnotenia k poruchám nevedie. Dôsledkom konfliktu je úzkosť, zhodne vyzdvihovaná celým radom autorov. Mnohé nevhodné spôsoby prístupu k sebe — ako napr. ignorovanie niektorých svojich aktivít, nesprávny spôsob sebahodnotenia podľa hodnotenia iných — sa získajú učením. Cieľom terapie je potom hlavne *meniť spôsob hodnotenia seba,* vlastného správania

a okolia, pričom pacient má v sebe schopnosť nájsť správny spôsob hodnotenia. Preto je úloha terapeuta viac pasívna; má pacienta len navádzať otázkami, poznámkami i spôsobom počúvania jeho výkladu, aby sám dospel k primeraným hodnotiacim záverom. Táto situácia je charakterizovaná tézou: pacient to dokáže, on to tiež vie, treba ho len na to navodiť, a nie prístupom typu „terapeut to vie lepšie", ktorý by skôr charakterizoval psychoanalytický štýl výkladov. Terapeut sa zdržuje interpretácií a skôr iba sumarizuje pacientov výklad, čím zrejme niektoré body z neho zdôrazní. Tým je charakterizovaná nondirektívnosť psychoterapeutického postupu (ktorý teda zrejme nespočíva len v súhlasnom „hm-hm" zainteresovane počúvajúceho terapeuta). Naopak, Rogers vyžaduje, aby terapeut vytváral pomienky, ktoré by pacientovi umožňovali meniť samého seba a urobili ho schopným prijímať vlastné správanie. Terapeut je priateľský, pozorný a občas vyjadrí poznámku, ktorá má pacientovi ukázať, že je pochopený. Pritom sa zdôraznia pozitívne citové zážitky a objasnia negatívne. Narastaním pozitívnych aktivít prestáva pacient postupne potrebovať terapeuta — poradcu. Ide teda o typ Client — Centered Therapy. Práve zdôraznením aktivity odmieta pojem pacienta (v angličtine slovo „patient" má význam „trpezlivý") preto, že zahrnuje pasivitu a používa pojem klienta a poradcu.

Pre nondirektívnu terapiu je teda typickou formou činnosti klinicko-psychologická konzultácia, ktorá sa uplatňuje nielen pri klinických problémoch (až po schizofréniu), ale aj u ľudí, ktorí majú osobné alebo interpersonálne problémy. Preto predstavuje jeden zo spôsobov klinicko-psychologickej práce v systéme poradenstva. Ukážkou toho je napríklad tréning rodičov v efektívnej výchovnej starostlivosti, ktorý má charakter skupinovej psychoterapie. Sústreďuje sa na akceptujúci postoj k dieťaťu a na rozbor spôsobov optimálneho riešenia konfliktov medzi rodičmi a deťmi až po možnosť uplatňovať pritom terapiu hrou. Rozpracúva metodiku tréningu optimálnych medziľudských vzťahov, a to nielen v rodine, ale aj v pracovnej skupine (bližšie pozri Hart a Tomlinson, 1970).

Zároveň treba spomenúť, že rogersovská psychoterapia zaznamenala určitý vývin. Hart (Hart, Tomlinson, 1970) ho člení na tri etapy a hovorí o nondirektívnej, reflexívnej a „zážitkovej" (experiential) psychoterapii. Klasické sústredenie sa na klienta s vierou v jeho možnosti a vnútornú silu charakterizuje prvú etapu. Neskôr sa však už zdôraznila aktívnejšia úloha psychoterapeuta (vrátane požiadaviek na jeho osobnostné vlastnosti) a veľa pozornosti sa venovalo štúdiu procesu psychoterapie. Okrem toho súčasný vývin charakterizuje intenzívna skupinová aplikácia rogersovskej psychoterapie.

Zdôraznenie aktivity pacienta treba zaiste pokladať za klad Rogersovho

prístupu najmä pri porovnaní s psychoanalýzou. Negatívnou stránkou je zanedbávanie klasifikácie porúch až zaznávanie diagnózy. Teoreticky je jeho pohľad holistický, pričom kladie dôraz na pozorovanie a koncepciu, a nie na metódu a analýzu. Až v ďalšom vývine sa rozpracovali skupinové techniky, ale hlavný dôraz zostal na samom procese psychoterapie a na nových zážitkoch, ktoré je schopný sprostredkovať. Aj keď niektorí autori (in Gottschalk a Auerbach, 1966) uvádzajú, že stúpenci Rogersa sa blížia psychoanalytickému postupu, tak pôvodný, ako aj ďalší vývin tohto smeru to nepotvrdil. Vo svojom prístupe ku klientovi alebo k pacientovi a k jeho poruchám si uchovali podstatné odlišnosti od prístupu neofreudistov. U niektorých autorov nájdeme skôr existenciálne prvky, ktoré sú z hľadiska kritického hodnotenia tohto smeru podstatnejšie. Z hľadiska kritiky tvorí osobitný problém aj podriadenie správania kritériám sebahodnotenia, najmä ak sa domyslí do dôsledkov v súvislosti s možnými psychopatickými črtami klientovej osobnosti.

2. Psychobiologická teória

Psychobiológia, a to počínajúc už poňatím jej autora — Adolfa Meyera — sa usiluje integrovať psychologické a biologické do jednotného pohľadu. Vyžaduje potom liečbu celej osobnosti na základe podrobne vypracovanej dynamickej diagnózy, ktorá zahrnuje tak biologické, ako aj psychologické a sociálne dáta (Noyes, 1956).

V psychoterapii zdôrazňuje postup vo forme tzv. distributívnej analýzy a syntézy, žiadajúc pritom, aby pacient sám bol aktívny. Pod vedením terapeuta má pacient analyzovať postupne relatívny význam rozličných faktov, situácií a reakcie na ne, ktoré mohli byť dôležité pri vzniku emocionálnych problémov pacienta. Proces diagnostického rozhovoru prechádza teda plynule do psychoterapeutického pohovoru. Vo svetle tejto analýzy sa ukážu ťažkosti pacienta ako logický dôsledok a prirodzený produkt jeho minulého spôsobu života. Okrem toho uznáva aj reedukáciu, re-tréning i rehabilitačné činnosti.

Distributívna analýza a syntéza sú najbližšie — ak si odmyslíme niektoré biologizujúce prvky tejto teórie, ktoré tu ani nerozoberáme — k postupom racionálnej psychoterapie typu intenzívnej systematickej psychagogiky. Pritom sa predpokladá, že objasnením špeciálnych problémov a získaním nového náhľadu na základe urobenej syntézy faktov (ktoré mohli vplývať na pacientovu istotu a sociálnu adaptáciu) sa dosahuje reintegrácia osobnosti na základe vzrastajúcej vnútornej vyrovnanosti. A tak sám

postup tejto psychoterapie má isté nosné prvky pre prax racionálnej psychoterapie.

3. Existenciálna analýza a logoterapia

Ford a Urban (1965) hovoria priamo o existenciálnej psychoanalýze, čím charakterizujú dve stránky tohto smeru: 1. aplikáciu existenciálnej filozofie na problémy psychopatologických porúch a ich liečbu, 2. analytický spôsob pohovoru s odlišnou náplňou interpretácie ako v psychoanalýze. Okrem „praotca" daseinanalýzy Martina Heideggera a jeho stúpenca psychiatra Binswangera, patrí sem i psychoanalytik M. Boss, ďalej Storch, Minkowski a iní. Nikto z nich nevypracoval osobitnú techniku psychoterapie; ich postup je najbližší bežne používanému psychoterapeutickému rozhovoru. O osobitné a v mnohom pozoruhodné poňatie sa usiluje V. E. Frankl (logoterapia), ktorý rozvinul niektoré parciálne metodické prvky racionálnej psychoterapie (tzv. paradoxná intencia a dereflexia).[4]

Pred daseinanalytikmi nestojí pacient ako človek s istými poruchami, lež predovšetkým so svojimi pocitmi izolácie, samoty, človek so stratou životného zmyslu. Pocity izolácie, samoty alebo prázdnoty sú, pravda, len symbolmi smrti, konečnej ničoty. Vedomie o možnosti straty identity smeruje k tzv. ontologickej anxiete. Okrem toho má človek veľa príležitostí zažívať *životné krízy a existenciálne frustácie,* frustácie potreby životného zmyslu. Situácie kríz a straty životného zmyslu sú prameňom duševných porúch.

Oproti solipsistickej existenciálnej filozofii — podľa Syřišťovej (1965) — odmieta daseinanalytická psychoterapia apriórne konštrukcie a pridržiava sa klinicky pozorovateľných dát, čím sa často viac vzďaľuje od svojho filozofického východiska, než by sa na prvý pohľad mohlo zdať. Symptómy chápe ako špecifický pokus riešiť bezprostredné problémy vlastného života a osobnej duševnej krízy. V terapii potom hlása potrebu priviesť pacienta k prijímaniu zodpovednosti za seba a k prijímaniu vlastnej situácie so slobodou zvoliť si vlastný spôsob života. Osobitné chápanie logoterapie

---

[4] Pri paradoxnej intencii si má pacient priať to, čoho sa obáva. Príslušné situácie si vybavuje vo fantázii. Vzniká potom otázka, aké mechanizmy sa zúčastňujú na účinnosti tohto postupu, keďže samo vybavovanie situácií strachu vo fantázii sa nejaví dostatočne účinné (pozri IX. kapitolu).

Základom tzv. dereflexie je odpútať pozornosť iným smerom, čo sa využíva v psychoterapii častejšie. (Frankl vyčleňuje aj osobitný druh neuróz, tzv. noogénne neurózy práve v súvislosti s potrebou životného zmyslu.)

V. E. Frankla rozviedol u nás S. Kratochvíl (1961) a opísal aj hlavné rozdiely medzi daseinanalýzou a existenciálnou analýzou (1970).

4. Systém sovietskych autorov

Popri rozpracovaní podmieňovacej liečby alkoholizmu prevláda v systéme sovietskych psychoterapeutov rozvoj racionálnej a sugestívnej psychoterapie, pričom možno spomenúť mená: Platonov, Miasiščev, Volpert, Lebedinskij, Bechterov, Chalecký, Strelčuk, Zinoviev, Boldyrev, Sviadošč a iní.[5]

V racionálnej psychoterapii sa vyžaduje, aby bola *etiopatogenetická,* t. j. aby vychádzala z celkového psychologického a psychopatologického chápania osobnosti a porúch, pričom sa musí brať do úvahy celá osobnosť chorého a jeho sociálna existencia. Vo vlastnom psychoterapeutickom postupe sa potom kladie dôraz na klarifikáciu, objasňovanie a osvetľovanie príčin vzniku choroby a etiopatogenézy jednotlivých porúch.

Proces psychoterapie pozostáva — podľa Volperta (pozri Hausner, 1959) — zo štyroch základných etáp:

1. etapa tzv. ochrannej psychoterapie, v ktorej ide o nadviazanie kontaktu a exploráciu pacienta,
2. etapa objasňujúcej psychoterapie, pozostávajúca z rozhovorov s vlastnou klarifikáciou,
3. etapa prestavby postojov a vzťahov, tak ako vyplynuli z explorácie a objasňovania príčin porúch,
4. etapa tréningu — „trenirovky" — s priamym nácvikom nových vzťahov, postojov, prípadne stereotypov.

V patogenéze sa zdôrazňuje *geneticko-historický princíp* oproti aktuálnym podnetom v zhode s marxistickou metodológiou v psychopatológii. Z Pavlovovej náuky sa nepreberá priamo princíp podmieňovania, ale spôsob výkladu terapeutických mechanizmov v súvislosti s mechanizmami porúch vyššej nervovej činnosti. Značný dôraz sa kladie na emócie,

---

[5] Podrobný opis sovietskej psychoterapie podal u nás Hausner (1959). Psychológovia sa nepričinili osobitne o jej rozvoj (Miasiščev má dvojodborovú orientáciu), čo súvisí s charakterom rozvoja sovietskej psychológie. Medzi aplikačnými psychologickými disciplínami sa totiž venovala najväčšia pozornosť pedagogickej psychológii (porov. Brožek, 1964). Samy princípy reflexnej teórie sa prevažne chápali ako interpretačný, výkladový princíp, ktorým sa vysvetľovali mechanizmy sugestívnej alebo aj racionálnej psychoterapie a psychoprofylaxie (porov. Platonov, 1953 a Tarejev, 1953).

emotívnu korekciu i preventívny aspekt vyjadrený v psychoprofylaxii. *Praktické úlohy psychoterapie* sa potom dajú zhrnúť — podľa Platonova — takto:

1. Explorácia konkrétnych príčin, ktoré vyvolali poruchy, a faktorov, ktoré prispievajú k ich udržiavaniu.
2. Odstrániť vplyvy patologických faktorov a sprievodných negatívnych emócií.
3. Likvidovať funkčné poruchy a normalizovať stereotypy.
4. Odstrániť dočasné patologické spoje a vytvoriť adekvátne vzťahy medzi kôrovými procesmi.
5. Napomôcť adaptáciu na vonkajšie podmienky.
6. Dosiahnuť vedomú a emotívnu korekciu za pomoci prevýchovy pacienta.
7. Profylaxia budúcich zlyhaní hlavne prevenciou novej psychickej traumatizácie.

Pri zmene stereotypov sa môžu využívať aj hypnotické metódy. Platonov (1956) ilustruje takúto zmenu napr. na nasledujúcej kazuistike:

Išlo o 31-ročnú ošetrovateľku, ktorá nebola schopná meniť stereotypy pri presťahovaní sa z rodiska do nového bydliska, hoci tu už žila 9 mesiacov. Prejavovala neurotické poruchy, ako nepokoj, nedôverčivosť, strach v dome, stiesnenosť, obavy z oslepnutia, ktorých genéza súvisela s týmto presťahovaním a vznikla v dôsledku neschopnosti adaptovať sa na novú situáciu. V priebehu niekoľkých rozhovorov sa podarilo prestavať predtým zafixované zložité stereotypy a napomôcť adaptáciu na nové prostredie, čím vymizli aj uvedené ťažkosti. Pri katamnestickej kontrole po dvoch rokoch sa zistilo, že po celý čas bola úplne zdravá, bez ťažkostí a celkom primerane adaptovaná na nové prostredie.

Osobitné a psychologicky zaujímavé poňatie prináša k racionálnej psychoterapii V. N. Miasiščev (1957, 1959, 1961). Rozvíja tzv. *psychológiu vzťahov,* ktorá skúma človeka ako osobnosť rozvíjajúcu sa vo vzťahu k mnohostranným podmienkam skutočnosti. Vzťahy, ktoré pokladá za „integrálny systém výberových vedomých spojení (svjazej) osobnosti s rozličnými stránkami objektívnej skutočnosti, vyvierajú z celej histórie jej rozvoja a určujú vnútorne jej činy a zážitky" (1957). Pojem vzťahu chápe teda široko; zahrnuje potreby, záujmy i emocionálne a právne vzťahy.

Poruchy vzťahov hrajú potom príčinne patogénnu úlohu pri vzniku neuróz, ale zároveň v rade psychiatrických ochorení môžu byť poruchy vzťahov i dôsledkom ochorenia, čo platí zrejme viac pre psychózy, kde

„s regresom osobnosti sa mení individuálny spôsob vzťahov". Prameňom psychickej traumatizácie, ktorú uznáva ako genetický faktor porúch, i príčinou chorobnej reakcie na ťažkosti života môže byť aj egocentrizmus, alebo nedostatočne kritický vzťah k sebe. Nesprávny citový vzťah k vonkajším javom vo forme katatýmneho spracovania vnemov býva tiež jednou z konkrétnych psychologických príčin chorobnej reakcie.

Hlavnou úlohou psychoterapie, alebo tzv. hlbokej racionálnej terapie — ako ju on nazýva — je potom prepracovanie vzťahov v uvedenom širokom chápaní. V konkrétnosti ide priamo o zmenu vzťahov a postojov ku skutočnosti i k predchádzajúcim skúsenostiam. Treba pritom brať do úvahy celú osobnosť a usilovať sa ju pochopiť, študovať podrobne skúsenosti a hlavne vzťahy a postoje chorého a zmenou vzťahov dosiahnuť integráciu jeho osobnosti.

Princíp klarifikácie v psychoterapii zdôrazňuje vedomý rozbor vlastného stavu situácie a príčin porúch pacienta. Je to postup široko zameraný na celú osobnosť, na jej emócie a osobné problémy, vyznačujúci sa humanistickým prístupom k chorému, vytvorením kladného chápajúceho vzťahu k nemu so zameraním aj na predchádzanie možným zlyhaniam v budúcnosti. Preto sa spája psychoterapia aj s psychohygienickými zásadami, resp. psychoprofylaxiou.

Práve vo vlastnej metóde psychoprofylaxie (najmä i pri psychoprofylaktickej príprave bezbolestného pôrodu — Nikolajev, Veľvovskij), podobne ako aj v hypnóze, sa veľmi široko používajú pavlovovské interpretácie na objasňovanie mechanizmov ich terapeutického pôsobenia. Z tohto hľadiska však pokladáme za významnejšie, okrem priamej podmienenej terapie alkoholizmu, Kupalovove a Pšonikove teoretické vývody.

Pri vzniku neuróz nepokladajú Kupalov a Pšonik za podstatný predpoklad chorobnú funkciu samých buniek, lež predovšetkým vytvorenie nenormálnych nervových spojov. Okrem porušenia rovnováhy základných procesov vyššej nervovej činnosti považujú za podstatné pre vývin neurózy podmieneno-reflexné upevnenie danej poruchy funkcie kôry priamo podnetmi prostredia, bez čoho sa neuróza nevyvinie. Na druhej strane neuróza sa môže vyvinúť len *vypracovaním a upevnením patologických podmienených reflexov,* čo označujú za druhú fázu vývoja neurózy. Ak nevznikne táto druhá fáza, neuróza sa nevyvinie. Jej vývin sa, pravda, často začína priamo druhou fázou. Uvádza sa teda možnosť vypestovať neprimeraný typ reakcie pomocou podmieňovania, pričom kritérium neprimeranosti pokladal aj Pavlov za dôležitý znak neurózy, resp. experimentálnej neurózy (1952).

Uvedené chápanie sa najviac blíži k teoretickým predstavám teórie učenia o vzniku neurotických reakcií.

Druhá časť

PSYCHOTERAPIA A TEÓRIA UČENIA

III. KAPITOLA

NÁČRT TEÓRIE UČENIA

Teoretické otázky psychológie učenia a opis teórií učenia boli rozvedené v predošlej práci autora (1964) a medzitým vyšla u nás kniha J. Linharta (1965) o psychologických otázkach teórie učenia. Preto sa možno obmedziť len na náčrt tejto problematiky v takom rozsahu, ktorý je nevyhnutný pre plynulé sledovanie ďalšieho textu knihy. Trochu viac pozornosti sa venuje princípom, o ktoré sa psychoterapia učením opiera a osobitne sa rozoberajú problémy vyhasínania, odúčania, eliminácie reakcií jednak preto, že sa v spomínaných prameňoch nerozvádzajú a jednak pre bezprostrednejší teoretický súvis tejto problematiky s terapeutickým odstraňovaním neprimeraných, resp. chorobných príznakov.

1. Základné problémy teórie učenia

Hneď na začiatku treba zdôrazniť, že pojem učenia sa tu chápe v širšom poňatí, než bolo jeho staršie používanie, ovplyvnené klasickými pokusmi Ebbinghausa. Ebbinghaus robil pamäťové experimenty, pokusy s učením slovného bezzmyselného materiálu, bezzmyselných slabík. Z toho zostala niekedy tendencia zužovať pojem učenia na kognitívnu oblasť, na osvojovanie vedomostí. Kognitívne učenie je však iba jedna oblasť problematiky učenia, ten úsek, ktorý študuje predovšetkým pedagogická psychológia. Pojem učenia sa v súčasnej psychológii chápe širšie. Učeniu sa pripisuje formatívna funkcia vo vývoji osobnosti a chápe sa — ako uvidíme — aj ako činiteľ pri vzniku neurotických a iných porúch. Ide o *adaptačné poňatie učenia*, ktoré presahuje rámec úmyselného učenia naspamäť. Poníma sa ako proces získavania, osvojovania a fixácie tak skúseností, ako aj návykov a reakcií, a to v rámci interakcie organizmu s prostredím pri spolupôsobení vonkajších a vnútorných faktorov organizmu. Výsledkom procesu učenia sú zmeny v správaní a aktivite. Je to „základný regulačný proces

formujúci činnosť a psychické vlastnosti človeka" (Linhart, 1965 — porov. str. 46 a n.). Je pochopiteľné, že oblasť učenia je jednou z veľmi intenzívne skúmaných oblastí v psychológii.

Pri pojmovom vymedzovaní učenia sa vynárajú viaceré otázky. Jednou z nich je aj otázka vzťahu medzi učením a podmieňovaním. Z pokusov na zvieratách sa totiž vyvodili viaceré spoločné zákonitosti a spoločné charakteristiky učenia a podmieňovania. Medzi takéto patria napr. princíp posilnenia, vyhasínania alebo podnetovej a odpoveďovej generalizácie. Tak vznikla — dnes už celkom bežná — tendencia podraďovať pojem podmieňovanie pod pojem učenia, ako pod širší pojem (porov. Hilgard a Marquis, 1940). Súvisí to, samozrejme, s rozširovaním náplne pojmu učenia, ku ktorému došlo v americkej psychológii oproti užšiemu chápaniu v európskej psychológii, čo je jedno z hľadísk, nastoľujúce otázky prípadnej diferenciácie týchto pojmov. Druhé hľadiska súvisí s vývojom náuky o podmienených reflexoch v rámci neurofyziológie, kde klasické podmieňovanie bolo predovšetkým metódou štúdia neurofyziologických zákonitostí. Oproti tomu v anglosaskej psychológii sa zdôraznil ako podstatný princíp podmieňovania princíp kontinguity (styčnosti), namiesto pojmu reflex sa začal používať širší pojem reakcia a Skinnerove pokusy sa zaradili tiež pod pojem podmieňovanie, hoci sa tu alternatívne používa aj pôvodný pojem operačné učenie (napr. Lawson, 1960).[6]

V súvislosti s discentným poňatím sa javí dôležité podčiarknuť väčšiu zložitosť ľudského učenia a v rámci toho poukázať aj na rozdiely medzi klasickým podmieňovaním a učením, a to z hľadiska kategórií ľudského učenia. Tentatívne sa tu dajú vyznačiť tieto rozdiely:

1. *Rozdiely v úrovni aktivity a v genetickej úrovni.* Ľudské učenie zahrnuje zložitejšie formy správania, aktívny výber odpovedí, informácií

---

[6] V predošlej práci (Kondáš, 1964) sme vyzdvihli neurofyziologický interpretačný dosah náuky o podmienených reflexoch a uviedli sme Pavlovove názory na totožnosť a rozdielnosť medzi učením a podmieňovaním. Podmieňovanie sme ponímali v podstate ako podmieňovanie klasické, pavlovovské, kým inštrumentálne podmieňovanie, skinnerovské sme už chápali ako učenie (ako elementárnu formu učenia s tým, že tvorí akýsi prechod medzi podmieňovaním a učením, keďže obsahuje fázu učenia pokusom a omylom a v terminálnom štádiu sa dá osobitne vyznačiť fáza podmieňovania podľa kritéria kontinguity). Tak sme potom vyznačili niektoré rozdiely medzi klasickým pavlovovským podmieňovaním a učením, počínajúc už operačným učením. Riešenie tejto otázky je zložité už aj vzhľadom na možné experimentálne prechody medzi oboma procedúrami (napr. Miller, 1966) i vzhľadom na to, že existujú niektoré reakcie — ako napr. bioelektrická aktivita kože, KGR alebo srdcová činnosť — ktoré sa dajú zmeniť len pomocou postupu klasického podmieňovania, kým napr. pri zmenách v kognitívnej oblasti uvažujeme o učení s úplnou samozrejmosťou.

a manipuláciu so skúsenosťami (úroveň aktivity), kým klasické podmieňovanie predstavuje prispôsobovanie sa prevažne na úrovni reaktivity.

2. *Rozdiely v charaktere a komplexnosti R.* Podmienené reflexy sú reakciami najmä z okruhu autonómnych odpovedí a majú charakter mimovoľných R, kým pri učení (počínajúc už operačným učením, ktoré sa začína zhruba okruhom skeletálnych R) ide okrem motorickej úrovne o verbálnu, kognitívnu, resp. konceptuálnu úroveň, učenie zasahuje aj oblasť úmyselného konania, pričom zmeny navodené učením majú komplexnejší ráz.

3. *Rozdiely v stabilite R.* Učením získané reakcie majú stálejší charakter v porovnaní s dočasným charakterom podmienených reflexov.

4. *Rozdiely vo frekvencii posilňujúcich činiteľov.* Pri pavlovovskom podmieňovaní stále, pri skinnerovskom operačnom učení intermitentné posilňovanie.

Spoločné znaky učenia a podmieňovania sa v psychologickej literatúre často vyzdvihujú, hoci samozrejme, nechýbajú ani poukazy na diferencie (napr. už Hilgard a Marquis, 1940 alebo Woodworth a Schlosberg, 1959). V tejto práci sa vyžadovalo — a to už vzhľadom na jej zameranie, ako aj vzhľadom na určitý „zootropný" charakter S—R teórií učenia — zdôrazniť zvláštnosti ľudského učenia ako geneticky zložitejšieho pochodu.

Pojem *„operačné učenie"* sa používa — ako vidíme — alternatívne s pojmom inštrumentálne podmieňovanie. Podstatným znakom pre pokusy s operačným učením je, že zviera musí vykonať istú operáciu a až po jej výskyte nasleduje posilnenie. Takouto operáciou je napríklad stláčanie páčky v Skinnerovej skrinke učenia, alebo zobanie holuba, ktoré je v istých intervaloch posilnené (zrnom). Frekvencia zobania sa tým zvýši a upevní. Pri pavlovovskom podmieňovaní nasleduje oproti tomu posilnenie v tesnom časovom vzťahu po podmienenom podnete. Tieto časové vzťahy treba prísne dodržiavať.

Reakcie, ktoré vznikli pri operačnom učení, tiež vyhasínajú. Ich vyhasínanie závisí od vzorov frekvencie posilnení. Všeobecne však prejavujú väčšiu stálosť proti vyhasínaniu ako klasické podmienené reflexy. Najmä pri rozloženom, intermitentnom posilňovaní sú operačné reakcie značne odolné voči vyhasnutiu. To, že sa musí urobiť rad operácií, kým nastane odmena, je typickým znakom operačného učenia. Prirodzený analogón tejto situácie je odmena vo forme platu po istom množstve pracovnej činnosti (Skinner, 1953). Z psychologického hľadiska je pri operačnom učení významná tá skutočnosť, že je blízke formám ľudského správania v bežných každodenných situáciách.

Sú to vlastne *špeciálne typy operačného učenia.* Pri únikovom učení

(escape learning) sa používa nociceptívny podnet (bolesť) a jeho trvanie je zároveň posilňujúcim činiteľom únikovej reakcie. Vyhýbacie učenie (avoidance learning) je taký postup, pri ktorom subjekt namiesto vykonávania reakcie (R), ktorú vyvoláva nociceptívny podnet (P), robí také R, ktoré zabraňujú výskytu podnetu. To znamená, že sa pred P musí predradiť nejaký „varovný" signál. Ak sa takýmto spôsobom podmieňuje strach, varovný signál sa stane prvkom redukujúcim strach, čo má už bezprostredný dosah pre experimenty s psychoterapeutickým zameraním. Ako uvedieme v ďalšom, tento postup sa skutočne využil pri terapeutických pokusoch na zvieratách.

Okrem uvedených foriem učenia, ktoré rozpracoval Skinner, patrí medzi základné formy učenia *učenie pokusom a omylom*. Známe pokusy s touto formou učenia robil Thorndike. V špeciálnej skrinke učenia príde zviera na riešenie na základe náhodných pokusov, keď úspešné úkony sú posilnené. Na základe týchto experimentov Thorndike odpovedá na otázku, ako sa vytvoria, resp. osvoja určité reakcie, svojím zákonom cviku a účinku.

Zákon cviku tvrdí, že opakovaním určitého aktu sa posilní spojenie medzi podnetom a reakciou, a reakcia sa potom uchováva ako výsledok opakovania. Tým sa predpokladá, že podstatným činiteľom pri učení je častosť výskytu učených reakcií. Túto skutočnosť formuloval už pred Thorndikom Watson ako *faktor frekvencie*. Okrem frekvencie zdôrazňoval však Watson aj čerstvosť reakcie (tzv. teória frekvencie a čerstvosti). V teórii učenia sa diskutuje aj o ďalšom faktore, a to o *primárnosti* (primacy, pervonačaľnyje sviazi). Kým prvý činiteľ vyzdvihuje významnosť posledných, čerstvých zážitkov pre to, ako bude vyzerať aktuálne správanie, podľa druhého sú významnejšie prvé zážitky (prvotná formulácia). Psychologické pokusy ukazujú, že je potrebné počítať s oboma činiteľmi a zároveň počítať aj s faktorom frekvencie a intenzity reakcií, pričom sama frekvencia sa javí významnejším činiteľom v začiatočných fázach formovania návyku.

V oblasti psychológie súvisí s problémami významnosti činiteľa čerstvosti a primárnosti otázka dosahu včasných detských skúseností na neskoršie správanie a na poruchy, o ktorej sa často diskutuje, najmä v psychoanalýze a v dynamicky orientovaných smeroch.

Thorndikov činiteľ frekvencie zahrnuje teda len jedného činiteľa učenia, čo je dôležité poznamenať i vzhľadom na metódu negatívnej praxe (pozri ďalej). On sám kládol väčší dôraz na *zákon účinku*. Tento zákon hovorí o uchovaní tých aktov, ktoré boli odmenené, alebo spôsobili uspokojenie. V prípade, že po vyskytnutí reakcie nenasleduje ani odmena, ani trest, má

takáto R tendenciu nevyskytovať sa. Tento zákon bol často kritizovaný. Najpádnejšia námietka sa týka kritéria „uspokojujúceho sledu" (Woodworth, Schlosberg, 1959). Znakom „uspokojujúceho sledu" je, že odpoveď sa opäť vyskytne, čím vzniká argumentácia v kruhu. Kladný význam zákona účinku spočíva v postihnutí určitých javov zákona posilnenia.

Medzi autorov, ktorí tento zákon odmietajú, patrí Guthrie so svojou teóriou styčnosti, ale aj Skinner, ktorý opäť zdôraznil činiteľa frekvencie. Sila odpovede je podľa neho proporcionálna frekvencii jej výskytu, ovplyvňovanej intermitentným posilnením.

C. L. Hull zdôraznil faktor účinku, resp. posilnenia. Jeho teória patrí k najznámejším a v psychopatológii a v psychoterapii učením sa aj najviac využíva. Svoje poňatie spevnenia vyjadril Hull v pojme redukcia pudu, podľa čoho sa niekedy jeho teória nazýva aj *teóriou redukcie pudu* (anglické slovo „drive" — symbol *D* — má, pravda, širší význam ako jeho slovenský preklad „pud").

Podľa Hulla je posilnená a uchováva sa tá reakcia, ktorá umožňuje redukciu pudu, resp. pudového stavu napätia. Okrem primárne posilňujúceho činiteľa — pudu — uznáva aj tzv. sekundárne posilnenie. Hodnotu sekundárne posilňujúceho činiteľa môže mať hocijaký podnet, ktorý bol v nejakom spojení s primárne posilňujúcim činiteľom, alebo má niektoré jeho vlastnosti. (Napríklad sacharín nemá nutritívnu hodnotu, ale svojimi vlastnosťami je sekundárne posilňujúcim činiteľom.)

Učením vznikajú návyky (*H* — habit), ktoré sa vytvárajú v bežných každodenných situáciách. Pri pokusoch s učením treba u každého indivídua počítať s určitou zásobou návykov. Dôležitou premennou je sila návyku, ktorú označuje symbolom ${}_sH_r$ (kde *H* je habit — návyk, *s* — stimul, *r* — reakcia). ${}_sH_r$ je funkciou počtu pokusov v závislosti od podnetovej energie (od sily podnetu). Ďalej závisí od výskytu posilnenia a od faktorov predchádzajúceho učenia. ${}_sH_r$ sa definuje ako „preferovaná odpoveď na danú situáciu".

Efekt učenia závisí, pravda, aj od útlmových činiteľov. A tak ďalším dôležitým pojmom Hullovej teórie je podmienený a reaktívny útlm. Podmienený útlm ${}_sI_r$ (*I* — inhibition) je podobný pavlovovskému, kým tzv. reaktívny útlm I_r vzniká ako dočasný následok hromadenia reakcií a má hodnotu negatívneho pudu. Súčet ${}_sI_r$ a I_r reprezentuje tzv. „všeobecný stav útlmu", ktorý znižuje reakčný potenciál spoja (možnosť výskytu reakcie).

Konečným výsledkom učenia (napr. v rade pokusov) je tzv. efektívny potenciál spoja, označovaný symbolom ${}_sE_r$. Je formulovaný ako výsledok empirickej rovnice, ktorých určil Hull niekoľko. Jedna z týchto rovníc chce vyjadriť základné vzťahy medzi pudom — *D*, negatívnym pudom,

reaktívnym útlmom — I_r, podmieneným útlmom ${}_sI_r$ a vlastnou silou návyku — ${}_sH_r$. V poslednej úprave H. G. Jonesa (Eysenck, 1960) má táto rovnica nasledujúci tvar:

$${}_sE_r = (D - I_r) \cdot ({}_sH_r - {}_sI_r).$$

Takto formulovaná rovnica poukazuje, okrem iného, na to, že narastanie reaktívneho útlmu (čo je dôležitým činiteľom pri metóde negatívnej praxe), alebo narastanie podmieneného útlmu znižuje efektívny potenciál spoja. To znamená, že hromadenie I_r môže smerovať k redukcii nejakého návyku až po jeho úplné eliminovanie.

Redukciou pudu vysvetľuje Hull aj únikové a vyhýbacie reakcie, ktoré sú posilnené tým, že redukujú negatívny pud, ktorým môže byť napríklad strach, úzkosť.

Opierajúc sa o niektoré koncepcie Skinnerovej, Mowrerovej a Hullovej teórie, rozpracoval u nás psychologickú teóriu učenia Linhart. Zdôraznil *kybernetický aspekt v teórii učenia.* Učenie poníma ako regulatívny a formatívny proces, ktorý pôsobí v smere autoregulácie a samoorganizácie. „V procese učenia sa vytvárajú sústavy schopností a charakterových vlastností, ktoré sú spolu s vedomím najvyššími regulatívnymi inštanciami správania človeka" (Linhart, 1965, str. 17). Výsledkom učenia je podľa neho tzv. dynamická štruktúra, pričom „mozog či ľudská myseľ sú tiež štruktúrovaným systémom". V priebehu procesu učenia sa vytvárajú podľa neho v ľudskom mozgu „operačné reaktívne systémy", ktoré pokladá za funkcionálnu fyziologickú bázu učenia. Veľký význam priznáva v procese učenia spätnej aferentácii, ktorá spôsobuje funkcionálne väzby medzi zámerom činnosti a jej konečným výsledkom. Tým je dané, že spätné informácie (vo forme skúseností) pôsobia na priebeh novej činnosti; v tom spočíva *regulačný vplyv učenia.*

Opierajúc sa o názory P. K. Anochina, rozoznáva ešte orientačnú a motivačnú aferentáciu. Orientačná aferentácia prináša informácie o situácii a povahe úlohy. Motivačná aferentácia podmieňuje výber podnetov i reakcií a ovplyvňuje postoje jednotlivca k úlohe alebo situácii učenia. Ďalším činiteľom učenia je anticipácia, ktorá je buď navodená inštrukciou, alebo vzniká v procese učenia.

Významné je, že uvažuje o učení v rámci aktívneho správania človeka. Úlohu aktivizujúcich činiteľov pri učení majú emócie, cieľové zameranie, vplyv zdaru alebo nezdaru (spätná väzba), ako aj silové, časové a významové vzťahy v štruktúre učenia.

Linhartov teoretický rozbor sa týka ľudského učenia, pričom ho analyzuje ako formu aktivity, ako druh správania určitého dynamického systému, aj ako psychologický proces, podobný takým procesom, ako je

vnímanie alebo myslenie. Ako hlavné črty ľudského učenia potom vyznačuje racionálne operácie, programový charakter a „prijatie všeobecných algoritmov riešenia úlohy".

Dôraz na aktivitu, kybernetický prístup a úsilie o syntézu, to sú niektoré pozitívne stránky Linhartovej teórie. Z hľadiska aplikácie v psychoterapii nevenoval pozornosť procesu odstraňovania reakcií, procesu odúčania.

2. Pojem úzkosti v teórii učenia

S pojmom úzkosti sa stretávame vo viacerých teóriách práve pri vysvetľovaní neurotických porúch (napr. Horneyová, existencializmus, Sullivan a iní). Poňatie úzkosti sa v teórii učenia aplikuje tiež na vznik neuróz, je však odlišné od chápania spomínaných autorov. Úzkosť tu patrí k základným pojmom, ktorými sa charakterizuje jeden z dôležitých činiteľov efektu učenia. Jeden z popredných predstaviteľov teórie učenia Hull pripisuje úzkosti funkciu negatívneho pudového činiteľa. Úzkosť chápe ako tzv. sekundárny, učením alebo podmieňovaním získaný „pud" (*D*) a pôsobí teda ako posilňujúci činiteľ. Vyvolávanie anxióznych reakcií zvyšuje hladinu pudu, pričom emočné reakcie sa v tejto súvislosti častejšie zdôrazňujú. Z ďalších teoretikov učenia Spence pripisoval veľký význam zvýšeniu sily pudu pomocou perzistujúcej emočnej reakcie.

Takéto chápanie úzkosti práve v psychopatologickej relácii prijíma široký okruh stúpencov teórie učenia. Pritom v novšej literatúre je dokonca tendencia nepokladať za užitočné osobitné pojmové rozlišovanie úzkosti a strachu, hoci sa v našej psychologickej a psychopatologickej literatúre diferencujú (úzkosť ako neviazaná na objekt, kým strach má známy konkrétny obsah). Z uvedeného je zrejmé, že úzkosť alebo strach pôsobia pri vzniku poruchových reakcií a najmä pri vzniku neuróz ako posilňujúci činiteľ. Pojem úzkosti sa stáva potom dôležitým vysvetľujúcim princípom teórie učenia pri objasňovaní genézy istých porúch. Zdrojom strachu je noxná situácia, podnet ohrozujúci organizmus alebo škodiaci organizmu, v ktorej sa strach prirodzene objavuje a pomocou mechanizmov učenia sa fixuje.

Základnou tézou teórie učenia pri výklade neuróz je téza, že neurotické príznaky sa získavajú učením, a to hlavne prostredníctvom anxiety. Reakcie, vznikajúce učením, nemusia teda mať vždy adaptívny charakter. Učením sa získavajú aj rozličné neprimerané reakcie. Jednoduchým príkladom toho sú zlozvyky. Je však zrejmé, že nik si nebude vedome osvojovať neprimerané reakcie a nemožno tu, pochopiteľne, myslieť na vedomú motiváciu. Ako teda vznikajú neurotické poruchy prostredníctvom mecha-

nizmov učenia? Z povedaného vyplýva, že práve tu sa uplatňuje *úzkosť ako posilňujúci, resp. motivačný činiteľ,* ktorým sa upevňujú, fixujú poruchové reakcie. Časť z nich je priamo sprievodným znakom úzkosti alebo spôsobom, ako sa osoba snaží zbaviť úzkosti. Náhodné neprimerané reakcie sa v situácii anxiety generalizujú. Tieto reakcie sa posilňujú tým, že prechodne redukujú strach. Medzi formy reakcií, ktoré sa vyskytujú pri redukovaní strachu, patria často práve neurotické formy prejavov, pričom záleží na charaktere reaktivity samej osoby, o aký okruh neurotických reakcií pôjde.

Treba mať na pamäti, že vznik neurotických reakcií rozoberáme len z hľadiska zástoja úzkosti pri ich vzniku. Môžu sa tu však spoluzúčastňovať aj iné faktory. Niektorí autori zdôrazňujú napr. napätie, tenziu. Z hľadiska teórie učenia môžeme tohto činiteľa akceptovať. Tenzia nakoniec pravidelne sprevádza stav úzkosti. Platí to až do tej miery, že zníženie napätia, nízka úroveň tenzie je protichodná súčasnému výskytu strachu. Je potom možné uvažovať o tenzii, ako o posilňujúcom faktore neurotických reakcií, či už priamo, alebo v súvislosti so strachom, ktorý sprevádza. Okrem toho, že strach a tenzia sa vyskytujú súčasne, často sa vzájomne podmieňujú. Strach vyvoláva tenziu a tenzia zvyšuje pohotovosť na reakcie strachu (pričom môže mať aj iné príčiny).

Predpoklad, že strach vzniká vplyvom učenia a že je významným činiteľom pri vytváraní neurotických porúch, sa podrobil aj experimentálnemu preverovaniu. Známym príkladom využitia podnetov vzbudzujúcich strach na vyvolanie neurotickej fóbie je prípad 9-mesačného Alberta (Watson a Reynerová, 1920). Fóbia pred krysami — ktorá sa rozšírila aj na ďalšie objekty — sa uňho vypestovala tak, že sa pomocou silného hluku vyvolal strach za prítomnosti krýs (údermi na železnú platňu). Inú formu dnes už známych pokusov použil pri experimentálnych neurózach, vypestovaných pomocou vyvolávania strachu, Masserman (1959), ale z odlišnej teoretickej pozície. Jeho metodické skúsenosti využil Wolpe, ktorý už pristupuje k výskumu vplyvu strachu na vznik neurotických reakcií u zvierat z pozície teórie učenia. Experimentoval s krysami a dospel medziiným k záveru, že strach je viazaný na objekt, pričom tu platia aj kvantitatívne vzťahy medzi množstvom strachu a prítomnosťou objektu strachu. (V prítomnosti objektu strachu zviera odmietalo potravu, vo väčšej vzdialenosti od experimentálnej miestnosti potravu prijalo.)

Ak potom porovnávame chápanie úzkosti v teórii učenia s jej chápaním v iných teóriách, môžeme konštatovať toto: Spoločným znakom je priznávanie účasti tohto faktora pri vzniku neurotických reakcií. V teórii učenia má však strach aj širší dosah negatívneho posilňujúceho činiteľa, pričom pri vzniku neurotických porúch je iba jedným, aj keď dôležitým

činiteľom. Neurotické reakcie môžu byť podmieňované aj tenziou, alebo dokonca nedostatkom učenia (pozri ďalej).

Postavené teoretické predpoklady o zástoji úzkosti a strachu sa preverujú experimentálne i klinicky a vyvodené závery dovoľujú veľmi operatívne využívať manipulácie s faktorom strachu aj v terapii. Vyvolávanie emotívnej reakcie negatívneho rázu sa využíva pri pestovaní averzívnych reakcií, alebo sa terapia priamo zameriava na odstraňovanie alebo redukovanie strachu. Niektoré odlišnosti v prístupe k týmto otázkam sa zrejme vyskytujú a na časť z nich poukážeme pri výklade chápania rozličných predstaviteľov tohto prístupu k terapii. V danom pohľade tvorí problematika úzkosti prechodný mostík k aplikovaniu teórie učenia na oblasť psychopatológie, čo je dôvod, prečo sa tento námet osobitne načrtáva.

IV. KAPITOLA

REDUKOVANIE A ELIMINÁCIA OSVOJENÝCH REAKCIÍ

Hoci pri psychoterapii učením ide o aplikáciu celej oblasti poznatkov psychológie učenia a zákonitosti teórie učenia, často stojí v popredí priamo problém vyhasínania neadaptívnych reakcií. Problém vyhasínania a riešenie všeobecných problémov eliminácie reakcií získaných učením nadobúda tu obzvlášť veľký význam. Preto mu venujeme osobitnú kapitolu, pričom sa jeho rozbor dá rozvrhnúť do troch častí: 1. vyhasínanie, 2. technika trestu, 3. interferencia a recipročný útlm.

1. Vyhasínanie

I. P. Pavlov prvý systematicky študoval jav vyhasínania. Vyhasínanie považuje za *zvláštny druh útlmu* a hovorí o osobitnej procedúre vyhasínania, pomocou ktorej sa postupne stráca účinok podmieneného podnetu. Za najpodstatnejšiu podmienku vyhasínania pokladá vylúčenie posilnení, t. j. opakované vybavovanie predtým vypracovaného podmieneného reflexu bez posilňovania nepodmienených podnetov. Ak sa napr. psovi s vypracovanou podmienenou slinnou reakciou na zvuk metronómu opätovne zapínalo tikanie metronómu, ale bez podania potravy, t. j. bez posilnenia, už v priebehu 7 opakovaní sa znížila slinná sekrécia z 10 na 3 kvapky, pričom sa zároveň predlžovala latentná doba tejto reakcie z 3 na 13 sekúnd (Pavlov, 1952, str. 41).

Pavlov určil i niektoré *zákonitosti a vzťahy vyhasínania.* Napríklad rýchlosť vyhasínania závisí:

1. od pevnosti reflexu; menej spevnené (mladšie) reflexy vyhasínajú skôr ako viac spevnené, staršie,
2. od intenzity nepodmieneného reflexu, použitého pri vypracovaní podmieneného reflexu,
3. od individuality zvierat — pomalšie vyhasínanie nastáva u živých, dráždivých psov.

Pokiaľ ide o intenzitu vyhasínania, narastá ďalším opakovaním a prehlbuje sa aj pri podnete, ktorý už dáva nulový efekt. Okrem toho aj pri intenzite vyhasínania platí *zákon sily podnetu.* Pri vyhasnutí slabšieho podnetu silnejší podnet ešte pôsobí, hoci s menším účinkom, kým pri vyhasnutí silnejšieho podnetu, slabšie podnety už nepôsobia. Ak sa procedúra vyhasínania aplikuje na komplexný podnet, zasiahne vyhasínanie aj jeho zložky. Na toto pozorovanie nadväzuje ďalšie Pavlovovo zistenie o výskyte tzv. primárne a sekundárne vyhasnutých reflexov. Vyhasínanie totiž nastáva „nielen na tom podmienenom reflexe, ktorý bol priamo podrobený procedúre vyhasínania (primárne vyhasnutý reflex), ale i na iných reflexoch, ktoré neboli dotknuté touto procedúrou (druhotne vyhasnuté reflexy)", a to dokonca aj pri tých, ktoré boli napojené na iné podmienené podnety a pri vyšších stupňoch vyhasínania „dokonca i na samých nepodmienených reflexoch" (Pavlov, 1952, str. 44).

Tieto pozorovania viedli Pavlova k záveru, že jav vyhasínania vysvetľuje ako útlmový proces, ako druh útlmu. *Vyhasínanie* potom definuje ako krátkodobú zmenu kladného podmieneného podnetu v záporný, útlmový, v dôsledku jeho opakovaného predkladania bez posilnenia.

Procedúra vyhasínania si vyžaduje dodržiavať stálosť a jednotvárnosť použitého podmieneného podnetu. I nepatrné zmeny v predkladaní podnetu alebo zmeny situácie vyhasínania prechodne zoslabujú alebo i znemožňujú vyhasínanie. Tieto vzťahy, pravda, zapríčiňujú obťažnosť vyhasínania práve pri prirodzených podmienených reflexoch. Okrem toho vyhasnuté reflexy, ak sa neprehlbujú ďalším vyhasínaním, získavajú postupne znova svoju účinnosť (čo sa neskoršie nazvalo spontánne zotavenie). Pri väčšej intenzite vyhasnutia sa dajú obnoviť znovupodmieňovaním.

Z nášho hľadiska zahrnuje potom vyhasínanie niektoré nevýhodné prvky, ako sú:

1. obťažnosť vyhasínania prirodzene vzniknutých reakcií,
2. dočasný, prechodný účinok vyhasínania, jeho labilnosť, jav odtlmenia alebo spontánneho zotavenia.

Pri terapeutickom použití by tým bola daná možnosť recidív.

Práve *možnosť spontánneho zotavenia* pri vyhasnutí ukazuje, že návyky alebo reakcie eliminované touto procedúrou sú vlastne len prechodne redukované a nie sú bezpečne eliminované z repertoáru odpovedí indivídua, pričom treba uvážiť, že v prirodzených podmienkach sa ťažko vylučujú náhodné posilnenia. Procedúra vyhasínania má z hľadiska úvah o aplikácii jej princípov v terapii i ďalšie nevýhody. Jedna z najvážnejších

námietok, ktorá tu z hľadiska teórie učenia prichádza do úvahy, je, že sústavné neposilňovanie odpovedí má do značnej miery charakter frustrácie. Ide tu totiž o odpovede, na ktoré subjekt v súhlase s predošlou skúsenosťou očakáva „odmenu" a toto očakávanie je frustrované, čo môže vyvolávať tenziu. Okrem toho intermitentne posilňované reakcie — akými bývajú aj prirodzeným učením osvojené návyky — kladú ešte väčší odpor vyhasínaniu.

Napriek týmto obmedzeniam má princíp vyhasínania dosah pre konštrukciu terapeutických postupov napr. v zmysle graduovaného zoslabovania neprimeraných návykov a okrem toho tu prichádza do úvahy aj obnovenie aktivity, ktorá v dôsledku dificilného, nedostatočného učenia podľahla prirodzenému vyhasnutiu.

2. Trest a averzívne reakcie

Vyhasínanie je ťažká a zdĺhavá technika a ňou dosiahnuté zoslabenie reakcií je prechodné a musí sa graduálne prehlbovať. Preto sa v psychológii učenia siahlo aj po ďalšej technike, ktorá prichádza do úvahy ako prostriedok na odstraňovanie nežiadúcich reakcií — po technike trestu, ktorá je preferovaná v každodennom živote a najmä vo výchove. Ak sa dieťa správa nežiadúcim spôsobom, je potrestané a podobne spoločnosť trestá jednotlivcov, ktorí sa dopustili deliktov.

Vo výchovnej praxi sa počíta s trestom ako s jedným z prostriedkov na vytváranie uvedomelých zábran. Tým, že sa trest vyskytuje ako následok nesprávneho správania, ktoré momentálne preruší, mal by nadobúdať charakter zábrany nesprávneho konania. Recidívy deliktov a opakovanie nežiadúceho správania detí ukazuje, že trest nie je dosť efektívnym zábranným činiteľom. Charakter zábrany ďalšieho nevhodného správania by mal byť vlastne *únik z trestu*. Problém však spočíva v tom, že trestu možno unikať aj iným spôsobom než len primeraným správaním (napr. úniková lož). U detí sa primerané správanie často napája na ďalšie okolnosti situácie trestania, môže sa spájať napr. s osobou trestajúceho vychovávateľa alebo rodiča, a v ich neprítomnosti zábrany nepôsobia.

Tresty vyvolávajú pomerne často negatívne reakcie (ako je zlosť, krivda, strach alebo vzdor). *Výskyt negatívnych citových reakcií* je u detí a mládeže oveľa vyšší, než to predpokladá trestajúci (rodič, učiteľ, vychovávateľ). Ich frekvenciu demonštruje graf, zostavený z dát A. Jurovského (1952).

Na obr. 2 vidíme, že približne u každého druhého až tretieho dieťaťa vyvolávajú uvedené tresty negatívne reakcie krivdy a zlosti (17—35 %), ktoré sú najčastejšie pri telesnom treste. Okrem toho, že trestajúci nedo-

Obr. 2. Negatívne reakcie na tresty. Histogram zachytáva relatívny výskyt reakcií krivdy a zlosti na zhoršenú známku zo správania *(A)*, telesný trest *(B)* a na pokarhanie *(C)*, a to podľa hodnotenia potrestaných žiakov (prázdny stĺpec) a podľa hodnotenia pedagóga (plný stĺpec).

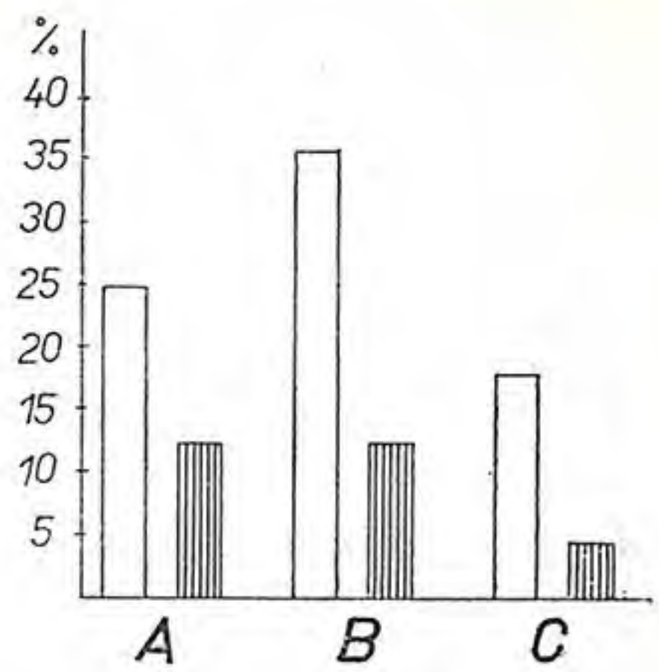


Рис. 2. Отрицательные реакции на наказания. Гистограмма отмечает относительное появление реакций обиды и гнева за плохую отметку по поведению (A), телесное наказание (B) и за выговор (C) по оценке наказанных учеников (пустой столбец) и по оценке педагога (полный столбец).

Fig. 2. Negative reactions to punishment. Histogram represents relative occurrence of injury and anger reactions to such punishment as a worse school mark for behaviour (A), physical punishment (B), and reprimand (C), as they were evaluated by penaltized puplis (blank columns) and by pedagogues (full columns).

ceňuje výskyt negatívnych reakcií pri trestoch, má ešte aj tendenciu preceňovať ich pozitívne pôsobenie. Všíma si predovšetkým reakcie ľútosti a hanby, ktorých výskyt uvádzajú pedagógovia pri 40—80 % trestov, kým deti len v 20—45 %. Okrem uvedených disproporcií v hodnotení negatívneho pôsobenia trestu je to práve precenenie jeho domnelého pozitívneho efektu a momentálne prerušenie nežiadúceho správania, čo spôsobuje nadmerné používanie trestu vo výchovnej praxi.

S technikou trestu experimentovali v psychológii už Thorndike a najmä Estes (1954). Dospeli k záverom, že trest len prechodne potláča výskyt potrestaného správania, a neodstraňuje túto formu správania z repertoáru odpovedí indivídua. Ak sa v pokusoch na zvieratách výskyt istej reakcie trestal elektrickou ranou, neznižovala sa tým pravdepodobnosť výskytu tejto reakcie v iných situáciách. Naproti tomu sa ukázalo, že usporiadanie pokusov s možnosťou úniku trestu bolo efektívnejšie ako sám trest. Tu už, pravda, nastáva osobitný prípad únikového učenia, kde sa pestuje stála odpoveď na noxný podnet, ktorý je avizovaný iným predsunutým signálom. Podobne pri tzv. averzívnych reakciách ide o dosiahnutie vyhýbať sa podnetom, ktoré pôvodne pôsobili kladne, vyvolávali príjemné reakcie. Pri vytváraní averzívnych reakcií sa využívajú citové záporné reakcie, napájané na pôvodne príjemnú situáciu. Typickým príkladom je tu averzívna podmieňovacia liečba alkoholizmu s navodzovaním odporu voči alkoholu.

Osobitnú techniku predstavuje *alternovanie odmeny a trestu,* v rámci čoho sa ponúkajú aj odlišné pohľady na sám trest. Ak sa totiž aplikuje alternatívne odmena (za primerané reakcie) a trest (za nevhodné reakcie),

nastávajú odlišné vzťahy. Ak zoberieme jednoduchú formu slovnej odmeny a slovného trestu typu „správne — nesprávne" (analógia povzbudeniu a pokarhaniu), očakávalo by sa, že povzbudenie slovkom „správne" bude mať kladný účinok na uchovanie reakcií a slovko „nesprávne" záporný účinok. Závery sú však nejednotné.

Ak máme napríklad známy typ pokusu so slovným učením takého rázu, že p. o. má vybrať napr. k neznámemu španielskemu slovu jedno adekvátne slovo z priloženého zoznamu piatich slov, z ktorých je iba jedno správne, a použijeme pritom slovné posilnenie typu „správne-nesprávne", kladný účinok povzbudenia sa dostavil, ale slová sprevádzané nesúhlasom sa opakovali častejšie, než by to zodpovedalo pravidlám náhodnosti. Naproti tomu Buchwald (1959) v ináč usporiadanom experimente dospel k záveru, že z troch foriem slovného posilňovania typu: „správne — nič", „nič — nesprávne", „správne — nesprávne" bol tretí typ najefektívnejší. Tento typ posilnenia sme preskúšali aj pri psychózach, resp. pri schizofréniách (Kondáš, 1961, 1964), a to za podmienky, keď sa pacientovi správna odpoveď podala v inštrukcii k párovo-asociačnému učeniu, a ukázal sa aj tu efektným. Zo záverov vyplýva, že alternatívne vyjadrenie súhlasu a nesúhlasu je schopné znižovať výskyt neprimeraných odpovedí (v našom prípade išlo o neprimerané, tzv. poruchové asociácie), a to dokonca i pri schizofréniách. Keďže išlo pritom o zapojenie faktora sociálneho súhlasu a nesúhlasu, dá sa vyvodzovať i ďalší záver, že schizofrenici sú citliví na pôsobenie sociálneho súhlasu a nesúhlasu a jeho systematické použitie môže ovplyvniť aj ich verbalizáciu.

Z porovnania týchto odlišne usporiadaných experimentov sa javí, že alternatívne používanie slovného súhlasu a nesúhlasu — ako jednoduchej formy odmeny a trestu — pôsobí v smere znižovania neprimeraných odpovedí vtedy, ak pri usporiadaní postupu učenia sa počíta s anticipáciou, ktorá bola v našom prípade navodená priamo inštrukciou. Pôsobí tu pravdepodobne aj tá skutočnosť, že pri podmienke s navodením správnej odpovede (čo je prvok poradníctva — guidance z psychoterapeutického hľadiska) nastáva odlišné zastúpenie frekvencie súhlasu a nesúhlasu (v prospech súhlasu), oproti situácii, keď sa učenie začína typom odpovedí pokus — omyl. Takýmto usporiadaním sa potom zvýši pôsobenie techniky alternovania súhlasu a nesúhlasu, resp. odmeny a trestu. Neprimerané reakcie sa potláčajú nielen preto, že sú sprevádzané nesúhlasom, ale aj preto, že kladne posilnené primerané odpovede zvyšujú stále viac svoju frekvenciu.

Z hľadiska učenia je však voči pozitívnemu pôsobeniu často protichodné neutrálne pôsobenie (ktoré nespôsobuje učenie), a nie priamo negatívne pôsobenie. Táto skutočnosť našla vyjadrenie aj pri tzv. dvojprocesovej

teórii učenia, kde sa predpokladá, že učenie závisí od podráždenia, ktoré súvisí s odmenou, a od útlmu, ktorý je výsledkom chýbania odmeny. Oproti sebe teda stojí odmena a jej chýbanie, a nie odmena a trest.

V alternatíve odmena — trest vystupuje odmena ako omnoho pôsobivejší činiteľ ako trest. Avšak alternovanie odmeny a trestu s vhodným usporiadaním učenia, ako aj aplikácia trestu s možnosťou únikového alebo vyhýbacieho učenia sú nástroje, ktoré majú isté uplatnenie i pri terapeutických zámeroch; terapeutická manipulácia s činiteľmi punitivity teda prichádza do úvahy. Nakoniec pri averzívnych reakciách, pri averzívnej terapii sú tieto činitele zastúpené. Počítame tu, pravda, aj s ďalšími zákonitosťami učenia, keďže averzívne reakcie sú vlastne druhom vyhýbacích reakcií, pričom môžu byť tak respondentného, ako aj inštrumentálneho rázu (podľa Skinnerovho delenia). Ide pri nich o predchádzanie nepríjemným následkom istého druhu správania na základe vypestovania odporu, pri ktorom sa manipuluje tak s emotívnymi faktormi, ako aj priamo s trestom.

3. Interferencia, reciprocný útlm a protipodmieňovanie

Pojem interferencia je veľmi známy v psychológii učenia. Označuje sa ním negatívny vplyv nasledujúceho učenia na predošlé učenie, čo sa najčastejšie vyjadruje vo formule: učenie *B* pôsobí tlmivo na učenie *A*. Tento princíp je spoločný tak pre verbálne učenie, ako aj pre osvojovanie návykov, pričom pri verbálnom učení sa hovorí priamo o retroaktívnom útlme. Pri osvojovaní návykov Guthrie sformuloval osobitnú interferenčnú teóriu vyhasínania. Podľa nej sa vyhasínanie pokladá za dôsledok učenia inkompatibilným reakciám, a nie za dôsledok neposilňovania. Keďže Guthrie sa usiloval previesť tento princíp aj na pavlovovské vyhasínanie, uvažoval, že funkciu inkompatibilných reakcií majú pohybové reakcie kostrového svalstva, ktoré sa opakovaním posilňujú (faktor frekvencie) a potláčajú predošlé. I. P. Pavlov odpovedal Guthriemu a argumentoval faktom tzv. nepretržitého vyhasínania, kde sa nepodmienený podnet prezentuje neprerušene asi 5 minút, čo považuje za dôkaz, že základom vyhasínania je hromadenie útlmu. Preto sa javí únosné, brať do úvahy oba princípy: vyhasínanie i interferenciu, založenú na protichodnom pôsobení učenia odlišných reakcií.

Princíp inkompatibility reakcií je vyjadrený aj v pojme reciprocného útlmu. Uvažuje sa pri ňom, že súčasné vyvolávanie určitých odpovedí, ktoré sú nezlučiteľné, tlmia pri súčasnom pôsobení podnetu tie reakcie, ktoré sa na tieto podnety pôvodne viazali. V psychoterapeutickej relácii

ide potom predovšetkým o také reakcie, ktoré sú protichodné výskytu úzkosti. To si potom vyžaduje, aby súčasne pôsobili podnety evokujúce strach a aby sa zároveň zabránilo strachu zavedením takých reakcií, ktoré sa nezlučujú s jeho súčasným výskytom.

Princíp interferencie je však vyjadrený ešte v jednej konkrétnej procedúre. Je ňou *protipodmieňovanie* (counter — conditioning). Pri protipodmieňovaní sa na eliminácia určitej podmienenej reakcie (R_1) použije nový nepodmienený podnet (S_2), ktorý pôsobí za prítomnosti pôvodného podmieneného podnetu (S_1), čím vyvoláva inú, od R_1 odlišnú reakciu (R_2), a tak sa vytvorí nové spojenie S_1—R_2, ktoré brzdí výskyt R_1 ako nevhodnej, resp. neprimeranej reakcie. Ide tu teda na úrovni učenia o učenie nového návyku napojeného na podnet, ktorý pôvodne vyvoláva nevhodnú R. Príklady manipulácie s touto procedúrou možno nájsť už v knihe Hilgarda a Marquisa (1940), Lawsona (1960) a inde.

Uvedené princípy naznačujú len isté všeobecnejšie teoretické východiská eliminácie nežiadúcich návykov alebo symptómov. Sú to základné teoretické princípy, ktorými sa nevyčerpávajú zákonitosti a princípy učenia pojaté do procedúr zameraných na odstraňovanie určitých nežiadúcich prejavov alebo chorobných príznakov. Počíta sa pri nich na oveľa širšej báze aj s emotívnymi činiteľmi, čo sme tu len mimochodom spomenuli. Postupy, ktorými sa navodzuje vyššia „úroveň útlmu", resp. hromadenie reaktívneho útlmu, tvoria tiež základ pre konštrukciu konkrétnych metód psychoterapie učením. V tejto kapitole išlo hlavne o napojenie celého výkladu na teóriu učenia, ktorá sa, pravda, používa v psychoterapii v celej šírke, pričom problémy vyhasínania alebo eliminácie reakcií tvoria len jej jednu časť.

V. KAPITOLA

PSYCHOTERAPIA UČENÍM

1. Všeobecné východiská

Pohľad na teóriu psychoterapie ukázal, že každá teoretická koncepcia psychoterapie vychádza z istej teórie duševného vývinu, z istého chápania činnosti normálnych psychických funkcií a osobnosti, a z istej koncepcie o formovaní porúch. Pri psychoterapii učením tvorí teória učenia východisko tak pre chápanie normálneho správania — čo sme rozviedli v tretej kapitole — ako aj pre chápanie vzniku porúch a najmä neurotických príznakov a pre menenie reaktivity indivídua v adaptívnom smere. Ide pri nej o *aplikáciu postupov a metód učenia na odstraňovanie neadaptívnych prejavov a neurotických porúch*, pričom sa počíta s faktormi a zákonitosťami učenia ako dôležitou súčasťou mechanizmov vzniku, formovania a pretrvávania istých porúch. Psychoterapia učením je zameraná priamo na odstraňovanie porúch, symptómov a ich prameňov, za pomoci špeciálne konštruovaných postupov, pri ktorých sa využívajú poznatky a zákonitosti normálnej psychológie, resp. teórie učenia i psychopatológie učenia. Vychádza sa pritom aj z poznatkov o vyhasínaní, o interferenčnom potlačení jedných reakcií inými, o modifikácii očakávaní (Tollman) a počíta sa s faktormi frekvencie, čerstvosti, intenzity, posilňovania a ďalšími, ktoré môžu ovplyvňovať výsledný efekt učenia. Slovom, ide tu o aplikáciu celej teórie učenia na oblasť terapie.

Ak sa majú nejaké poruchy odstraňovať za pomoci mechanizmov a zákonitostí učenia, treba predpokladať, že dané mechanizmy a zákonitosti majú určitú úlohu aj pri vzniku týchto porúch. A tak jedným zo základných predpokladov je tu téza, že neurotické poruchy a iné neprimerané prejavy správania vznikajú vplyvom učenia. Už tým, *že učenie má formatívny a regulatívny vplyv na ľudské správanie*, že sa učením organizmus mení, podporuje sa daný predpoklad o pôsobení mechanizmov učenia pri vzniku porúch. Na možnosti výskytu neprimeraných reakcií sme už poukázali v súvislosti s úzkosťou. Neprimeraný typ reakcie sa môže vypes-

tovať aj podmieňovaním. Osobne zastávame názor, že faktory učenia majú zvlášť veľký význam pri fixácii istých patologických prejavov, čo možno demonštrovať na úvahe o všeobecnejšom prípade.

Uvažujeme teoreticky o tom, že za určitých okolností, vplyvom istej podnetovej, resp. priamo psychotraumatickej situácie sa vyskytne nejaká neprimeraná reakcia neurotického rázu. Podľa teórie učenia môže faktor primárnosti a čerstvosti spôsobiť znovuobjavenie sa tejto reakcie i na podobné podnety alebo časti pôvodnej situácie. Evokáciu tejto reakcie na podobné podnety napomáha generalizácia. Častejšie opakovaná neurotická reakcia sa posilňuje už tým, že tu pôsobí faktor frekvencie, čím sa zvyšuje možnosť jej výskytu. Je zrejmé, že tu spolupôsobia motivačné činitele, medzi ktorými prichádza do úvahy strach, tenzia, postoje a pod. Tým sa sila tejto reakcie zvyšuje. Okrem toho, že prostredie pacienta ponúka mnohé situácie, ktoré vyhovujú kritériu podnetovej podobnosti, aj reakcie sociálneho prostredia sa stávajú stimulmi pre opakovanie neurotických reakcií. Incipientný neurotik sa takto stáva postupne viac dráždivým a viac citlivým na rôzne takéto podnety. Reakcie, ktoré vyplývajú z tejto zvýšenej dráždivosti, nenechávajú jeho okolie ľahostajné, čím vznikajú nové stimuly pre neurotické reagovanie, ktoré sa takýmto spôsobom postupne fixuje a obohacuje sa aj o nové prejavy. Vznikajú nové nevhodné, neurotické spôsoby reagovania a riešenia situácií, ktoré sa postupne stále viac fixujú a neurotický spôsob reagovania sa stane dominantným. Pri určitom ustálení neurotického spôsobu reagovania pacient už, pravda, nedokáže uplatňovať efektívnejšie spôsoby reagovania, a tak potom priame učenie primeraného spôsobu reagovania, ako aj zmeny postojov a motivácie môžu tvoriť jednu z úloh psychoterapie. Súbežne s tým aj reakcie spoločenského okolia posilňujú neprimerané prejavy, napomáhajú ich generalizáciu a stávajú sa tak činiteľom ich perzistencie. Je to model bludného kruhu vzájomnej interakcie neurotika a jeho sociálneho prostredia.

Pri takomto pohľade tvorí teória učenia jeden aspekt v celkovom pohľade na vznik neurotických alebo iných porúch, pričom sa zrejme nevylučuje možnosť spoločrého pôsobenia polyetiologických činiteľov (ako sú konflikt, frustrácia, stres, psychotraumy alebo nevhodné medziľudské vzťahy). Významnosť faktora učenia sa prijatím viacerých faktorov, pravda, neznižuje, a to už preto, že sa dá považovať — podľa nášho názoru — za dôležitého *fixačného činiteľa.* Väčšina autorov pokladá však učenie za základného činiteľa pri vzniku neuróz, tvrdiac, že neurotické prejavy vznikajú, tak ako mnohé iné návyky, ako výsledok učenia. O neurotických reakciách sa potom uvažuje ako o naučených *R* (alebo podmienených autonómnych *R),* ktoré sú z nejakých dôvodov neprimerané (Eysenck 1959, 1964).

Kritérium neprimeranosti môže byť aj vonkajšie. Možno sa napr. naučiť strachu pred hadmi, ktorý je adaptívny, keďže hady bývajú skutočne nebezpečné. Možno sa však naučiť strachu pred mačkami alebo tmou a tento strach je neprimeraný. Objekty, na ktoré sa viaže, sú neškodné. Ak takýto strach nadobudne dostatočnú silu, môže mať charakter fóbie, chorobného strachu. A tak sa tu teda nerieši problém patologických zmien ako kvalitatívne odlišných pochodov, čo prichádza do úvahy ako ich ďalšie kritérium.

Vonkajšie kritérium neurotičnosti uznával aj Pavlov. Bolo to kritérium neprimeraného reagovania neurotizovaného zvieraťa na podmienky, v ktorých sa nachádza. Okrem toho však uznával aj vnútorné, neurofyziologické poruchy vyššej nervovej činnosti. Naproti tomu prívrženci teórie učenia neberú do úvahy alebo priamo odmietajú účasť vnútorných, neurofyziologických porúch. Hypotézu o ich účasti nepovažujú za únosnú. Tým sa vlastne vyhrocuje problém, čo je podstatným kritériom neurózy. V praxi sa potom uniká k hľadisku, že problémom je všetko, čo ruší primeranú adaptáciu. A tak sa dostávame ku skutočnosti, že podstatná pozornosť psychoterapie učením sa zameriava priamo na neurotické symptómy. Treba však zdôrazniť, že Eysenck (1959) tu vyslovuje požiadavku odstraňovať všetky symptómy, ktoré sú v kauzálnom vzťahu s neurózou; zásadne sa však verí, že odstránením symptómov sa odstráni aj neuróza. Pochopiteľne, sa potom pokladá za irelevantné interpretovať symptómy (ako to robia psychoanalytici). Úlohou terapie je odstrániť neadaptívne reakcie, alebo nahradiť ich adaptívnymi.

No nielen učenie, ale i jeho nedostatok môže byť prameňom porúch. Eysenck (1959) potom rozoznáva dva druhy neprimeraných reakcií:

a) *Nadbytočné R* (surplus CR), kde neprimeranosť je daná nadbytkom učenia, vplyvom ktorého sa udržali tie reakcie, ktoré mali zaniknúť hneď po vzniku. Príkladom takýchto porúch je tik. V dôsledku zápalu spojiviek sa časté žmurkanie posilňuje tým, že znižuje nepríjemný pocit páľavy. Tým sa upevňuje a pretrváva aj vtedy, keď už pôvodná príčina zvýšenej frekvencie žmurkania prešla a výsledok je tik.
b) *Deficitné R* (deficient CR), kde naopak neprimeranosť správania spočíva v tom, že sa nevypestovali isté reakcie, ktoré potom chýbajú v repertoári správania. Príkladom tejto druhej skupiny je napr. enuresis, nočné pomočovanie.

Osobne sme toho názoru, že iba pri niektorých tikoch alebo enurézach je prítomný nadbytok alebo nedostatok tréningu a tieto poruchy môžu mať aj iné príčiny. Analogicky môže ísť napr. o *nadbytok stimulácie,* ktorá ruší primeranú aktivitu. Príkladom toho sú detské zlozvyky, napr. vo for-

me neprimeranej hravosti, keď hra ruší stravovanie alebo zaspávanie, len v dôsledku toho, že dospelí vypestovali u dieťaťa sklon k hre v takej situácii, kde hravosť ruší inú činnosť.

Pri delení porúch na nadbytočné a deficitné sa základné zameranie terapie javí celkom jednoduché: má buď doplniť nedostatok tréningu, alebo odúčať, vyhasínať reakcie, ktoré vznikli nadmerným tréningom. Pravda — ako uvidíme ďalej — problémy psychoterapie učením sú oveľa zložitejšie, než by sa to javilo podľa tejto jednoduchej schémy. Aj sama symptomatológia je zložito podmienená a je určovaná aj individuálnymi rozdielmi v schopnosti učenia a podmieňovania, spolu s autonómnou reaktivitou organizmu a okolnosťami prostredia. Keďže sa verí v podnetovú podmienenosť neurózy (Wolpe 1962), okolnosti neurózy sa pri tomto prístupe študujú do obdivuhodných podrobností, ale s dôrazom na súčasné, a nie minulé podmienky neurotického reagovania.

Podnetovú podmienenosť neurózy demonštruje J. Wolpe (1954 a i.) aj na svojich experimentoch so zvieratami. Ich neurotické reakcie vo forme driapania klietky, chvenia, kňučania, mydriázy, tachypnoe a pod. sa vyvolali pomocou elektrickej rany, ktorej prípadne predchádzal zvukový podnet (bzučiak, ktorý bol potom aj sám schopný vyvolať strach. Vzniknutý strach tlmil u zvierat prijímanie potravy, a to aj po 24—72-hodinovom hlade, pričom odmietanie potravy sa viazalo na podnetovú situáciu vzniku neurózy, t. j. na experimentálnu klietku alebo zvuk bzučiaka.

V terapeutickej časti týchto pokusov podával potom zvieratám potravu vo veľkej vzdialenosti od bzučiaka alebo ich naučil jesť potravu z ľudskej ruky v klietke, kde bežne žili. Keď už zviera neprejavovalo strach napr. pri vzdialenom zvuku bzučiaka, začal podávať potravu stále v menšej vzdialenosti od pôvodnej neurotizujúcej situácie alebo od zvuku bzučiaka (napr. vo vzdialenosti 40, neskôr 30 stôp atď.). Strach sa postupne eliminoval a zviera nakoniec prijímalo potravu aj v experimentálnej klietke a príznaky neurózy vymizli. Treba poznamenať, že samo umiestňovanie zvieraťa v experimentálnej klietke bez šoku (situácia vyhasínania) vyvolávalo pôvodné neurotické reakcie napriek opakovaniam.

Wolpe dospel na základe uvedených experimentov k metóde recipročného útlmu s graduovanou aplikáciou stimulov evokujúcich strach.

Podrobnosti i variácie chápania psychoterapie učením vysvitnú z názorov hlavných autorov. V zásade je jej náplň určená adaptáciou, resp. readaptáciou so zameraním na odstránenie, prípadne nahradenie neprimeraných reakcií. Prostriedkom psychoterapie je učenie sformované do rozličných konkrétnych terapeutických metód, pričom ich aplikácia závisí od rozboru neurotických reakcií i od niektorých osobnostných charakteristík, ako je napr. introverzia a extroverzia.

2. Chápanie a prínos jednotlivých autorov

Stanoviská uvedené vo všeobecných východiskách sú tie, ktoré v danom podaní samy prijímame; ďalšie budú uvedené v nasledujúcej kapitole. Psychoterapia učením má však už dnes svoju históriu, ktorá nie je časove dlhá, ale naplňou je bohatá. K jej dnešnému rozvoju prispeli autori, ktorí sa v určitých pohľadoch líšia. Zhruba by sa dali predbežne zadeliť do 4 skupín:

1. Učenie v rámci dynamického chápania psychoterapie (napr. Dollard a Miller).
2. Terapia podmieňovaním, zahrnujúca využívanie procedúr protipodmieňovania, klasického podmieňovania, s osobitnou skupinou, kladúcou dôraz na inštrumentálne podmieňovanie. Z novších autorov zdôrazňujú princíp podmieňovania v terapii napr. C. M. Franks, A. Salter a sčasti i Wolpe a Eysenck, ale v rámci behaviorálneho poňatia.
3. Behaviorálna terapia s autormi M. C. Jonesová, Qw. Jones, Dunlap, Eysenck, Wolpe, Franks, Rachman, Yates a celý rad ďalších súčasných autorov.
4. Discentná psychoterapia, ktorou sa autor pokúša vyjadriť vlastné stanoviská aplikácie teórie a psychológie učenia v psychoterapii.

Toto delenie je len predbežné a má demonštrovať úsilie vniesť do daného pohľadu určitú klasifikáciu. Vyskytujú sa totiž isté prelínania, a preto sa ďalšie podanie názorov viaže priamo na hlavných predstaviteľov tohto prístupu.

a) M. C. Jonesová

Po tom, čo r. 1920 publikovali Watson s Raynerovou dnes už známy prípad Alberta s umele, laboratórne vypestovanou fóbiou pred krysami, pristúpila M. C. Jonesová k laboratórnemu štúdiu odstraňovania strachov. Reprezentatívne to demonštruje jej prípad 3-ročného Petra.

Peter trpel prirodzene vzniknutou fóbiou pred zajacom a inými strachovými reakciami, ktoré boli napojené na srstnaté zvieratá. Na odstránenie tejto základnej fóbie autorka použila metódu sociálnej imitácie a „odpodmieňovania" pomocou hry a stravovacej reakcie. Do miestnosti, kde bol vložený v klietke zajac, sa voviedli 3 deti, ktoré sa ho nebáli a hrali sa tu za prítomnosti Petra. V postupne usporiadaných situáciách hry sa stretával Peter so zajacom najprv vo väčšej a postupne aj v menšej vzdialenosti, k čomu bol navádzaný tým, že jeho obľúbené hračky sa dávali stále do väčšej blízkosti zajaca, pričom nestrachové správanie bolo podporené možnosťou imitácie hravého správania prítomných detí, ktoré sa zajaca nebáli. V ďalšom postupe

dali zajaca do miestnosti počas stravovania, pričom spolu s Petrom jedli i ďalšie deti a celkové dobré cítenie ovplyvňoval prítomný terapeut. Týmito postupmi sa podarilo odstrániť u Petra prirodzený strach, až nakoniec zajaca hladil a hral sa s ním spolu s ostatnými deťmi.

Tento výskum, rozšírený neskôr na ďalšie detské strachy, urobila Jonesová v Inštitúte výskumu výchovy Kolumbijskej univerzity nielen pod vplyvom Watsona, ale aj s jeho konzultačnými radami. Je teda samozrejmé, že teoreticky je viazaný na Watsonovu teóriu so známou klasickou behavioristickou orientáciou.

Štúdie Jonesovej zahrnujú 70 detí vo veku 3—7 rokov. Robí ich v rámci výskumu genézy emócie, pričom hlavnú pozornosť venuje štúdiu metód na odstraňovanie strachu, zanedbávajúc čisto teoretické rozbory. Pokiaľ ide o prípad Petra, vykladá použitý postup ako priame podmieňovanie, ktorým sa má dosiahnuť vybavenie pozitívnej reakcie namiesto pôvodnej negatívnej, strachovej. Princíp podmieňovania chápe však ako substitúciu podnetov. Ako významný krok treba vyzdvihnúť stupňovité usporiadanie situácií s objektom strachu. Napríklad v prípade Petra išlo o nasledovné konkrétne poradie:

a) zajac v klietke v miestnosti hry,
b) zajac v klietke vo vzdialenosti 12 stôp od Petra,
c) zajac v klietke, vzdialenosť 4, potom 3 stopy od miesta hry,
d) zajac behá voľne v izbe (bez klietky),
e) hladenie zajaca, ktorého drží experimentátor,
f) hladenie zajaca, ktorý sa voľne pohybuje v izbe atď.

Progredientné usporiadanie situácií s objektom strachu nazýva sama „stupňami tolerancie". Pripomína, že tieto stupne tolerancie predstavujú aj štádiá vymiznutia strachu v dôsledku použitých procedúr.

V tejto súvislosti hovorí Jonesová o tzv. *metóde distrakcie,* pri ktorej ide o substitúciu strachových reakcií navodením „alternatívneho *S—R* systému". V oboch posledných bodoch, t. j. v „stupňoch tolerancie" a v „substitúcii pomocou alternatívneho *S—R* systému" nachádzame vlastne základ, ktorý je podkladom oveľa neskoršie vypracovanej metódy systematickej desenzitizácie, ktorú zaviedol Wolpe po dôkladnom experimentálnom i teoretickom rozbore jej východísk.

Z pokusov s inými postupmi treba spomenúť aspoň to, že odstránenie objektu strachu nespôsobuje elimináciu strachu ani za podmienky dlhodobého odstránenia podnetu. „Privykanie" na objekt strachu tým, že sa tento objekt opätovne prezentuje bez možnosti negatívnej skúsenosti (tzv. negatívna adaptácia), je tiež neúčinné. Ak sa však podnet strachu aplikuje

zároveň s možnosťou výskytu iných reakcií, alebo sa dieťa učí nejakým primeraným reakciám, napr. pomocou napodobňovania správania iných detí, znižuje sa tým možnosť podnetu vyvolávať strach. Uvedeným princípom sa zároveň zvýraznil princíp učenia napodobňovaním, sociálnou imitáciou, čo môže byť dôležitý mechanizmus discentnej reedukácie.

Práca Jonesovej, aj keď postráda širší teoretický rozbor, je v danom zaradení už vlastne klasická. Cenná je hlavne tým, že upozornila na princípy, ktoré neskôr rozpracovali novší bádatelia.

b) Prvé pokusy o terapeutické využitie Pavlovovej náuky

Úsilie využiť závery z výskumov I. P. Pavlova a jeho školy bolo známe už za Pavlovovho života. Zaujímavý je však jeho smer. Nešlo totiž o priame využívanie princípu podmieňovania — ktorý má bezprostredný vzťah k učeniu — lež o aplikáciu všeobecnejších záverov o zákonitostiach vyššej nervovej činnosti na terapeutický proces. Medzi najznámejšie formy terapeutických pokusov patrili 3 druhy terapie:

1. spánková terapia,
2. medikamentózne ovplyvňovanie procesov excitácie a útlmu so známou bromokofeínovou zmesou,
3. vlastný tréning alebo tzv. „trenirovka".

Spánková terapia, navodená medikamentózne (Cloettovou zmesou), bola založená na hypotéze ochranného útlmu a používala sa prednostne pri útlmových stavoch (ako boli katatonický alebo melancholický stupor).

Až módnym spôsobom sa písalo svojho času aj u nás o bromokofeínovej zmesi. Mala zasahovať do dynamiky vzťahov medzi excitáciou a útlmom. Vyšlo sa tu z experimentálnych pozorovaní o pozitívnom vplyve brómu na vypracovanie diferenciačného útlmu, ďalšie hypotézy sa nepotvrdili a zmes sa prestala užívať.

Bezprostredný vzťah k využitiu podmieneno-reflexného princípu v terapii majú z nášho hľadiska len *„trenirovka"* a tzv. *derivačná terapia.* Pri „trenirovke" sa použili podobné podnetové a odpoveďové premenné, aké spôsobili pôvodne neurózy, išlo teda o postup podmieňovania s analogickou, ale ľahšou úlohou. Je pritom zaujímavé, že oproti podrobným opisom spánkovej a bromokofeínovej terapie „trenirovka" sa spomína bez podrobného opisu priebehu pokusov (Ivanov—Smolenský, 1952). Takisto len okrajovo sa spomína derivačná terapia, ktorá sa uskutočnila pomocou nepodmieneného podnetu, kolidujúceho s podmieneným P (pri tzv. lokálnych

poruchách „izolovaných chorých bodov"). Hodno ju osobitne spomenúť nielen z hľadiska historického, ale i preto, že má vzťah k princípu inkompatibility.

Spôsob terapeutickej manipulácie so samým podmieňovaním možno však ilustrovať aj na pokusoch, ktoré opísal ešte Pavlov (1952, str. 275 a n.). Tieto pokusy neboli však v literatúre s tematikou terapie vyzdvihnuté, a preto ani nemali náležitý vplyv na rozvoj liečby podmieňovaním.

Jedným z Petrovovej pokusov sa uviedol pes do stavu mimoriadneho vzrušenia so silne prehĺbeným dýchaním a zmenou záporných reflexov v kladné, pričom ich efekt bol vyšší ako v norme. Na zmenu tohto stavu „bolo rozhodnuté používať z kladných podmienených podnetov len podnety biologicky slabé, t. j. svetelné a mechanické kožné podnety". Ich opakovaná aplikácia umožňuje uspokojenie zvieraťa, normalizáciu jeho dýchania i slinného efektu. Účinok bol zreteľný a „po určitom čase bolo možné postupne zavádzať i silné kladné podnety bez toho, aby sa tým nejako narušoval výsledok liečenia", ba „o niekoľko dní neskôr sa objavila i diferenciácia kožného dráždenia podľa miesta" (Pavlov, 1952, str. 276).

U iného psa išlo o abnormálnu reakciu napojenú na mechanické dráždenie kože na stehne. Táto reakcia pozostávala z vytia, vzrušenia a neprimeranej pohybovej reakcie s prešľapovaním, vrtením zadnej časti tela, pričom pohadzoval podivne hlavou nahor a niekedy zíval. „Komplexom týchto zvláštnych pohybov" reagoval pes aj na najmenšie zvuky za dverami laboratória.

Na odstránenie tejto abnormálnej reakcie „sa ponúka metóda rozvíjania vnútorného útlmu diferenciáciou kožného podnetu podľa miesta aplikácie" (str. 277), čo potom skúšali aj u iných psov. V danom prípade sa robilo kožné dráždenie na inom mieste (na ramene), a to bez posilňovania kŕmením (útlmový podnet). Počínajúc od 8. opakovania začala miznúť potravová reakcia, a to tak jej motorický, ako aj sekrečný (slinný) komponent, a pri 40. opakovaní vymizla i spomínaná špecifická neprimeraná pohybová reakcia. Dala sa však ešte vyvolať dráždením pôvodného miesta alebo v jeho blízkosti (stehno). Skúsili preto vypracovať diferenciačnú reakciu s dráždením tlapy. Po jej vypracovaní začala slabnúť a postupne aj miznúť opísaná abnormálna reakcia.

Pri tomto postupe išlo v podstate o kombináciu „trenirovky" s dômyselným usporiadaním vyhasínania za pomoci diferenciačných útlmových podnetov. Tým sa aspoň letmo ilustruje priama terapeutická manipulácia s klasickým podmieňovaním pri zvieracom pokuse.

Využitie princípu podmieňovania v humánnej liečbe sa uskutočnilo v reflexnej terapii alkoholizmu, pričom tu treba pripísať priamu zásluhu hlavne vplyvu Bechtereva. Prvý pokus tohto druhu robí Kantorovič (1929), žiak Bechtereva. Použil pri tom bolestivý podnet vyvolaný elektrickou ranou a združoval ho s liehovinami. Prezentáciu fliaš s liehom, zápachu alkoholu, injekčné podanie alkoholu, ako aj slová „vodka" alebo „pitie" sprevádzal opätovnou elektrickou ranou. Okrem toho dával alkoholikom voňať olej, alebo im podal injekciu fyziologického roztoku, čo nespájal

so šokovou ranou, podobne ako slová „zdravie", „práca", „striezlivý". Zo 17 takto liečených alkoholikov 14 (t. j. 82,4 %) abstinovalo niekoľko mesiacov.

Na vypracovanie podmienenej reakcie vracania použil Podkopajev (Ivanov—Smolenskij, 1952) apomorfín, ktorý sa neskôr (r. 1933) použil aj pri liečbe chronického alkoholizmu. Referujú o tom I. F. Slučevskij a A. A. Friken. Práve tento druh liečby alkoholizmu sa veľmi rozšíril (Markovikov, Ischok, v Amerike Voegtlin a Lemere a i.). Pôvodný pokus na psovi urobil N. A. Podkopajev už r. 1914 a odstup od jeho použitia v terapii je jedným z ukazovateľov pomalého nástupu práve tohto smeru terapeutického využívania Pavlovovej náuky. (Podkopajev združoval podkožnú injekciu apormorfínu so zvukom organovej píšťaly, a tak sa stal tento zvukový podnet signálom reakcie nauzey a vracania.)

Techniku podmieneného reflexu na terapeutické účely (v rokoch 1933—1934) používali niektorí psychológovia, ktorí sa venovali psychológii učenia, a to vo forme tzv. protipodmieňovania. No už r. 1912 referuje Bechterev o úspechu s hysterickou hluchotou. Sears a Cohen dosiahli vymiznutie hy anestézie, keď sa v postupe podmieňovania stimulovala anestetická oblasť (r. 1933) a o rok neskôr použil Max úspešne averzívne podmieňovanie pri homosexualite (Hilgard a Marquis, 1940). Ako ilustráciu pre charakterizovanie týchto postupov možno uviesť prípad Hilgarda a Marquisa (1940, str. 297).

Slobodná učiteľka mala už 6 rokov úplne paralyzované a anestetické ľavé rameno s následnou atrofiou ex inactivitate. Príznaky nastali po autonehode. Náhľad na funkcionálnu podstatu poruchy nebol správny. Pri liečbe podmieňovaním sa vyvolávala vyhýbacia reakcia tým, že sa aplikovali elektrické rany (šok) na pravú a ľavú (anestetickú) ruku, pričom pokusy sa opakovali denne. Postupne sa dosahovala citlivosť ľavej ruky, ktorá bola ešte paralytická, bez pohybov. Na aktivovanie pohybov sa usporiadal ďalší liečebný postup: na zdravú ruku sa podávala slabá elektrická rana (podmienený P) a na teraz už citlivú paralytickú ruku silnejšia elektrická rana (nepodmenený P). Týmto postupom sa podarilo vyvolať pohyb paralyzovanej ruky, ktorý sa začal objavovať už na predchádzajúci slabší podnet aplikovaný na zdravú ruku a pri ďalšej aplikácii sa pohyby úplne obnovili. Autori hovoria o navodzovaní vôľovej kontroly pohybov pri hysterickej paralýze. Na posilnenie atrofovaných svalov sa použila fyzioterapia. Katamnéza za dva roky potvrdila, že dosiahnutý úspech bol stály a liečené ani iné symptómy sa neobjavovali.

Jednou z výhod tohto postupu je, že nepodlieha autokontrole pacienta, pričom pri učení môže jeho priebeh ovplyvňovať autoinštrukcia. Postupom podmieňovania sa dá jednak evokovať a posilniť žiadúca reakcia a jednak sa dajú vyvolávať averzívne reakcie, ktoré tlmia výskyt nežiadúcich prejavov. Tým má princíp podmieňovania aj priame terapeutické

uplatnenie a pri niektorých poruchách prichádza do úvahy ako vhodný liečebný postup. Jeho konkrétnu formu determinuje charakter porúch, na ktoré sa aplikuje.

c) K. Dunlap a negatívny tréning

K. Dunlap je experimentálny psychológ, ktorý pôsobil na Kalifornskej univerzite. Okrem iných tém venoval veľa pozornosti psychológii učenia a svoje závery zhrnul r. 1932 v knihe o tvorení a odstraňovaní návykov *(Habits Their Making and Unmaking)*. K štúdiu problematiky odstraňovania návykov ho priviedol vlastný chybný návyk. Pri písaní na stroji sústavne prehodil písmená v anglickom určitom člene, t. j. písal „hte" namiesto „the". Túto chybu odstránil tým, že ju mnohokrát úmyselne opakoval, pričom si zakaždým uvedomoval, že je to chyba, ktorej sa chce zbaviť.

Svojou teoretickou orientáciou sa Dunlap nezaraďuje priamo k behaviorizmu. Aj keď má istú snahu o tzv. objektívnu psychológiu, uznáva aj subjektívne pojmy včítane vôle. Výklad účinku zameraného odúčania spája s pôsobením tzv. negatívneho faktora na chybný návyk. Týmto „negatívnym faktorom", alebo jednoduchšie, záporne pôsobiacim činiteľom môžu byť afektívne i vôľové prvky.

V samom procese učenia Dunlap prijíma v tom čase široko akceptovaný *zákon frekvencie*. Ale ako podmienku pôsobenia opakovaní pripája *faktor motivácie*, od ktorého závisí smer a výsledok učenia. A tak sa potom zmena motivácie môže stať východiskom odúčania. Túto podmienku sformuloval Dunlap vo forme tzv. Beta hypotézy, ktorá tvrdí, že samo opakovanie je vo vzťahu k pravdepodobnosti výskytu odpovedí neúčinné, ak pri ňom nepôsobia ďalšie faktory. Najvýznamnejším takýmto ďalším faktorom je motivácia.

Tým sa položili základy negatívneho tréningu, odúčania alebo *metódy tzv. negatívnej praxe*, pri ktorej sám Dunlap urobil medzi rokmi 1928—1942 niektoré zmeny. Jej efekt bol vykladaný ako uvedenie mimovoľného nesprávneho návyku pod vôľovú kontrolu. Metódu použil pri chybe v písaní na stroji, pri masturbácii, ale aj pri tikoch, ako aj pri zajakávaní, pravda, nie vždy s úspechom.

Dunlap nevytvoril teóriu neuróz. Tik alebo zajakavosť sú pre neho práve tak návykom ako chyba v písaní na stroji, hoci môžu mať rozličné pozadie a príčiny. Dá sa mu preto vyčítať nedostatok diferencovaného prístupu k objektom odúčania, ako aj k teoretickému výkladu metódy negatívnej praxe, ktorý postráda — s výnimkou upozornenia na hypotetickú možnosť pôsobenia vôľovej kontroly — hlbší teoretický podklad. Významný je ako

autor metódy negatívnej praxe, ale i tu mu Lehner (1954) vyčíta chýbanie detailného opisu jej aplikácie. Pokiaľ ide o teoretický výklad metódy, zostávajú niektorí jej prví autori, ktorí s ňou pracujú, pri Dunlapovom výklade (Fletcher, Case, Ruhl a i.), kým iní (hlavne Yates a Kendrick) stavajú jej výklad na Hullových teoretických princípoch. Teoretické a experimentálne rozbory tejto metódy, podané Yatesom (1958), Kendrickom (1960) a sčasti už Lehnerom (1954), sú omnoho prepracovanejšie i nosnejšie než pôvodné Dunlapove teoretické námety.[7]

d) Poňatie Dollarda a Millera

Títo dvaja americkí psychológovia vyložili svoje poňatie predovšetkým v knihe *Osobnosť a psychoterapia* (Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture, 1950), keď už predtým napísali spolu knihu o sociálnom učení. Prvý z nich venoval pozornosť hlavne tematike strachu a druhý otázkam konfliktov. V ich poňatí sa odráža spájanie Freudovej psychoanalýzy s teóriou učenia. Pri experimentovaní sa pridržiavajú viac — najmä Miller (1966) — psychológie učenia.

V psychoterapii vidia prostriedok pre bližšie poznanie tzv. „vyšších duševných procesov", hlavne myšlienok, ktoré nie sú prístupné priamemu pozorovaniu. Situáciu psychoterapie porovnávajú s učením tenisovej hry dobrým trénerom u tenistu so zlými návykmi. Pri správaní indivídua hrá veľkú úlohu sociálno-kultúrne učenie, ktoré sa systematicky uskutočňuje od raného detstva.

Pri výklade neuróz pokladajú za ich podklad konflikty, a to hlavne *konflikty z včasného detstva.* Rozoznávajú 4 kritické oblasti, v ktorých vznikajú konflikty: situácie kŕmenia, tréning sebačistoty, včasná „sexuálna" výchova a frustračné situácie. U dojčaťa je plač jediným „kľúčom", ktorým môže zasiahnuť do okolia, do vlastnej situácie. Ak dospelí na plač nereagujú, dieťa sa „dozvedá", že ničím nemôže zmeniť svoju zlú situáciu, čo môže byť základom návyku apatie. Ale aj utíšenie plaču jedlom (ktoré je posilňujúcim činiteľom) môže posilniť okolnosti, ktoré sprevádzali obdobie plaču.

Tréning sebačistoty je ťažký už tým, že musí pôsobiť protichodne proti spojeniu signálu a odpovede (ako je napr. tlačenie mechúra a močenie). Okrem toho ide tu o tréning typu učenia pokusom a omylom, keďže slovná

---

[7] V časovom slede by mal nasledovať (rok 1938) rozbor prístupu O. H. Mowrera a jeho dvojprocesovej teórie učenia. Jeho prínos v terapii spočíva hlavne v metodike budiaceho zvonca. Výklad jej princípu uvedieme v kapitole o metódach psychoterapie učením

inštrukcia nie je ešte dieťaťu dosť jasná. Tresty za chyby v čistote smerujú k anxiete a prípadnému vyhýbaniu sa dozoru, „pohľadu" rodičov. Kompulzívne umývanie rúk môže mať korene v tom, že tréning sebačistoty produkoval silný strach pred špinou.

Senzitivita genitálu môže spôsobiť masturbačné pohyby, ktoré vyvolávajú v našej kultúre strach, sankcie, bitku. To je zdroj konfliktov typu sexuálnej anxiety. Ďalším zdrojom konfliktu z tejto oblasti sú interpohlavné diferencie a s nimi súvisiace odlišnosti vo výchove chlapcov a dievčat. Pri tabu masturbácie, resp. homosexuality dieťa očakáva „niečo odmeňujúce vo všeobecnom vzťahu k opačnému pohlaviu" (str. 144). Predpokladajú, že aj prvé sexuálne odpovede sa učia v rodine a len neskôr sa prenášajú na iných. Tým je podľa nich daná oidipovská situácia. Pôvodná anxieta vypestovaná z incestuóznej situácie sa stáva potom prameňom impotencie alebo frigidity. Možnosť spájať sexuálne motívy a vzrušenia s náhodným signálom je zasa zdrojom fetišizmu. Rivalita medzi súrodencami a priame frustrácie od dospelých sú zdrojom ďalšieho okruhu konfliktov, spôsobujúcich hnev, zlosť, resp. konfliktov typu strach—zlosť. Tieto prvotné skúsenosti považujú autori aj za základ neskorších čŕt osobnosti.

Spájania psychoanalytických alebo neofreudistických hypotéz s koncepciami teórie učenia sú zreteľné aj pri opise základných princípov neuróz z hľadiska „psychologických princípov a sociálnych podmienok učenia" (str. 9 a n.). Napríklad Freudov princíp slasti vidia nahradený princípom posilnenia, ktorý pokladajú z vedeckého hľadiska za exaktnejší. Potláčania sú podľa nich nahradené inhibíciou odpovedí. Prenos považujú za špeciálny prípad generalizácie a silu ega (Ego-strenght) rozpracúvajú ako tzv. vyššie duševné procesy, ktoré zahrnujú kultúrne únosné naučené pudy a spôsobnosti. Uznávajú aj pojem nevedomia, potlačenia i super-ega, usilujú sa ich iba vykladať termínmi psychológie učenia. Napríklad potlačenie ponímajú ako vyhýbanie sa istým myšlienkam, čo je posilňované redukciou pudu. Zákonitosti učenia aplikujú, pravda, široko a rozvádzajú ich najmä v zmysle Hullovej teórie učenia.

Učenie opisujú ako posilňovanie spojenia kľúč—odpoveď. Podmienkami vzniku učenia sú:

a) isté následné správanie v dôsledku pudu,
b) kľúč, vyvolávajúci istý druh správania,
c) vyvolané správanie musí redukovať to, čo vyvolalo pôvodný výskyt správania, a tým nastáva posilnenie.

Za charakteristický znak ľudského učenia pokladajú jeho *sociálny cha-*

rakter. Napríklad aj myšlienky sa získavajú sociálno-kultúrnym tréningom, a to aj prostredníctvom učenia napodobňovaním. Dospelí učia mladších práve takémuto správaniu, ktoré býva odmeňované.

Za základ neurózy považujú *konflikt a neschopnosť vyrovnať sa s ním* pre istú „stupiditu" osoby, ktorá nevie využívať „vyššie duševné procesy". Na neurotické symptómy sa dívajú ako na odpovede smerujúce k sčasti úspešnému redukovaniu konfliktu. Ich fixácia nastáva preto, že znižujú neurotickú „mizériu". Všetky symtómy sú v podstate naučené, i keď nie vždy máme evidentné informácie o zúčastnených mechanizmoch učenia. Prakticky rozoznávajú len symptómy organické a naučené, takže všetko, čo je funkcionálne, pokladajú za získané učením. Neuróza vzniká učením podobne, ako sa získava morálne správanie. Najväčšiu úlohu má podľa nich učenie vo včasnom detstve.

Okrem konfliktu hrá pri vzniku neuróz veľkú úlohu strach, ktorý pokladajú za vrodenú reakciu, vzniknutú automaticky pri istých podmienkach, ako je napr. bolesť. Významný však nie je sám strach (ako u Wolpeho), ale to, pri akých aktoch sa stáva strach motívom. Zásadne charakterizujú situáciu neurotika 3 body: strasť — utrpenie, „stupidita", symptómy. Za ciele terapie potom pokladajú:

1. redukciu konfliktov,
2. kontrolu vlastného správania tým, že sa pacient naučí myšlienky, ktoré mu dovolia rozoberať činitele, ktoré ho ovplyvňovali,
3. získanie správania, ktorým by pacient dosahoval uspokojenie v bežnom živote.

V terapii sa príslušnosť k psychoanalýze prejavuje najmä v jej tzv. prvej fáze. Je to tzv. rozprávačská fáza (talking phase), v rámci ktorej zdôrazňujú techniku voľných asociácií. Táto technika má byť okrem iného prostriedkom proti neurotickému strachu, a to aj pomocou evokácie potlačení. Okrem toho sa už tu pacient učí myslieť o nových obsahoch, pričom niektoré z jeho myšlienok sú posilnené napr. tým, že terapeut isté body zopakuje a iné zanedbá. Nástrojom na redukovanie strachu je aj celá terapeutická situácia, postoje psychoterapeuta, jeho záujem o porozumenie, uistenia, sokratovská metóda vhodných otázok i interpretácie a náhľad. Redukcia strachu sa môže potom generalizovať i do bežného života pacienta, čím sa znižuje pôsobenie konfliktov a odstraňujú sa symptómy.

Druhou fázou terapie je *aspekt reálneho života,* kde viac zdôrazňujú pôsobenie mechanizmov učenia (kým freudizmus tu predpokladá automatický transfer terapeutického účinku). Dollard a Miller vyžadujú, aby sa pacient naučil nové odpovede, aby sa naučil nové spôsoby reagovania a

aby tieto spôsoby boli posilnené vonkajšími okolnosťami. Používajú pritom Hullovu terminológiu hovoriac, že neurotické návyky sa musia nahradiť novými návykmi redukujúcimi pud. Konkrétnejšie však spomínajú len sebapresadzujúce reakcie a možnosť eliminácie symptómu inou silnou reakciou, ktorá je voči symptómu inkompatibilná. Bližšie tieto postupy nerozvádzajú.

Pri hodnotení Dollardovho a Millerovho poňatia sa nám javí oprávnené charakterizovať ich spojenie neofreudizmu a teórie učenia ako určitú formu zachytenia a rozpracovania vplyvu psychologickej teórie učenia na dovtedy dominujúci spôsob psychoanalytickej psychoterapie. Chápu učenie ako mechanizmus získavania symptómov a vzniku konfliktov, ale v konfliktovom modeli neurózy prijímajú jeho psychoanalytickú náplň, až po oidipovskú situáciu. Dieťa sa potom učí prvé sexuálne odpovede vo vzťahu k rodičom a súrodencom, avšak vo forme priamych erotických väzieb, a nie osvojovaním prvkov erotického správania pomocou napodobňovania, čo by bol prijateľnejší výklad. V teórii konfliktu znamená ich poňatie istý prínos. Aspekt verbálnej psychoterapie obohatili dôrazom na získavanie nových odpovedí pre reálny, bežný život. Námety psychológie učenia našli potom istý výraz v interpretácii vzniku neurózy, v snahe o učenie sa novým odpovediam a v redukovaní strachu, ale nenašli primeraný odraz v technike psychoterapie, kde dominuje psychoanalytický postup v akejsi „behaviorálnej" modifikácii.

Cesta uplatňovania teórie učenia išla iným smerom, než ju naznačili Dollard a Miller, hoci majú medzi dynamickými psychoterapeutmi svojich stúpencov a prispeli k zdôrazneniu činiteľov učenia v neofreudizme. Smer vývoja psychoterapie učením oproti tomuto zvýraznil vyslovenú protichodnosť psychoanalýzy a tzv. behaviorálnej terapie. Plodnosť tohto odlišného vývoja sa zvýraznila medziiným aj vo vzniku nových terapeutických postupov, ktoré sa ukazujú oveľa účinnejšie ako klasická psychoanalytická technika s voľnými asociáciami a s istým spôsobom interpretácie, ktorej sa v značnej miere pridržali aj Dollard a Miller.

e) J. Wolpe a H. J. Eysenck

J. Wolpe pôsobil dlhšie na Virginskej univerzite, t. č. je vedúcim Behaviorálneho oddelenia Východopensylvánskeho psychiatrického inštitútu. Aplikáciou teórie učenia na terapiu sa zaoberá už od r. 1950. Robil známe pokusy s vyvolávaním anxiózneho správania zvierat a jeho experimentálnym odstraňovaním. Zistil medziiným, že konflikt medzi potravovou reakciou a vyhýbaním sa šoku nebol podmienkou vyvolávania experimentálnej neurózy. Ich hlavnou charakteristikou je podnetová podmienenosť.

Predpokladá, že Pavlovovu pozornosť od významnej úlohy škodlivého podnetu odviedol pozorovaný útlm obranných reakcií a sám nepokladá Pavlovov princíp zrážky medzi excitáciou a útlmom za príčinu neurózy. Nespornou prednosťou Wolpeho pokusov je experimentálna kontrola terapeutických manipulácií pri experimentálnej neuróze.

V teórii učenia vyšiel z Hullovej teórie. Pri vzniku neuróz pripisuje centrálnu úlohu anxiete. Neurotické reakcie vznikajú učením v situácii evokujúcej strach a sú vlastne nevhodnou formou odpovedí, ktorými sa má redukovať anxieta. Úzkosť, strach — používajúc tieto pojmy alternatívne — pokladá Wolpe za autonómne odpovede, pričom sú súčasťou odpovedí indivídua na noxnú stimuláciu. Zároveň uznáva značné interindividuálne rozdiely v reaktivite na situácie vzbudzujúce strach. Základná reaktivita a senzitivita osoby, pravda, môže narastať učením. Tým sa vysvetľuje, prečo tá istá situácia pôsobí odlišne u rôznych subjektov. Vznik neurotických reakcií závisí zrejme aj od intenzity vyvolanej úzkosti. Inokedy tu spolupôsobí aj znemožnenie takých reakcií, ktoré by mohli v danej situácii znižovať úzkosť. Ďalšie individuálne diferencie závisia od prevládajúceho typu reaktivity, a tak autor rozoznáva pacientov, ktorí reagujú prednostne respiratórne, iní vazomotoricky, ďalší gastrointestinálne a pod.

Keďže nerozlišuje medzi strachom a úzkosťou, považujúc anxietu za podnetovo viazanú, osobitnú otázku tvorí dlhotrvajúca úzkosť, kde bezprostredná podnetová viazanosť nie je evidentná. Pri tomto druhu úzkosti (tzv. pervasive anxiety) Wolpe predpokladá, že je vyvolávaná stálymi charakteristikami prostredia, v ktorom indivíduum žije. Jej pretrvávanie je potom dané vlastne pretrvávajúcim pôsobením okolností a podnetov, ktoré ju stále podnecujú. Týmto výkladom zvýrazňuje svoju dôslednosť v koncepcii podnetovej špecifickosti. Pripúšťa tiež, že takáto úzkosť vzniká sumáciou slabých strachových reakcií, čím príslušná podnetová viazanosť postráda možnosť ujasniť napojenie úzkosti na vyvolávajúce podnety. Tento druh úzkosti vzdoruje terapii a je ťažko prístupný odúčaniu, resp. vyhasínaniu práve pre nemožnosť podchytiť jej stimuly.

Pojem odúčanie a vyhasínanie používa Wolpe striedavo. Keďže neurotické poruchy — návyky vznikli vplyvom učenia v situáciách vzbudzujúcich strach, verí, že najefektívnejší spôsob na ich odstránenie spočíva vo vhodnom usporiadaní procesu učenia, náplň ktorého tvoria podnety, vyvolávajúce anxietu. Hlavným teoretickým východiskom jeho terapeutických procedúr je *princíp recipročného útlmu,* pričom sa pri jeho opise odvoláva viac na Sherringtonovu recipročnú inhibíciu (opísanú pri spinálnych reflexoch) než na Osgoodov retroaktívny útlm.

Recipročne inhibičný princíp v psychoterapii formuluje Wolpe takto: „Ak možno navodiť nejakú reakciu, inkompatibilnú s úzkosťou, ktorá sa

bude vyskytovať súčasne s podnetmi vyvolávajúcimi úzkosť, bude väzba medzi týmito podnetmi a anxióznymi reakciami slabnúť" (1954). Tým sa teda odstraňuje spojenie medzi neadaptívnymi neurotickými reakciami s anxióznymi podnetmi, na ktoré sú napojené. Je, pravda, nevyhnutné, aby sa určili presne a úplne konkrétne tie okolnosti, ktoré pôsobili na pacienta ako podnety vyvolávajúce anxietu, čo sa začína zisťovať už pri anamnestických informáciách. Úzkostné zážitky a situácie sa rozoberajú osobitne pri každom symptóme ako jeho podnetové okolnosti. Tento širší anamnestický prístup ku genéze symptómov hodnotíme pozitívne, už pre zameranosť na objasnenie genézy porúch. Anamnéza môže byť kľúčom aj na osvetlenie vzťahov medzi symptómami a východiskom pre terapiu.

Recipročný útlm neurotickej anxiety nastáva tým, že pacient systematicky používa také druhy reakcií, ktoré sú antagonistické voči anxiete a znemožňujú jej súčasný výskyt. Ako vhodné druhy takýchto reakcií sa ukázali napr. relaxačné, sebapresadzujúce, prípadne i sexuálne odpovede. Najčastejšie používa relaxáciu vo forme Jacobsonovej progresívnej relaxácie, ktorá je potom prvou časťou jeho metódy systematickej desenzitizácie (pozri metódy). Keďže relaxácia môže zoslabiť úzkosť len vtedy, keď má relatívne malú intenzitu, je nevyhnutné, aby sa relaxačné uvoľnenie spájalo najprv so situáciami, ktoré vyvolávajú len nepatrný strach. Až potom možno postupne pristupovať k zložitejším situáciám, ktoré vyvolávajú silnejší stupeň strachu. Preto sú strachové situácie usporiadané do hierarchií, čo pripomína jednak jeho vlastné pôvodné usporiadanie terapeutického experimentu, jednak Jonesovej „stupnicu tolerancie". Aj v konštrukcii tejto metódy je vyjadrený princíp podnetovej viazanosti neurotických porúch.

Wolpe rozvádza aj ďalšie terapeutické postupy a pre tzv. „voľne plynúcu úzkosť" zaviedol používanie carbon dioxidu, no jeho hlavná zásluha v obohatení metód psychoterapie učením spočíva v autorstve *metódy systematickej desenzitizácie,* ktorá sa už dnes široko a úspešne používa.

Wolpeho aplikácia teórie učenia v psychoterapii je veľmi dôsledná. Dodržiava základné vedecké kautely, pričom sa opiera aj o vlastné experimenty na zvieratách a o rozbor neurotických porúch z hľadiska teórie učenia. Z jeho prác vyznievajú aj bohaté klinické skúsenosti. Svoje hlavné názory vyložil v knihe *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (vyšla r. 1958), ako aj v mnohých článkoch, v ktorých svoje tézy, teoretické výklady, opis metód, ako aj praktické skúsenosti a efekt tejto terapie ďalej rozvádza a rozpracúva.

Ford a Urban (1965) vyzdvihujú, že Wolpe berie do úvahy aj terapeutický vzťah a že vysvetľuje pacientovi, ako neadaptívny strach v špeciálnych situáciách je prameňom pacientových ťažkostí. Sám Wolpe však za

hlavný účinný prostriedok psychoterapie pokladá práve princíp recipročného útlmu, ktorý považuje za východisko aj pre vysvetlenie efektu iných psychoterapeutických metód, hoci nepodceňuje ani význam terapeutického vzťahu. Interpretácii však nepripisuje zvláštnu závažnosť a pri hierarchii strachových situácií kladie dôraz práve na tie situácie, ktoré sú schopné aktuálne evokovať strach.

Ford a Urban (1965) mu vyčítajú inkompletnosť teórie napríklad preto, že nepredkladá teóriu vývoja normálneho správania, a tiež istú simplifikáciu teórie porušeného správania. Pokiaľ ide o druhú námietku, je pohľad na ňu vecou názoru a celkového prístupu, ale pokiaľ ide o teóriu normálneho správania, Wolpe sa tu plne hlási k výkladom psychologickej teórie učenia a základ vedeckej psychoterapie vidí „v psychologickej vede", ako hovorí doslovne (1963). Podstatné je, že pri terapii vyšiel z dobre plánovaných experimentov. Je pochopiteľné, že tu zostal rad neobjasnených otázok, a to dokonca i pri samej metóde systematickej desenzitizácie, ktorú v poslednom čase intenzívne študujú mnohí autori, ktorí prispievajú k objasňovaniu viacerých stránok tejto metódy. Jeho teoretické východiská a najmä princíp recipročného útlmu sa ukazujú terapeuticky únosné. Pomerne široko stavia Wolpe otázku indikácie metód psychoterapie učením, resp. behaviorálnej terapie.

Veľkou prednosťou Wolpeho je spájanie a rozvíjanie teoretického prístupu zároveň s intenzívnou terapeutickou praxou. Značná zásluha mu prislúcha aj na šírení týchto metód. Roku 1962 usporiadal na Virginskej univerzite konferenciu o tejto liečbe (materiály vyšli r. 1965). Popri pojme behaviorálna terapia používa alternatívne aj pojem liečba podmieňovaním. V hodnotení praktického úspechu uvádza efekt až u 90 % liečených. Nedávno vydal spolu s Lazarusom knihu o metódach behaviorálnej terapie (1966).

Známy profesor psychológie a riaditeľ Psychologického oddelenia Maudsleyského psychiatrického inštitútu H. J. Eysenck, ktorý je autorom štrukturálnej teórie osobnosti (1960), začal štúdium psychoterapie sledovaním nedostatočných efektov tradičnej eklektickej a najmä psychoanalytickej psychoterapie. V teórii učenia sa hlási predovšetkým k Watsonovi, Hullovi, ale aj k Pavlovovi (1959). Rozpracoval aplikáciu teórie učenia na oblasť neurotických porúch, z čoho vyplynulo, že teória učenia je sľubná aj pre terapiu neuróz. Pridáva sa plne k rozvíjaniu teoretických otázok tejto terapie a svoju zásadnú štúdiu v danom smere prednáša r. 1958 a publikuje r. 1959. Je zároveň autorom nového pojmu pre túto aplikáciu, pojmu behaviorálna terapia, resp. terapia správania (Behaviour Therapy), ktorý zavádza s úmyslom výrazne odlíšiť túto terapiu od klasickej a hlavne

psychoanalytickej psychoterapie. Používa potom dôsledne pojem behaviorálna t e r a p i a, a nie psychoterapia.

Behaviorálnu terapiu definuje ako „pokus meniť ľudské správanie a emócie v žiadúcom (beneficial) smere pomocou využitia zákonitostí modernej teórie učenia" (1964). Práce hovoriace o tomto predmete zhrnul r. 1960 v zborníku *Behaviour Therapy and the Neuroses.* O štyri roky neskôr vydáva podobný ďalší zborník *Experiments in Behaviour Therapy.*[8] Pol roka predtým zakladá medzinárodný časopis Behaviour Research and Therapy (Pergamon Press), vychádzajúci štvrťročne.

Tieto údaje je potrebné uvádzať preto, že Eysenckovi prislúcha veľká zásluha na vehementnom úsilí o rozvíjanie i rozširovanie tohto terapeutického prístupu, čo uvedené údaje celkom zreteľne demonštrujú.

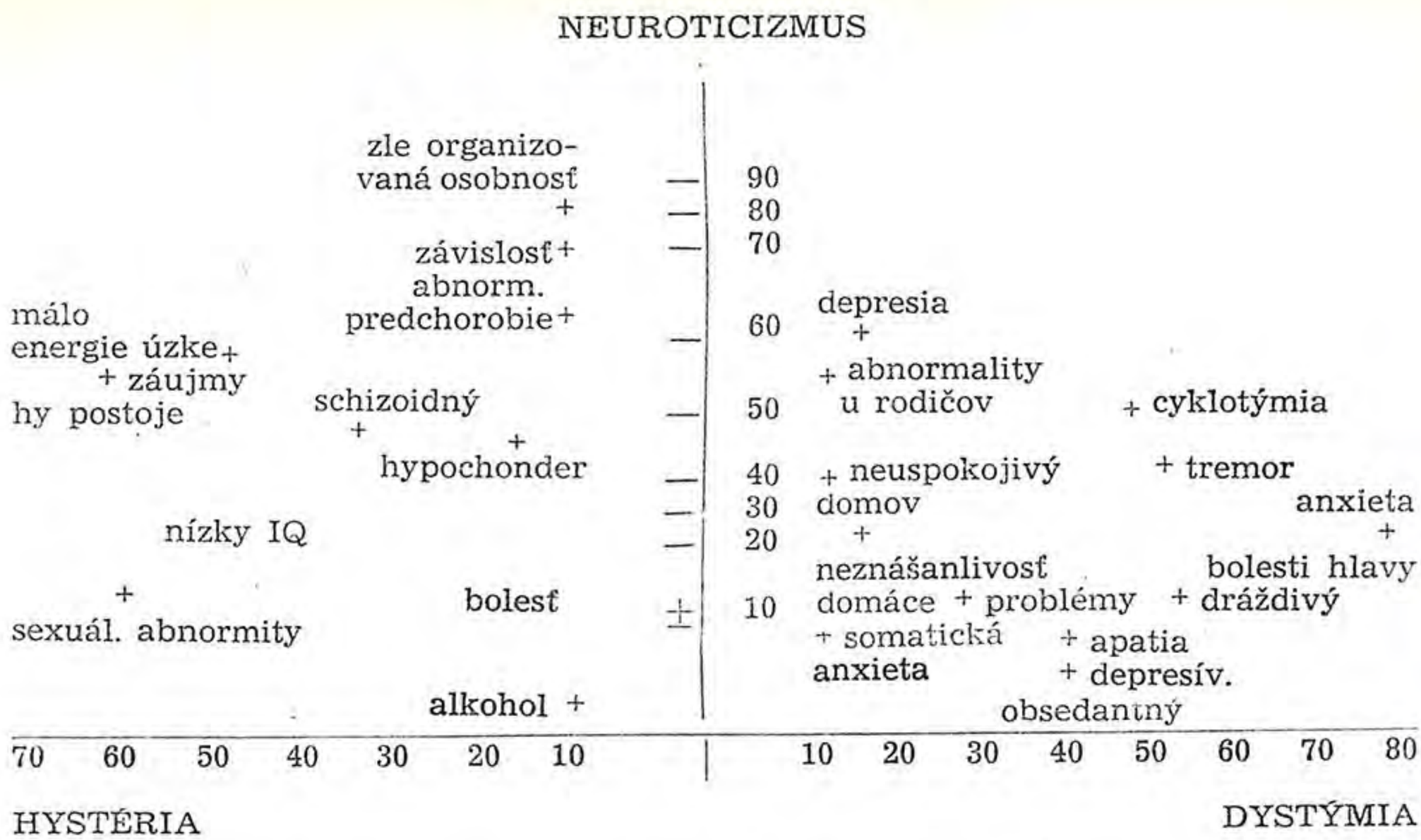
V teórii neuróz rešpektuje klasifikačný prístup a dopĺňa ho *dimenzionálnym pohľadom na osobnosť.* Jednou zo základných dimenzií osobnosti je extroverzia a introverzia a podľa príslušnosti k jednej z týchto dimenzií sa líši dystýmia a hystéria. Ďalšou dimenziou je neuroticizmus (obr. 3). Charakteristickú náplň týchto dimenzií podľa posúdenia 700 vojakov-neurotikov uvádza potom na schematickom znázornení (1960a, str. 125).

Táto schéma približuje sčasti Eysenckov dimenzionálny prístup k neurózam a demonštruje ho aspoň v takej zjednodušenej forme. (U nás hodnotí jeho dimenzionálny prístup pozitívne V. Tardy — 1965.)

Dimenzionálny prístup rešpektuje základné klasifikačné hľadiská neurotických porúch, pričom sa podáva aj ich širší opis z hľadiska štruktúry osobnosti a niektorých osobnostných čŕt. Zároveň však treba zdôrazniť, že Eysenck pokladá za základnú jednotku neurózy sám neurotický symptóm. Symptómy chápe ako naučené formy správania, ktoré sú z nejakých príčin neadaptívne, neprimerané podmienkam. Má pritom na zreteli hlavne vonkajšie kritérium neprimeranosti, čo však v zásade neprotirečí Pavlovovmu poňatiu.

Analyzujúc symptómy ako základné jednotky neurózy, delí ich na dve skupiny, ktoré už boli spomenuté. Ide o nadbytočné a deficitné reakcie (surplus and deficient CR). Túto schému aplikuje aj na zložitejšie poruchy, a tak potom aj u tzv. sociopatov, psychopatov s asociálnymi sklonmi, hrá podľa neho úlohu nedostatok učenia, resp. nedostatok podmieneného vypestovania anxiety v tých situáciách, kde by bola potrebná. Zásadne sa nám toto delenie neurotických príznakov javilo únosné a už naša predošlá práca (*Podiel učenia v psychoterapii,* 1964) sa pokúša o jeho rozvedenie pri

[8] Obe knihy boli recenzované v časopise Československá psychologie 1963, str. 88 a 1955, str. 314.



Obr. 3. Schematický opis nasýtenia faktorov podľa Eysencka (náplň charakteristík nie je vyčerpávajúca).

Рис. 3. Схема описания насыщения факторов по Эйсенку.

Fig. 3. Schematic description of factor satiation according to Eysenck.

nechutenstve, hygienických návykoch a zlozvyku neprimeranej hravosti u detí.

Vo svojej poslednej knihe, vydanej spolu s Rachmanom (1965), podávajú kompletizovaný výklad neurotických porúch z pozície teórie učenia i pri ďalších neurotických poruchách, ako sú anxiózne stavy, hysterické poruchy, obsesie, sexuálne poruchy a iné, kladúc však hlavný dôraz na opis ich behaviorálnej liečby. (Obaja autori kritizovali už predtým v osobitných prácach psychoanalytický prístup.)

Eysenck zdôrazňuje, že teória učenia v porovnaní s psychoanalýzou neuznáva nijaké „nevedomé príčiny" neuróz. Behaviorálna terapia sa sústreďuje na aktuálne správanie a na samy symptómy, na odúčanie a vyhasínanie neadaptívnych reakcií, ako aj na pestovanie žiadúcich návykov. Psychoanalytikmi zdôraznenú interpretáciu považuje za irelevantnú vo vzťahu k liečbe neuróz, pričom býva zrejme zaťažená subjektívnosťou. Za neopodstatnený považuje aj osobný terapeutický vzťah. Behaviorálnu terapiu hodnotí v porovnaní s psychoanalýzou ako dokonalejší spôsob liečby, a to tak z hľadiska teoretických východísk, ako aj podľa efektov liečby. Kritikom, ktorí vyčítajú behaviorálnej liečbe symptomatické zameranie, odpovedá požiadavka odstrániť všetky reakcie, ktoré sú v kauzál-

nom vzťahu k symptómom. Okrem toho pojem symptóm nechápe v tradičnej alternatíve symptomatický — kauzálny, a novšie hovorí priamo, že lepším pojmom by bol „podmienená neadaptívna odpoveď" (CMR — Eysenck, Rachman, 1965).

Eysenck podáva spolu s Rachmanom novší teoretický prístup k neurózam z hľadiska behaviorálnej terapie vo forme tzv. *trojstupňovej teórie neuróz.* Vznik neuróz sa podľa tejto teórie vysvetľuje nasledovne:

Na prvom stupni sa stretávame s jednotlivým traumatickým zážitkom alebo sériou malých subtraumatických udalostí. Tieto zážitky alebo udalosti produkujú silné autonómne reakcie hlavne sympatického nervového systému (charakteru nepodmienených R). Ide hlavne o silné emocionálne reakcie, ktoré môžu byť neadaptívne, ale nie sú ešte perzistujúce a ťažko ich označiť za neurotické.

Na druhom stupni, alebo v druhej fáze, nastáva vlastný základný proces učenia, ktorý je významný pre vývoj neurózy. Pôvodne maladaptívne emocionálne správanie sa spája s predtým neutrálnymi podnetmi, čo sa môže diať aj mechanizmami klasického podmieňovania. Časť týchto reakcií podlieha vyhasínaniu v dôsledku neposilňovania a časť prechádza do t r e t e j fázy. Tretí stupeň si predstavujú autori tak, že uvedené emocionálne reakcie, napojené na istý podnet, smerujú k nejakej forme operačného správania, napr. k vyhýbacím reakciám, ktoré sa posilňujú, čím sa znemožní ich vyhasínanie. Tým vznikajú sekundárne návyky, ktoré môžu mať neprimeraný, neurotický charakter.

Túto teóriu pokladajú za zvlášť dobre aplikovanú najmä pri tých poruchách, ktoré Eysenck nazval dystymické, ako sú napr. fóbie, úzkostné stavy, obsesie a kompulzie a iné. Pripisujú, pravda, značný význam hyperaktivite vegetatívneho nervového systému, čo napomáha, uľahčuje vznik neuróz i recidív.

Oproti doterajším chápaniam Eysencka, z ktorých mnohé boli charakterizované aj v práci *Podiel učenia v psychoterapii,* je trojstupňová teória neuróz novým prínosom, ďalším rozpracovaním aplikácie teórie učenia na vznik neurotických porúch. Priznáva istú váhu aj psychotraumatizácii ako vyvolávajúcemu agensu takých reakcií, ktoré sa ďalším postupom učenia môžu fixovať a produkovať neurotické návyky, čo treba hodnotiť kladne. Ináč vlastné stanovisko k chápaniu behaviorálnej terapie uvádzame v nasledujúcej kapitole.

Okrem rozvíjania viacerých teoretických otázok tejto terapie treba vyzdvihnúť Eysenckov prínos aj v tom, že sa tieto postupy začali široko a intenzívne využívať. Práve jeho názory mali veľmi veľkú publicitu a ovplyvnili ďalší vývoj tohto smeru, takže Eysenck sa počíta k jeho zakladateľom. Založením nového časopisu vzniklo fórum pre výmenu vedeckých

informácií na tomto poli. V predslove k prvému zborníku (1960) hovorí, že rozvoj behaviorálnej terapie bol nerovnorodý, sporadický a nekoordinovaný, a fakt, že sa toto tvrdenie vzťahuje skutočne len na minulosť, na tom má prof. Eysenck nesporné zásluhy.

f) Terapeutický dosah Skinnerovej teórie

B. F. Skinner má kapitolu o psychoterapii už vo svojej knihe *Veda a ľudské správanie* (Science and Human Behavior, 1953, 7th print. 1960, str. 359—387). Napriek tomu sa jeho teória uplatňuje v rámci behaviorálnej terapie až v poslednom čase. Je to zrejme spôsobené skutočnosťou, že uvažoval o psychoterapii, vtedy bežného typu, teda dynamicky ladenej, do ktorej vnášal svoj výklad, považujúc psychoterapiu za jeden spôsob kontroly ľudských aktivít. Terapeut predstavuje podľa neho akýsi prísľub úľavy pre pacienta, čo samo pôsobí na pacienta pozitívne. Vyzdvihuje, že psychoterapeutické sedenie predstavuje neaverzívne podmienky, keďže terapeut prijíma pacienta bez kritiky. Hľadisko učenia je bezprostrednejšie vyjadrené v jeho stanovisku, že okrem nonaverzívnych podmienok je potrebné vytvárať i nový súbor odpovedí, ktorý by bol efektívny v konkrétnych podmienkach pacientovho života. Psychoterapia má pridať niektoré ďalšie formy reakcie k doterajším, prípadne posilniť u pacienta už existujúce, ale nedostatočne využívané reakcie. Na dosiahnutie týchto zmien sa dajú využívať okrem inštrumentálneho podmieňovania a vyhasínania aj zmeny podnetov a zmeny ich efektívnosti.

Zdá sa, že práve posledné Skinnerove vývody podnietili priamu *konštrukciu procedúr operačného učenia* (alebo podmieňovania) *na terapeutické účely*, čomu sa venovali jeho nasledovníci. On sám — ako vieme — venoval v praktickej aplikácii teórie učenia väčšiu pozornosť programovému vyučovaniu, učiacim strojom. Ďalší terapeutický nástroj, vychádzajúci z jeho teórie, je využívanie sociálno-posilňujúcich činiteľov.

Medzi psychológov, ktorí najviac pracujú s terapeutickým využitím Skinnerovej teórie, patria predovšetkým Ch. Ferster, O. Lindsley, T. Ayllon a ďalej I. Goldiamond, O. Lovaas, B. Barretová a iní.

Významným spoločným znakom týchto autorov je, že sa koncentrujú predovšetkým na psychotické poruchy, a to hlavne na psychotické poruchy správania, na autizmus a mutizmus. Treba tiež vyzdvihnúť, že sa začali aj pokusy s ovplyvňovaním mentálnej retardácie. Úspešné pokroky na tomto poli by mohli znamenať vážny zlom v prístupe k ľahším formám oligofrénie u detí, ako aj zmenu celého spôsobu ich reedukácie i výučby v osobitných školách.

Ide pritom o rôzne usporiadané postupy inštrumentálneho učenia s dô-

razom na priamu manipuláciu s vybranými symptómami. Pri vzniku niektorých symptómov sa predpokladá účasť nedostatočne intenzívneho sociálneho posilňovania. Sociálne posilňujúce správanie, podnetové nasýtenie a manipulácie s vhodnými spôsobmi posilňovania (potravou, hudbou a pod.) sú hlavné nástroje terapeutického učebného postupu, pričom sa dbá na starostlivo plánovanú schému posilnení. Pomocou operačného učenia sa dajú formovať i zložitejšie komplexné prejavy správania, s čím experimentoval už Skinner („shaping"). Veľká dôležitosť sa tu pripisuje použitej schéme posilňovania, pričom zásadne je efektívnejšia prerušovaná (intermitentná) schéma, pretože umožňuje vyššiu stálosť získaných reakcií, ktoré kladú väčší odpor vyhasínaniu. Vhodnejšie sa ukázalo menlivé poradie výskytu posilnení, oproti fixnému poradiu. V terapeutických pokusoch sa potom vlastne pokračuje v tomto smere „shapingu". Opísané postupy sú, pravda, formulované ako výskum, a nie ako terapia, čo môže u psychoterapeuticky orientovaného čitateľa vzbudzovať mechanický dojem. Ich metodická prepracovanosť je určite kladným prvkom.

Rozpracovanie terapeutického dosahu Skinnerovej teórie je rozhodne iba v začiatkoch, ponúka však už viaceré námety pre psychoterapiu učením. Rozvádza princíp manipulácie s činiteľmi odmeny, jej vhodnej frekvencie a pod. Ďalšie rozpracovanie Skinnerovej teórie s terapeutickým zámerom by mohlo prispieť aj k väčšej efektívnosti niektorých postupov používaných v rámci psychiatrickej rehabilitácie, alebo pri reedukácii. To, že sa tu ukazujú konkrétne prínosy práve pri najťažších typoch porúch, akými sú psychotické, resp. schizofrenické poruchy (pozri XVI. kapitolu), alebo že sa tu dá počítať s istými prínosmi aj k reedukácii psychopatov alebo dokonca oligofrenikov, je rozhodne cenné.

g) Ďalší predstavitelia behaviorálnej terapie

V tejto kapitole uvádzame niekoľko súčasných pracovníkov danej oblasti, ktorých príspevky jednak charakterizujú niektoré stránky alebo metódy súčasnej behaviorálnej terapie a jednak ich prínos môže vplývať na ďalší smer rozvoja tohto trendu. Pri súčasnom prudkom rozvoji tejto terapie, nemôžeme zrejme zaručiť, že náš výber vystihuje najpodstatnejšie príspevky alebo osobné prínosy, prípadne ďalšie názorové odlišnosti. Ide o dokreslenie súčasného vývoja, a nie o vyčerpávajúci prehľad. (Nespomíname osobitne napr. Phillipsa alebo Shobena, ktorých sme sa viac dotkli v práci z r. 1964.)

A. Salter vydal r. 1950 knihu o reflexnej terapii, v ktorej vykladá svoje poňatie podmieňovacej liečby. Jeho poňatie sa nám javí značne mechanické. Podmieňovanie podľa neho predstavuje „zmenu tkaniva skúse-

nosťou", pričom dodáva, že naše znalosti o týchto zmenách sú nekompletné. Maladjustácia je podľa neho procesom učenia, je to zlé podmieňovanie (malconditioning), a psychoterapia je jednoducho znovupodmieňovaním.

Vo svojich vývodoch sa odvoláva na Pavlova a Bechtereva (treba sa však obávať, že I. P. Pavlov by s jeho poňatím polemizoval), pričom zdôrazňuje najmä význam orientačného reflexu. Mnohé jeho výklady sú veľmi voľné. (Pacienta „učí excitáciám, ktoré odstraňujú anxiózne vzrušenie", vysvetľuje mu „sebaobraňujúce negativistické podmieňovanie", hovorí o „zdravej excitácii" a pod.)

Pri neurózach prikladá význam strachu a individuálne problémy pacienta pokladá za výsledok sociálnych skúseností (čo pripomína Dollarda a Millera). V psychoterapii vyžaduje predovšetkým meniť spôsoby správania v sociálnych vzťahoch, čím sa mení osobnosť. Tým sa dostávame k najvýznamnejšiemu bodu, pre ktorý tohto autora osobitne spomíname. Je to *metóda sebapresadzujúcich reakcií* pomocou voľného prejavovania spontánnych emócií, ich externalizáciou. Tým, že ide pri nej o voľné zvýraznenie vlastných reakcií, nazýva túto metódu aj výrazový, *expresívny trénin*g. Terapeut učí pacienta sebapresadzujúcim reakciám a pacient ich skúša v konkrétnych sociálnych situáciách. Práve táto metóda je zrejme najúčinnejším nástrojom Salterovej terapeutickej praxe, pričom samy „podmienenoreflexné" výklady, ktoré podáva pacientovi, sú zrejme irelevantné.

C. M. Franks — riaditeľ Psychologického výskumného a klinického centra Neuropsychiatrického inštitútu v New Jersey — sa dostal k behaviorálnej terapii priamo pri experimentoch s podmieňovaním. Uvažuje o „podmieňovateľnosti" ako o všeobecnej vlastnosti alebo schopnosti indivídua (conditionability) s interindividuálnymi odlišnosťami v miere tejto schopnosti, a to v závislosti od ďalších osobnostných faktorov. Medzi najvýznamnejšie spojitosti tohto druhu patrí jeho zistenie, že introverti podmieňujú ľahšie ako extroverti (1957a), pričom sa ukázal pozitívny vzťah aj medzi schopnosťou podmieňovať a medzi stupňom neuroticizmu (1954). Z mentálne retardovaných boli v podmieňovaní signifikantne horší hlavne tí, ktorí mali horšiu prispôsobivosť k práci (V. Franks a C. M. Franks, 1962). Skúma však aj vplyv farmák a deprivácie (jedla, pitia a fajčenia) na podmieňovanie (1957b), pričom pracuje najmä so žmurkacím reflexom. (Vzťahy o podmieňovateľnosti a introverzii sa však vždy nepotvrdili.)

Na základe svojich zistení považuje za únosné Pavlovovo spájanie neurasténie s výnimočnou excitáciou a naopak hystérie s útlmom. Tým sa dostávame k ďalšej charakteristike tohto autora. Okrem toho, že chápe podmieňovanie ako jednu formu učenia, dr. Franks prijíma i neurofyzio-

logické interpretácie Pavlovovej teórie o základných nervových procesoch, s výnimkou pavlovovskej typológie, ktorú pokladá za konfúznu (1964).

V terapii Franks venuje v prvej fáze pozornosť hlavne protialkoholickej liečbe podmieňovaním. Hovorí o podmieňovacej averzívnej terapii a uvažuje o nej aj v širších reláciách, napr. s prihliadaním na osobnostné činitele. Majúc na zreteli podmieňovanie pomocou apomorfínu a emetínu, zdôrazňuje potrebu zachovávať základné zákonitosti a faktory podmieňovania. Alkoholizmus chápe ako učením získaný návyk, pričom ako posilňujúce činitele tu prichádzajú do úvahy anxieta alebo tenzia.

O klinickej a výskumnej aplikácii podmieňovania vydáva r. 1964 knihu vo forme zborníka prác. Zhŕňa tu najdôležitejšie práce z hľadiska výskumu, psychodiagnostiky, hodnotenia, prognózy a terapeutického využívania podmieňovania. Opiera sa rovnako o klasické, t. j. pavlovovské, ako aj o skinnerovské podmieňovanie.

Behaviorálnu terapiu definuje ako „systematickú aplikáciu princípov vyvodených z teórie učenia na racionálnu modifikáciu abnormálneho alebo nežiadúceho správania" (1964). V zmysle tejto definície verí, že tieto postupy môžu byť významné aj v prevencii abnormálneho správania a v budovaní jeho pozitívnych charakteristík.

C. M. Franks patrí medzi autorov, ktorí venujú veľa pozornosti teoretickým otázkam behaviorálnej terapie, do ktorej zaraďuje aj liečbu podmieňovaním. Operačné techniky pokladá za užitočné aj pri zavádzaní žiadúcich nových pozitívnych odpovedí. Terapia vystupuje ako manipulácia s okolnosťami a zásahmi podobného rázu ako pri experimente až po modelovanie správania. Je potom len dovedením experimentálneho prístupu do ďalšieho logického dôsledku, keď vyžaduje vyvinúť aj systém „behaviorálnej diagnózy". Zaoberá sa aj hlavnými kritickými námietkami voči behaviorálnej terapii a uvádza faktické údaje voči kritikom (1966).

Okrem základných experimentov v podmieňovaní a v aplikácii ich záverov najmä na zdokonaľovanie postupov averzívnej terapie a okrem rozpracúvania teoretických otázok behaviorálnej terapie je Franks významný aj ako zakladateľ a prvý predseda novozaloženej spoločnosti pre rozvoj behaviorálnej terapie (so sídlom v New Yorku), čo je zrejme významný čin pre systematický rozvoj i koordináciu ďalšieho vývoja tohto prístupu. Na tomto mieste možno spomenúť i skutočnosť, že v Spojených štátoch vznikajú i osobitné oddelenia pre aplikáciu tejto liečby, čo je z hľadiska jej rozvoja veľmi významné.

S. Rachman sa okrem kritiky freudizmu venuje tak teoretickým, ako aj praktickým otázkam behaviorálnej terapie. Experimentoval s metódou systematickej desenzitizácie, študujúc jej jednotlivé zložky (1965). Osobitnú pozornosť venuje aplikácii behaviorálnej terapie u detí. Je

Eysenckovým spolupracovníkom (aj zástupcom redaktora časopisu Behav. Res. and Ther.). Jeho hlavné teoretické názory (včítane trojstupňovej teórie neuróz) sme uviedli pri Eysenckovi v rámci spoluautorstva knihy *Príčiny a liečba neuróz* (1965).

A. A. Lazarus je známy klinickým hodnotením behaviorálnej terapie na rozsiahlom súbore neurotikov. Rozpracúva metódy založené na princípe recipročného útlmu, použil systematickú desenzitizáciu skupinove a vypracoval jej modifikáciu s emotívnymi predstavami, čo opisuje ako vhodný spôsob desenzitizačnej terapie u detí (1962). Patrí medzi autorov s najbohatšími klinickými skúsenosťami s behaviorálnou terapiou.

H. Gwynne Jones je známy modifikáciou pôvodnej Hullovej rovnice, pričom táto úprava má — podľa nášho názoru — nosnosť práve pre teoretické vývody v terapii. Roku 1958 zhrnul pohľad na dovtedy používané metódy psychoterapie učením v článku *Neuróza a experimentálna psychológia*. Zdôraznil poňatie strachu ako učením získaného pudu (*D*), ktorý má sprostredkujúcu funkciu pri tvorbe návykov napr. aj tým, že jeho redukcia posilňuje averzívne inštrumentálne odpovede. V liečbe sa potom vyžaduje eliminovať tak neprimerané averzívne tendencie, ako aj anxietu. Liečbe má predchádzať diagnostické zhodnotenie prípadu, ktoré má podľa neho obsahovať stupeň extroverzie, introverzie a neuroticizmu, charakter a množstvo stresu, podnety a situácie, ktoré vyvolávali abnormné reakcie (symptómy), i charakteristické emočné a inštrumentálne odpovede subjektu na rozličné podnety a na stresovú situáciu. Oproti iným autorom vyzdvihuje teda aj účasť stresu pri vzniku neuróz (pozri Selye, 1966). Pokúša sa o vyvodenie etiologickej teórie neuróz na báze experimentálnej psychológie s dôrazom na Hullovu teóriu učenia, ktorú chápe ako jednu časť experimentálnej psychológie. Psychoterapia učením je potom aplikáciou celej experimentálnej psychológie.

A. Yates venoval pozornosť výskumu frustrácie, konfliktu a psychomotoriky. V aplikácii teórie učenia sa zameral na liečbu tikov, ktorú projikuje ako širší výskum použitých princípov. Za charakteristický znak neurotikov pokladá zvýšený stav „pudu", čo dovoľuje správne odpovede v jednoduchých situáciách, ale zároveň sťažuje primerané odpovede v komplexnejších situáciách. Tento zvýšený stav pudu môže byť navodený strachom alebo anxietou, pričom je v priamom vzťahu aj k sile podnetov.

Tiky pokladá za vyhýbacie odpovede, ktoré redukujú úroveň pudu, pričom vznikli v pôvodne traumatizujúcich situáciách. Vplyvom generalizácie sú potom tikové pohyby vyvolávané aj inými podnetmi a stávajú sa z nich silné návyky ($_sH_r$). Traumatická situácia však nie je podmienkou vzniku tikov. Inou evokujúcou príčinou môže byť dráždivá stimulácia, ale aj napodobňovanie. Na liečbu tikov používa negatívnu prax (pozri metó-

dy), ale s istými odlišnosťami od pôvodného Dunlapovho spôsobu cvičení. Túto metódu prepracoval. Roku 1970 vydal syntetickú monografiu o behaviorálnej terapii.

A. Bandura hovorí o behaviorálnej modifikácii. Pod týmto názvom vydal aj spis, v ktorom opisuje svoje v istom zmysle osobitné poňatie (*Principles of Behavior Modification*). Vychádza zo Skinnera, aplikuje jeho metódu na rozbor správania, ale v mnohom sa od neho líši. Ľudské správanie determinujú nielen vonkajšie okolnosti (podnety v zmysle S—R), ale aj systém vnútorných informačných procesov včítane spätnoväzbových posilnení, pričom anticipácia očakávaného posilnenia aktivuje istý druh správania. Prejavy správania sa stávajú závislými od konzekvencií, ktoré môžu vyvolať. Sociálne učenie a modelovanie vlastného správania na základe pozorovania prejavov iných ľudí je tu ďalším činiteľom. U dospelých prevýši vplyv vonkajších podmienok osobný systém sebaposilňovania, postoje i sebahodnotenie. Pri modifikácii správania ide potom o systém jeho kontroly a o zmeny navodené pomocou modelovania, pozitívneho posilňovania, averzie, desenzitizácie, vyhasínania alebo pomocou mechanizmov symbolickej kontroly, do ktorej zahŕňa aj vedomú kontrolu. Behaviorálna modifikácia nahrádza teda pojem behaviorálna terapia, pričom sa kladie oveľa väčší dôraz na sociálne učenie, ale aj na vnútorné duševné pochody.

Uvedený prehľad názorov zástancov psychoterapie učením poukazuje na vývin i súčasný stav tohto smeru. Je zrejmé, že tu dominuje prístup asociačných teórií učenia, ktoré sme z tohto dôvodu aj viac rozoberali v predošlej časti. Je to prístup typu *S—R* teórie, pričom zo súčasných teórií učenia dominuje tu hlavne Hullova teória. No na druhej strane sa zdá — pokiaľ ide o teoretické východiská tejto terapie — že sa rozširuje obzor, ktorý sa berie do úvahy, a teoretické východiská i interpretácie zaberajú širší okruh ako ešte r. 1960, ktorý je rokom významnejšieho nástupu tejto terapie. V dôsledku toho sa zmenšuje počet prác s vyslovene mechanickým prístupom a viac pozornosti sa venuje okolnostiam vzniku porúch i charakteristikám „terénu", na ktorom vznikajú. Ďalším typickým znakom súčasného vývoja je skutočnosť, že nastalo určité zjednotenie odchylných stanovísk v rámci behaviorálneho poňatia, pričom isté odlišnosti v tomto poňatí sú zreteľné aj z uvedeného prehľadu názorov.

Potešiteľným znakom je jednak vzrast prác s vyslovene výskumným zameraním, a to aj s verifikáciou základných teoretických východísk psychoterapie učením a jednak vzrast referátov o klinickom použití týchto metód. S tým ide ruka v ruke aj rozvíjanie, zdokonaľovanie a obohacovanie metodík tejto psychoterapie.

Na spresnenie obrazu o dominujúcej problematike posledných 6 rokov možno uviesť prehľad hlavných problémov, ktoré sa v rámci tohto trendu

skúmajú. Podávame ho na základe rozboru 204 štúdií (prevažne článkov), hlavne podľa uvedených zborníkov Eysencka, Francksa, Wolpeho a kol. a článkov z doterajších ročníkov časopisu Behav. Res. & Therapy (Kondáš, 1966d).

Podľa prevládajúceho zamerania možno rozdeliť študovanú tematiku do 4 hlavných skupín, ktoré uvádzame v tab. 1 aj s počtom prác v danej oblasti.

Tabuľka 1

Prehľad hlavných okruhov štúdia psychoterapie učením

Tematická oblasť	Počet prác	%
1. Teoretické štúdie	40	19,6
2. Experimentálne štúdie . . .	30	14,7
3. Metodické štúdie a nové metódy	39	19,1
4. Klinické štúdie	95	46,5
Suma	204	99,9

V teoretických štúdiách sa stretávame hlavne s rozborom mechanizmov a s výkladom neurotických porúch; rozvádzajú sa problémy vyhasínania a všeobecnejšie problémy teórie učenia vo vzťahu k terapii. Pri experimentálnych štúdiách sa ešte stále objavujú aj základné experimenty na zvieratách a tiež experimentálne usporiadanie terapeuticky zameraných postupov. Skúma sa závislosť učenia a podmieňovania od účinku drog, individuálne odlišnosti v učení a podmieňovaní a pod. Pri metodických štúdiách ide jednak o opis nových metód, alebo o modifikáciu postupov. V rámci klinických štúdií sa podávajú referáty o postupoch a výsledkoch eliminácie porúch veľmi často vo forme dôkladných kazuistických správ. Týkajú sa celého okruhu neurotických porúch, alkoholizmu a v poslednom čase i schizofrénnych porúch. Práve klinické práce začali v posledných rokoch dominovať (tvoria 46,5 %), takže tieto postupy sa dostávajú stále viac do praxe a stávajú sa nástrojom bezprostrednej pomoci ľuďom. Dôležité je, že sa intenzívne pracuje na rozvoji a zdokonaľovaní metód psychoterapie učením (19,1 %), pričom sa nezanedbáva ani základné teoretické štúdium. Výskumné zameranie i teoretické úvahy a interpretácie sú prakticky stálou súčasťou aj tých prác, ktorých hlavnú tematiku tvorí problém inej oblasti. Pravidlom je aj striktný opis metodických postupov a výskumnej metodiky.

Ak trend ďalšieho vývoja analogicky sledujeme rozborom článkov z rokov 1970—1971 (jednak v uvedenom a jednak v dvoch nových časo-

pisoch), zisťujeme, že i naďalej prevládajú klinické štúdie (47 % z 202 článkov) a v rámci nich najmä kazuistiky, pričom prevahu (72 %) tvoria kazuistiky dospelých. V porovnaní s pôvodným prehľadom (tab. 1) vzrástol počet metodických štúdií (takmer na 30 %), ale na druhej strane sa zaznamenal mierny pokles teoretických a experimentálnych štúdií. Tento nedostatok len sčasti vyvažujú kritické a hodnotiace články alebo diskusie. Aj na základe takéhoto rozboru dá sa povedať, že ďalší vývin charakterizuje predovšetkým veľmi intenzívne prenikanie tejto terapie do praxe.

Podaná charakteristika skúmanej tematiky dokresľuje celkový pohľad na trend vývoja psychoterapie učením. Rozbor prínosu jednotlivých autorov zároveň ukazuje, že tu zatiaľ nepanuje názorová jednota, hoci k istému zjednocovaniu sa hádam smeruje. Osobne nás napr. potešil opis tzv. trojstupňovej teórie neuróz (Eysenck a Rachman, 1965) už preto, že priznáva podstatný význam učeniu pri fixovaní porúch, čo podporuje naše pôvodné stanovisko, vyjadrované v referáte o uplatňovaní teórie učenia v psychopatológii (1960, 1962) a rozvádzané v knihe (z r. 1964). Zároveň je tu však ešte rad nezhodných i protichodných názorov (napr. poňatie Dollarda a Millera, stúpenci Skinnera a i.) a nevyriešených problémov, z ktorých niektoré sa ešte len začínajú podrobnejšie rozpracúvať. Už tá skutočnosť, že sa v rámci tohto trendu vypracovali účinné terapeutické metódy, že sa vychádza z experimentálnych záverov a z teoreticky nosných hypotéz, je dôvodom, aby pri hodnotení tohto smeru prevládalo jeho pozitívne ocenenie a prijímanie jeho faktických prínosov. Odlišnosti nášho poňatia sú rozvedené v nasledujúcej kapitole.

VI. KAPITOLA

POŇATIE DISCENTNEJ PSYCHOTERAPIE

Keď r. 1924 uverejnila Jonesová svoje skúsenosti s elimináciou detských strachov — opierajúc sa o postupy a princípy učenia a podmieňovania — využívala okrem psychologických aj pedagogické poznatky. Okrem podrobnej charakteristiky postupu pri spomínanej kazuistike opísala pomerne širokú škálu metodík na odstraňovanie strachu, nevenovala však pozornosť ich zaradeniu. Svoj výskum pokladala za príspevok k experimentálnej psychológii, hoci iba pri časti postupov zachovala experimentálne kritériá. Popri princípoch učenia sa súbežne začínajú používať aj postupy s podmieňovaním (Bechterev, Kantorovič a i.) a Kantorovič hovorí o tzv. asociatívnej reflexnej terapii alkoholizmu. Anglosaskí autori priraďujú terapeutické pokusy s učením jednak k problematike experimentálnej psychológie a k problematike aplikácie experimentálnej psychológie v klinickej psychológii a jednak k psychoterapii (napr. Shoben, H. Gw. Jones, Wolpe). Naproti tomu v posledných rokoch sa pre terapeutickú aplikáciu teórie učenia začal široko používať pojem behaviorálna terapia (Behaviour therapy), pod ktorý sa obyčajne zaraďujú aj postupy s podmieňovaním.

Osobitné vyčlenenie behaviorálnej terapie (Eysenck, 1959) vyšlo z potreby dištancovať sa od psychoanalytickej, resp. tzv. dynamickej psychoterapie. Tým sa však zároveň dostala do popredia jedna otázka jej teoretického vyhranenia (v behavioristickom smere a z hľadiska tzv. behaviorálnych vied) a jednak vznikla otázka, či sa majú tieto postupy vyčleňovať z psychoterapie, keďže niektorí autori a menovite H. J. Eysenck hovoria dôsledne o terapii a porovnávajú potom rozdiely medzi behaviorálnou terapiou a psychoterapiou (Eysenck, Rachman, 1965).

Pri skúmaní možností využívať postupy a princípy učenia na odstraňovanie niektorých porúch sme sa pokúsili o určité teoretické vyhranenie svojho stanoviska, čo sme vyjadrili aj pojmove, označením *discentná psychoterapia* (Kondáš, 1962, 1964, 1966a). Toto stanovisko bolo uvedené

v knihe *Podiel učenia v psychoterapii* a v osobitnom článku v Čs. Psychol. (X, 1966, č. 1), z ktorého vychádzame. Týmto označením bol zvýraznený aj názor, že postupy terapeutického využívania učenia pokladáme za psychoterapiu.

Pri doterajšom zhodnocovaní týchto postupov ich zástancovia zdôrazňovali predovšetkým experimentálny základ a experimentálny charakter metód psychoterapie učením (Eysenck, 1959, Wolpe, 1962, Kondáš, 1962, Franks, 1964 a i.). Okrem využívania princípov učenia sa v poslednom čase posunulo výrazne do popredia aj využívanie princípov Pavlovových podmienených reflexov a Skinnerovho podmieňovania (Franks, 1964, Wolpe, Salter a Reyna, 1965) a hovorí sa o liečbe podmieňovaním ako o súčasti behaviorálnej terapie. Wolpe používa niekedy oba pojmy alternatívne a je naklonený pokladať behaviorálnu terapiu za jeden druh psychoterapeutickej praxe (Wolpe, 1963, používa aj označenie psychoterapia LT, kde skratka LT je od learning theory — teória učenia).

Pri samom vymedzovaní pojmu „terapia správania" (behaviour therapy) zdôrazňuje Eysenck (1959, 1964) viac používanie zákonitostí učenia a princípov podmieňovania, Rachman (1963) hovorí o aplikácii zistení a metód experimentálnej psychológie, s dôrazom na štúdium procesov učenia v terapii, a Franks (1964) poznamenáva, že termín behaviorálna terapia sa vzťahuje viac na celkový prístup než na špecifické metódy a pokladá ju za súčasť komplexného programu experimentálne orientovanej klinickej psychológie. Používa pritom alternatívne termíny terapia i psychoterapia. Príslušné definície sme uviedli pri chápaní Eysencka a Franksa.

Oproti tomu pojem *discentná psychoterapia* má — okrem zaradenia tohto prístupu k psychoterapii — zvýrazniť aj určité teoretické odlišnosti v pohľade na aplikáciu poznatkov psychológie a teórie učenia v oblasti terapie. Rozumieme pod ním *systematickú aplikáciu poznatkov, metód a základných teoretických princípov psychológie učenia, a to v celom jej poznatkovom rozsahu, na oblasť psychoterapie.* Jej uplatnenie spočíva v špecifickom psychologickom usmerňovaní, v odstraňovaní disadaptívnych alebo poruchových prejavov, v zmenách nevhodných postojov a v usmerňovaní takých psychických reakcií a pochodov, ktoré negatívne pôsobia v celkovej štruktúre porúch a napomáhajú ich perzistenciu.

Aplikácia discentnej psychoterapie je viazaná na také poruchy, pri vzniku a hlavne pri perzistencii ktorých sa spoluzúčastňujú a dajú sa bližšie identifikovať faktory učenia. Bez takejto identifikácie nie je totiž možné zachovávať experimentálny ráz použitých procedúr. S identifikovanými faktormi učenia sa potom počíta pri konštrukcii psychoterapeutických metód a postupov, ktoré zvyčajne predstavujú určitý špecifikovaný po-

stup učenia. Pôsobenie mechanizmov učenia sa využíva s ohľadom na širšie teoretické princípy. Vychádza sa tu teda tiež zo základného postulátu, že medzi faktormi vzniku a najmä fixácie porúch sa spoluzúčastňuje aj učenie (osvojovanie), ako jeden z dôležitých formatívnych a regulatívnych procesov ľudskej psychiky a správania a ako spôsob získavania návykov a prejavov, ktoré môžu byť aj disadaptívneho charakteru, prípadne môže byť podstatnou súčasťou niektorých psychopatologických porúch.

Vymedzením discentnej psychoterapie sa vyzdvihuje aj názor, že terapeutické používanie princípov učenia nie je nevyhnutne viazané na behavioristický metodologický prístup k teóriám učenia, pričom možno azda konštatovať, že v poslednom čase nastal v behaviorálnej terapii istý odklon od ortodoxného behaviorizmu. Koncepcia psychoterapie, i vlastná náplň postupov je, pravda, viazaná na teoretickú orientáciu autorov, psychoterapeutov, i keď sú tu niekedy komplikovanejšie vzťahy. Pokiaľ ide o sám vzťah medzi teoretickou orientáciou a metódami psychoterapie, možno tu vymedzovať tri základné formy vzťahov:

a) metódy viazané vo svojej aplikácii plne na ich východiskovú teóriu (napr. metóda voľných asociácií a interpretácií v psychoanalýze),
b) metódy s úplným odklonom ich aplikačnej náplne oproti pôvodným teoretickým východiskám s ponechaním základného metodického spôsobu postupu (napr. metóda persuázie oproti pôvodným Duboisovým vymedzeniam „lekárskeho moralizovania". Podobne možno použiť i techniku psychodrámy a iné techniky),
c) metódy spojené s princípmi východiskovej teórie, ale s možnosťami variácií v náplni a riadení postupov, pričom sa môže klásť dôraz na ďalšie teoretické a metodologické princípy.

Metódy psychoterapie učením — alebo aspoň viaceré z nich — by sa potom dali zaradiť do tretej (c) skupiny.

Pri rozlišovaní dvoch poňatí — behaviorálneho a discentného — sa treba zo všeobecnejších otázok pozastaviť aspoň pri týchto:

Ako sme naznačili už pri odlišnom chápaní vzťahu učenia a podmieňovania, považujeme učenie za zásadne zložitejší proces, a preto hovoríme prednostne o psychoterapii učením, pričom terapia podmieňovaním môže prichádzať do úvahy ako ďalšia skupina postupov, aplikovaná pri niektorých jednoduchších formách porúch. Priama *psychoterapeutická aplikácia podmieňovania* má isté obmedzenia dané už skutočnosťou, že pavlovovské podmieňovanie zahrnuje hlavne oblasť pasívneho prispôsobovania, ide tu

o reaktivitu na vonkajšie podnety, spojenú s manipuláciou s posilňujúcimi činiteľmi. Ide pritom o elementárnejšie reakcie dosť úzkeho rozsahu. (V doterajšom experimentovaní to boli niektoré vegetatívne a motorické reakcie.) Preto aj keď pojatie procedúr podmieňovania (protipodmieňovania) medzi postupy behaviorálnej terapie má aj kladné stránky, jeho elementárnosť nevystačuje pre celú oblasť, ktorej sa potrebujeme v psychoterapii venovať. Ešte závažnejším problémom z psychoterapeutického hľadiska je skutočnosť, že tieto postupy nezahrnujú aktívnosť, ktorá je jedným z popredných typických znakov ľudského správania. Preto sa nám javí únosnejšie brať pri psychoterapii učením do úvahy základné teoretické princípy reflexnej teórie a vlastnú terapiu podmieňovaním ponechávať ako súčasť niektorých terapeutických postupov (napr. terapie alkoholizmu), doplnených ďalšími procedúrami a postupmi.

Behavioristický prístup postihuje už síce istú aktívnosť správania (učenie pokusom a omylom, posilňovanie istého správania, istých operácií a pod.), ale okrem toho, že zostáva prevažne na elementárnej úrovni, obmedzuje výklad, vysvetľovanie jednotiek správania na vonkajšie podnety, na určité schémy posilňovania a teoreticky zostáva na úrovni modelu mechanizmu. *Model mechanizmu* má síce istú teoretickú nosnosť, ako sa to ukázalo v kybernetickom prístupe, kde však obsahuje aj článok „čiernej skrinky". Pri behaviorizme zostávajú vnútorné faktory organizmu často len istými operacionálnymi premennými a len výnimočne sa uvažuje o skutočných alebo hypotetických nervových dejoch, kde sa zasa uprednostňuje Pavlovova teória. Z psychologickej stránky smerujú behavioristické stanoviská napr. k zanedbávaniu motivačných faktorov, alebo k ich redukovaniu na vonkajšie podnety alebo posilňujúce činitele, ako aj k redukovaniu aspektov individualizácie. Pre psychoterapiu je niemenej dôležité ponímať človeka v celej jeho globálnosti a rozklad, analýzu elementárnejších prvkov, akými sú potom aj symptómy, chápať iba ako prvú fázu prípravy psychoterapie, fázu rozboru, ku ktorej treba pripájať fázu syntézy. Mohli by sme preto programove hovoriť o analyticko-syntetickej teórii psychoterapie učením.

Predpokladáme, že jednou z príčin stavu, ku ktorému vyjadrujeme svoj teoretický kritický postoj, je okrem metodologických direktív aj skutočnosť, že tak reflexná teória, ako aj behaviorálna teória vyšli hlavne zo štúdia reaktivity zvierat a zistené závery sa často bezprostredne, a nie dosť diferencovane aplikujú na aktivitu človeka. V psychoterapii je nevyhnutné s touto aktivitou počítať, inác nadobúdajú postupy mechanický ráz, čo sa aj skutočne pri viacerých postupoch behaviorálnej terapie stáva.

1. Pohľad na vznik a fixáciu porúch

Z povedaného vysvitá, že k človeku pristupujeme ako k biologickej, sociálnej a psychologickej jednotke. Z toho vyplývajú niektoré dôsledky. Predovšetkým pokiaľ ide o učenie, je len jedným z formatívnych a regulatívnych činiteľov predovšetkým v oblasti psychologickej a sociálnej. I keď je tu tento činiteľ dôležitý, nie je jediný. Príkladom ďalšieho regulujúceho činiteľa je vedomie. Je však zrejmé, že pri rozbore duševného života a správania nemožno zanedbávať ani jeho obsahovú stránku, pričom učenie postihuje viac stránku formatívneho procesu a menej pozornosti venuje náplni duševných dejov, z ktorých tvorí len jednu stránku. Tým potom aj pri získavaní normálnych návykov a normálneho správania je učenie j e d e n, i keď podstatný a dôležitý činiteľ. Vieme, že aj proces biologického zrenia prináša mnoho zmien, ktoré zasahujú niektoré formy správania. Pri vývine osobnosti a rozvoji správania pôsobia teda aj ďalšie činitele. Pokiaľ ide o normu, je teória učenia základom pre chápanie podielu učenia pri získavaní nových foriem prejavov, pričom zrejme treba počítať aj s istou zásobou vrodených reakcií, na úrovni inštinktov alebo emócií, ktoré majú bezprostrednejšiu biologickú viazanosť, v rámci ktorej je osobitne dôležitá viazanosť na potreby.

Podobne je to aj pri vývoji porúch. I tu spolupôsobí rad činiteľov tak biologických, ako aj sociálnych a psychologických a jedným z dôležitých činiteľov je aj učenie, a to ako nástroj osvojovania a fixovania aj takých reakcií a prejavov, ktoré majú neadaptívny charakter. To je jedna z podstatných odlišností nášho chápania. Sme totiž naklonení uvažovať pri vzniku porúch o viacerých činiteľoch a pri väčšine porúch potom ide o polyetiologickú genézu. Je napríklad známe, že rad neurastenických symptómov, ako je zvýšená únavnosť, malátnosť, sťažené zaspávanie a prípadne aj bolesti hlavy sprevádzajú telesné ochorenia. Vlastné organické poškodenie alebo dysfunkcia niektorých orgánov produkuje — v spoluúčasti s obrannými činiteľmi organizmu (hyppokratovský „pátos" a „pónos") — neurastenické symptómy ako sprievodné prejavy chorobou napadnutého organizmu. Zvýšená dráždivosť chorého môže potom napomáhať, že sa tieto prejavy budú fixovať aj na podklade mechanizmov učenia a astenické reakcie na chorobu sa stanú podkladom pre ďalší rozvoj neurózy. Uznávať termín charakterových neuróz znamená *zdôrazňovať účasť celej osobnosti v neurotických spôsoboch reagovania.* Obsahová náplň postojov môže byť ďalším prameňom takého spôsobu správania a konania, ktoré vyvoláva konflikty v interpersonálnych reláciách, pričom sme toho názoru, že princíp konfliktu je pre vysvetlenie neuróz únosný podobne ako uznávanie psychotraumatických zážitkov.

Tak konflikt, ako aj stres alebo frustrácia, ale aj psychotraumatizácie sú súčasťou nášho života. Pochopiteľne, vyvolávajú isté reakcie alebo určitým spôsobom upravené konanie, vplývajú na myslenie i na činnosť fantázie a iba niektoré z týchto prejavov a dejov môžu mať neadaptívny ráz. Ak si dokonca zoberieme fantáziu i tá môže mať charakter adaptačného mechanizmu v tom zmysle, že môže pomáhať indivíduu vyrovnávať sa s ťaživou situáciou. Reagovanie fantáziou na ťaživú situáciu, na frustráciu alebo stres môže byť, pravda, aj únikovou neprimeranou reakciou s odklonom od reality. Reakciami na frustráciu alebo konflikt môže byť aj napätie a strach, ktoré sa dajú, pravda, aj ináč vyvolať a môžu v ďalšom slede reagovania spôsobiť neprimerané prejavy. Pri vzniku rozličných neprimeraných prejavov sa teda spoluzúčastňuje „chumáč" faktorov, medzi ktorými prichádza do úvahy aj učenie, čo možno najzreteľnejšie demonštrovať na učení napodobňovaním, keď si napr. deti osvojujú od neurotika — rodiča alebo učiteľa i priamo neurotické prejavy, ktoré u neho často pozorujú. Nakoniec učenie napodobňovaním je len konkrétnejším vyjadrením známeho princípu negatívneho vzoru, ktorým sa podrobne zaoberá pedagogická teória. *Princíp učenia napodobňovaním* — ktorý sa veľmi málo využíva v behaviorálnej terapii — pokladáme za dôležitý tak pri vzniku porúch a zlozvykov, ako aj pri ich odstraňovaní. (Učenie napodobňovaním pôsobí zaiste aj pri mimovoľnom osvojovaní postojov terapeuta.)

Vieme, že pomocou učenia napodobňovaním sa osvojuje aj väčšina bežných strachov (pred myšami, žabami, tmou a pod.). Podobne sme naklonení prikladať váhu nedostatku učenia, nedostatku tréningu pri vzniku niektorých porúch, čo môže hrať úlohu pri niektorých formách enurézy, pri dyslexii alebo niektorých tzv. dificilitách v správaní (Smékal). Je zrejmé, že i postoje, ktoré môžu byť spolučiniteľom pri vzniku neurózy, sa získavajú učením, osvojujú sa z okolia, danej kultúry, od sociálnej skupiny prostredníctvom imitačného učenia, pravda, prepracovaním pomocou vlastných skúseností. Podobným spôsobom sa osvojujú aj postoje psychoterapeuta.

Východiskový postulát, že neurotické alebo iné poruchy sa získavajú učením, prijímame teda aj pri discentnom poňatí. Tento postulát je východiskom aj pri discentnej psychoterapii, ale bez toho: 1. aby sme ho rozširovali na všetky neurotické poruchy, 2. aby sme ho pokladali za jediného činiteľa genézy neurotických porúch, a 3. zdôrazňujeme zástoj činiteľov učenia najmä pri fixácii neurotických porúch, ako sme to naznačili už pri opise všeobecného prípadu (str. 70).

Zdôraznenie učenia ako fixačného, perzistenčného činiteľa podporuje aj najnovšia teória Eysencka a Rachmana, trojstupňová teória neuróz. Neurotické reakcie sa teda učením hlavne ustaľujú a fixujú a činiteľ učenia je

potom zodpovedný za perzistenciu, pretrvávanie neurózy (Kondáš, 1964).

Ďalej treba vyzdvihnúť, že tak ako nemožno všetky neurotické reakcie podstatne charakterizovať tým, že v nich určíme činitele učenia pri ich genéze a fixácii, že na druhej strane aj iné poruchy, alebo dokonca len *chyby správania, resp. zlozvyky, výchovné nedostatky a dificility sú oblasťou, kde možno aplikovať teóriu učenia* na ich genézu a perzistenciu, pričom nevynímame z toho ani isté prvky učenia pri schizofrénnych poruchách. V poslednej skupine sme sa usilovali poukázať bližšie na verbálnych reakciách, na slovných asociáciách možnosti účasti učenia pri ich formovaní a fixácii, čím sú dané potom predpoklady pre použitie učenia na ich elimináciu.

Keďže niektoré poruchy alebo neurotický stav je charakterizovaný nielen strachom, ale aj konfliktmi, tenziou, nevhodnými postojmi alebo interpersonálnymi vzťahmi, možno potom konštruovať postupy učenia aj na ich ovplyvnenie či elimináciu. Niet dôvodu, prečo by sme sa nemohli usilovať postupom učenia zasiahnuť tenziu, neprimerané postoje alebo interpersonálne vzťahy. Nakoniec tzv. sebapresadzujúci tréning je formou zásahu do interpersonálnych vzťahov s využitím zákonitosti učenia. Tým sa síce stávajú niektoré zásahy zložitejšími, ale aj typicky ľudskými.

To však neznamená, že by sme nemohli alebo nemali *venovať pozornosť aj priamo symptómom* ako menším jednotkám neurózy. Naopak odstránením symptómu možno upraviť celý sprievodný neurotický stav. Uvažujme napr. o zajakávaní, balbuties. Je jednak hlavným prejavom tzv. neurózy reči a jednak zdrojom nepríjemných pocitov hanby, strachu pred hovorovými situáciami a následnej ostýchavosti pri sociálnom kontakte. Odstránením symptómu, eliminácou zajakávania prestávajú byť sprievodné emotívne príznaky aktuálne a pochybujeme, že by bolo správne hovoriť o nejakej „osobnosti balbutika" v zmysle porúch širších osobnostných štruktúr s potrebou „zásahu do osobnosti". Nakoniec v prípade, kde sa ostýchavosť príliš fixovala, možno sa zamerať osobitným postupom (napr. systematickou desenzitizáciou) priamo na jej odstránenie. Hlavným problémom je v každom prípade samo zajakávanie, alebo v inom prípade tik.

Pravda, niekedy je problém opačný. Poznáme napr. jednoduchú návykovú formu alkoholizmu, kde sa abúzus získal učením, s typickou rozloženou a dosť častou frekvenciou opakovaní pitia, pričom euforizujúci účinok alkoholu a prípadne redukovanie momentálnej tenzie pôsobili ako posilňujúce činitele. Pravda, pitím sa skomplikovala pacientova životná situácia, zažil väčšie množstvo konfliktov a narušil si vzájomné vzťahy v rodine alebo so spolupracovníkmi. Abúzus alkoholu zmenil aj jeho životný štýl, potlačil do úzadia jeho predošlé záujmy, koníčky, spôsob trávenia voľného času. A ak chceme psychoterapeuticky riešiť problém

abúzu u daného jednotlivca, nestačí často pre efektné zvládnutie použiť len averzívne apomorfínové podmieňovanie, ktoré má nakoniec charakteristiku klasického podmieňovania a podlieha nevyhnutne vyhasínaniu pri neposilňovaní. (Preto sú potrebné opakovacie kúry.) Je potrebné okrem odvykania riešiť i zmeny v interpersonálnych vzťahoch, obnoviť predošlé záujmy a zmeniť postoje voči pitiu (Kondáš, 1958a).

Týmto poňatím sa, pochopiteľne, neznižuje význam faktorov učenia pri vzniku a hlavne rozvoji neuróz, pretože mnohé neurotické prejavy by sa bez pôsobenia faktorov učenia neustálili, nefixovali a mali by charakter jednorazovej neurotickej reakcie, nie charakter dlhšie trvajúcej neurózy. A tak učenie je potom aj účinným terapeutickým činiteľom, či priamo nástrojom odstraňovania neurotických a iných porúch. Pritom nevyhnutne nemusí ísť len o chorobné jednotky (nakoniec model choroby je aj pri neurotických a iných prejavoch len jedným možným prístupom nazerania). Môže ísť aj o isté psychické stavy, akým je napríklad tréma, ako osobitná forma strachu pred skúškou alebo verejným vystúpením.

Teória učenia zdôraznila pohľad z aspektu n á v y k u, a tento pohľad má tiež isté prednosti. Je rozhodne prekážkou konštrukcie rozličných hypotetických „hlbinných" mechanizmov alebo osobitných komplexov à la oidipovský komplex. Podmienenosť reakcií pudmi a autonómnymi nervovými prejavmi sa poníma v únosnom vedeckom rámci biológie pudov. V pohľade na sexuálny vývoj dieťaťa v rámci normálneho duševného vývoja nepotrebujeme pre skĺbenie teórie neuróz brať do úvahy komplexy alebo konflikty incestuózneho rázu. Môžeme sa dívať na získavanie sexuálnych odpovedí — okrem podmienenosti biologického zrenia sexuálneho pudu — ako na proces učenia napodobňovaním (pri masturbácii aj inštrumentálnym učením), pričom si dieťa osvojuje od svojho okolia (pri dobrých vzťahoch i od rodičov) isté prvky a podklady pre neskoršie erotické správanie bez nepravdepodobných predpokladov priamych erotických väzieb na rodičov alebo na „oidipovskú situáciu" (Dollard, Miller, 1950). Pritom však tiež počítame so štruktúrou osobnosti, ale tak, ako ju bežne podáva psychológia osobnosti, ako aj s charakteristikami duševného vývinu, ako ich podáva vývinová psychológia. Jediné, čo pritom robíme navyše, je, že berieme väčší ohľad a viac zdôrazňujeme faktory a zákonitosti učenia, keďže pomocou nich chceme zasiahnuť poruchy, eliminovať symptómy a riešiť problémy pacienta.

2. Odlišnosti behaviorálneho a discentného prístupu

V poňatí discentnej psychoterapie sa kladie dôraz na individualizáciu postupu, a to aj vzhľadom na vývoj a doterajší priebeh porúch, ktoré sa zaraďujú do celkového kontextu poruchovej psychickej činnosti daného prípadu, s ohľadom na jeho osobnostné črty, vzťahy a postoje. Zdôrazňuje sa aktivita subjektu, motivačné činitele, rešpektovanie zákonitosti tzv. úmyselného a rozloženého učenia, zavádzajú sa prvky priameho aktívneho učenia a berie sa do úvahy aj riešenie pacientových problémov (učenie typu problém solvingu).

Poňatie discentnej psychoterapie vystupuje teda ako koncepčne širšia a azda aj nosnejšia platforma pre rozvoj práce na úseku psychoterapie učením. V porovnaní s poňatím behaviorálnej terapie možno súhrnne vyznačiť aspoň nasledujúce odlišnosti.

1. Oproti tendenciám vydeľovať terapiu správania z psychoterapie sa zdôvodňuje, *že tieto postupy zodpovedajú kritériám psychoterapie,* a to už napríklad tým, že pri nich ide o zásah do celkovej reaktivity a aktivity chorého, prípadne o zásah do podstatných článkov chorobného procesu, a tieto zásahy sa majú tak usporiadať, aby sa dosahovali žiadúce zmeny. Záleží pritom zrejme na definovaní psychoterapie. Pokiaľ, pravda, vychádzame zo Janetovej definície a dívame sa na psychoterapiu ako na odstraňovanie porúch pomocou psychologických prostriedkov — na rozdiel napr. od medikamentóznych, resp. biologických prostriedkov — možno chápať postupy učenia ako určitý špecifický psychologický prostriedok. Na dosiahnutie psychoterapeutického cieľa sa využívajú zákonitosti a metódy učenia, resp. odúčania, ako aj základné princípy teórie učenia a potrebné poznatky z psychológie učenia.

Keďže učenie sa zúčastňuje ako spolučiniteľ nielen pri neurotických a iných chorobných prejavoch, ale aj pri dificilitách, pri zlozvykoch alebo iných poruchách správania, možno potom osobitne vydeľovať isté postupy reedukačného charakteru a zahrnovať ich pod osobitný pojem *discentná reedukácia.* Tým sa potom zvýrazňuje použitie metód konštruovaných na princípoch psychológie učenia aj pri nedostatkoch, spôsobených primárne výchovnými činiteľmi (vo forme nesprávneho alebo nedostatočného výchovného usmernenia a vedenia). Prichádzali by tu potom do úvahy niektoré poruchy správania, nevhodné návyky a zlozvyky alebo tzv. dificility, ktoré vznikajú osvojením chybných spôsobov reagovania, alebo nedostatkom získania takých spôsobov reagovania, ktoré sú nevyhnutné na adekvátnu adaptáciu, a tak sa sem dostanú aj prípady, ktoré sa obyčajne nazývajú ťažko vychovateľné (Smékal, 1964).

Osobitne používame v tejto súvislosti aj pojem deviácie správania. Sú to

odchýlky, ktoré sa občas vyskytujú aj v norme, ale v niektorých prípadoch začnú dominovať a majú neprimerane častú frekvenciu. Ide o javy, ktoré sa vyskytnú v správaní dieťaťa a nevhodnými reakciami okolia alebo nesprávnym zaobchádzaním sa fixujú. Ako príklad môže slúžiť nadmerný vzdor až negativizmus, nedisciplinovanosť, pseudológia a iné. Tu sa potom postupy discentnej reedukácie kombinujú s výchovnými zásadami bežného typu.

2. Oproti behaviorálnej terapii, ktorá sa opiera viac o tú alebo onú teóriu učenia, chápeme discentnú psychoterapiu predovšetkým ako komplexnejšie využitie všetkých psychologických poznatkov o učení (i s prínosmi, ktoré pre túto oblasť doniesla náuka o podmienených reflexoch), teda nielen úsilí vychádzajúcich z určitej teórie učenia. Preto zdôrazňujeme celý poznatkový rozsah psychológie učenia, a to s osobitným dôrazom na *špecifické črty ľudského učenia.* Okrem toho, že v psychológii sa postráda jednotná teória učenia (i keď určité pokusy o syntetický pohľad tu sú — napr. u nás Linhart, 1965), je pre väčšinu teórií typické vychádzať z pokusov na zvieratách a zovšeobecňovať takto získané závery. Tým sa potom zanedbávajú špecificky ľudské znaky učenia, ako je napríklad aj jeho racionálny charakter, aktívnosť, posilnenie na základe autoinštrukcie, úmyselná regulácia postupu a náplne učenia a iné.

Tým, že zdôrazňujeme špecifické črty ľudského učenia, to neznamená, že by sme zanedbávali a tobôž nie zamietali základné zistenia, vyvodené z elementárnejších pokusov. Využívame však najmä ich všeobecnejšie princípy — čo sa vzťahuje aj na princípy a poznatky reflexnej teórie — ale v rámci konštrukcie komplexnejšie stavaných metód. Pokladáme za správne opierať sa napr. o zistenia s operačným učením, resp. inštrumentálnym podmieňovaním, ktoré má v niektorých aspektoch bezprostrednejší vzťah k formám ľudského učenia v každodenných situáciách, podobne ako sa opierať o pokusy s diskriminačným učením už preto, že zahrnuje pravidlá osvojovania a upevňovania jedného (napr. vhodného) návyku zároveň so zoslabovaním, resp. potláčaním druhého (nevhodného, neadaptívneho) návyku. Z toho je zrejmé, že sa držíme závislosti od základného experimentálneho výskumu, ktorý môže byť často vhodným východiskom aj pre psychoterapeuticky zameraný výskum.

3. Dôraz na rozšírený S — R — X model v teóriách učenia umožňoval vo výskume uprednostňovať štúdium podnetových (S), odpoveďových (R) a posilňujúcich (X) činiteľov, od ktorých závisí výsledný efekt učenia. V terapeutickej aplikácii sa tento model prejavil medziiným vo zvýšenom dôraze na symptóm, a to aj s predpokladom špecifickej podnetovej závislosti symptomatického prejavu (činitele R a S), pričom ako posilňujúci

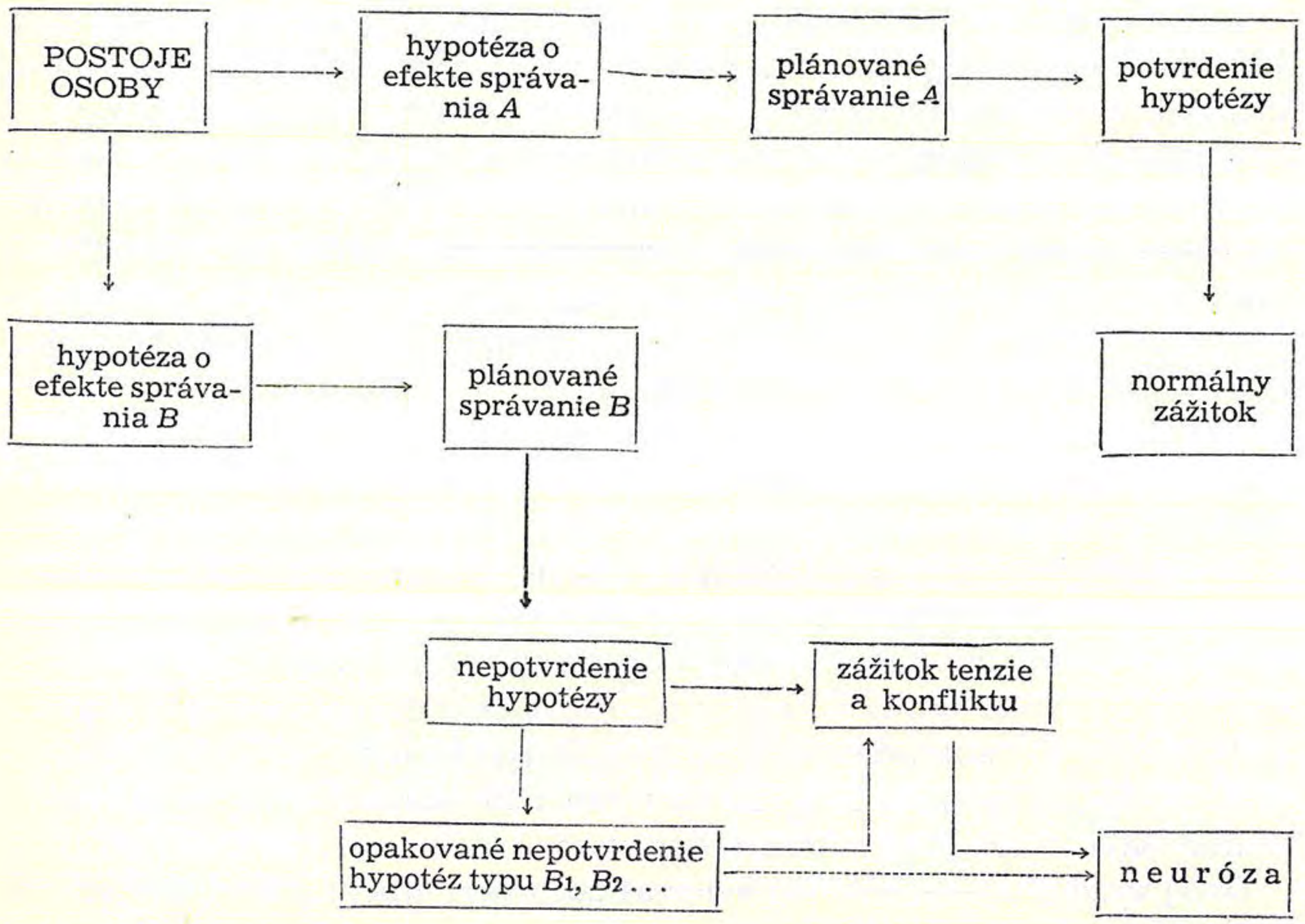
faktor sa zdôraznil hlavne strach, anxieta (X). Aj keď vieme, že nebezpečenstvo čisto symptomatickej terapie tu nie je príliš vážne (už aj vzhľadom na relatívnosť symptomatického a kauzálneho prístupu v psychoterapii; porovnaj aj príslušné Eysenckove vývody — 1959), vynára sa tu iný problém. Zdôraznenie symptómu a zameranosť na jeho odstránenie obsahuje možnosť mechanického prístupu k riešeniu porúch. Takéto nebezpečenstvo môže hroziť napr. pri použití metódy negatívneho tréningu. Zameranie na symptóm a nedostatočné *podchytenie ďalších činiteľov procesu tréningu* by potom mohlo mať nežiadúce dôsledky až do upevnenia nevhodných napr. mimovoľných súhybov pri tiku. Aj z hľadiska psychológie cviku je nevyhnutné, aby pacient poznal zmysel cvičenia, aby sa podchytila správnym smerom motivácia a vylúčili sa prípadné nevhodné autoinštrukcie, udržovala sa zainteresovanosť a aktivita pri cvičení, aby sa vylúčili nežiadúce vedľajšie podnety (ktoré aj v Pavlovových pokusoch rušili vyhasínanie) atď.

V rámci discentnej psychoterapie dbáme na to, aby odstraňovanie porúch alebo náprava dificilít boli zaradené do celkovej problematiky daného prípadu, aby terapeut mal v evidencii celkovú štruktúru osobnosti, psychickú aktivitu jedinca i históriu vývoja poruchy. Domnievame sa, že sa tým znižuje nebezpečenstvo mechanickej aplikácie týchto postupov, a to aj vtedy, ak súčasťou tejto psychoterapie sú jednoduchšie postupy preúčania, odúčania alebo „protipodmieňovania".

Ďalej vyzdvihujeme potrebu venovať pozornosť zmenám postojov, atitúd, ktoré jedinec získava učením, pretransformovaním cez vlastné skúsenosti. Tým, že postoje majú motivačnú hodnotu a predisponujú danú osobu konať istým spôsobom, majú dôležitejší zástoj v celkovej štruktúre osobnosti a v štýle správania a konania. Okrem toho rozpory v postojoch môžu byť zdrojom konfliktov, tenzie a tým aj prípadného neurotického správania. Môžu sa tiež zúčastňovať na udržiavaní neprimeraného návyku, ako to možno demonštrovať na nevhodných postojoch, ktoré si osvojí alkoholik a ktoré potom dokonca charakterizujú skupinu alkoholikov ako celok, čo tiež poukazuje na ich získanie učením (Piotrovsky a spol., 1958).

Pri účasti postojov na vzniku neurotických porúch sa prikláňame k výkladu E. L. Phillipsa (1956). Správanie jednotlivca považuje za ovplyvnené súborom postojov k sebe a druhým. Na pozadí týchto postojov si pri konkrétnom správaní formuluje subjekt isté tvrdenia (tézy), ktoré sa majú výberom určitého spôsobu správania potvrdiť. Tieto tvrdenia (assertion) majú potom charakter akýchsi hypotézových predpokladov o vlastnom správaní („očakávania"). V prípade, že sa tieto hypotézové predpoklady nepotvrdia (disconfirmation), vzniká tenzia a konflikt, ktoré

Phillips pokladá za podklad každej neurózy. Schematicky ide o nasledujúcu reťaz:



Obr. 4. Schéma vzťahov nevhodných postojov a neurózy.

Рис. 4. Схема отношений между неправильными подходами и неврозом.
Fig. 4. Relation between inappropriate attitudes and neurosis.

Uvedená schéma znázorňuje najjednoduchší typ daného vzťahu, pričom obsahuje hľadisko probabilistickej teórie učenia (tvrdenia sú súborom alebo výberom probabilít). Rozbory však môžu vznikať už pri výbere tvrdení, ktoré okrem toho môžu byť nežiadúcou mierou ovplyvnené postojmi danej sociálnej skupiny (z ktorých sa vlastné postoje získavajú osvojením so skúsenostnou pretransformáciou pri hypotézach typu *A*). Tým sa môže stávať daná osoba príliš vulnerabilnou voči tomu, čo si o danom konaní myslia iní ľudia v snahe dosiahnuť potvrdenie hypotéz ich súhlasom, a tak sa stáva významnou otázka, aké postoje a aké situácie podnietili vznik tohto správania, ktoré spôsobilo tenziu, konflikt a symptómy.

Cieľom terapie je potom zásah do výberu tvrdení pomocou zmeny postojov. Môže sa to robiť rozborom nevhodnosti hypotéz typu *B* i znižovaním vulnerability voči cudzím postojom. Rozbor sa, pravda, musí robiť

na konkrétnych formách správania a konania daného pacienta a k potrebným vývodom má dochádzať sám.

V behaviorálnej terapii sa nevenuje zvláštna pozornosť postojom. Je potom otázne, či sa tým neredukujú aspekty, ktoré sú dôležité pri neurotickom, alebo ináč alterovanom správaní. Možno sa domnievať, že to súvisí so širším problémom — s nedostatočným ocenením významu teórie motivácie pri psychoterapeutickej aplikácii teórie učenia. Behaviorálna terapia sa tu opiera hlavne o jednoduché posilňujúce činitele v zmysle zákonitosti o kontingencii posilňujúcich faktorov. Nedostatok pozornosti voči špecificky ľudským motivačným činiteľom sa dá pripisovať jednak nedostatočnej rozpracovanosti teórie motivácie a jednak skutočnosti, že práve pri rozvíjaní tejto teórie sa značne uplatňovali smery tzv. dynamickej psychológie, od ktorej sa behaviorálna terapia vehementne dištancuje. A tak aj ľudské pôsobenie terapeuta na pacienta sa poníma len v termínoch sociálno-posilňujúceho činiteľa, čo vedie viacerých autorov až k úplnému zanedbávaniu terapeutického vzťahu.

Konkrétne dôsledky týchto odlišností v terapeutickom postupe vysvitnú pri opise klinických výskumov (3. časť). Zvýraznili sa aj pri osobitnej modifikácii metódy desenzitizácie. Podobne sa pri technike tienenia použili variácie vo formách „tienenia" (opakovania za pomoci slúchadiel pri využití techniky hlasového kľúča, pomocou telefónu a pod.) s cieľom udržiavať motiváciu pre intenzívne cvičenie. Týmito usporiadaniami, ako aj využívaním prvkov úmyselného učenia, koncentráciou opakovaní na začiatku s neskorším rozložením opakovaní a podobnými postupmi sa snažíme čím viac priblížiť špecifickým zákonitostiam ľudského učenia. Pacientovi sa uvedie princíp postupu do takej miery, aká je potrebná pre chápanie zmyslu a cieľa postupu, pričom sa nezamieta ani použiť výklad (klarifikáciu), čo býva potom súčasťou postupov zameraných na zmenu postojov. Využívajú sa teda aj prvky racionálne, v prípade potreby aj s objasňovaním psychogénnych súvislostí a rozborom pacientových spôsobov riešenia problémov. Niekedy môže pritom ísť priamo o získanie náhľadu „vhľadu" (insight) s vedomím, že pojem „vhľad" má svoje korene v psychológii učenia (experimenty s učením, robené z holistickej pozície). Použitím objasnenia teda nielenže nevybočujeme z rámca discentného prístupu k psychoterapii, lež mu dávame aj špecifický ľudský ráz (anticipácia, problém solving a racionálne operácie pri ľudskom učení).

3. Zástoj klarifikácie a jej charakteristiky

Psychoanalytický spôsob interpretácie zážitkov, konfliktov a komplexov je v priamom vzťahu k celému teoretickému systému psychoanalýzy. Obsahuje viaceré neproduktívne momenty: hlavná pozornosť sa zameriava na minulosť, k rozboru ktorej má neurotik aj tak často zvýšený sklon, čím sa len podporuje jeho introvertovanosť. Vyzdvihujú sa negatívne zážitky a emócie, prednostne a detailne sa analyzujú s dokladaním nepreukázaných vzťahov alebo symbolizmov a s obrazom človeka, ktorý je dosť pasívne ovládaný pudovými tendenciami. Zodpovednosť leží potom akoby mimo pacienta, terapeuticky má pôsobiť vzťah prenosu, a dosah terapie má akoby automaticky fungovať i mimo terapeutickej situácie. Je tu, pravda, forma „náhľadu", je tu potreba intenzívne sa venovať pacientovi, čo môže mať istý vplyv na jeho duševné procesy, a otázka, či takéto a podobné faktory sú prameňom zlepšenia stavu, alebo či zlepšenie nemožno pripísať na vrub spontánnych remisií a či tu nepôsobí pozitívne len dlhodobý ľudský kontakt s pacientom, nie je uzavretá. Jednako autori, ktorí stoja proti psychoanalýze do takej miery ako autori behaviorálnej terapie, zamietajú potom akúkoľvek interpretáciu a s ňou aj výklad, objasňovanie. No na druhej strane autori pracujúci s racionálnou psychoterapiou uznávajú princíp klarifikácie ako užitočný prostriedok psychoterapie, ktorý sa pomerne široko využíva, a osobitne ho zdôrazňujú aj sovietski autori (Miasiščev, Lebedinskij, Volpert a iní). Ak berieme do úvahy postoje, potrebu učiť pacienta riešiť vlastné problémy, prijímať nové „algoritmy riešenia situácií" (Linhart), ale aj skutočnosť pozastaviť sa pri možných psychogenetických prameňoch na začiatku formovania neurotických a iných porúch, javí sa klarifikácia ako nosná súčasť aj pri discentnom prístupe už vzhľadom na zdôraznenie špecificky ľudských charakteristík učenia.

Do poňatia discentnej psychoterapie prijímame teda aj *princíp klarifikácie*, ktorý však odlišujeme od vlastnej interpretácie a kladieme potom na ňu odlišné úlohy, inú náplň i niektoré osobitné zásahy pri jej aplikácii. Dá sa to stručne načrtnúť v 4 bodoch:

1. *Rozbor minulosti* sa obmedzuje na najnižšiu možnú mieru v rámci autoanamnestického interview s pacientom. Začína sa všeobecnejšími a bežnejšími údajmi z detstva, zo školy, týka sa štúdia, zamestnania, ich zmeny, ďalej sa uvádzajú úspešnosť v povolaní a problémy v práci, okolnosti ženby, charakter manželského spolunažívania, spôsoby výchovy v rodine, významnejšie črty rodičov atď., slovom, podrobnejšie dáta životnej histórie. Pacient sa pri opise povzbudzuje otázkami, pričom terapeut si heslovite

zaznamenáva význačnejšie body, podľa čoho sa potom robí stručnejší zápis. Zásadne je prístup k dátam a pacientovým zážitkom prístupom akceptujúcim. Opis sa pretkáva pacientovými problémami a ťažkosťami, pričom sa tiež povzbudí. Pri ďalšom rozhovore sa vracia k niektorým zážitkom, udalostiam alebo úsekom anamnézy a kladú sa otázky na bližšie objasnenie niektorých situácií, prípadne charakteristík, ktoré sú potrebné vzhľadom na medzitým uvážený postup terapie. (Somatické, neurologické, psychodiagnostické a iné vyšetrenia prebiehajú tak, ako je to ináč bežné v psychiatrickom zariadení.) Pri opise minulosti sa niekedy venuje pozornosť podrobnejšiemu opisu kladných zážitkov a pozitívnych skúseností pacienta, okrem opisu konfliktov a spôsobov reakcií na ne, alebo spôsobov pacientovho riešenia niektorých ťažších životných situácií.

2. Zvýšená pozornosť sa venuje *rozboru súčasných problémov* a významnejších vzťahov pacienta, pričom sa už prechádza i k námetom na iné možné spôsoby riešenia súčasných problémov, interpersonálnych vzťahov. Na riešenie sa navádza pacient otázkami, poznámkami, niekedy aj analógiou, či príkladom alebo príhodou. Dbá sa na to, aby riešenie i prípadné prehodnotenie problému, alebo aktuálnej situácie, urobil sám pacient.

3. Z predošlého vyplýva dôraz na známu zásadu aktívnosti, takže objasnenia vyplynú z rozborov, ktoré robí podľa terapeutovho usmerňovania sám pacient. Vychádza sa pritom z názoru, že väčší vplyv na správanie a konanie majú tie zásady, ku ktorým pacient dospeje sám. Niekedy, pravda, urobí terapeut i nevyhnutný zásah do priebehu udalostí v pacientovom živote, ktoré rieši so zainteresovanými osobami, rodičmi, príbuznými, školou a pod. (Tak sa napr. vybavilo pacientke odloženie skúšok na vysokej škole.) Zásadne sú však priame zásahy do niektorých životných situácií zriedkavé a terapeut sa vyhýba priamym návodom na riešenie. Naproti tomu sa dávajú isté úlohy, ktoré môžu pacienta priviesť k riešeniu (nápomoc problém-solvingu). Práve tým sa vyjadruje tá stránka discentnej psychoterapie, ktorú sme spomínali ako *špecifické psychologické usmerňovanie*, ktoré potom zahrnuje aj zmeny postojov.

4. *Zmeny postojov* sa uskutočňujú najmä v tej oblasti, kde mal pacient najviac problémov (postoje k sebe, k práci, povolaniu, rodine, k iným ľuďom, k niektorým aktivitám a pod.). Tu si terapeut dopredu premyslí vhodný smer náplne postojov i vzhľadom na celkovú štruktúru osobnosti (často i vo forme písomnej prípravy). Spôsob zásahov je podobný ako pri bode 2, opäť s dbaním na princíp aktívnosti. Niektoré tézy sa tu však uvedú aj priamo, napr. vo forme komentárovej poznámky k práve opisovanému obsahu, otázkou, alebo vyžiadaním pacientovho názoru, čím si prípadne nový postoj sám prvýkrát formuluje. Spomína sa spôsob prístupu

iných ľudí, uvádzajú sa príklady a výnimočne sa poukazuje aj na možnú súvislosť s pacientovými príznakmi a ťažkosťami, najmä v smere chápania vplyvu postojov, ako bolo uvedené v schéme (obr. 4), poukáže sa prípadne na vulnerabilnosť pacienta voči názorom iných.

Zo všeobecnejších postojov, ktoré sú aktuálne u viacerých neurotikov, možno tu pre dokreslenie náplne spomenúť napr. vysoký štandard hodnotenia s prísnym kritickým prístupom k sebe s následným nedostatkom sebarešpektu, vzťahy idealizácie niektorých javov a z toho prameniaca nespokojnosť, vulnerabilita voči uznaniu iných, namiesto reálneho sebahodnotenia; dominancia minulosti v myšlienkach namiesto riešenia bežných udalostí, hľadanie „viny" mimo seba a iné.

Prvky učenia sú tu prítomné tak pri riešení príkladov, situácií, prípadne i konkrétnych úloh, ako aj v aktívnom získavaní nových postojov, nových „algoritmov" riešenia situácií.

Klarifikácia má teda v uvedenom zaradení jednak špecifickú úlohu pri zmene postojov, býva hlavným prostriedkom tejto zmeny, jednak má charakter indirektného poradníctva (guidance), v rámci ktorého sa pacient učí riešiť novým spôsobom svoje problémy a niektoré životné situácie.

Prečo sa na túto stránku kladie tiež dôraz? Pri učení sa zrejme neosvojuje len sám návyk a reakcie, lež aj *spôsob ich získavania, spôsob reagovania,* alebo, ako sa to nazýva pri verbálnom učení, *metóda učenia.* Táto metóda, spôsob prístupu k učebnému materiálu má — ako vieme — významný podiel pri transfere, je súčasťou podmienok transferu. (Nová úloha sa rýchlejšie učí v dôsledku osvojenia postupu učenia.) Nebolo by potom správne venovať pozornosť len samým neprimeraným návykom, samým príznakom, symptómom. Z aspektu psychológie učenia je dôležité zasahovať aj pacientov spôsob reagovania, spôsob osvojovania reakcií, keďže tento spôsob mohol byť, najmä pri dlhšie trvajúcich neurózach, zasiahnutý, pozmenený.

Okrem toho má klarifikácia aj úlohu určitého syntetizujúceho činiteľa, ktorým sa završuje proces discentnej psychoterapie. Jej vedeckosť spočíva aj v tom, že v prvej fáze sa analyzujú jednoduchšie prvky porúch, jednotlivé symptómy, venujeme im pozornosť a zameriame sa priamo na ich elimináciu a v druhej fáze sa usilujeme o syntetický pohľad v rámci celej osobnosti i aktuálneho spôsobu pacientovej aktivity. Okrem toho má zrejme charakter bezprostredného ľudského kontaktu a pomáha redukovať pocit nešťastia. Zásadne sme si však vedomí toho, že človeka možno urobiť šťastnejším, výkonnejším a adaptovanejším už tým, že mu pomôžeme zbaviť sa niektorých ťažkostí, ktoré ho trápia, symptómov, ktoré ho obťa-

žujú, i postojov, ktoré rušia primeranú adaptáciu. Psychoterapeut zasahuje teda v určitom úseku pacientovho života, aby eliminoval vyskytujúce sa poruchy, zasiahol do pacientových ťažkostí, ale aj dal smer ďalšiemu spôsobu aktivity tak, aby sa nezískavali nové neprimerané návyky. Preto sa zaujímame o celú osobnosť a nielen o poruchový, ale aj o neporuchový spôsob aktivity pacienta. Discentná psychoterapia zhrnuje teda nielen osobitný pohľad na vznik porúch a účasť činiteľov učenia pri nich, nielen špeciálne spôsoby psychoterapie učením, terapie opierajúcej sa o princípy teórie učenia a všetky podstatné zákonitosti a poznatky psychológie učenia, lež zaraďuje tento pohľad do širšieho rámca ľudského učenia a do širšieho psychologického pohľadu na človeka.

VII. KAPITOLA

METÓDY PSYCHOTERAPIE UČENÍM

Niektorí zástancovia behaviorálnej terapie vyzdvihujú jej osobitný pohľad na problémy terapie (napr. Franks, 1965) alebo skutočnosť, že ide o aplikáciu experimentálne psychologických postupov v terapii. Sme toho názoru, že z hľadiska celkového pohľadu na rozvoj psychoterapie treba pri tomto trende osobitne hodnotiť aj ďalšie dve skutočnosti.

1. Vypracovanie úplne nových metód psychoterapie.
2. Ponuku námetov a metodických postupov pre výskum psychoterapie.

Skutočnosť, že viaceré z týchto metód sú veľmi efektívne, je významná hlavne z praktického hľadiska. Keďže cieľom psychoterapie je pomoc trpiacemu človekovi, stáva sa praktický efekt postupu veľmi dôležitým hľadiskom hodnotenia psychoterapeutickej metódy.

Naším cieľom je pomáhať čím väčšiemu počtu ľudí, ktorí túto pomoc potrebujú. Preto je pri hľadaní nových metód psychoterapie dôležité hľadať a konštruovať také postupy, ktorými by sa dalo pomáhať čím väčšiemu počtu ľudí. A tak sa potom priberá i hľadisko časového trvania terapeutického postupu ako kritérium hodnotenia psychoterapeutickej metódy. Veď jedným z podstatných zábran širšie uplatňovať psychoterapiu je práve jej časová náročnosť.

V porovnaní s niekoľkoročným psychoanalytickým postupom vystupuje veľmi výrazne do popredia prednosť metód psychoterapie učením aj v časovej charakteristike. Ich podstatne kratšie trvanie umožňuje, aby sa terapeut venoval väčšiemu počtu ľudí, ktorí jeho pomoc potrebujú. Franks (1954) pokladá tento aspekt za jeden z dôvodov intenzívneho rozvoja behaviorálnej terapie. Určitým problémom zostáva, pravda, konštrukcia nového postupu psychoterapie učenia v takých prípadoch, kde zatiaľ nie sú vypracované špecifické metodiky. To však charakterizuje vedecký prístup k jednotlivému prípadu, ktorý nespočíva len v analýze problémov a porúch daného prípadu, ale aj v hľadaní vhodného postupu na ich odstránenie. Situácia sa však aj v tomto bode v poslednom čase podstatne

zlepšuje, keďže pri intenzite práce na tomto poli narastajú rozličné metodické výskumy, ktoré ponúkajú nielen námety, ale aj analogické metodické riešenia pri podobných klinických problémoch a poruchách. Kým v prvej práci (*Podiel učenia v psychoterapii*) bolo potrebné venovať viac pozornosti opisu všeobecných metodických princípov psychoterapie učením než konkrétnym metódam, teraz sme už v štádiu, že metódam psychoterapie učením treba venovať samostatnú kapitolu. (Wolpe pripravil s Lazarusom dokonca samostatnú knihu a metódach.) Táto skutočnosť je nesporným prínosom daného trendu pre terapeutickú prax. Neznamená to, pravda, že by sa tým znižoval význam teoretickej prípravy psychoterapeuta, avšak nie je už nevyhnutným typom pre túto prax typ psychoterapeuta-bádateľa. Nedostatok teoretického „zázemia", dôkladného poznania psychológie a teórie učenia by totiž mohol mať za následok mechanickú aplikáciu týchto metód, čo sa niekedy aj stáva (u nás napr. pri apomorfínovom podmieňovaní u alkoholikov).

V tejto kapitole opíšeme najmä tie metódy, ktoré sme sami vyskúšali. Tento rámec prekročíme len do takej miery, nakoľko to vyžaduje vykreslenie komplexnejšieho obrazu o súčasnom stave metód psychoterapie učením.

1. Metóda negatívneho tréningu

Autorom metódy negatívneho tréningu alebo negatívnej praxe (negative practice) je K. Dunlap, ale dôkladnejšie metodicky ju rozpracoval až Lehner (1954), ktorý sa teoreticky pridržiava Dunlapovho výkladu. Z technickej stránky je to jedna z najjednoduchších metodík. Preto sa niekde používa aj na zácvik terapeutov v metódach psychoterapie učením. Ide pri nej o p r e s n é opakovanie poruchového návyku, t. j. návyku, ktorý sa má daná osoba odučiť.

Pri metodike negatívneho tréningu sa vyžaduje dodržiavať tri podmienky:

1. Príslušný návyk sa musí vopred podrobne pozorovať, aby ho terapeut vedel presne opísať.
2. Opakovanie sa musí robiť koncentrovane, pol až jednu hodinu počas rozhovorov (ktoré sa konajú denne).
3. Musí sa kontrolovať motivácia a podchytiť i udržiavať snaha zbaviť sa príslušného neadaptívneho návyku.

Pred začatím aplikácie metódy negatívnej praxe sa pacientovi stručne vysvetlí princíp tejto metódy, pričom sa zdôrazní, že pomocou opakovania

sa nejaký návyk nielen upevňuje, ale možno sa ho aj zbaviť. Pokiaľ je pacientovi známy princíp pretrénovania (overtreningu), môže sa využiť na osvetlenie charakteru tejto metódy. Na to, aby sme sa nejakého návyku zbavili, musíme ho, pravda, natoľko ovládnuť, aby sme ho z úrovne mimovoľného aktu dostali na úroveň vôľovej kontroly. Inštrukciou sa má pacient vedome zainteresovať na zbavení sa návyku. Zdôrazní sa mu, že musí veľmi presne a dlho cvičiť s vedomím, že opakuje to, čoho sa chce zbaviť. Táto inštrukcia, alebo objasnenie princípu metódy sa opiera o Dunlapovo chápanie, má však tú výhodu, že objasňuje princíp metódy takým spôsobom, ktorý je aj psychologicky neškolenej osobe prístupný. Tým sa zároveň spĺňa požiadavka inštrukcie ako súčasti postupu učenia u ľudí.

Terapeut dbá na to, aby pri vlastnom cvičení pacient úmyselne opakoval celý návykový komplex, čo sa len postupne darí. Presný opis a prípadne demonštrácia návyku má túto podmienku napomáhať. Ak ide napr. o tik, dá sa využiť i prípadná filmová demonštrácia, čo sa však zatiaľ neskúšalo. (Bolo by tu, pravda, zaujímavé sledovať vplyv samého efektu videnia vlastnej poruchy na filme.) V každom prípade je dôležité, aby sa krok za krokom opísal podrobne celý komplex napr. tikových súhybov a aby sa aj celý komplex (t. j. včítane vedľajších súhybov) odstraňoval, cvičil.

Osobne nás pri metóde negatívnej praxe ruší jej mechanickejší ráz. Preto sme použili jej aplikáciu pri balbuties len ojedinele, vždy až v ďalšej fáze terapie a len ako pomocnú techniku pri tzv. obťažnejších slovách, pri ktorých sa balbutik opakovane zajakával, alebo sa im vyhýbal. Aj zo strany pacienta je postup namáhavý a nie je dosť príjemný. Zásadne však použitie tohto postupu ako parciálnej techniky má v niektorých prípadoch význam. Lehner (1954) upozorňuje najmä na tie prípady, kde ide o reziduálny návyk, čo možno podľa nášho názoru chápať ako indikačné pravidlo.

Pokiaľ ide o *indikačnú oblasť* tejto metódy, najčastejšie a úspešne sa použila pri tikoch a balbuties. U balbutikov dosiahol Case (1960) v 7 prípadoch z 30 úplnú úpravu reči a v ďalších 13 výrazné zlepšenie (čo dáva spolu 66,6 % úspešne zvládnutých prípadov). Pri tikoch referuje Yates (1958) o experimentálne usporiadanom postupe s negatívnym tréningom pri 4 tikoch u jedného pacienta a ďalší rozbor tohto prípadu podáva Qw. Jones (1960). U nás použil túto metódu pri tikoch Drvota (1962), ale bez úspechu, a preto prešiel k iným postupom.

Yates stavia celý postup negatívnej praxe na princípe Hullovej teórie. Tiky pokladá za vyhýbacie odpovede, vyvolané pôvodne traumatickou situáciou, pričom sú posilňované redukciou pudu. Za základ pôsobenia negatívnej praxe považuje značné nahromadenie reaktívneho útlmu (I_r — porovnaj daný vzťah v uvedenej rovnici). Celý postup pokladá za budo-

vanie negatívneho návyku (napr. návyku „nežmurkať"), pričom sa dlhé a sústredené cvičenie tiku vyvoláva ako úmyselný (teda vôľový) akt. Metodicky pokladá za najoptimálnejšie, ak po veľmi prolongovanom cvičení nasleduje dlhá prestávka.

Ťažko sa dá rozhodnúť, či odstránenie neprimeraného návyku — napr. tiku — nastane v dôsledku jeho privedenia na úroveň uvedomených pohybov (pod vôľovú kontrolu), alebo v dôsledku overtréningu s pôsobením reaktívneho útlmu, prípadne v dôsledku uvoľnenia tenzie, alebo spolupôsobením týchto činiteľov, čo sa nám javí najpravdepodobnejšie.

2. Metóda systematickej desenzitizácie

Racionále tejto metódy formuloval jej autor J. Wolpe vo forme princípu recipročného útlmu, odvolávajúc sa pritom na Sherringtovo poňatie. Na podobnosť princípu sme upozornili pri Jonesovej „substitúcii alternatívnym *S—R* systémom". Z teórií učenia Wolpe berie do úvahy hlavne Hullovu teóriu a niektoré Pavlovove princípy, okrem toho sa tu možno teoreticky opierať o Osgoodovu teóriu recipročného útlmu. A. A. Lazarus (1962) zdôrazňuje pri nej aj princíp habituácie, pričom spomína, že metódu graduálnej habituácie použili r. 1935 Jersid a Holmes. Podľa nášho názoru je princíp habituácie — na podnety tenzie — prítomný aj v Schultzovej metóde autogénneho tréningu, ktorú sami používame ako metódu na vyvolávanie relaxačných odpovedí pri systematickej desenzitizácii.

Postup s metódou systematickej desenzitizácie sa skladá z troch častí:

1. nácvik relaxácie,
2. zostavenie hierarchie situácií vzbudzujúcich strach,
3. graduálne prezentovanie týchto situácií v stave relaxácie.

Pred aplikáciou postupu sa neurotik vyšetrí bežným spôsobom pomocou diagnostického interview a prípadne pomocou psychodiagnostických metód (MMQ, MPI, MAS, FSS a iné). Okrem aktuálnych symptómov neurózy a osobnej histórie (anamnézy) necháme si podrobnejšie opísať zážitky, objekty a situácie strachu.

Pacientovi sa potom zbežne vysvetlí, že budeme robiť systematické cvičenia na uvoľňovanie napätia a pristúpi sa k nácviku relaxácie. Na tento účel sa používa asi 6 cvičení s Jacobsonovou relaxáciou. Pri cvičeniach si pacient uvedomuje napätie jednotlivých svalových skupín a opisuje pocity spojené s ich následným uvoľnením. Striedavo napína a uvoľňuje extenzory a flexory ramena, biceps, pričom uvoľňuje obe ramená

naraz. Druhé cvičenie zahrnuje svaly tváre, pacient simultánne napína a uvoľňuje svalstvo čela a obočia asi 10 minút a podobne sa cvičia lícne svaly, okolie nosa a úst. Tretie cvičenie je zamerané na svalstvo jazyka, štvrté na svalstvo pliec a ramien, piate na svalstvo chrbta, hrude a brucha a šieste na nohy (E. Jacobson, 1938). Osobne používame na cvičenia relaxácie Schultzov autogénny tréning, ktorý je u nás oveľa viac známy ako Jacobsonova relaxácia. Začíname s uvoľňovacími dýchacími cvikmi (potom sa prechádza na svalstvo pravej a ľavej ruky, svalstvo nôh, trupu, niekedy sa prechádza aj k pocitom s navodením tepla). Nácvik autogénneho tréningu trvá 3—6 týždňov, pričom pacient postupne cvičí aj sám (domáce cvičenia).

Ďalšou prípravnou fázou je *zostavenie hierarchie strachových situácií*, čo je analogické Jonesovej stupňom tolerancie. Práve táto fáza robí najmä spočiatku pri používaní metódy značné ťažkosti. (Medzitým sa publikovali viaceré hierarchie, čo sčasti uľahčuje prácu.) Bežne sa postupuje tak, že terapeut zostaví pokusne hierarchiu a potom ju preberá s pacientom. Ako pomocné metódy sa tu použijú Willoughbyho dotazník (Wolpe, 1961) a posledne aj škála strachov (FSS — Wolpe a Lang, 1964). Sami sme v prípade nejasností použili spočiatku aj asociačný experiment v kombinácii s Lurijovou metodikou.

Pri konštrukcii hierarchie strachov sa sústreďujeme na tie situácie vzbudzujúce strach, ktoré súvisia s hlavnými symptómami. Pre jedného pacienta zostavujeme často niekoľko hierarchií, ktoré postupne aplikujeme. Charakter hierarchií sa ozrejmí na konkrétnych ilustráciách.

Jedným z príkladov môže byť hierarchia strachov u 22-ročnej pacientky s psychastickými a depresívnymi poruchami, ktorá asi 5 mesiacov pred prijatím do nemocnice zažila úľak. Na ulici videla ležať známeho staršieho muža zabitého pri autonehode, zakrytého zakrvaveným papierom. Vtedy sa veľmi naľakala, ledva prišla domov, začala sa báť, bála sa byť sama. V práci sa necítila dobre a neznášala hluk. Otec trpel na vredovú chorobu a počas jej hospitalizácie ležal na internom oddelení. Jedna z hierarchií obáv sa týkala kategórie chorôb.

Príklad hierarchie strachu s obsahom „ochorenie".

1. Človek, ktorého dobre poznáme, ťažko ochorel.
2. Ochorel Váš chlapec.
3. Zomrel niekto z Vašich vzdialených príbuzných.
4. Zomrel niekto, koho ste dobre poznali.
5. Ochorela vaša matka.
6. Matka je chorá už tretí deň.
7. Matka je chorá už týždeň.
8. Ochorenie otca.
9. Otec je vážne chorý už týždeň.

10. Otec je vážne chorý už druhý týždeň.
11. Vy ste ochoreli.
12. Ste vážne chorá už týždeň atď.

Predtým bola u tejto pacientky aplikovaná kratšia hierarchia s odlúčením, samotou, takže spolu sa uskutočnilo 81 expozícií strachových situácií v priebehu 28 desenzitizačných sedení. Situácia s ochorením otca bola v tom čase zároveň reálnou skutočnosťou. Ako vysvitlo neskôr, posun situácií s vlastným ochorením sa spájal so skutočnosťou kratšieho pobytu na psychiatrii a možnou negatívnou ozvenou tohto ochorenia na jej povesť.

Inštruktívnym príkladom hierarchie je hierarchia použitá pri balbuties. Dáva zreteľnejšie nazrieť do spôsobu usporiadania hierarchie u detí, resp. mládeže.

Hierarchia strachu pri rečových situáciách

1. Hráte futbal — pýtaš si prihrávku.
2. Hovoríš s kamarátom pri hre.
3. Hovoríš s viacerými kamarátmi počas hry.
4. Hovoríš so spolužiakmi cez prestávku.
5. Hovoríš doma s bratom.
6. Hovoríš doma s mamou.
7. Referuješ mame o škole.
8. Odpovedáš na ulici na otázky neznámeho človeka.
9. Hovoríš doma s otcom.
10. Referuješ otcovi o škole.
11. Sedíte všetci pri televízii, pýtaš sa na niečo.
12. Ako 11, odpovedáš na otázky otca.
13. Opýtal sa Ťa niečo učiteľ cez prestávku.
14. Odpovedáš na hodine matematiky, zemepisu a iné . . .
15. Recituješ naučenú báseň v triede.
16. Odpovede na ďalších predmetoch (rozvedené).
17. Je u Vás návšteva, pýtajú sa Ťa na niečo.
18. Rodičia Ťa vyzývajú, aby si opísal návšteve nejakú príhodu.
19. Rozprávaš návšteve.

Práve preto, že zostavovanie hierarchie anxiet je určitým problémom a má veľkú dôležitosť pri ďalšej fáze desenzitizácie, pozastavili sme sa pri nej dlhšie. Poradie prvkov hierarchií je uvedené od najľahších (najmenej rušivých) po najťažšie (najviac rušivé) situácie. Ak nechávame usporadúvať poradie samému pacientovi, predkladáme mu ich v opačnom poradí

(od najťažších). Preto nachádzame niekedy v literatúre publikované hierarchie v takomto poradí.

Po nácviku relaxácie a konštruovaní hierarchie sa pristupuje k tretej fáze postupu, ktorým je vlastná desenzitizácia, spočívajúca v opakovanom predstavovaní si jednotlivých prvkov hierarchie v stave hlbokej relaxácie. Práve tu sa počíta s princípom inkompatibility, t. j. s nemožnosťou súčasného výskytu strachu a relaxácie. Pred začiatkom tejto fázy sa pacientovi dá stručná inštrukcia a upozorní sa na dohodnuté znamenie: Je ním mierne nadvihnutie ľavého ukazováka v prípade, že vyvolaná predstava ruší príjemný pocit uvoľnenia. Wolpe uvádza takéto znenie inštrukcie: „Máte si predstaviť tieto scény veľmi jasne a pokojne. Nemajú narušiť Váš stav uvoľnenia. Keby ho predsa rušili, naznačte to ľavým ukazovákom." Potom terapeut uvedie pacienta do stavu relaxácie a povie heslo prvého prvku pripravenej hierarchie. Ak príslušná predstava ruší, dáva opäť inštrukcie k prehlbovaniu relaxácie a scéna sa opakuje znova, až kým nie je rušivá.

Desenzitizačné sedenia sa robia 1—3-krát týždenne, pričom sa s prestávkami predkladajú pri jednom sedení 1—3 položky hierarchie. Každý prvok hierarchie sa opakuje najmenej dvakrát (v prípade, že vôbec neruší uvoľnenie) a zväčša sa vystačí so 4—10 prezentáciami jednej scény. Viac rušivé situácie sú nakoniec rozložené už v samej hierarchii na niekoľko odstupňovaných predstáv (porov. v prvej ilustrácii č. 8—10). Napriek tomu sa však počet prezentácií niekedy musí zvyšovať a Wolpe spomína pacienta s fóbiami (pri prechádzaní cesty po menšej autonehode), u ktorého pre 36 scén hierarchie potreboval až 1491 prezentácií.

Na zostavovanie hierarchie sa kladie veľký dôraz už preto, že strachová predstava naruší relaxáciu len vtedy, keď je relatívne slabá. Nevhodné poradie prvkov hierarchie znemožňuje desenzitizáciu. Pri správnom použití je táto metóda vhodná a efektívna a už dnes sa široko používa.

a) Oblasť aplikácie a výsledky

J. Wolpe a podobne A. A. Lazarus používajú metódu systematickej desenzitizácie pri všetkých neurotických poruchách, vrátane charakterových neuróz. Obaja autori nazbierali aj najrozsiahlejší klinický materiál. Wolpe (1961) uvádza až 95—98 % úspechu, alebo v inom súbore 89 % úspechu liečby touto metódou. Priemerný počet sedení sa pohyboval od 15 do 55 sedení. V súbore 126 neurotikov uvádza Lazarus (1963) 19 % plne uzdravených, 42,9 výrazne zlepšených (spolu 61,9 %), čiastočne zlepšení tvorili 17,5 % a nezlepšení 20,6 %. Do súboru však bral všetkých pacientov, ktorým sa venoval prípadne len 1—2 sedeniami, takže počet sedení sa pohyboval u 70 pacientov 1—10, u 37 pacientov 10—20 sedení,

u 10 pacientov 21—30 sedení a u ďalších vystačil väčšinou s počtom do 50 sedení. Najlepšie reagovali na liečbu hysterické psychomotorické poruchy, fóbie, depresie, anxiety a chorí s interpersonálnymi problémami. Pohlavie ani vek nehrali významnú úlohu. Zlyhanie sa dostavilo u pacientov s perzistujúcou anxiozitou, u balbutikov a u pacientov so somatickými príznakmi.

Uvedeným rozborom výsledkov podľa diagnóz sa zároveň poukazuje na *indikačnú oblasť tejto metódy*. Ide prevažne o také neurotické poruchy, pri ktorých je anxieta zvlášť vyznačená. Preto je systematická desenzitizácia indikovaná pri rôznych druhoch fóbií, pri úzkostnej neurotickej depresii, alebo pri sexuálnych poruchách, kde hrá úlohu anxieta, prípadne odpor, ako je to napr. pri frigidite. Osobne sa neprikláňame k úplne širokej indikácii, t. j. pri všetkých neurózach. U niektorých pacientov sa nedá robiť desenzitizácia pre nedostatočnú schopnosť vybaviť si jasné predstavy.

b) Modifikácie metódy desenzitizácie

Najjednoduchšou formou modifikácie desenzitizácie je *medikamentózne podporenie relaxácie* (meprobamat, chlórpromazín, quajacuran a i.). Používajú sa hlavne vtedy, keď pacient nevládze dostatočne relaxovať. Okrem toho sa môže robiť desenzitizačná procedúra v stave hypnózy. Zásadne sa však má relaxácia napomáhať vhodne uvoľnenou prirodzenou atmosférou, a to počínajúc už diagnostickým rozhovorom. Okrem týchto variácií možno uviesť tri modifikované postupy.

Skupinová desenzitizácia

O použití skupinovej desenzitizácie u dospelých neurotikov referuje Lazarus (1964) pri fóbiách. Pokladá ju zásadne za možnú a dospieva k pozitívnym výsledkom. Je samozrejmé, že skupinová desenzitizácia predstavuje značnú časovú úsporu, čo by hovorilo v prospech jej uprednostňovania.

Preskúšali sme možnosť uplatniť skupinovú systematickú desenzitizáciu v experimentálne usporiadanom pokuse s odstraňovaním trémy u žiakov 6. až 9. ročníka ZDŠ a u vysokoškolákov (predbežne referované 1966c). Išlo o skupinu detí i mladých dospelých pri jednoduchej forme strachu pred skúškou. Ukázalo sa, že skupinové používanie metódy má isté obmedzenia, ktoré závisia hlavne od možnosti zostaviť jednotnú hierarchiu anxiet pre celú skupinu 5—6 osôb. U detí sa táto možnosť dala realizovať,

zatiaľ čo u vysokoškolákov boli značnejšie odchýlky v poradí prvkov hierarchie. V dôsledku toho nastalo častejšie rušenie relaxácie, a to i napriek tomu, že 6-členná skupina bola rozdelená na 2 podskupiny. Treba zdôrazniť, že išlo o jednoduchú formu strachu. Pri zložitejších poruchách je obmedzenie dosiahnuť jednotné hierarchie ešte vyššie, pričom treba prihliadať aj na variácie, ktoré sa tu vnesú bohatými skúsenosťami dospelých. Preto pokladáme systematickú desenzitizáciu predovšetkým za metódu individuálnej psychoterapie a jej skupinové použitie len za alternatívu pravdepodobne viac vhodnú u detí s celkom jednoduchými formami strachov. Zároveň možno, pravda, skupinu 4—8 pacientov pripraviť na vlastnú desenzitizáciu skupinovým nácvikom autogénneho tréningu (Kondáš 1966c).

Desenzitizácia s kladnými citovými predstavami

Okrem relaxácie možno ako reakciu inkompatibilnú voči súčasnému výskytu strachu využiť emotívne uvoľnenie, príjemný podnet alebo predstavu. Manipulácie s obľúbeným predmetom, ktorý bol v blízkosti objektu strachu, robila už Jonesová. Pri desenzitizácii využili takúto možnosť Lazarus s Abramovitzom (1962 s emotívnymi predstavami vo forme metódy, ktorú nazvali „Emotive Imagery"). Pozitívne emotívne predstavy navodzovali inštrukciou s priebežným opisom, pričom pracovali s deťmi (kde je psychologicky známa živšia imaginácia). Opisom vyvolávali predstavy detských hrdinov a city pozitívneho sebauplatnenia. Tieto emotívne predstavy potom vlastne nahradzujú relaxáciu a združujú sa s nimi rušivé situácie podľa zostavenej hierarchie. Konverzácia o hrdinovi prejde plynule do konverzácie o rušivých každodenných situáciách, do ktorých je pojatý hrdina, čím sa dosahuje redukcia ich negatívneho pôsobenia. Autori spomínajú dobré výsledky s touto metódou u 7—14-ročných detí. Postup má pre deti prirodzený charakter a prebieha v emotívne uvoľnenej situácii.

Abreaktívna desenzitizácia

Pri discentnom prístupe zdôrazňujeme potrebu brať do úvahy osobnosť pacienta, jeho reálne zážitky a psychotraumatické skúsenosti. Tomuto zameraniu zodpovedá pri desenzitizácii to, že sa skutočne zažité psychotraumatické zážitky desenzitizujú, t. j. pacienti sa zbavujú sprievodného strachu a napätia, ktoré sa na tieto zážitky viažu. A tak modifikácia vo

forme tzv. abreaktívnej desenzitizácie spočíva (na rozdiel od predošlých) v odlišnom prístupe ku konštrukcii hierarchie anxiet. Nazvali sme ju „*psychotraumatická hierarchia*", keďže pozostáva zo situácií, ktoré pacient reálne zažil a ktoré boli pre neho konfliktové, resp. psychotraumatické. (O postupe sme sa stručne zmienili v referáte na brnenskom psychiatrickom zjazde r. 1966.)

Príkladmi takýchto reálne zažitých, strach evokujúcich situácií sú:

a) Situácia varenia prerušená manipuláciou s mincami, pri ktorej vznikli obavy, či minca nepadla do cesta. (Prvá situácia u pacientky s viacerými obsedantnými obavami.)
b) Balbutik stretne v lese dospelých cigánov, ktorí sa mu vysmievajú a vyhrážajú.
b) Sused — alkoholik sa nahnevá, že nedostáva promptnú odpoveď od chlapca balbutika.

Tým, že sa tu berú do úvahy skutočne zažité situácie — a to práve tie, pri ktorých nastala generalizácia neurotickej anxiety — rešpektuje sa aspekt vývoja neurotických porúch. Zdá sa, že táto forma desenzitizácie je osobitne vhodná u nových pacientov, kde tieto zážitky ešte môžu aktuálne pôsobiť. „Psychotraumatické hierarchie" sa môžu, samozrejme, kombinovať s normálne zostavenými situáciami, predstavujúcimi súčasne aktuálne strachové situácie.

Pri desenzitizácii ide o zníženie pôsobnosti takých situácií, ktoré sa u daného jednotlivca spájajú so zvýšenou anxietou, o ktorej Wolpe predpokladá, že tvorí podstatu neurózy. Používame zavedený pojem „desenzitizácia" ako terminus technicus. Dal by sa používať aj pojem desenzibilizácia, je však v odbornej terminológii spojený so znecitlivením, pričom angličtina má obidva pojmy. Pri desenzitizácii nejde totiž len o zníženie citlivosti pre isté strachové situácie, lež o akési „odpojenie" strachu od svojho objektu, o odstránenie strachu jeho nahradením inou reakciou.

Pri metóde systematickej desenzitizácie sme sa pozastavili dlhšie z toho dôvodu, že je to veľmi účinná a aj z discentného hľadiska teoreticky podložená metóda. Jej praktická aplikácia pripadá pacientovi pri správnom objasnení prirodzená. Vyžaduje si však presnosť a systematickosť postupu. U nás sa zatiaľ neujala, a preto sme sa ju snažili priamo propagovať. Je to jedna z metód, ktoré sú už dnes pomerne prepracované a pri uvedenej indikačnej oblasti veľmi vhodné. Pracuje sa s ňou aj výskumne.

3. Metóda zníženia napätia

Svojím princípom stojí táto metóda najbližšie k metóde systematickej desenzitizácie, obsahuje však aj prvky krátkodobého negatívneho cviku a

manipuluje sa pri nej s činiteľmi tenzie (Kondáš, 1965b — tzv. „tension-relief method"). Vychádza z experimentálnych pokusov s pozitívnym vplyvom obdobia úľavy a z možností jej podnetovej viazanosti. Konkrétne Zbrozyna (1957) ukázal, že pri prerušení stravovania nejakým podnetom (P), získava tento P tlmivú vlastnosť a stáva sa signálom prerušenia stravovania, a to aj vtedy, keď zviera nie je ešte sýte (keď tu pôsobí ešte určitá sila pudu). Analogicky sa dá predpokladať, že určité podnety možno spájať s prerušením nejakej neprimeranej reakcie, ktorá by sa potom mala týmito podnetmi tlmiť. Wolpe skúšal klinickú aplikáciu tohto princípu (1962) a zistil, že napr. prerušenie šoku je sprevádzané pocitom úľavy. Emocionálne vzrušenie sa ešte znižuje napojením na slovnú výzvu „kľud, pokoj". Wolpe tu hovoril o odpovedi uvoľňujúcej anxietu. Pri klinickom použití metódy však konštatoval, že efekt tohto postupu „nebol veľmi povzbudivý" a že „metóda si bude ešte vyžadovať ďalšie systematické štúdium" (Wolpe, 1962).

Pri pokuse o klinickú aplikáciu tenznej úľavy sme zaviedli 3 hlavné články postupu:

1. umelým spôsobom sa navodila zvýšená tenzia;
2. v krátkom období tejto tenzie sa presne opakoval príslušný symptóm tak ako pri negatívnej praxi;
3. obdobie pokoja bolo prehĺbené relaxačnými dýchacími cvikmi s minimalizovaním možnosti predvádzať poruchový návyk a práve toto prerušenie sa spájalo s príjemným pocitom úľavy.

Postup sme zatiaľ nazvali metódou úľavy z tenzie (tension-relief), poľavenia napätia. Použili sme ju pri tikoch a v jednom prípade pri cefalalgii. Aplikovaná procedúra mala tieto časti:

1. galvanizácia oblasti tiku so súčasným opakovaním tiku takým spôsobom, ako sa prirodzene vyskytoval;
2. prerušenie galvanizácie a opakovania tiku pacientovým slovom „pokoj — kľud";
3. okamžitý prechod k nacvičenému relaxovanému dýchaniu pri zatvorených očiach.

Pacient bol vopred vyzvaný vydržať nepríjemnú galvanizáciu a v jej priebehu dostával inštrukciu na predvádzanie tiku prísnejším hlasom, čo tiež malo napomáhať umele navodenú tenziu. Naproti tomu po prerušení tohto tenzného obdobia pacient zatvoril oči a pokojným tichým hlasom dostával inštrukciu na relaxačné dýchanie v uvoľnenej polohe (v kresle).

Medzi inštrukciou uvoľnene dýchať sa uvádzala aj veta „som kľudný, pokojný" (súčasť inštrukcií autogénneho tréningu), čo sa vždy uplatnilo vtedy, keď sa viečka dostali do pokojového stavu.

Prednosťou metódy je — podľa nášho názoru — i to, že krátke obdobie tenzie spojené s poruchou (tikom) vystriedalo podstatne dlhšie obdobie pokoja, uvoľnenia, ktoré je prehĺbené samým pocitom úľavy po galvanizačnom dráždení (pomer asi pol minúty k 2—4 minútam relaxácie). Dôležité je dosiahnuť presné opakovanie tiku počas umele navodenej tenzie a dosiahnuť pokoj so znemožnením alebo aspoň sťažením predvádzať poruchový návyk (oči sú totiž zatvorené). Počas jedného sedenia sa aplikujú galvanizačné podnety 3—8-krát, pričom sme pri detských prípadoch tikov vystačili so 4—12 sedeniami (pozri XI. kapitolu).

4. Metódy pozitívneho tréningu

Výhodou postupov pozitívneho tréningu je, že sú zamerané priamo na špeciálny direktívny nácvik s plným využitím zákonitosti učenia, získavania návykov. Prichádzajú do úvahy predovšetkým tam, kde ide buď o nedostatočný spôsob predošlého učenia, teda o typ reakcií deficitného charakteru (ako je napr. enuréza alebo dyslexia), alebo tam, kde sa dá očakávať, že nácvik určitých prejavov bude rušiť poruchový typ reakcií v zmysle interferencie (napr. pri balbuties).

Vlastná terapeutická procedúra predstavuje potom špecificky upravený postup učenia, prispôsobený charakteru poruchy, na ktorú sa zameriava. Môže sa pritom využiť tak forma učenia imitáciou, ako aj forma bežného úmyselného učenia alebo forma inštrumentálneho postupu. Prvky pozitívneho tréningu obsahuje napr. aj technika budiaceho zvonca alebo inštrumentálne techniky (budú uvedené ďalej). Zatiaľ možno princíp postupu s metódou pozitívneho tréningu demonštrovať na troch postupoch.

a) Sebapresadzujúci tréning

Túto metódu rozpracoval predovšetkým A. Salter. Ide pri nej o nácvik voľne a primerane prejavovať spontánne reakcie a emócie v konkrétnych sociálnych situáciách tak, aby nimi pacient vhodným spôsobom zvýraznil svoje oprávnené pocity. Vhodná je najmä pre ľudí, ktorí si zvykli potláčať vlastné prejavy, sú v sociálnych situáciách anxiózni, všetko spracúvajú len vo vlastnom vnútri, v dôsledku čoho psychologicky trpia. Salter hovorí o „inhibovaných osobnostiach".

Cieľom sebapresadzujúceho tréningu je dosiahnuť externalizáciu pred-

tým inhibovaných emócií. Sebapresadzujúce reakcie (assertive R) majú pomôcť pacientovi prekonať ten typ úzkosti, ktorý tlmí efektívne sociálne konanie. Neznamená to však prejavy zlosti alebo agresívne reagovanie. Naopak, reakcie majú byť také, aby z nich pacient zažíval osobné uspokojenie a dosahoval postupné narastanie sebahodnotenia. Na primeranosť sebapresadzujúcich reakcií sa má osobitne dbať, v opačnom prípade hrozí nebezpečenstvo, že nastanú nové komplikácie v interpersonálnom konaní pacienta. Konkrétna forma takýchto reakcií môže spočívať napr. v pokojnom vyjadrení vlastného stanoviska, v oponovaní, podloženom argumentmi, v prejavoch obrany pri ukrivdení a pod.

Wolpe a Lazarus (166) výstižne zdôrazňujú — priamo v inštrukcii pacientovi — že človek, ktorý nevie sám seba zastať a obhájiť, ktorý nevie povedať „búú", je sociálne nepríťažlivý. Pôsobenie sebapresadzujúceho aktu vidia v tlmení súbežnej anxiety, čím sa zoslabuje návyk reagovať v sociálnej situácii anxiózne. V dôsledku sebapresadzujúceho tréningu nastáva potom zmena v sebavedomí a sebahodnotení, čo je dôležitým terapeutickým faktorom tejto metódy. Z hľadiska teórie učenia vidia jej hlavný mechanizmus pôsobenia v utlmení anxiety, v princípe protipodmieňovania, prípadne v inštrumentálnom učení (Skinnerovo „shaping"). Pri predpoklade, že sebapresadzujúce konanie recipročne tlmí vyskytujúcu sa anxietu, vzniká otázka, či nie je tu potrebný graduovaný prístup k sociálnej anxiete už preto, aby príliš silný stupeň strachu nespôsobil naopak útlm sebapresadzujúcich prejavov. (Podrobnejšie pozri o tejto metóde prácu Wolpeho a Lazarusa, 1966, kde sú aj kazuistické ilustrácie.)

Metóda sebapresadzujúceho tréningu má globálnejší ráz a je najbližšie k postupom racionálnej psychoterapie. Viacerí psychoterapeuti aplikujú jej princíp, hoci aj nie so systematickým rešpektovaním zákonitostí učenia. (Voľné prejavovanie vlastných citov používa napr. Rogers.) Môže predstavovať teda obohatenie pri racionálnej psychoterapii a dá sa realizovať aj vo forme psychodramatického nácviku, čo je pri niektorých typoch neurotikov vhodným rámcom. Výhodou psychodramatického nácviku sebapresadzujúcich reakcií je predovšetkým možnosť korekcie prípadnej neprimeranej formy týchto reakcií, ako aj skutočnosť, že cvičené reakcie nemajú ešte „ostrie" reálnej životnej situácie. Globálny ráz metódy a jej širšia aplikovateľnosť sú jej nesporným kladom.

b) Metodika „tienenia"

Experimentálnym pozadím tejto techniky bol efekt oneskorenej rečovej spätnej väzby, o ktorom publikoval základnú prácu B. S. Lee (1950). Pomocou magnetofónu s dvojitou hlavou a dobre tesniacimi slúchadlami

počúval hovoriaci vlastný rečový prejav s oneskorením 1/5—1/10 sek., čiže v neprirodzene oddialenom časovom vzťahu k momentálnemu hovoru (delayed playback speech). Výsledkom boli opakovania, zárazy, akési umelé zajakávanie sa. Bez toho, aby sa prirodzená zajakavosť pokladala za analogický jav, podnietil tento efekt experimenty s chronickými balbutikmi (dospelými), ktoré robili Cherry a Sayers (1956). Vyšli z predpokladu, že instabilita spätnoväzbových spojov vlastnej reči môže súvisieť s jej plynulosťou na jednej strane a jej poruchami vo forme zajakavosti na strane druhej. Funkcia reči môže zrejme súvisieť so sebakontrolou, a tak ďalšia charakteristika ich výskumu spočívala v tom, že pristupovali k rečovej produkcii ako k cyklickému spätnoväzbovému aktu. Na základe uvedených postulátov sa dá predpokladať, že zásah do percepcie vlastnej reči môže znižovať výskyt zajakavosti.

Vo svojich experimentoch sa Cherry a Sayers zamerali hlavne na zásah pomocou tzv. bieleho hluku a pomocou techniky „tienenia", ktorá spočívala v sústavnom opakovaní hovoru terapeuta, čím sa sťažovala, redukovala spätná kontrola vlastného hovoru. Pokusy ukázali, že týmto zásahom sa darilo momentálne znížiť zajakávanie podstatne a daný princíp sa javil sľubným aj klinicky. Klinicky sme preskúšali postup u detí s istými variáciami v metodike, s pribratím ďalších zákonitostí učenia. Kombinovali sme ju s ďalšími postupmi a ukazovala sa vhodnou súčasťou nápravných postupov na odstraňovanie balbuties (Kondáš, 1964a, 1967b).

Vlastný postup vyzerá nasledovne: Po vyšetrení reči a predbežných prípravách sa balbutikovi povie, že sa bude učiť plynulému hovoru pomocou špeciálnych cvičení, pri ktorých má jednoducho presne opakovať to, čo hovorí terapeut a opakovať to takým istým spôsobom, ako hovorí on. Potom sa terapeut odvráti od pacienta a hovorí alebo číta plynule určitý kratší text a balbutik ho slovo za slovom sleduje tak, že mešká asi o jedno slovo („tieni" hovor terapeuta). Terapeut eventuálne mení intonáciu, čo má balbutik napodobniť, čím sa púta plná pozornosť na prednes terapeuta. Celý postup sa dôkladne demonštruje a len čo sa balbutik do techniky zacvičí, robia sa cvičenia aj doma s inštruovaným rodičom, prípadne iným pomocným terapeutom. Cvičenia sa konajú denne v trvaní asi 5 minút. Terapeuta navštevujú 1-krát týždenne, kde sa urobia 2—3 dvojminútové cvičenia s technikou tienenia a prípadné ďalšie procedúry. Pre lepšie zainteresovanie i pre udržanie motivácie sa obmieňali spôsoby tienenia aj pomocou telefónu, alebo so slúchadlami za pomoci techniky hlasového kľúča. Po zlepšení bežnej reči sa cvičenia postupne obmedzovali na každý druhý deň, až na raz týždenne. Takýto postup sa aplikoval pri tzv. sekundárnej balbuties, t. j. pri zajakávaní, ktoré si balbutik uvedomoval.

Pri primárnej balbuties (bez uvedomenia si rečovej poruchy), t. j. prakticky u 5—6-ročných detí sme zaviedli modifikovanú techniku tienenia.

Modifikácia tienenia hrou

Keďže dieťa si ešte neuvedomuje poruchu reči, je dôležité, aby na ňu nebolo upozorňované. Priame cvičenia reči „tienením" zahrnujú inkluzíve, že s rečou nie je niečo v poriadku. Okrem toho ťažko sa dá očakávať, že 5—6-ročné dieťa vydrží stereotypné, a pre neho nezábavné opakovanie hovoru dospelého. Nakoniec efekt učenia závisí aj od motivácie. Pre malé deti je hra príťažlivá, a preto sme sa rozhodli včleniť techniku tienenia do formy hry, a to hry s bábikou, detskými marionetkami. Po nácviku pohybov s bábikami s inštrukciou, že ho naučíme hrať bábkové divadlo, sa začalo s „tienením" tým spôsobom, že terapeut bol „šepkárom" a dieťa „hercom" a vodičom marionetky. Týmto spôsobom sa predvádzajú krátke „výstupy" a krátke „scény" sa cvičia aj doma (2—3-krát týždenne), aby sa potom mohli „zahrať ujovi doktorovi". Táto technika hry sa plne osvedčila, deti si cvičenia obľúbili a reč sa už v priebehu 3 týždňov zlepšila.

c) Metóda dublovaného čítania

Dyslexia, ako špecifická neschopnosť čítať, môže mať rozličné príčiny i pozadie. Z hľadiska psychológie učenia je pre ňu (alebo pre väčšinu dyslexií) typické, že ide o dificilný typ poruchy. Porucha plynulosti je spoločným znakom dyslexie i balbuties, a aj preto je použitie podobného princípu pri jej náprave opodstatnené.

Aplikáciu metódy dublovaného čítania pri dyslexii sme použili tam, kde išlo o zajakávanie, ktoré však bolo oveľa výraznejšie pri čítaní ako pri bežnej reči (Kondáš, 1964). Zároveň sa zajakavosť kombinovala s dyslektickými chybami, a preto sme tu hovorili o dyslektickej zajakavosti. Pri opise tejto metódy sme vyšli z rozboru spoločných znakov balbuties a dyslexie (Kondáš, 1965b).

Procedúra dublovaného čítania spočíva v spoločnom čítaní terapeuta a dyslektika tak, že terapeut číta text asi o 1 slovo pred dyslektikom, ktorý spolu s ním sleduje a číta text (nielen opakuje). Terapeut číta spočiatku pomaly, ale plynule, prispôsobujúc sa individuálnemu tempu čítania dyslektika (čo sa zistí predbežnou skúškou čítania). Postupne sa tempo čítania zrýchľuje až na úroveň, ktorá je primeraná školskému stupňu (porovn. napr. tabuľky Štúra, 1965).

Predtým sa dyslektik stručne inštruuje, upozorní sa na spôsob čítania a hneď po prvom cvičení sa upozorní na častejšie robenú chybu (ako je napr. čítanie len konca slov). Pri prvých cvičeniach sa prípadne použije pri spolučítaní podložka pod riadky. Cvičenia sú krátke a jedno sedenie u terapeuta pozostáva zvyčajne z dvoch dvojminútových úsekov dublovaného čítania. Sedenia sa robia spočiatku raz až dvakrát týždenne a opäť sa cvičí aj doma denne, neskôr ob deň. Dbá sa na to, aby dyslektik skutočne čítal, a preto sa niekedy robí kontrolná chyba (napr. vynechanie spojky a pod.). Získanie záujmu sa podporí prehraním ukážky zo spolučítania z magnetofónovej nahrávky, ktorá je zároveň podkladom pre hodnotenie priebehu tréningu. Asi po piatom cvičení sa robí kontrola samostatného čítania (počet prečítaných slov a počet chýb). Doma môže prípadne čítať krátke články aj potichu s dôrazom na chápanie zmyslu, obsahu state. Opakovanie obsahu je okrem tempa čítania a počtu chýb ďalšie kritérium zlepšenia.

Veľkou prednosťou metódy dublovaného čítania je jej prirodzenosť i nenáročnosť a pomerne rýchle navodenie zlepšenia rýchlosti a presnosti čítania najprv pri dublovaní a neskoršie i pri samostatnom čítaní. Oproti metóde Fernaldovej (s obťahovaním a čítaním ťažkých slov atď.) vyniká jednoduchosťou a javí sa aj úspešnejšia. Nebudí strach pred ťažkými slovami.

Pri oboch opísaných metódach sa pritom počíta s pôsobením faktora interferencie, samozrejme, okrem samého efektu priameho tréningu (tréning rečových kinestézií v situáciách čítania). Ide tu o metódy viac-menej reedukačného charakteru a v danom poňatí môžeme potom hovoriť o discentnej reedukácii.

5. Averzívne postupy

Averzívna terapia patrí medzi tie postupy, kde sa najviac využíva princíp a zákonitosti podmieňovania. Osobne sa však prikláňame k ich širšiemu zaradeniu, pri ktorom sa poníma averzívne podmieňovanie ako jedna súčasť terapeutického úsilia o vypestovanie odporu, v rámci celkovej protialkoholickej liečby a psychoterapie (Skála, 1957, Kondáš, 1958).

Averzívne postupy sa aplikujú pri alkoholizme, fajčení a sexuálnych poruchách, ako je homosexualita, fetišizmus alebo transvestizmus. Odpor k týmto aktivitám sa podmieňuje najčastejšie pomocou apomorfínu, emetínu alebo pomocou elektrickej rany. Ako podmienená reakcia sa teda používa reakcia nauzey a vracania alebo reakcia bolesti. Podmieneným podnetom je napr. vôňa a chuť alkoholu, istých obľúbených liehovín.

Analogicky sa napr. pri homosexualite spájajú príslušné objekty s vracaním, alebo manipulácia s fetišom sa spája s elektrickou ranou. Pri zložitejšom averzívnom postupe sa robí diferenciačné podmieňovanie napr. s apomorfínovou premedikáciou pri prezentácii mužských objektov a s testosterónovou premedikáciou pri ženských objektoch, ktoré sa homosexuálom prezentujú obrázkami alebo filmom (napr. Solyon a Miller, 1965).

U nás je bežne známe a veľmi rozšírené apomorfínové podmieňovanie vo forme apomorfínových odvykacích kúr pri liečbe alkoholizmu. Občas sa používalo aj vyvolávanie odporu k alkoholu pomocou hypnózy, v rámci ktorej sa združovali nepríjemné pocity, hnus a vracanie s predstavami liehovín. Pri oboch spôsoboch však vyhasína podmienený odpor. Preto je potrebné odpor opätovne posilňovať, čo sa robí pomocou opakovacích kúr.

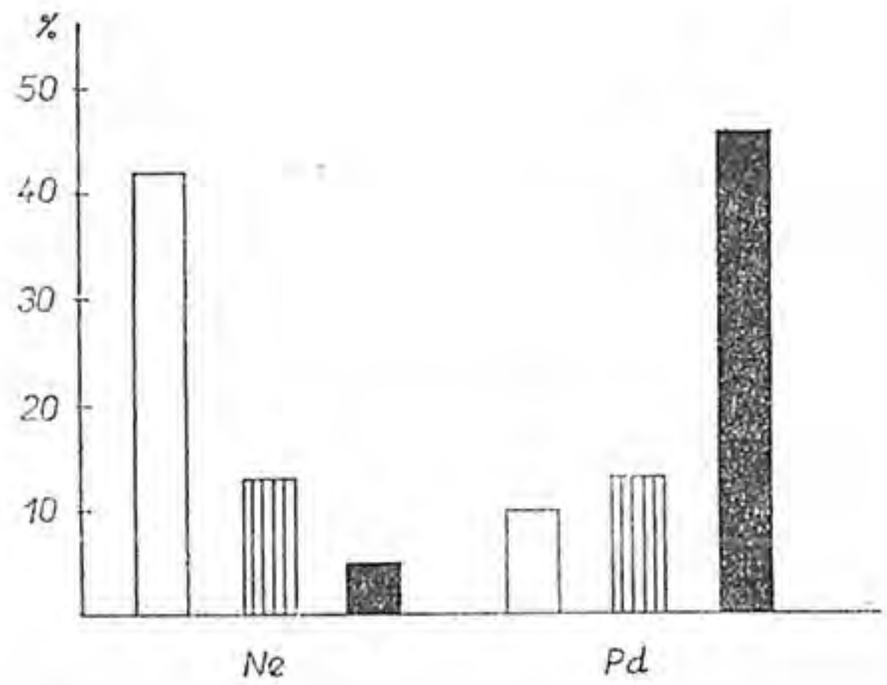
Postup je u nás bežne známy, zahrnuje však komplex vedľajších otázok, ktoré sa menej rozoberajú a v praxi sa nedostatočne rešpektujú, resp. viaceré z nich nie sú vyriešené. Medzi takéto otázky patrí vhodné rozloženie sedení, časové vzťahy medzi podmieneným a nepodmieneným podnetom, individuálne variácie v podmieňovateľnosti a iné.

V súvislosti so schopnosťou podmieňovať zisťuje Franks (1954) jej spojenie s faktormi introverzie a extroverzie. Ak u alkoholikov berieme do úvahy súvis dimenzie introverzie s ich neurotickými príznakmi a extroverzie s psychopatickými črtami osobnosti, ich odlišnosti v schopnosti podmieňovať by mohli vplývať i na úspešnosť rovnakej averzívnej protialkoholickej kúry. Výsledky sledovania súboru 100 alkoholikov, z ktorých 17 malo zreteľné neurotické príznaky a 28 psychopatické príznaky, uvedenú hypotézu podporujú (Kondáš, Přibyl, 1962). Rozdiely sú zreteľné na obr. 5.

Za kritérium pri hodnotení výsledku liečby sa pokladala abstinencia v trvaní 1 rok a viac (prázdny stĺpec), tzv. sociálne uzdravenie, t. j. príležitostné pitie liehovín — konzument (čiarkovaný stĺpec) a relaps, recidíva v kratšom časovom úseku (plný stĺpec).

Graficky znázornené rozdiely sú zreteľné na prvý pohľad. Skupina s neurotickými príznakmi (Ne) dosiahla 41,3 % úplnej abstinencie, kým skupina s psychopatickými príznakmi (Pd) len 10,3 % abstinencie a 46,8 % recidív. Rozdiel je štatisticky vysoko signifikantný ($\chi^2 = 20{,}62$, $P < 0{,}001$). V týchto črtách dostávame potom nielen závažného prognostického ukazovateľa, ale aj kritérium pre rozličnú intenzitu i dĺžku protialkoholickej averzívnej liečby. Tým vystupuje do popredia význam psychologického vyšetrenia osobnosti alkoholika aj so zisťovaním introverzie a extroverzie. Takto sa dostávame k rešpektovaniu niektorých osobnostných činiteľov v zhode s ich zdôraznením v rámci discentného poňatia.

Z discentného hľadiska je však dôležité ponímať aj averzívne postupy v širšom zaradení a prihliadať napr. na zmeny postojov, vypestovanie nových vhodných návykov i na klarifikáciu. Pri protialkoholickej (PA) liečbe je vyjadrený tento zreteľ v celkovej psychoterapeutickej starostlivosti o alkoholikov. Z daného hľadiska je potom významné aj ďalšie zistenie o signifikantnom rozdiele úspechu PA liečby v závislosti od intenzity psychoterapie, keď $\chi^2 = 10{,}42$ a $P < 0{,}01$ (Kondáš, Přibyl, 1962).



Obr. 5. Úspešnosť protialkoholickej liečby vo vzťahu k neurotickým príznakom a psychopatickým črtám osobnosti. Histogram vychádza z údajov o súbore 100 alkoholikov, z ktorých 17 malo neurotické poruchy (Ne) a 28 psychopatické črty osobnosti (Pd). Prázdne stĺpce — abstinencia vyše 1 roka, čiarkované — kritérium sociálneho uzdravenia a plné stĺpce — recidíva.

Рис. 5. Успешность противоалкогольного лечения в связи с невротическим признаком и психопатической чертой личности. Гистограмма исходит из данных о группе 100 алкоголиков, из которых у 17 были отмечены невротические нарушения (Ne), а у 28 психопатические черты личности (Pd). Пустые столбцы — абстиненция свыше одного года, заштрихованные — критерий социального выздоровления, полные — рецидив.

Fig. 5. Succes of antialcoholic treatment in relation to neurotic symptoms and psychopatic personality features. Histogram is based on data obtained in a sample of 100 alcoholics, 17 of whom suffered from neurotic disorders (Ne), and 28 from psychopatic personality features (Pd). Bland columns — abstinence over one year; striped columns — a criterion of „socially cured", and full columns — relapses.

Hlavnú náplň psychoterapie tvorili didaktopsychoterapeutické skupinové sedenia s objasňovaním škodlivosti alkoholu a so snahou o zmenu postojov alkoholika k pitiu. I toto zistenie upozorňuje na nedostatok mechanickej aplikácie averzívnej liečby, ktorý sa niekedy vyskytuje aj u nás (sedenia robí napr. sám ošetrovateľ). Niektoré širšie hľadiská pri celkovej PA liečbe sa častejšie rozoberajú, ako to možno ilustrovať i prácami J. Skálu, M. Turčeka a iných. Vzhľadom na široké používanie averzívnej techniky pri liečbe alkoholizmu sme sa pri tejto aplikácii dlhšie pozastavili.

Tak pri alkoholizme, ako aj pri homosexualite sa využívajú predovšetkým princípy pavlovovského podmieňovania. Podobným spôsobom sa

využíva elektrická rana pri odúčaní od fajčenia. Pravda, aj tu sa spoluzúčastňujú iné činitele. Napríklad Koenig a Masters (1965) sledovali ako pri odúčaní od fajčenia pôsobí podporná rada i systematická desenzitizácia a zaujímavé je ich zistenie signifikantného vplyvu osobnosti terapeuta na úspechu protifajčiarskej liečby.

Viaceré z averzívnych postupov sa konštruujú aj na princípe inštrumentálneho podmieňovania, alebo s využitím niektorých jeho prvkov. Napríklad pri manipulačných pohyboch s fajčením alebo s fetišom sa podáva elektrická rana (šok) randomizovane a na redukovanie sexuálnej fantázie sa spájal šok aj s predstavami fetiša (Marks, Rachman, Golder, 1965), čo má dosah aj na spôsob liečby iných sexuálnych porúch. Keďže averzívne techniky pri sexuálnych poruchách narážajú na isté praktické a prípadne aj etické problémy, konštruujú sa postupy averzie v predstavách s väčším využívaním učenia vyhýbaním. Gold a Neufeld (1965) skúšali vybavovať predstavy odporu voči predtým príťažlivým objektom pri homosexualite a spolu s použitím diskriminačných predstáv referujú o úspechu v jednom prípade s menej fixovanou homosexualitou.

Hoci averzívne postupy patria medzi relatívne najjednoduchšie, i tu vystupuje rad ďalších psychologických daností, ktoré treba brať do úvahy (ďalšie hľadiská učenia, osobnostné činitele), od ktorých závisí trvácnosť vypestovaných averzií. Spájanie aktivity, ktorá sa má eliminovať, s nepríjemnými elektrickými alebo chemickými stimulmi sa môže napájať na širšie koncipovaný postup, čo môže zvyšovať trvácnosť efektu averzívnej liečby.

6. Prístrojové techniky

Skutočnosť, že postupy psychoterapie učením sa opierajú o psychologické experimenty (kde je bežné aparatúrne vybavenie), a experimentálna tradícia v klinickej psychológii, vedú k tendencii využiť aj prístroje na terapeutické zámery. Aplikácia prístrojových technik má tu dve formy:

1. Použitie existujúcich aparatúr ako pomôcky alebo súčasti terapeutickej procedúry.
2. Špeciálne prístroje konštruované pre terapeutické pôsobenie.

V prvej skupine sa použije existujúce aparatúrne vybavenie v novom usporiadaní. Takto sa používa prístroj na podávanie elektrických podnetov, alebo tóngenerátor sa môže využiť na produkciu „bieleho hluku" pri zajakávaní. V takomto zmysle sme použili galvanofaradizačný prístroj (výroba Chirana) na navodenie umelej tenzie a podobne techniku hlasové-

ho kľúča pri metóde tienenia s cieľom dosiahnuť vyššiu mieru transferencie vlastných sluchových percepcií balbutika. Aparatúra tu má úlohu iba pomocného nástroja.

V druhej skupine je prístroj, resp. aparatúra hlavným článkom, základnou metodikou, pomocou ktorej sa realizuje terapeutický zámer. Konštrukcia prístroja musí zahrnovať určitý princíp, od ktorého sa očakáva terapeutické pôsobenie. Ak sa napr. pri metóde tienenia opierame o distrakciu, o princíp interferencie sluchového vnímania vlastnej reči, musí prístroj zabezpečiť interferenciu sluchových percepcií. Využíva sa na to tzv. biely hluk. Týmto technickým pojmom sa označuje taká zvuková frekvencia, ktorá sa rozprestiera a prekrýva základnú frekvenciu ľudského hlasu. Terapeutickou technikou sa stáva potom prístroj, ktorý dokáže produkovať biely hluk, prípadne s menlivou intenzitou, aby sa dal prispôsobiť individuálnej intenzite hlasu jednotlivého balbutika.[9]

Technika budiaceho zvonca patrí medzi prvé prístrojové techniky tohto druhu. Používa sa na liečbu nočného pomočovania (enuresis nocturna) a zaviedol ju známy psychológ a teoretik učenia O. H. Mowrer r. 1938, pričom prvé pokusy s podobným princípom siahajú až do roku 1904—1910. Prístroj pozostáva z vložky s elektródami citlivými na vlhkosť, z batérie, relé (príp. tranzistorov) a event. aj elektrickej žiarovky. Ide pri ňom o automatické zapnutie elektrického okruhu na prvé kvapky močenia. Zapojený zvonec zobudí enuretika. Technicky tvorí osobitný problém konštrukcia vložky citlivej na primeranú dávku vlhkosti (aby sa okruh nezapol na potenie, a nie príliš neskoro po začatí močenia).

Technikou budiaceho zvonca sa vlastne pestuje chýbajúca reakcia zobudenia na podnet tlačenia mechúra. Opisuje sa ako efektná (65—100 % úspechu), ale s jej teoretickým výkladom ako metódy pozitívneho podmieňovania sme nesúhlasili (Kondáš, 1964, str. 104). Na to, aby uvedený postup zodpovedal kritériám klasického podmieňovania, by sa totiž vyžadovalo, aby zvonenie (ako PP)[10] predchádzalo nepodmienenému podnetu tlačenia mechúra. Pri technike budiaceho zvonca je však iný sled podnetov:

P_1 (NPP) ——→ R_1 (NPR) ——→ P_2 (PP) ——→ R_2 (PR)
(tlačenie mechúra) (močenie) (zvonenie) (zobudenie)

a cieľom je vypestovať spojenie P_1 ——→ R_2.

---

[9] Autor je zaviazaný vďakou dr. L. Kvasničkovi za láskavé vyhotovenie takéhoto prístroja. O jeho vyskúšaní referoval Kvasnička na krajskom seminári v Pezinku r. 1966.

[10] Skratka P znamená podnet, PP — podmienený podnet, R — reakcia, NPP — nepodmienený podet, NPR — nepodmienený reflex, PR — podmienený reflex (reakcia). Šípky označujú sled, resp. spojenie.

Uvedený sled by mal teda skôr charakter spätného podmieňovania, ktoré sa však ťažko vypracúva a vyžaduje príliš veľký počet opakovaní na uchovanie reakcií (Dostálek, 1950). Oproti tomu reakcia zobudenia sa tu vypracuje podstatne rýchlejšie, a tak sa prikláňame k výkladu, že tu ide o pozitívny tréning na základe princípu vyhýbania sa trestu.

Mowrerova technika sa už dnes široko používa a na konštrukciu elektród existujú viaceré patenty. Modifikáciu tejto techniky vypracoval Crosby (Lovibond, 1963). *Crosbyho aparát* spočíva v tom, že na vložku sú zapojené ďalšie elektródy a ich zapnutím prvými kvapkami moču dostane enuretik elektrickú ranu. Toto usporiadanie len potvrdzuje náš teoretický výklad princípu techniky.

Prístroj „Lax". Novú a doteraz ešte málo používanú techniku vypracovali francúzski autori C. Quarti a J. Renaud (1964) na odstránenie obstipácie. Z dvoch elektród, umiestnených na osobitnom opasku, dostane pacient pomocou prístroja nazvaného „LAX" jemné a príjemné elektrické dráždenie v lumbálnej krajine. Intenzita dráždenia je regulovateľná a reguluje si ju sám pacient. Po podaní laxancií si pacient zapína prístroj pri pocite tlaku na defekáciu i počas nej. Tým sa vytvorí spojenie medzi príjemným elektrickým dráždením (PP) a reflexom vyprázdňovania. Toto spojenie sa neskôr vyvolá len zapnutím prístroja, bez použitia laxancií. Praktické použitie a dobrý výsledok ilustrovali autori na dvoch prípadoch. Teoreticky tu ide o pozitívny tréning podmieňovaním.

Prístrojové techniky sa často používajú aj pri operačnom podmieňovaní. Usporiadanie postupu tu pripomína bežné psychologické experimentovanie. Ako ilustrácia môže slúžiť *aparát na operačný spôsob riešenia problému*, tzv. MOPSA (Multiple Operant Problem-Solving Aparatus). Pri tomto postupe pacient-psychotik predvádza isté manipulácie na paneli, pričom správne manipulácie sú posilnené čokoládou alebo cigaretami. V ďalšom usporiadaní sa problém dá riešiť iba kooperáciou dvoch psychotikov, pričom sa posilňuje dobrá spolupráca oboch. V tomto zmysle sa potom hovorí o operačnej interpersonálnej terapii. Pri aparatúre MOPSA ide o modifikáciu pôvodného aparátu Skinnera, Solomona a Lindsleya, ktorú predviedli a vyskúšali King, Armitage a Tilton (1960, in Goldstein a Dean, 1966). Títo autori porovnali 4 vyvážené skupiny psychotikov (po 12 osôb v skupine), z ktorých jedna prešla touto tzv. operačnou interpersonálnou terapiou, druhá verbálnou psychoterapiou, tretia rekreačnou terapiou a štvrtá bola bez terapie. Výsledky svedčia signifikantne v prospech uvedenej operačnej techniky. Je zaujímavé, že na druhom mieste, čo do efektu, bola rekreačná, a nie verbálna terapia. Vidíme, že oproti pôvodnému prístroju s budiacim zvoncom nastal aj v oblasti prístrojových techník istý rozmach práce a aj tu možno očakávať v budúcnosti ďalšie obohatenie.

7. Inštrumentálne techniky

Inštrumentálne terapeutické techniky sú, prirodzene, v bezprostrednom vzťahu so Skinnerovou teóriou a využívajú jej princípy, zákonitosti a zistenia. Potešiteľné je, že sa začali aplikovať práve pri najťažších formách duševných porúch, pri mutizme, autizme a iných psychotických symptómoch. Okrem toho sa používajú u mentálne retardovaných detí, čo súvisí bezprostredne aj s druhým smerom využitia Skinnerovej teórie pri programovanom vyučovaní a vyučovacích strojoch. Objavujú sa tiež správy o ich použití pri hyperaktívnych deťoch a iných poruchách správania.

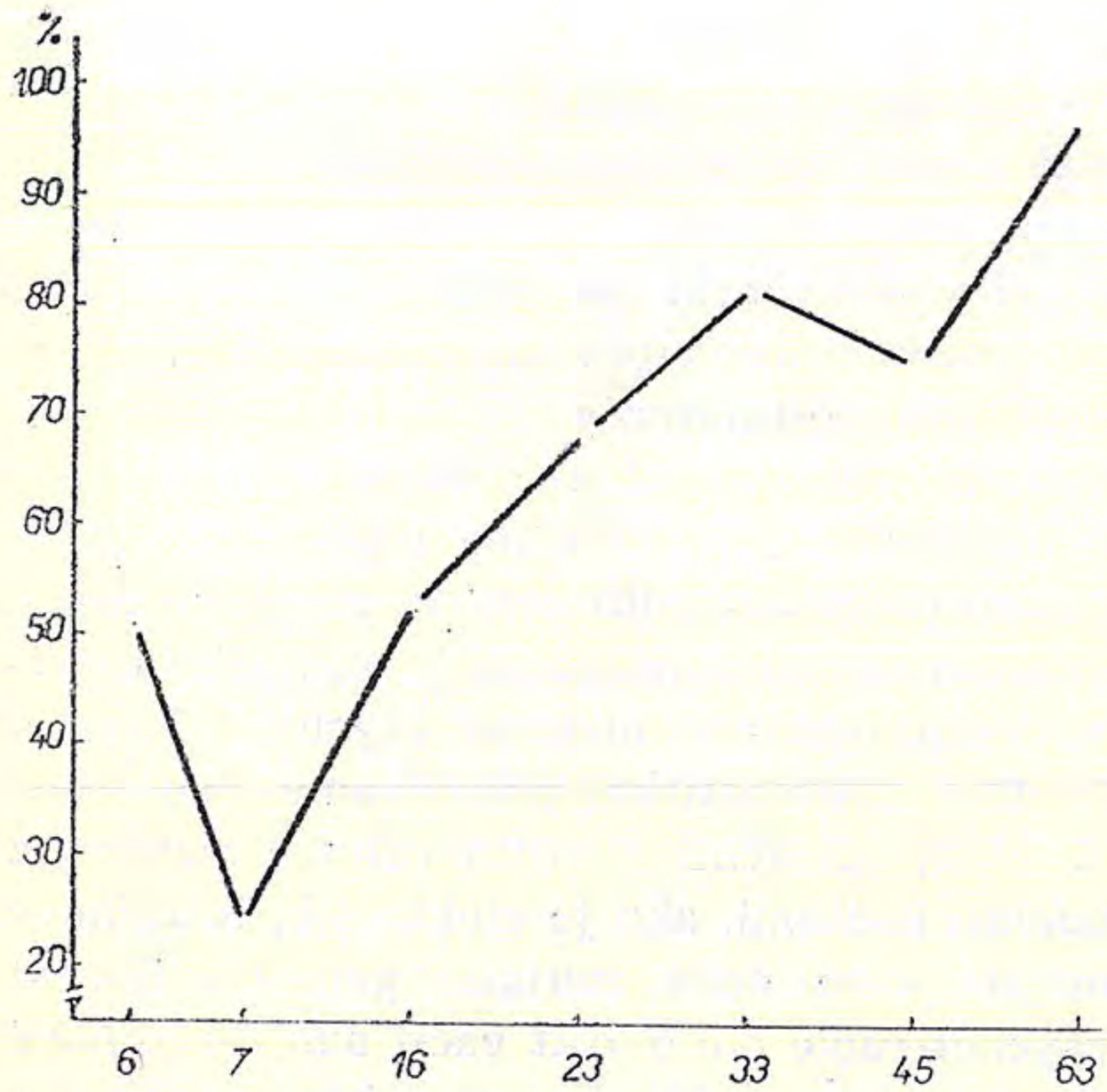
Charakteristickým znakom terapeutického použitia inštrumentálnych techník je jednak aplikácia princípu intermitentného posilňovania v bežných životných podmienkach, jednak využívanie tzv. sociálno-posilňujúcich činiteľov. Patterson (1965) so spolupracovníkmi na Oregonskej psychologickej klinike sa usiloval o zmenu správania hyperaktívnych detí, pričom sa terapeutické sedenia robili priamo v triede. Posilňovalo sa pozorné pokojné sedenie a jeho frekvencia sa dala týmto spôsobom zvyšovať. Z hľadiska širších teoretických princípov ide tu o efekt odmeny, aplikovanej podľa kritérií operačného posilňovania.

Metódu tzv. voľného operačného podmieňovania rozobral ešte r. 1954 Skinner so Solomonom a Lindsleyom. O. R. Lindsley (1960, in Franks, 1964) má zásluhu na výskumnom používaní tejto metódy pri chronických psychózach, a to aj s prihliadnutím na to, že psychóza je oscilujúci dynamický proces. Terapeutickému usiliu odstrániť niektoré psychotické poruchy správania predchádzalo dlhé systematické pozorovanie pacientov. Výsledky sú cenné aj tým, že efekt operačného posilňovania s menlivým intervalom sa porovnáva s takými liečbami, ako je elektrošok, inzulínové kómy i psychoterapia v zmysle verbálneho zaujatia pacienta (3-krát týždenne à 1 hod.). Účinok psychoterapie bol 6-krát väčší ako 6-týždňové podávanie 100 mg iproniazidu a „trikrát väčší ako pri cykle najväčšieho spontánneho zlepšenia počas 6 rokov sledovania pacienta".

Zaujímavý inštrumentálny postup pri hysterickej slepote opísali Brady a Lind (1961). Išlo o 40-ročného pacienta, ktorý už bol zaradený do rehabilitačného programu pre slepcov. Terapeutická procedúra bola usporiadaná tak, že pacient mal reagovať na isté podnety, ale s oneskorením v rozpätí 18—21 sekúnd a len tieto oddialené odpovede boli posilnené. Pacient pritom mohol získať vyššie skóre posilnení, ak zachytil a reagoval na pomocné zrakové kľúče (zmeny intenzity osvetlenia). Cvičenia sa robili denne pol hodiny (5 dní v týždni) a bolo ich spolu vyše 60. Pri 63. cvičení (pozri obr. 6) pacient dosiahol už takmer 100 % správnych odpovedí a

reagoval na zrakové signály. Potom dochádzal ešte na mesačné kontroly. Postup bol úspešný, slepota vymizla a bol schopný čítať aj malé písmená v novinách. Priebeh zlepšenia znázorňuje obr. 6, ktorý ukazuje výrazne zlepšenie hysterickej slepoty v priebehu experimentálne usporiadanej terapeutickej procedúry.

Jednoduchý a dômyselný inštrumentálny postup použila Barretová (1962) na kontrolu tikových pohybov. Pomocou špeciálnej aparatúry zaznamenávala automaticky tikové pohyby. Pri ich zvýšenej frekvencii použila ako averzívny podnet hluk a pri zníženej frekvencii ako pozitívny podnet hudbu. Autorka vykladá tento postup ako vytváranie kontroly. Zvýšenú frekvenciu tiku vlastne sprevádzal nielen negatívny podnet



Obr. 6. Priebeh inštrumentálneho postupu pri hysterickej slepote. Krivka demonštruje relatívnu frekvenciu správnych odpovedí, ktoré záviseli od pomocného vizuálneho kľúča (zmena intenzity osvetlenia). Tento kľúč bol zavedený od 7. cvičenia. Priemerná diferenciácia dosahuje pri 63. cvičení takmer 100 %. Os x — cvičenia, os y — percento správnych R. (Krivka je konštruovaná podľa údajov Bradyho a Linda, 1961.)

Рис. 6. Течение инструментального метода при истерической слепоте. Кривая демонстрирует относительную частоту правильных ответов, которые зависели от вспомогательного визуального ключа (изменение интенсивности освещения). Этот ключ был введен с седьмого упражнения. Соответствующая дифференциация достигает при 63 упражнении почти 100 %. Ось x — упражнения, ось y — процент правильных реакций. (Кривая сконструирована по данным Бреди и Линда, 1961.)

Fig. 6. The course of an instrumental procedure in hysterical blindness. The curve shows the relative distribution of correct answers due to additional visual cues (a change of illumination intensity). The cues started from the beginning of the seventh exercise. Differenciation was achieved in the 63rd exercise at nearly 100 per cent level. Axis x — exercises, axis y — correct Rr in percentage. (The curve was plotted according to Brady and Lind's data, 1961.)

(hluk o 60 db.), ale aj chýbanie odmeny a práve prerušenie hudby v dôsledku častejších tikov sa ukázalo ako významný činiteľ v redukovaní frekvencie tikových pohybov. Hluk sa preto neskôr vynechal a nahradila ho len hudba a jej prerušenie. Spomínaný stav sa výrazne zlepšil. Postup má aj širší význam z hľadiska osvetlenia pôsobenia alternatívy odmena a non-odmena.

Postupy eliminácie porúch s využitím princípov inštrumentálneho podmieňovania majú zväčša experimentálny charakter, čo je ich kladom. Negatívnou stránkou je, že bývajú dosť mechanické. No i napriek tomu demonštrujú isté možnosti zásahu práve do kontroly zložitých a ťažkých porúch, čo samo je dostatočným dôvodom, aby výskum psychoterapie učením pokračoval i na tomto úseku, aj pri rozvíjaní terapeutického použitia inštrumentálnych techník.

Ďalší vývoj tohto výskumu má — podľa nášho názoru — sľubný smer. Popri využívaní skinnerovského inštrumentálneho podmieňovania sa začali oveľa intenzívnejšie využívať pavlovovské princípy a nastal určitý odklon od behavioristického poňatia tým, že sa berú do úvahy vnútorné, psychické procesy, asociatívne, myšlienkové a emocionálne deje. Tento trend ilustrujú napr. práce Banduru a Cautelu. Bandura zdôraznil (na XIX. medzinárodnom psychologickom kongrese v Londýne r. 1969) dosah kognitívnych funkcií pri modifikácii neprimeraných prejavov, a to prostredníctvom „intervenujúceho autostimulačného procesu", ktorý má vnútorný, psychologický charakter. Obaja autori potom hovoria o vnútornom posilňovaní.

Tento smer, ktorý by sme mohli nazvať *terapiou podmieňovaním s využitím psychologických prostriedkov,* ešte výraznejšie rozvíja Cautela (1970 a i.). Ide mu priamo o vnútorné posilňovanie alebo vyhasínanie. (Klinický postup pozri v odseku o vnútornej senzitizácii v XVIII. kapitole.) Opiera sa pri tom o klasické princípy posilňovania a vyhasínania, začínajúc vylúčením posilnení alebo navodzovaním ich zmien, pričom sa terapeutický zásah odohráva na úrovni predstáv. Počíta sa s transferom, ako aj so zákonitosťami vyhasínania, najmä s jeho generalizáciou. Procedúra sa dá usporiadať tak, aby nepôsobila frustračne. Pri teoretickom výklade metodiky sa opiera aj o závery I. P. Pavlova a cituje napr. jeho zistenie o slabnutí odpovedí v dôsledku vyhasínania, ktoré má mať sústredený charakter (mnoho opakovaní počas jedného sedenia) a má byť zároveň časovo rozložené na dlhšie obdobie, aby sa zabránilo spontánnemu zostaveniu. Vyzdvihuje aj Pavlovov záver o prehlbovaní vyhasínania, ak sa v pokusoch pokračuje aj po dosiahnutí nulového efektu (porovnaj str. 62). Dbá sa teda prísne na aplikáciu princípov teórie učenia a princípov klasického pavlovovského podmieňovania. Zdá sa, že ich dômyselné zdru-

žovanie je plodným východiskom tak pre experimentálny, ako aj psychoterapeutický výskum.

Súbežne s tým sa rozširuje oblasť aplikácie inštrumentálnych techník, napr. pri zajakavosti, fóbiách, poruchách správania, pri obezite a iných tzv. psychosomatických poruchách. Za najpodstatnejšiu však považujeme skutočnosť, že uvedený trend vývoja znamená ústup z mechanistických, klasicko-behavioristických pozícií, ktoré charakterizovali pôvodný nástup inštrumentálnych techník.

Tretia časť

KLINIKA A VÝSKUM

VIII. KAPITOLA

PROBLÉMY PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VÝSKUMU

Veda sa nezačína len jasným a presným definovaním základných pojmov, lež aj opisom fenoménov, ktorými sa zaoberá, a určovaním postupov, metód na preukázanie daných javov, klasifikáciou študovaných javov a určovaním ich základných vzťahov. Pozorované a opísané javy si vyžadujú dôkazy a vzťahové interpretácie, z ktorých časť sa vždy pohybuje na hypotézovej úrovni. Charakter hypotézových výkladov a postulátov závisí od celkového metodologického prístupu tej-ktorej teórie k danej oblasti javov. V psychoterapii sa stretávame s veľkým množstvom hypotetických výkladov, ktoré sú niekedy dokonca protichodné pri porovnávaní výkladu dvoch teórií. Výkladové diferencie sú do značnej miery spôsobené odlišným prístupom k teórii osobnosti. Rozvoj psychológie osobnosti má preto bezprostredný dosah aj na rozvoj teórie psychoterapie, čo nakoniec platí aj vice versa.

Keďže teória sa usiluje postihnúť vzťahový rámec danej oblasti komplexnejšie — t. j. aj s úsekmi, ktoré zatiaľ nie sú dostatočne preskúmané — majú hypotézové teoretické výklady určitú nosnosť práve z hľadiska kompletnosti pohľadu na vymedzený okruh javov. Hypotézové výklady si však vyžadujú postupné overenie, teória sa musí verifikovať. *Proces verifikácie teórie* je preto nevyhnutnou súčasťou jej budovania.

Ak si túto všeobecnú úvahu priblížime napr. na psychoanalýze, môžeme konštatovať u Freuda úsilie overovať svoje predpoklady pomocou prirodzeného klinického pozorovania, ktoré bolo rozhodne značne intenzívne. Pacienta pozorovali hodinu denne, 6-krát týždenne počas niekoľkých mesiacov, niekedy i vyše roka. Medzi údajmi Freudovho pozorovania bola istá vnútorná konzistencia. Ale okrem nepresnosti pamäti a robenia výberových poznámok spočíval hlavný nedostatok jeho pozorovania v tom, že nepoužíval kontrolu ďalším pozorovateľom. Nie je preto divné, ak sa zistilo, že v interpretácii dát psychoanalytického rozhovoru sa školení psychoanalytici rozchádzajú (Seitz, 1966). Freud, pravda, pokladal za kritérium verifikácie svojej teórie už sám súhlas medzi rôznymi pozorovaniami u viacerých pacientov, ako aj pri rozličných javoch u tohože pacienta. Že

toto kritérium nepostačuje a nezaobíde sa bez ďalšej verifikácie, ukázali sčasti aj autori, ktorí sa odštiepili od Freuda.

Pozorovanie má, samozrejme, viaceré obmedzenia, no aj napriek tomu zostávalo jedným z najvážnejších nástrojov sledovania psychoterapie (najnovšie dokonca za pomoci zvukového filmu). Terapeut má byť pozorovateľom a podľa Sullivana má byť zúčastneným pozorovateľom, čo je pochopiteľné, keďže je sám aktívny v interpersonálnej terapeutickej situácii. V tejto skutočnosti spočíva jedno z obmedzení jeho pozorovania. Preto je vhodné, ak sa terapeutická situácia analyzuje oboma zainteresovanými pozorovateľmi, t. j. terapeutom i pacientom. Priebeh psychoterapie potom hodnotia psychoterapeut i neurotik, na čo sú vypracované aj pozorovacie škály pre oboch pozorovateľov. Niekedy sa týmto spôsobom hodnotí aj efekt psychoterapie, pri čom sú pozorovania pacienta zásadne dôležité. Rogersa zaujímajú v tejto súvislosti priamo hodnotiace úsudky pacienta o sebe a porovnávaním ich charakteru pred liečbou a po nej zisťuje efekt psychoterapie.

Pojem efektu psychoterapie je však len druhoradým pojmom z hľadiska verifikácie teórie. Komplexnosť psychoterapeutických zásahov nedovoľuje totiž dostatočne podchytiť jednotlivé jej zložky a mechanizmy a sú tu aj faktory, s ktorými teória nepočíta a sú zatiaľ mimo jej dosahu.

1. Všeobecné problémy a výskum v discentnej psychoterapii

Otázka efektu psychoterapie je veľmi významná z praktického hľadiska, a preto sa na ňu výskum často sústreďuje. Ak sa výskumné sledovanie efektu psychoterapie robí tak, že sa menia podmienky zásahov alebo sa zavádzajú viaceré druhy terapeutických postupov, má takéto sledovanie vážnejší teoretický dosah. No hneď na začiatku vystupuje do popredia problém kritérií hodnotenia psychoterapie. Chýbajú jednotlivé kritériá už preto, že sa líšia hľadiská jednotlivých teórií na to, čo pokladať za znaky úspechu a neúspechu a ktoré z týchto znakov sú rozhodujúce. V rozličných systémoch sa uvádzajú nasledujúce kritériá:

1. Modifikácia náplne myslenia pacienta, jeho hodnotiacich úsudkov (Rogers), prípadne chápanie patogenetických vzťahov porúch.
2. Vyššia úroveň výkonnosti oproti stavu pred ochorením.
3. Získanie nových, efektívnych spôsobov interpersonálneho správania.
4. Vymiznutie symptómov alebo výrazné symptomatické zlepšenie.
5. Zásah do štruktúry osobnosti (dynamické smery), prípadne privedenie „nevedomého" na vedomú úroveň (psychoanalýza).
6. Redukovanie až eliminácia strachu (napr. Horneyová, Wolpe, Salter).

Pri konštrukcii škál na hodnotenie efektu psychoterapie sa, prirodzene, kombinujú viaceré z uvedených kritérií. Najjednoduchšie z týchto škál sa obmedzujú na definovanie náplne 5-stupňového klinického hodnotenia, ktoré sa vyjadruje odstupňovanými pojmami, ako nezlepšenie, čiastočné zlepšenie, zlepšenie, značné zlepšenie a vyliečenie. Vyžaduje sa pritom, aby opisy jednotlivých stupňov boli dostatočne diferencované a nezameniteľné. Definovanie klinických stupňov zlepšenia závisí, pravda, od použitých kritérií. Wolpe a Lazarus (1966) prijímajú na hodnotenie behaviorálnej terapie *Knightove kritériá,* ktoré obsahujú: symptomatické zlepšenie, zvýšenú pracovnú produktivitu, zlepšené erotické prispôsobenie a zažívanie uspokojenia v tejto oblasti, zlepšenie interpersonálnych vzťahov a schopnosť vyrovnať sa s bežnými psychologickými konfliktmi a stresmi. Prednosťou týchto kritérií je, že dovoľujú porovnávať efekt behaviorálnej terapie s efektom psychoanalytickej terapie.

Častou formou psychoterapeutického štúdia je *kazuistické štúdium* a práve aplikácia psychoterapie učením sa veľmi často opisuje na kazuistikách. Z výskumného hľadiska má kazuistické štúdium charakter tzv. intenzívneho projektu (Chassan, Bellak, 1966). Vyznačuje sa konštantnosťou podmienok, a preto je vhodné na sledovanie procesu psychoterapie. Pri psychoterapeutickom štúdiu pozostáva kazuistický prístup približne z týchto zložiek:

1. Orientačný rozbor osobnosti pacienta a anamnestických údajov (rozbor „terénu" porúch),
2. Podrobný rozbor symptómov s formuláciou hypotéz o ich vzniku a s diagnostickým overovaním týchto hypotéz,
3. Určenie cieľa a metód psychoterapie v závislosti od zistení sub 1 a sub 2,
4. Zvolenie vhodného systému kontroly psychoterapeutických zásahov s kontrolou iných možných vplyvov.

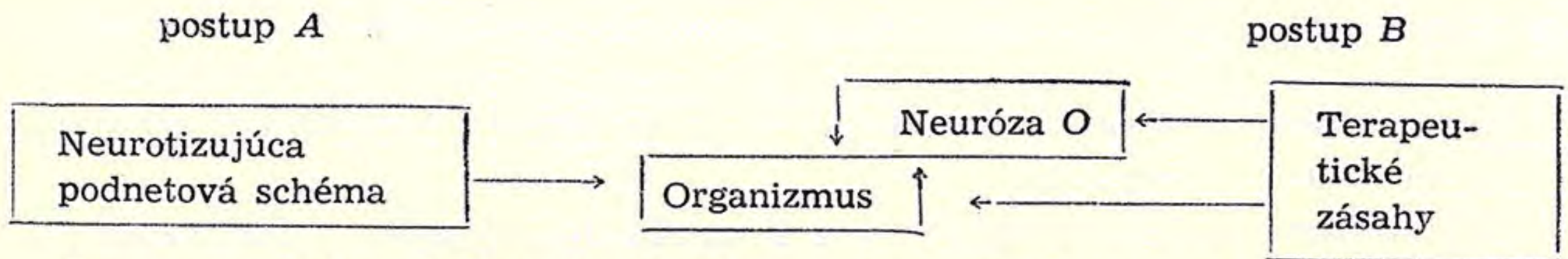
Až po týchto prípravných krokoch nasleduje vlastný postup psychoterapie a jeho sledovanie, pri ktorom sa používajú psychodiagnostické metódy, inventóriá, hodnotiace schémy, metódy na zachytenie závažnosti porúch a pod.

Výhodou kazuistického prístupu alebo tzv. intenzívneho projektu je predovšetkým stálosť charakteristík zo strany pacienta (hoci aj tu zostáva možnosť výkyvov v psychopatologickom stave). Takýto stupeň stálosti možno ťažko dosiahnuť v tzv. extenzívnom modeli (so skupinami pacientov). Jeho nevýhodou je, že nedovoľuje urobiť širšie generalizácie zistení. Zovšeobecnenia sa musia robiť oveľa opatrnejšie a len vo vzťahu k typickým charakteristikám skúmaného prípadu. Ak sa, pravda, kazuistické

štúdium usporiada tak, že sa variujú skúmané premenné — čo sa v behaviorálnej terapii nezriedka používa — je jeho dosah aj zo stránky možných zovšeobecnení značný. Yates (1960) dospel týmto spôsobom výskumu k reformulácii Dunlapovho výkladu metódy negatívnej praxe a dal jej nový teoretický výklad. Terapeutický výskum robil u jedného pacienta, ktorý však mal viaceré tiky.

Najcennejším nástrojom je, pochopiteľne, aj v psychoterapeutickom výskume experiment. *Možnosti experimentálneho výskumu* sú, pravda, v psychoterapii obmedzené. Jej úlohou je pomáhať ľuďom, v dôsledku čoho naráža experimentálne usporiadanie psychoterapeutického postupu na etické hľadiská. Tie sa dajú rešpektovať napr. výberom istých hraničných zmien (akou je napr. tréma), prípadne sa možno pokúšať o modelovanie psychoterapeutického procesu (Pogády, Svorad, 1966).[11] Isté skromné možnosti poskytuje aj experiment na zvieratách (napr. Wolpe, 1962), jeho závery sa však musia opatrne aplikovať. Je to však práve psychoterapia učením, ktorá prináša nové hľadiská aj pre experimentálnu analýzu psychoterapeutického procesu, čo je jej nesporným kladom.

Schéma experimentálno-terapeutického postupu vyzerá pri pokuse so zvieratami takto:



To znamená, že určitá neurotizujúca podnetová schéma (napr. nociceptívne podnety so znemožnením vyhýbacích reakcií) pôsobí na organizmus a vyvolá neurotické poruchy (experimentálnu neurózu). Postup *B* je terapeutický. Psychoterapeutické zásahy sa zamerajú jednak na neurotické poruchy a jednak na udržiavanie istého optimálneho stavu organizmu pre ich prijímanie (napr. kontrola úrovne pudu). Výhodou tu je, že psychoterapeutické zásahy môžu počítať s charakterom presne známych prvkov neurotizujúcej podnetovej schémy (môže ísť napr. o kŕmenie s graduovaným približovaním sa k neurotizujúcim podnetom, ako to robí Wolpe).

Pokus demonštrovaný uvedenou schémou pozostáva teda z dvoch fáz: z postupu *A*, zameraného na laboratórne vypestovanie poruchy a z postupu

[11] Pogády a Svorad (1965) pokladajú za „možné modelovať buď psychoterapeutický proces ako určitý typ systému interpersonálnych vzťahov, alebo modelovať neurotické príznaky a na základe ich analýzy určiť všeobecné zásady psychoterapeutického zásahu", pričom pokladajú symptóm za „najčastejší objekt psychoterapeutického zásahu".

B, ktorý zahrnuje terapeutické manipulácie. Ide tu o elimináciu umele vyvolanej poruchy.

Naproti tomu má *prirodzene vzniknutá porucha* oveľa zložitejšie pozadie. Jej patogenetické, formačné a fixačné činitele sú početnejšie, a tak analogická fáza *A* je viacdimenzionálna. Údaje o genéze porúch (o fáze *A*) len dodatočne rekonštruujeme s rozličnou mierou presnosti (pravdepodobnosti). Už vo fáze *A* pôsobia prirodzené reštitučné faktory organizmu (klasický hypokratovský „ponos" — t. j. boj o návrat do pôvodného stavu), k čomu pristupujú málo kontrolovateľné vplyvy prostredia. Snaha o reštitúciu môže potom komplikovať obraz porúch, pričom niektoré symptómy sú vlastne vyhýbacími alebo obrannými reakciami (samozrejme, neprimeranými) na neurotizujúce vplyvy (napr. na anxietu). Práve tieto odlišnosti robia celý problém prirodzene vzniknutých porúch zložitejším a vyžadujú opatrnosť pri prenose zistení z laboratórneho typu experimentu. No na druhej strane to neznamená, že by sa nemohli intenzívne využívať podnety z laboratórnych experimentov a že by sa pri psychoterapii nemohli využívať prísnejšie výskumné projekty. Napriek zložitosti týchto javov sa dajú izolovať niektoré zložky psychoterapeutických zásahov alebo overovať postavené hypotézy napr. systémom experimentálnych a kontrolných skupín, čo sa v rámci psychoterapie učením skutočne robí. A tak vzniká otázka uplatnenia experimentálnych projektov pri výskume psychoterapie.

2. Možnosti uplatnenia experimentálnych projektov

Všeobecne sa dá povedať, že v psychoterapeutickom výskume možno aplikovať základné zásady tých experimentálnych projektov, ktoré sa používajú pri väčšine psychologických výskumov. (Pozri napr. Břicháček, 1961, a to konkrétne projekt analýzy kovariácie, projekt systematického vyváženia a systematického výberu podmienok a iné.) D. F. Ford (1959) stavia možnosť uplatniť experimentálne projekty v psychoterapeutickom výskume skromnejšie, vychádzajúc z postupov, ktoré sa v praxi skutočne používajú. Rozoznáva tri druhy výskumného projektu v psychoterapii:

1. *Anamnesticko-deskriptívny projekt*, ktorý sa uspokojuje opisom dát o pacientovi a opisom charakteristík terapie. Viaceré obmedzenia tohto projektu vyvažuje hlavná úloha psychoterapie (t. j. liečiť, a nie skúmať). Takéto štúdium je vlastne „vedľajším produktom" vlastnej terapie a býva zrejme empirického rázu.

2. *Porovnanie zmien na základe merania pred psychoterapiou a po psychoterapii.* Tu sa už podrobuje prísnejšej výskumnej kontrole určitý typ psychoterapie.

3. *Porovnanie dvoch skupín pacientov* (napr. viac a menej zlepšených po tom istom zásahu), čo je dôležité z hľadiska indikácie daného typu terapie.

Uvedené delenie nie je výskumným projektom v užšom slova zmysle, lež spôsobmi výskumného sledovania zavedenej terapie. Fakt je, že takéto spôsoby sú v klinickom výskume najčastejšie. Možnosti terapeutického výskumu sa tým zrejme nevyčerpávajú. Dá sa tu uplatňovať tak klasický projekt (pri ktorom sa variuje jedna premenná), ako aj faktoriálny projekt (so súčasným variovaním viacerých podmienok).

Projekt určuje spôsob realizácie výskumu. Usporiadanie výskumu závisí aj od úlohy, resp. cieľa, ktorý sa ním sleduje. Z hľadiska cieľa výskumu diskutujú Edwards a Gronbach (1952) *o štyroch formách výskumu.* Rozoznávajú:

a) metodický výskum, ktorého úlohou je získať metodiky a určiť postupy na zbieranie dát;
b) orientačný (prehľadný) výskum s cieľom mapovať stav problematiky;
c) aplikovaný výskum, ktorý sa usiluje získať odpovede na užší praktický problém;
d) kritický výskum, ktorý sa usiluje odpovedať na otázku, vyplývajúcu z teoretických úvah, resp. z teórie.

Významnou otázkou pri plánovaní psychoterapeutického výskumu je výber pacientov. Častou príčinou odlišných zistení sú totiž netypické vzorky. Práve pri výskumnom sledovaní bežnej psychoterapeutickej praxe narastá nebezpečenstvo netypickosti už tým, že pacient si volí terapeuta, alebo terapeut si vyberá istých pacientov.

Pri projekte s jednou alebo viacerými kontrolnými skupinami komplikuje psychoterapeutický výskum podmienka vyvážiť skupiny. Rozsah, stupeň a charakter niektorých druhov porúch je interindividuálne taký veľký (napr. balbutici sa od seba návzájom výrazne líšia), že je veľmi ťažké nájsť vyvážené páry pre terapeutickú a kontrolnú skupinu. Z tohto hľadiska sa musí pristupovať aj k rozsahu skupín (kritériá pozri napr. Břicháček, 1961). Zásadne sa javí vhodnejšie uprednostňovať menšie, ale homogénne skupiny, oproti väčším, v ktorých sa homogenita a jednotnosť psychopatologických charakteristík narúša. Edwards a Gronbach (1952) pokladajú za významnejšie zjemňovanie merania oproti rozširovaniu rozsahu skupín, s čím treba rozhodne súhlasiť.

Pre tieto obmedzenia sa v psychoterapeutickom výskume častejšie siaha k *projektu jednej výskumnej skupiny,* pri ktorej sa variujú dve alebo viaceré podmienky. Výhodou projektu s jednou výskumnou skupinou (tzv.

„own-control" disign) je stabilnosť charakteristík pokusných osôb. Mení sa tu spôsob psychoterapeutického zásahu a osoby zostávajú tie isté. Značnejšie slabiny pripisujú tomuto projektu Goldstein, Heller a Sechrest (1966) vtedy, ak sa používa s variáciou podmienky „psychoterapia a non-psychoterapia", keďže pripúšťa len jedno možné poradie: najprv obdobie bez psychoterapie, potom psychoterapia. Problém spočíva v tom, že v období čakania môžu zrejme pôsobiť viaceré mimoterapeutické činitele, ktoré sa nekontrolujú. To isté platí, pravda, aj pre projekt s kontrolnou skupinou, ak časť pacientov je zaradená do skupiny „čakateľov" a psychoterapia sa aplikuje po období čakania, v slede:

1. skupina: vyšetrenie — terapia — kontrolné vyšetrenie,
2. skupina: vyšetrenie — čakanie — kontrolné vyšetrenie — terapia (a prípadne ďalšie kontrolné vyšetrenie).

Vyšetrenie po období čakania slúži na kontrolu vplyvu mimoterapeutických činiteľov, čo je výhodou uvedeného usporiadania. Túto podmienku však lepšie spĺňa kombinácia dvoch terapeutických a dvoch kontrolných skupín, pri ktorej sa už dané obmedzenie nevyskytuje. Solomon (podľa Goldsteina, Hellera a Sechresta, 1966) odporúča potom nasledujúce usporiadanie:

1. skupina:	vyšetrenie	— liečba	— kontrolné vyšetrenie,
2. skupina:	vyšetrenie	— Ø	— kontrolné vyšetrenie,
3. skupina:	Ø	— liečba	— kontrolné vyšetrenie,
4. skupina:	Ø	— Ø	— vyšetrenie.

Uvedené usporiadanie si vyžaduje väčší počet osôb zahrnutých do výskumu (s problémom vyváženia skupín) a je to projekt časove i ináč náročný. Nedá sa všeobecne aplikovať už preto, že niekedy sa nemožno zaobísť bez predbežného vyšetrenia (testovania) pacientov.

Keďže obdobie čakania alebo vynechania liečby je pri terapeutickom výskume vždy určitým problémom (je nakoniec potrebné pomáhať všetkým), používa sa oproti podmienke „terapia — non-terapia" porovnanie dvoch foriem terapie, z ktorých sa o jednej predpokladá, že je účinnejšia (napr. bežný ľudský kontakt s pacientom oproti systematickej psychoterapii).

Voľba a spôsob usporiadania výskumného projektu závisí, pravda, od cieľa a úloh výskumu (či ide o sledovanie procesu psychoterapie, jej efektu alebo o verifikáciu teoretických hypotéz). Faktom ostáva, že obmedzenia reálnych podmienok a etické zásady zavše nútia ustúpiť od optimálneho projektu. Pri vedomí týchto obmedzení sa potom získané dáta overujú v novom experimente. Tu treba pripomenúť zdôraznenie Goldsteina a spol.

(1966), že hypotézy sa verifikujú iba vtedy, ak ich podporujú nové spôsoby dôkazu, na čo, samozrejme, nestačí len opakovanie toho istého experimentu. Samo opakovanie určitého psychoterapeutického postupu s kontrolou jeho efektu sa uskutočňuje pomerne často, a to už tým, že tú istú metódu používajú a jej efekt kontrolujú ďalší terapeuti.

Všeobecnejšie pravidlá pre *výskum efektu psychoterapie* vymedzil F. C. Thorne (1952). Vyžaduje identifikovať existujúce poruchy a podľa možnosti aj etiologické faktory základného chorobného procesu a komparatívne študovať rozličné metódy u tých istých pacientov. Ďalej požaduje identifikovať stupeň poruchy a použiť vonkajšie kritériá na ocenenie úspechu terapie. Katamnestické vyšetrenie by mal robiť iný, nezainteresovaný pozorovateľ. Dôkaz stálosti dosiahnutých zmien sa má opierať o dlhodobé katamnestické sledovanie. Validita novej terapeutickej techniky sa — podľa neho — vhodne preukáže pomocou jej kontrolovanej aplikácie na viacerých nezávislých pracoviskách.

Ďalšou charakteristikou psychoterapeutického výskumu je, že vyžaduje mať pod kontrolou pomerne *veľký počet premenných*. J. D. Frank (1959) ich delí na tri skupiny:

a) premenné subjektu, t. j. charakteristiky pacienta,
b) situačné premenné,
c) odpoveďové premenné.

Ako príklady premenných zo strany pacienta možno okrem veku, pohlavia a diagnózy spomenúť schopnosti, črty osobnosti, charakteristiky správania a medziľudských vzťahov, ďalej samy symptómy, stupeň anxiozity, sugestibilitu a iné. Medzi situačné premenné patria spontánne výkyvy psychopatologického stavu, súbežné životné zážitky alebo zmeny zamestnania, spomínajúc tie, ktoré sa ešte dajú kontrolovať. Niekedy sa osobitne vyčleňujú premenné zo strany terapeuta (osobné vlastnosti, závislosť od skúseností a pod.). Odpoveďové premenné závisia od vopred určených kritérií hodnotenia a sú do istej miery určené napr. kritériami, pojatými do škál na hodnotenie psychoterapie.

Na hodnotenie psychoterapie sa používajú rôzne psychologické vyšetrovacie metódy, hlavne metódy na psychodiagnostiku osobnosti (ROR, MMPI, MPI) a metódy, ktorými možno hodnotiť závažnosť psychopatologického stavu (napr. asociačný experiment, psychografické a pozorovacie škály). Na tento účel sa konštruujú aj špeciálne dotazníky a škály. Takými sú napr. škála pracovníkov z Palo Alto na hodnotenie skupinovej psychoterapie, inventóriá interpersonálneho správania (Lorr a Mc Nair, 1966), škála Rogersa a Rablena pre nondirektívnu terapiu, Balesova analýza procesu interakcie a iné. Niekedy sa hľadajú postupy na zachytenie práve

tých zmien, na dosiahnutie ktorých je psychoterapia zameraná. Existujú potom osobitné posudzovacie škály na hodnotenie psychoanalytických postupov a napr. Rogersova a Rablenova škála zachytáva zmeny hodnotiacich úsudkov a nazerania pacienta v zhode s cieľom nondirektívnej terapie. Pre potreby psychoterapie učením vypracovali Wolpe a Lang (1965) osobitnú škálu na hodnotenie predmetných a situačných strachov.[12]

Keďže psychoterapia učením vychádza z experimentálnych zistení, tie priamo podnecujú aj experimentovanie s terapeutickými premennými. Často sa tu stretneme s veľmi striktne plánovanými výskumami, v ktorých sa aplikujú uvádzané projekty a výskumné zásady. Tomuto trendu treba pravdepodobne pripísať zásluhy na tom, že otázky výskumu psychoterapie sa v poslednom čase dostali na pretras v predtým nebývalej miere, a to aj v iných teoretických prístupoch k psychoterapii, ako to demonštrujú napríklad zborníky Goldsteina a Deana (1966) alebo Gottschalka a Auerbacha (1966). Osobitná pozornosť sa venuje procesu zbierania a analýzy dát pri rôznych formách psychoterapie, výskumným zásadám i výskumným modelom na overovanie určitej teórie psychoterapie. Hovorí sa o rade otázok, ktoré sa už stali aj predmetom samostatnej knižnej publikácie (Goldstein, Heller, Sechrest, 1966). V relácii prítomnej práce išlo vlastne len o stručný náčrt problematiky psychoterapeutického výskumu vo forme širšieho úvodu k ďalej podaným údajom z výskumu v oblasti discentnej psychoterapie.

Zo všeobecnejšieho hľadiska sme o psychoterapeutickom výskume písali s Kratochvílom (1968) a jeho podrobný rozbor prináša druhá časť Kratochvílovej *Psychoterapie* (1970), na ktorú odborného čitateľa odkazujeme.

V ďalších kapitolách sa opisujú vlastné, klinicky zamerané výskumy a údaje o klinickej aplikácii discentnej psychoterapie. Na iných autorov sa odvolávame len v takej miere, ako to vyžaduje zaradenie problematiky do súčasného výskumu v danej oblasti. Niektoré formy postupov sa rozoberajú kazuisticky.

---

[12] Ide o tzv. FSS škálu, pomocou ktorej sa hodnotí miera anxiozity v konkrétnych situáciách piatimi stupňami. Položky tejto škály obsahujú také situácie, ako búrka — hrmenie, byť v tme, hovoriť s neznámymi ľuďmi a pod. Validitu a reliabilitu metódy študoval Geer (1965). Škálu sme modifikovali aj pre kontrolu zmien v úrovni strachu pri tréme.

Jednoduchou formou bodovacej stupnice na hodnotenie psychoterapie je Tuckerova schéma. Pozostáva z časti pre pacienta a z časti pre terapeuta. Hodnotí sa pri nej spokojnosť s vlastnou osobou, sebaakceptovanie, vzťahy v rodine a so širším sociálnym okolím, spokojnosť s druhými ľuďmi, záujmy, schopnosť koncentrácie pozornosti, a to osobitne pred psychoterapiou a po nej. Osobitne sa hodnotí aj vzťah k tým problémom, ktoré viedli pôvodne k psychoterapii, a prirodzene, ústup symptómov. Každá kategória sa hodnotí piatimi stupňami, ktoré sú bližšie charakterizované.

IX. KAPITOLA

STRACH A FÓBIE

Ak sa začína časť klinického výskumu v discentnej psychoterapii práve problematikou eliminácie strachu a psychoterapie pri fóbiách, je to preto, že strach pokladajú viacerí autori — a to aj s odlišnou teoretickou orientáciou — za jeden z centrálnych článkov neurotických porúch. Z hľadiska teórie učenia ho zdôraznili predovšetkým J. Wolpe a A. Salter priamo vo vzťahu ku konštrukcii terapeutických postupov, kým pri výklade neuróz ho Eysenck spája s dystymickými poruchami.

Všeobecne sa pripisuje strachu v teórii učenia široký dosah, ktorý sa dá zahrnúť do 5 bodov:

1. Strach, anxieta sa pokladá za učením získanú odpoveď, ktorá nadobúda funkciu získaného negatívneho pudového činiteľa, takže môže posilňovať neurotické prejavy.
2. Strach sa vyvoláva noxnými podnetmi a psychotraumatickými zážitkami, pričom prejavuje tendenciu ku generalizácii na iné objekty a situácie.
3. Redukcia pudovej úrovne strachu sa stáva posilňujúcim činiteľom pre reakcie, ktoré znižujú strach. Takými sú napr. rôzne typy vyhýbacích odpovedí, z ktorých niektoré majú charakter neurotických symptómov, pričom sa vyznačujú značnou stálosťou (operačné učenie).
4. Odstránenie strachu má za následok vymiznutie neurotických symptómov, ktoré sú viazané na anxietu.
5. Strach negatívne ovplyvňuje priebeh učenia, spôsobuje variabilitu v ľahkosti a rýchlosti učenia.

Demonštráciou toho, že strach vzniká učením, je známy pokus Watsona a Reynerovej s malým Albertom (1920) alebo Munnov pokus s hadmi, ktoré sa v psychologickej literatúre často uvádzajú. Strach býva súčasťou i genetickou zložkou neurotických porúch, alebo súčasťou interpersonálnych problémov (sociálna anxieta), ale môže byť aj samostatným problémom.

Najbežnejším príkladom, keď strach vystupuje ako osobitný problém, resp. osobitná porucha, sú fóbie.

Fóbie vznikajú predovšetkým v psychotraumatickej situácii. Predstavujú intenzívny strach viazaný na isté objekty (spojené priamo alebo nepriamo s psychoterapeutickým zážitkom). Vyznačujú sa takou silou, že spôsobujú vyhýbanie sa objektu strachu (pacient s agorafóbiou neprejde námestie, nyktofób nevyjde večer von atď.). Táto charakteristika fóbie sa všeobecne uznáva a u anglosaských autorov sa týmto opisom fóbia vyčerpáva. Oproti tomu v nemeckej a našej literatúre (napr. Guensberger a kol., 1963) sa fóbie vyslovene pokladajú za obsedantné strachy, ktoré sa chorému vnucujú napriek tomu, že si uvedomuje ich nezmyselnosť. Práve tým sa stávajú subjektívne veľmi trápnymi.

Oproti strachom viazaným na iné objekty alebo situácie — čoho špeciálnym príkladom sú aj fóbie — osobitný problém tvorí úzkosť, kde postrádame bezprostrednú podnetovú viazanosť strachu. Takáto viazanosť, pravda, existuje, ale nie je dosť zreteľná, alebo sa môže viazať na najrozličnejšie objekty v dôsledku zvýšenej generalizácie strachových reakcií. Preto sa niekedy pojmy strach a úzkosť (fear — anxiety) používajú alternatívne. V anglosaskej literatúre sa používa aj pojem „pervasive anxiety", pričom Wolpe (1962) predpokladá, že pri jej vzniku nebol objekt a okolnosti strachu jasne uvedomené, definované. Strach sa potom napája na hocijaké objekty a pacient nie je schopný uviesť, čoho sa vlastne bojí.

Pri získavaní strachu, a to aj v jeho generalizovanej podobe (úzkosť) hrajú významnú úlohu predošlé skúsenosti i priame strachové zážitky. To tvorí niekedy príčinu, že sa nemôžu nájsť podnety alebo bezprostredné pramene úzkosti. Ak sa pri explorácii zameriame na túto možnosť, dajú sa predsa objasniť niektoré články vzniku úzkosti. Súvislosť s predošlými zážitkami (a zároveň aj účasť učenia) môžeme demonštrovať na nasledujúcom prípade.

U 29-ročného muža s vysokoškolským vzdelaním, ženatým (1 dieťa), okrem zvýšenej citlivosti, dráždivosti a občasných bolestí hlavy, bola hlavným problémom úzkosť, ktorá sa výrazne zvyšovala hlavne večer, keď sa objavoval všeobecne zvýšený sklon k zážitkom strachu. V dôsledku toho ho vedeli vyľakať náhodné zvuky, na ktoré sa napájali obavy, že je niekto v byte, obavy z lúpeže, vlámania a pod., čo prirodzene, spôsobilo diskoimesis. Strach bol úporný a vyskytoval sa napriek kritickému odstupu k nemu. Pacient si bol vedomý jeho neprimeranosti. Napriek tomu večer opäť načúva, vstáva z postele, prezerá byt a nespí z očakávania nových zvukov. Takéto ťažkosti trvali už vyše dvoch rokov a spájali sa aj s vegetatívnymi reakciami (búchanie srdca a pod.).

Okrem toho, že večerný strach môže súvisieť sčasti aj s denným rytmom výkyvov emotivity, ukázala sa tu zaujímavá situácia so zážitkami

vo včasnom detstve. V predškolskom veku ho brávali rodičia počas zimných večerov na návštevy k známym. Okrem toho, že si z týchto návštev spomínal na rozprávanie príhod o strašidlách, o tom, ako sa niekto naľakal a pod., spomína si, že sa jeden ich známy bavil tým, že ho strašil. Stačilo potom, aby vyslovil určitým spôsobom hocijaké nevinné slovo (napr. „kožušina", prípadne mu ukázal niečo podobné) a u chlapca to vyvolalo strach. Z ďalších relevantných zážitkov boli významné negatívne strachové skúsenosti z vojnových rokov (zažil bombardovanie, nútenú evakuáciu a pod.). Opis strašenia a ďalších zážitkov objasňuje pramene úzkosti, pre ktoré sme nenašli aktuálne pozadie.

Okrem vplyvov predošlých skúseností a zážitkov v zmysle učenia reakciám strachu treba brať do úvahy aj skutočnosť, že strach môže byť rezultátom konfliktovej situácie a viaže sa potom na túto situáciu alebo na objekty, ktoré boli jej súčasťou, alebo majú s ňou aktuálne nejakú súvislosť. Kazuistických príkladov tohto druhu je hodne a každý klinický pracovník má s nimi skúsenosti.

Manželka lesníka začala napr. náhle prejavovať strach z lesnej samoty (ktorú predtým výborne znášala) a strach pred tmou až nyktofobického rázu po narušení vzťahov s manželom, ktorý nadviazal prechodnú známosť a na hádky reagoval tým, že odchádzal večer do hostinca. Súvislosť strachu s konfliktovou situáciou je v tomto prípade celkom bezprostredná. Fóbia je tu vlastne priamym výrazom interpersonálneho problému pacientky a po jeho vyriešení mizne.

Príklad viazanosti strachu na interpersonálne konflikty a neschopnosť riešiť ich je jedným z dôvodov, prečo napr. Salter dosahuje úspech s odstraňovaním fóbií pomocou vhodne riadených sebapresadzujúcich reakcií, ktorými sa vlastne rieši interpersonálny problém. V psychoterapii strachov a fóbií je však z hľadiska teórie učenia typickejšie priame zameranie sa na elimináciu strachov, napr. pomocou ich spájania s inkompatibilnými reakciami.

1. Psychoterapia pri strachu a fóbiách

Keďže strach je častým problémom hlavne u detí — ktoré majú k nemu aj väčšie sklony — venuje sa aj v pedagogike pozornosť výchovným manipuláciám, zameraným na strach, a to tak v smere odstraňovania neodôvodneného strachu, ako aj v jeho využívaní ako inhibičného, zábranového činiteľa. Pedagogickým problémom je totiž aj nedostatok strachu, ktorý nie je len znakom odvahy, ale môže byť aj vážnym problémom pri neuvedomovaní si nebezpečnosti nejakej situácie. Neschopnosť nadobud-

núť primerané obavy pred nebezpečnými situáciami tvorí niekedy osobitný problém u oligofrénnych detí. Francúzski autori uvádzajú v tejto súvislosti pojem „debilitas vitae", ktorá je charakterizovaná neschopnosťou hodnotiť nebezpečnosť situácie (dieťa napr. skočí z okna na poschodí). Vo výchovnej praxi je však vážnejším problémom zneužívanie alebo aspoň „nadužívanie" strašenia detí, ktoré rodičia ospravedlňujú pedagogickými zámermi.

Z *pedagogických prostriedkov* na odstraňovanie strachu sú známe viaceré spôsoby výchovy k nebojácnosti, smelosti. Vyzdvihujú sa príklady smelosti, hovorí sa o objekte strachu s uvádzaním jeho pozitívnych stránok, dieťa sa vedie k nasledovaniu známych príkladov i postupnému „navykaniu" na objekt strachu so zamedzením negatívnych skúseností. A tak potom aj jedna z prvých prác o odstraňovaní strachu u detí z hľadiska psychoterapie učením sa publikuje v pedagogickom časopise (Jonesová, 1924). Psychologické prostriedky sa využívajú popri pedagogických, i zároveň s nimi.

Príkladom takéhoto prechodu je *metóda sociálnej imitácie,* kde spôsob výchovného poukazovania na kamarátov, ktorí sa daného objektu neboja, sa spojí s psychologickou manipuláciou s ich prítomnosťou v situácii hry a psychoterapeutického navodenia dobrej nálady. Ako účinné postupy na odstraňovanie strachu sa v psychoterapii učením ukázali najmä:

a) „odpodmieňovanie" hernou alebo stravovacou aktivitou,
b) systematická desenzitizácia,
c) metóda sociálnej imitácie,
d) sebapresadzujúce reakcie.

Posledný spôsob sa týka predovšetkým dospelých, kde možno, prirodzene, zavádzať aj iné, voči úzkosti inkompatibilné reakcie. Okrem relaxácie prichádzajú do úvahy napr. aj sexuálne odpovede (citové reakcie pri nich sú nezlučiteľné so súčasným zažívaním napr. opisovanej úzkosti večer).

Výskumne sa najviac pracovalo s metódou systematickej desenzitizácie, ktorá sa používa často aj pri klinickom odstraňovaní fóbií.

Lang a Lazovik (1963) a Lang (1965) urobili výskum systematickej desenzitizácie u vysokoškolákov so strachom pred hadmi. Dvadsaťštyri vysokoškolákov rozdelili na 2 experimentálne a 2 kontrolné skupiny a pomocou starostlivého postupu hodnotenia zmien dospeli k záveru o signifikantnom vplyve desenzitizácie na elimináciu takéhoto druhu predmetného strachu. Podobne S. Rachman (1965, 1966) pracuje s vysokoškolákmi, ktorí majú strach pred pavúkmi, s podobným efektom, pričom sama relaxácia bola bez efektu. V oboch výskumoch sa odstránil strach aj pri vystavení reálnym objektom strachu.

Klinické používanie metód psychoterapie učením (hlavne systematickej desenzitizácie) pri strachoch a fóbiách patrí už dnes medzi pomerne rozšírené. Najmä súbory Lazarusa (1963) a Wolpeho sú rozsiahle, a tak môžeme urobiť prehľad o klinickej liečbe 170 pacientov, ako to ukazuje na základe literatúry tab. 2.

Tabuľka 2

Prehľad výsledkov klinickej liečby strachov a fóbií

Autori	Súbor N	Vyliečení a veľmi zlepšení N	%	Zlepšení N	%	Nezlepšení N	%
Wolpe (1963)	39	64*	91	—	—	6*	9
Lazarus (1963)							
anxiety	61	35	57	—	—	26	43
fóbie	47	28	59	—	—	19	41
Schmidt a i. (1965)	10	5	50	1	10	4	40
Rachmanov prehľad (1962) — deti	13	11	84,6	—	—	2	15,3

* N počítal autor vo forme počtu strachov, resp. fóbií, pre ktoré sa konštruovali hierarchie anxiet, pričom súbor pozostával z 39 neurotikov.

Tabuľka je zostavená priamo z textu príslušných autorov, a preto sa kategória „zlepšení" nedala všade vyplniť.

Značné zlepšenie až vyliečenie sa pohybuje medzi 57—85 % a neschopnosť zvládnuť fóbie dosahuje okolo 1—40 %. Podľa údajov v tab. 2 možno pokladať postupy psychoterapie učením (behaviorálnej terapie) za účinné metódy na odstraňovanie strachov a fóbií. Pritom je zaujímavé, že týmito postupmi sa liečilo pomerne málo detí trpiacich strachmi, pričom Rachmanovo zhrnutie obsahuje aj kazuistické oznámenia.

2. Klinický experiment s odstraňovaním trémy

T r é m a je celkom bežný pojem, používaný pri stave zvýšeného napätia a strachu v situáciách skúšky alebo verejného vystúpenia. Na rozdiel od tzv. „predskúškového stavu" (Příhoda, 1924, Ďurič, 1965), ktorý prevažne mobilizuje energiu, možno odlišovať trému ako stav situačného strachu a citového napätia, ktorý už negatívne pôsobí na výkonnosť (v Příhodovom súbore bolo zníženie, zhoršenie výkonu u 13,3 %). Obavy z neúspechu a

prípadnej blamáže plne zaujmú trémistu a znemožňujú mu sústrediť sa na výkon, ktorý sa v dôsledku toho znižuje, prípadne zlyháva (herec alebo spevák vynechá pasáž z predvádzaného celku, žiak nedokáže reprodukovať naučenú látku a pod.). Sám strach zo skúšania a skúšok je pomerne častý (Jersid uvádza až 20 % žiakov 6. ročníka, podľa Eysencka a Rachmana, 1965). V našom súbore (N=414) uviedli učitelia trému u 18,1 % žiakov, 5. až 9. ročníka ZDŠ. Pre 9,9 % z nich bola tréma vážnym osobným problémom (Kondáš, 1967a). Ide teda o jav, ktorý je svojou frekvenciou približne taký častý ako neurózy, a to aj vtedy, ak berieme do úvahy len prípady, ktoré v dôsledku vlastnej trémy trpia a majú z nej vážne problémy.

Podľa uskutočneného prieskumu u žiakov ZDŠ (N=41) a u poslucháčov psychológie (N=30) sa vyznačuje stav trémy dvoma druhmi príznakov:

a) *vegetatívne symptómy,* ako potenie, sucho v ústach, zrýchlené dýchanie, chvenie hlasu, pocit zovretia žalúdka, tremor a napätie v svaloch, zblednutie alebo začervenanie;

b) *psychastenické symptómy,* ako úzkosť a neistota, zvýšené duševné napätie, obavy a strach, vzrušenie, zhoršená koncentrácia pozornosti, zlyhávanie regulácie sledu myšlienok.

Zvýšené napätie, obavy a zvýšená potivosť sú pritom najčastejšie sa vyskytujúce sťažnosti trémistov.

Vo výskyte trémy sa neukázali signifikantné rozdiely medzi chlapcami a dievčatami, hoci ku klasickým strachom majú dievčatá zreteľne vyšší sklon ako chlapci. 21,6 % žiakov-trémistov malo zároveň vyslovene neurotické príznaky (podľa upravenej škály MMQ) s počtom bodov nad 21 a u ďalších 35 % bol počet príznakov vyšší, ako je norma. Javí sa teda, že medzi trémou a stupňom neuroticizmu existuje viazanosť, je však ťažké rozhodnúť, či tréma je prameňom vyššieho neuroticizmu (ktorý sa ináč v bežnej školskej populácii pohybuje medzi 3—5 % — Míček, 1959), alebo je to skôr naopak, že tréma je sprievodným znakom neuroticizmu.

Z hľadiska teórie učenia pokladáme trému za prípad *naučeného sociálneho strachu,* ktorý vzniká na základe generalizácie zážitkov strachu z prvých situácií, v ktorých sa objaví strach vo forme prirodzenej obavy z očakávania neznámeho. Kritika, výčitky alebo trest a negatívne sociálno-hodnotiace dôsledky neúspechu (ako zahanbenie, blamáž, zníženie prestíže alebo posmech) pôsobia ako posilňujúce činitele. Tak sa potom prirodzené napätie a vzrušenie (predskúškový stav) — napojené na situácie skúšky alebo verejného vystúpenia — spoja s negatívnou skúsenosťou a silnými emotívnymi zážitkami, ktoré zvyšujú a postupne fixujú strach. Zvýšený strach pôsobí negatívne na výkon a náhodné zlyhanie má často až charak-

ter psychotraumatického zážitku, ktorým sa vznikajúca tréma upevňuje a stáva sa trvácnejšou. Učenie je takto významným genetickým i fixačným činiteľom trémy, ktorá má značnú tendenciu k perzistencii, a pre určitý počet ľudí sa stáva stálym problémom.

Tréma má niektoré spoločné znaky s fóbiami, pričom (azda len s výnimkou jej spojenia s neurotickými poruchami) nemusia sa pokladať za chorobný jav, lež iba za osobitný *psychologický stav*. To je jeden z dôvodov, prečo aj z etického hľadiska možno trému použiť pri pokuse o jej odstránenie.

Súbor a metodický postup

Vzhľadom na to, že v literatúre sme našli najmenej pokusov s odstraňovaním strachu pomocou postupov psychoterapie u detí, zamerali sme tento náš výskum práve na deti 6. až 9. ročníka (N=23) a len na porovnanie sme pracovali s ďalším súborom 13 poslucháčov psychológie.

Súbor 23 detí vo veku 11—15 rokov (s priemerným vekom 13 rokov) sa rozdelil na 4 skupiny podľa dát získaných predbežným vyšetrením, a to pomocou rozhovoru, MMQ, učiteľmi vyplnenej schémy o tréme a jej príznakoch, a pomocou škály strachov (upravená FSS Wolpeho a Langa, 1964) s 31 položkami, z ktorých 11 tvorili situácie trémy. Okrem toho sa použil test palmárnej potivosti pomocou Boymondovej zmesi (Král, 1964, Barlogová, 1965), ktorý spolu s paralelnou sériou FSS slúžil aj na hodnotenie efektu použitých postupov. Ako pomocná metóda sa použila aj Ravenova skúška progresívnych matríc.

Podobne sme vyšetrili aj súbor vysokoškolákov (priemerný vek 21,9 roka) s vynechaním Ravenových PM, testu palmárnej potivosti, pričom schému o stupni a príznakoch trémy vyplňali vysokoškoláci sami.

Usporiadanie výskumného psychoterapeutického postupu ukazuje tab. 3. Skupiny boli vyvážené podľa údajov z predbežných vyšetrení.

V detskom súbore sa uskutočnilo aj katamnestické sledovanie 5 mesiacov po skončení týchto postupov.

Výskum — ako vidieť — sa zameral na štúdium pôsobenia systematickej desenzitizácie a išlo zároveň o štúdium izolovaného efektu jej zložiek (relaxácie a prezentácie strachových predstáv), pričom sa hypoteticky očakávalo, že okrem systematickej desenzitizácie by aj autogénny tréning mohol redukovať trému, keďže tenzia je jej význačným znakom a autogénny tréning je zameraný práve na znižovanie tenzie.

Autogénny tréning (v ďalšom AT) sa robil bežným spôsobom (Kleinsorge a Klumbies, 1961) len s tým rozdielom, že prvé cvičenie sa týkalo uvoľnených dýchacích cvikov. Cvičenia AT robili dvaja psychológovia a

ich počet bol v skupine A 10 a v skupine B 7. Počínajúc od 2. cvičenia robili sa relaxačné cviky aj doma a po 7. cvičení boli deti zo skupiny A vyzvané robiť krátku 2—3-minútovú relaxáciu aj na začiatku vyučovacej hodiny (kým učiteľ zapisoval látku do triednej knihy).[13]

Tabuľka 3

Usporiadanie experimentu

Postup	Deti N	Vysokoškoláci	Spolu
A — autogénny tréning (AT)	6	4	10
B — systematická desenzitizácia (SD)	6	6	12
C — vybavovanie predstáv hierarchie strachov	5	—	5
D — kontrolná skupina (bez liečby)	6	3	9
Spolu	23	13	36

Deti zo skupiny C sme vyzvali zatvoriť oči a predstavovať si v jednom z posedení 2—3 situácie z uvedenej hierarchie anxiet, pričom sa každá situácia opakovala dvakrát. Úvodom dostali asi takúto inštrukciu: „Tým, že si človek dopredu pokojne predstavuje nejaké situácie, chce dosiahnuť to, aby ho takéto situácie neprekvapili a nepôsobili na neho natoľko nepríjemne. Skúsime si takto predstavovať postupne všetky situácie, ktoré môžu vyvolávať trému."

V skupine B sa začalo so systematickou desenzitizáciou (v ďalšom SD) po 7. cvičení s AT. SD sa robila skupinove. Terapeut mal skúsenosti s individuálnou SD. V skupine B a C sa prezentovali nasledujúce situácie trémy:

Hierarchia situácií trémy

A. Pre deti 6.—9. ročníka ZDŠ:

1. Ideš ráno do školy — myslíš, že budeš vyvolaný(á).
2. Začala sa hodina — skúša sa.
3. Píšeš písomnú skúšku.

[13] Za pomoc pri nácviku autogénneho tréningu a za spoluprácu pri vyšetreniach ďakujem dr. E. Borzovej a za vytvorenie dobrých podmienok pre výskum riaditeľovi V. Hudzovičovi a členom učiteľského zboru ZDŠ vo V. Levároch. O teste potivosti som konzultoval s dr. Barlogovou a Mgr. Entnerovou.

4. Začína sa skúšanie — myslíš, že budeš vyvolaný.
5. Ako 4 — učiteľ povie Tvoje meno.
6. Vstávaš a odpovedáš v lavici.
7. Odpovedáš pri mape.
8. Počítaš matematický príklad na tabuli.
9. Odpovedáš pri tabuli (pred lavicami).
10. Ako 9 — pri hospitácii riaditeľa školy.

B. Pre poslucháčov:

1. Je týždeň pred dôležitou skúškou.
2. Dva dni pred skúškou.
3. Zajtra idete na skúšku.
4. Je ráno v deň skúšky — za 1—2 hodiny máte skúšku.
5. Odpovedáte na skúške.
6. Čítate si otázky a pripravujete sa na odpoveď.
7. Vyťahujete si otázky (z pripravených obálok).
8. Vstupujete do miestnosti, kde sa koná skúška.
9. Čakáte na skúšku pred pracovňou examinátora.

Výsledky

V priebehu postupu nastala zmena v B skupine vysokoškolákov. Keďže sa nedal dosiahnuť súhlas v poradí prezentácie hierarchií medzi jednotlivými členmi, po prvom pokuse sme rozdelili 6-člennú skupinu na 2 podskupiny po troch členoch. Napriek tomuto usporiadaniu sa prezentácia zvyšovala práve pri tých scénach, kde skupinovo prezentované poradie nesúhlasilo s individuálnym poradím hierarchie. Táto skutočnosť poukazuje na veľký význam správneho zostavovania hierarchie anxiet. Napriek tomuto obmedzeniu sa však ukázala systematická desenzitizácia efektná a znamenala signifikantné zníženie strachu oproti kontrolnej skupine ($P<0{,}005$, podľa Mannovho-Whitneyovho testu). Podobne veľmi významný rozdiel ($P=0{,}001$) sa dosiahol v skóre FSS v skupinách detí po SD oproti kontrolnej skupine. Základné výsledky sú uvedené v tab. 4.

Dáta uvedené v tab. 4 plne podporujú predpoklad, že systematická desenzitizácia je účinnou metódou aj pri odstraňovaní takej formy sociálnej anxiety, akou je strach pred skúškou, strach vo forme trémy. Významné je, že na redukovanie trémy sa dá použiť aj skupinová systematická desenzitizácia, ktorá sa dokonca prejavila u detí ľahšie aplikovateľná ako

u mladých dospelých (vysokoškolákov). Tento výsledok potvrdzujú tak zmeny v FSS skóre (kde opakované vyšetrenia dávajú koreláciu 0,46—0,95, čo je vysoko signifikantná korelácia), ako aj pokles v intenzite palmárnej potivosti. Pokles bodov v FSS dosahuje pri SD u detí až 19 a u vysokoškolákov 14 bodov.

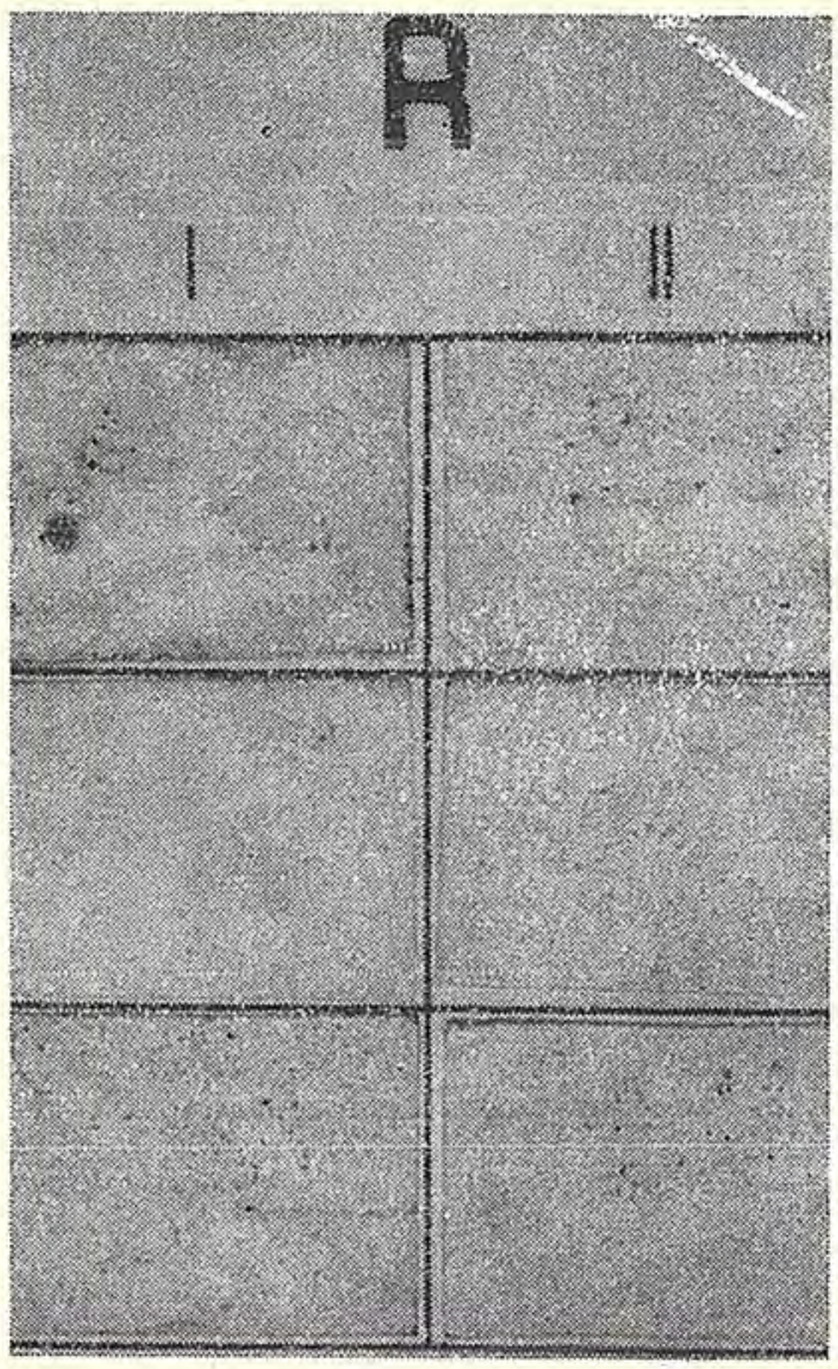
Tabuľka 4

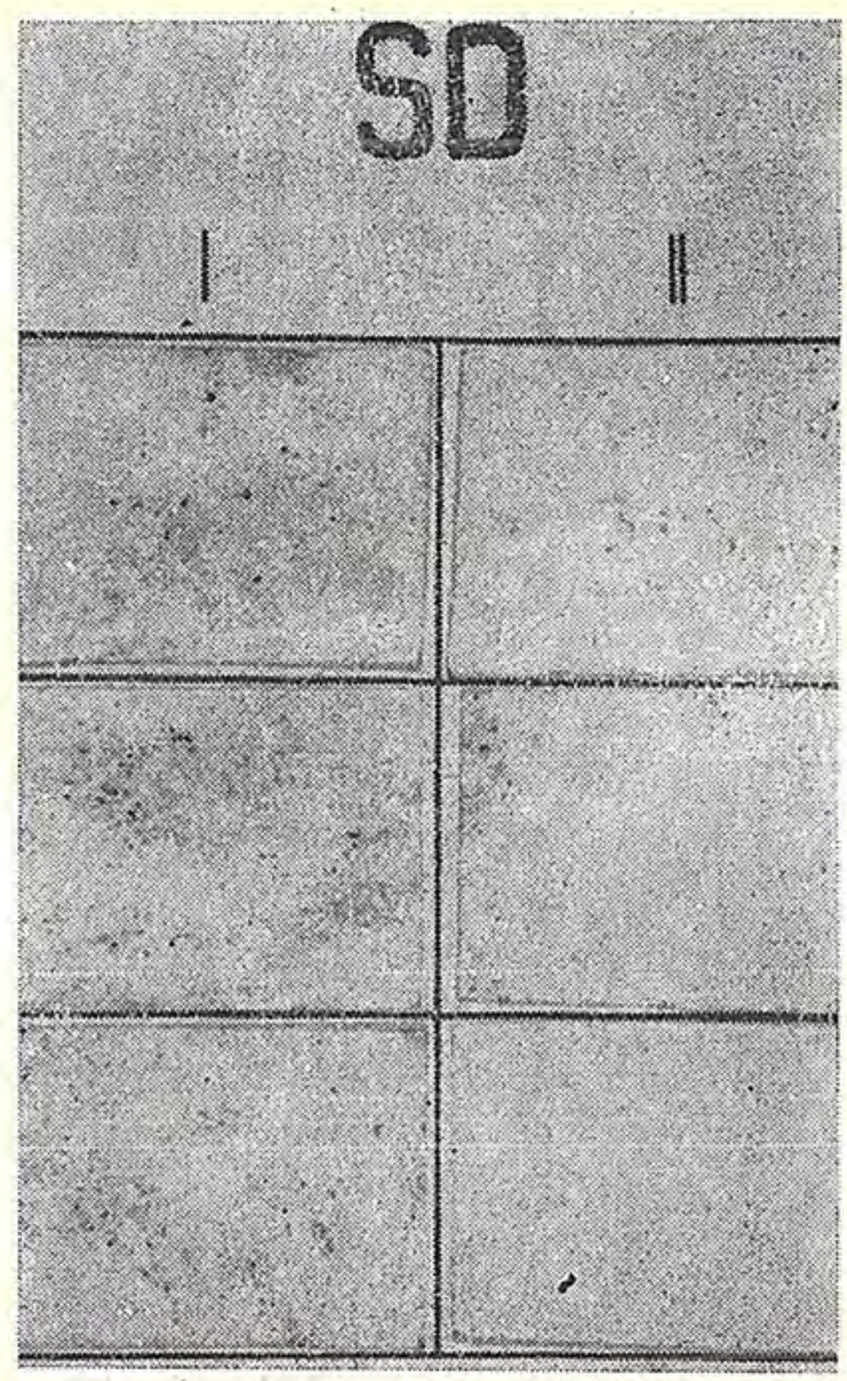
Prehľad zmien pri jednotlivých zásahoch

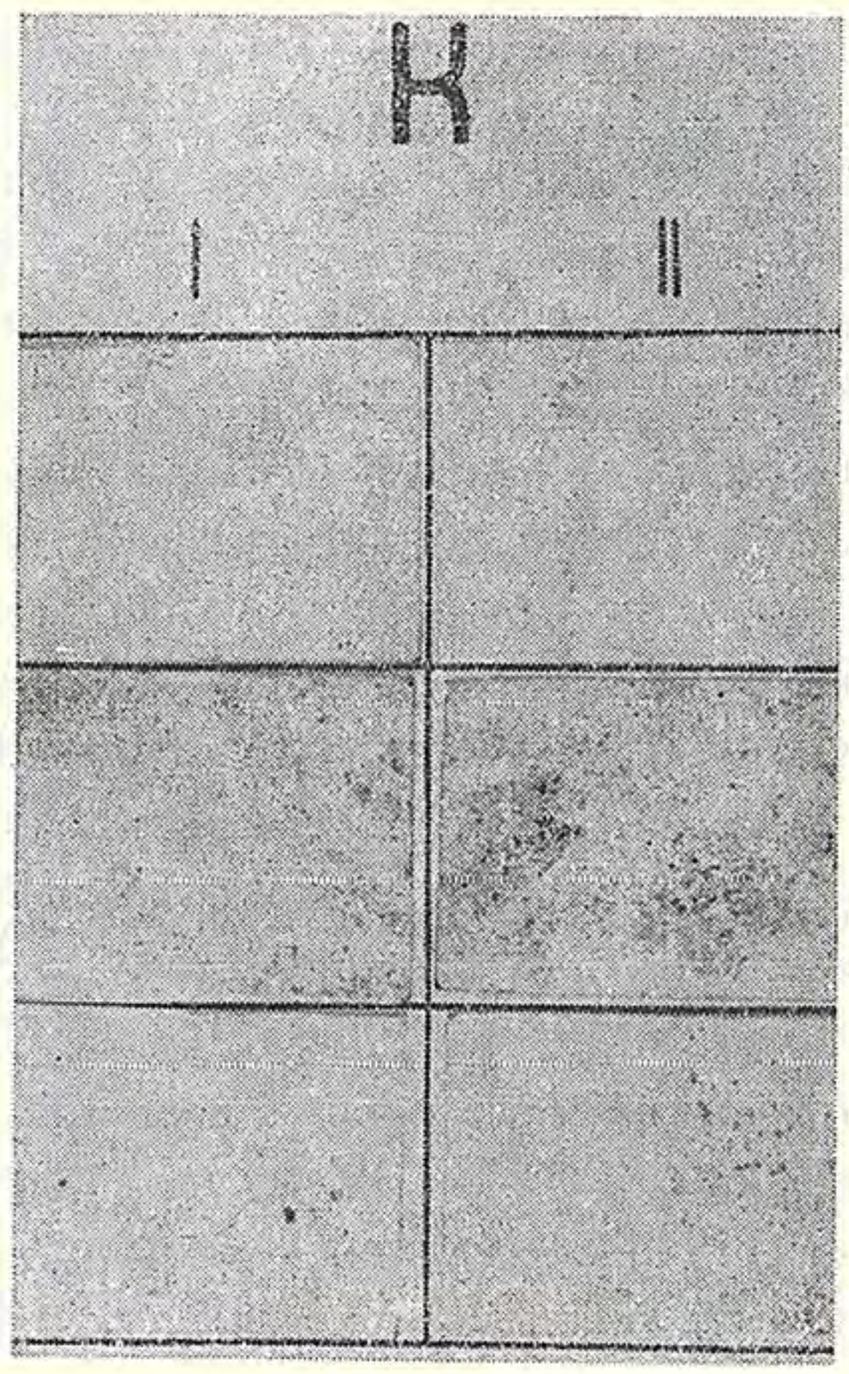
Skupina — procedúra	FSS — skóre		Rozdiel
	pred liečbou	po liečbe	
Deti			
AT — relaxácia	87,6	81,6	6,0
SD — desenzitizácia	81,7	63,0	18,7
C — predstavy	78,8	73,0	5,8
D — kontrolná skupina	84,2	88,5	4,3
Vysokoškoláci			
AT — relaxácia	77,5	73	4,5
SD — desenzitizácia	82,5	68,6	13,9
K — kontrolná skupina	62,0	64,3	2,3

Pre ilustráciu uvádzame ukážku rozdielov v palmárnej potivosti na obr. 7. Zachycuje podmienku relaxácie (R), systematickej desenzitizácie (SD) a kontrolnú skupinu (K). Meranie I je pred postupom a meranie II po skončení experimentu, takže vždy sa dá porovnávať dvojica záznamov. Rozdiely sú pri tomto znázornení obmedzené na intenzitu škvŕn. Zmena intenzity je aj pri takomto reprodukovaní zreteľná pri SD, zatiaľ čo po relaxácii nastal mierny pokles potivosti v jednom zázname. Pri ukážke z kontrolnej skupiny sa neprejavil rozdiel medzi oboma meraniami. Test palmárnej potivosti prakticky len potvrdzuje zistenia, vyvodené na základe iných spôsobov kontroly vplyvu použitých postupov. Ukážka na obr. 7 je v tomto smere len dokladovou ilustráciou.

Zaujímavý je rozdiel dosiahnutý pomocou Schultzovej metódy relaxácie (AT). V skupine vysokoškolákov je zníženie nepatrné a nesignifikantné, ale v skupine detí dosahuje 3 % hranicu významnosti oproti kontrolnej skupine ($P=0,03$). Tento výsledok je odlišný napr. od Rachmanovho zistenia o neefektnosti Jacobsonovej relaxácie pri fóbii z pavúkov u vysokoškolákov (1956). Dal by sa pripisovať odlišnej metóde relaxácie (AT), keby však bol dosiahnutý podobný efekt aj u vysokoškolákov. Spočíval by v predpokladanom spojení Schultzovej metódy so znižovaním tenzie,







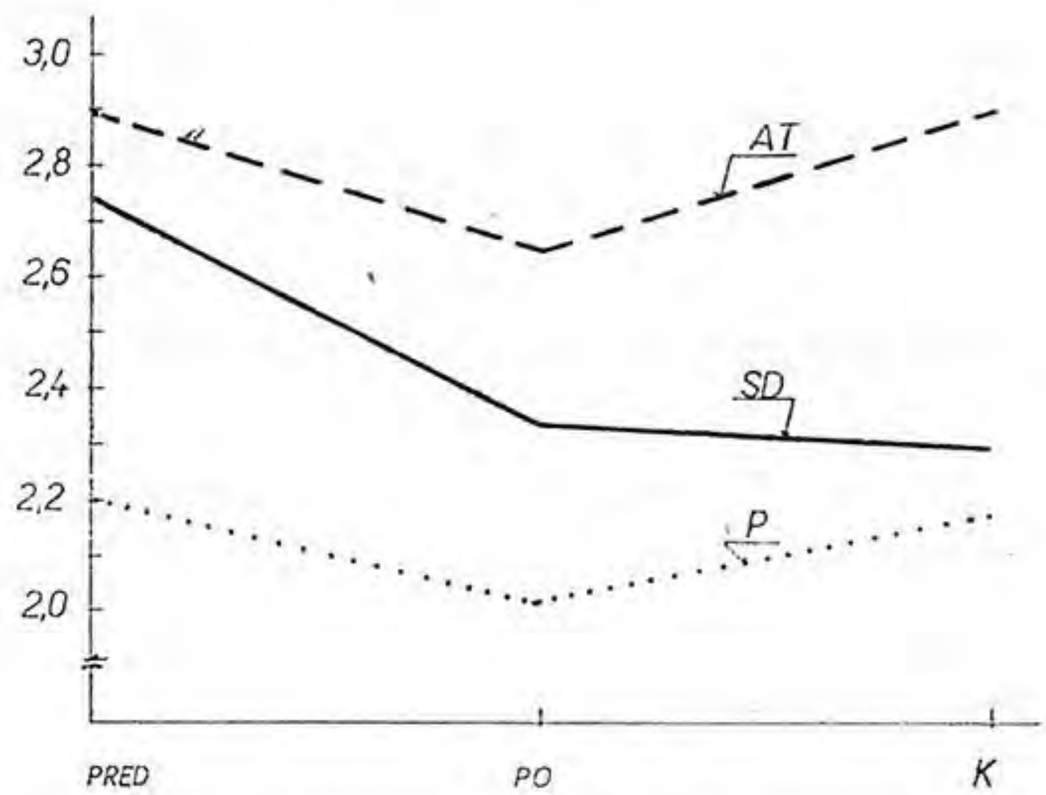
Obr. 7. Ilustrácia zmien v teste potivosti. Obraz zachytáva časť meraní pred zásahom (I) a po zásahu (II), a to osobitne pri relaxácii pomocou autogénneho tréningu (R), pri systematickej desenzitizácii) (SD) a v kontrolnej podmienke (K).

Рис. 7. Иллюстрация изменений в тесте потения. Рисунок изображает часть измерений перед вмешательством (I) и после него (II), а именно особо при релаксации при помощи автогенного тренинга (R), при систематической десенситизации (SD) и в контрольных условиях (K).

Fig. 7. Illustration of changes in a test of palmar perspiration. Figures record part of the tests (in examination conditions) realized before (I) and after (II) intervention by means of autogenic training (R), by systematic desensitization (SD) and in control group (K).

keďže tenzia je súčasťou trémy. Pri daných diferenciách medzi skupinami pripisujeme získaný efekt tomu, že deti robili relaxáciu aj tesne pred skúšaním, čím sa tlmil vznik strachu zo skúšania na základe inkompatibility stavu relaxácie so stavom predskúškového strachu. Vysokoškoláci, ktorí nespájali AT relaxáciu so situáciou skúšania, nezískavajú signifikantné zmeny v úrovni strachu po AT. Samo vybavovanie predstáv, napriek tomu, že by mohlo teoreticky prinášať istú úľavu v zmysle prípravy na danú situáciu, bolo bez efektu v oboch súboroch. Vybavovanie predstáv nie je teda izolovane účinné a pôsobí iba vtedy, ak sa situácie vyvolávajúce anxietu spájajú s relaxáciou, ktorá nedovolí, aby sa sprievodný strach objavil. Pritom efekt SD sa prenáša aj na reálne skúškové situácie, ako na to poukazuje test palmárnej potivosti, ktorý sa robil priamo v škole pri skúšaní (obr. 7).

Odlišné pôsobenie troch použitých procedúr ukazuje katamnestické sledovanie po 5 mesiacoch od skončenia postupu, uskutočnené pomocou FSS. Výsledky sú nanesené v priemernom skóre na obr. 8.



Obr. 8. Rozdiely v pôsobení relaxácie, desenzitizácie a vo vybavovaní predstáv. Krivky sú zostrojené na základe priemerných bodov v škále FSS pred liečbou (pred), po liečbe (po) a pri katamnestickej kontrole (K). AT — relaxácia pomocou autogénneho tréningu, SD — systematická desenzitizácia, P — vybavovanie predstáv o skúškových situáciách. Os y — priemer bodov v škále FSS, kde sa použilo 5-stupňové bodovanie.

Рис. 8. Различия в действии релаксации, десенситизации и при воображении ситуаций. Кривые построены на основании средних точек в шкале предметных страхов до лечения (до), после лечения (после) и при катамнестическом контроле (К). АТ — релаксация при помощи автогенного тренинга, SD — систематическая десенситизация, Р — воображение ситуаций при экзаменах. Ось y — арифметическое среднее точек в шкале предметных страхов, где была применена пятибалльная система.

Fig. 8. Differences due to relaxation, desensitization and imagination of hierarchy items. The curves indicate the mean score obtained by FSS-scale before treatment, after treatment and in follow-up control (K). AT — relaxation by Schultz's autogenic training, SD — systematic desensitization, P — imagination of exam situations. Axis y — mean score in FSS-scale (with five-graded estimation).

Na obr. 8 vidíme, že efekt liečby pomocou SD pretrváva aj po 5 mesiacoch, zatiaľ čo efekt AT bol len prechodný. Krivky na obr. 8 sú zostrojené

na základe dát v skupine detí (N=4, 5 a 3), keďže časť pacientov sa nedostavila na katamnestické vyšetrenie. (Porovnávajú sa, pravda, len hodnoty tých, ktorí sa zúčastnili na katamnestickej kontrole.)

Závery

Podrobný opis výsledkov a ich rozbor je podaný v osobitnom článku (Kondáš, 1967c), a preto tu len stručne zhrnieme hlavné závery.

Za významné zistenia tohto klinického experimentu možno pokladať predovšetkým tieto:

1. Metóda systematickej desenzitizácie má za následok výrazné redukovanie strachu aj pri type sociálnych anxiet, akým je v danom prípade strach pred skúškou, tréma.
2. Dosiahnuté redukovanie trémy sa prenáša aj na reálne skúškové situácie a pretrváva dlhší čas po liečbe.
3. Podobne ako u dospelých (Lazarus, 1961) dá sa robiť SD aj u detí skupinove. Pri jednoduchšej forme strachu je aplikácia skupinovej SD u detí lepšie možná ako u dospelých (vysokoškolákov), kde vznikol problém zjednotiť hierarchiu anxiet.
4. Pri tréme výrazné zníženie spôsobuje aj relaxácia vo forme autogénneho tréningu, ak sa AT spája s konkrétnymi skúškovými situáciami. Jeho efekt má však prechodný charakter — a nevedie k trvalejšiemu zbaveniu sa trémy. Izolované sledovanie pôsobenia relaxácie sa v našom pokuse dostalo do odlišnej relácie, ako to bolo pri Rachmanovom pokuse (1965) so strachmi z pavúkov, i oproti bežným tvrdeniam o jeho izolovanej neefektnosti (Franks, 1966).
5. Izolované vyvolávanie predstáv hierarchie anxiet neumožňuje redukciu strachu zo skúšky a príprava na tieto situácie pomocou ich vyvolávania vo fantázii je teda neúčinná.

Okrem toho, že sa tréma ukázala vhodným objektom pre terapeutický experiment, viedol tento experiment aj k záveru, že pri jej vzniku a fixácii tvorí podstatný článok naučený strach, ktorý sa potom môže redukovať pomocou systematickej desenzitizácie. Keďže pri samom prezentovaní skúškových situácií vyvolávajúcich strach sa strach neznižuje, javí sa — a výsledky podporujú toto tvrdenie — že pre metódu SD je podstatným článkom progredientné prezentovanie rušivých situácií práve v stave, ktorý je protichodný výskytu strachu, či je už tento stav navodený Jacobsonovou alebo Schultzovou metódou relaxácie, sprievodnými príjemnými

predstavami (emotive imagery — Lazarus a Abramovitz, 1962), prípadne hypnózou alebo medikamentózne podporeným uvoľnením. Zistené výsledky podporujú Wolpeho teóriu recipročného útlmu ako hlavného základu terapeutického efektu metódy SD (Wolpe, 1954), pričom je veľmi dôležitý graduovaný postup (Rachman, 1966a) s dodržiavaním poradia položiek hierarchie.

Analogický pokus so sociálno-hodnotiacimi strachovými situáciami u vysokoškolákov urobili medzitým Paul a Shannon (1966) a zistili, že metóda SD bola signifikantne efektnejšia než interpretačný psychoterapeutický postup a než efekt placeba. To je ďalším dokladom účinnosti metódy SD aj pri strachoch sociálnej povahy. Preto je celkom namieste, keď práve systematická desenzitizácia sa dostáva v súčasnom období na prvé miesto pri probléme eliminácie strachov a fóbií.

X. KAPITOLA

OBSESIE A KOMPULZIE

Charakteristickým znakom obsesií a kompulzií je, že sa opätovne vtieravo vynárajú a nútia indivíduum venovať sa ich náplni napriek vedomiu o nezmyselnosti týchto myšlienok (obsesie) alebo aktov (kompulzie). Preto sa hovorí o nutkavých alebo vtieravých javoch. Ich výskyt napomáha prirodzená perseveračná tendencia, v dôsledku ktorej sa opakujú aj také akty, ktoré sú bezvýznamné, resp. rezmyselné. (Pri chôdzi po dláždenom chodníku napadne človeka stúpať len na dlaždice istého sfarbenia. V dôsledku výskytu chybných činov napadne človeka obava, či zhasil svetlo, vypol plyn, alebo zamkol dvere a pod.). Ak sa takéto nápady, obavy alebo akty vyskytnú v stave zvýšeného napätia alebo úzkosti, môže sa daný nápad alebo akt spájať s uvoľnením tenzie alebo strachu, čím nastáva jeho posilnenie a postupná fixácia. Z hľadiska teórie učenia možno teda pokladať obsesie a kompulzie za reakcie uvoľňujúce anxietu. Známym sprievodným znakom obsesie je veľmi nepríjemný subjektívny pocit napätia, ktorý zažíva obsedantný neurotik, ak nevyhovie svojej obsesii, resp. kompulzii.

Terapeuticky sú obsesie a kompulzie značne torpídne, vzdorujú liečbe. Platí to tak pre rozličné medikamentózne kúry, ale aj pre inzulínové kómy alebo elektrokonvulzívnu liečbu, ktoré sa pri ich liečbe tiež používajú (nechýbajú dokonca ani pokusy s leukotómiou). Terapeutické výsledky sú veľmi často negatívne.

1. Psychoterapia učením

O aplikácii princípov učenia v terapii obsesií a kompulzií sa referuje na niekoľkých kazuistikách. D. Walton (1960) opisuje prípad chronických kompulzií, ktoré neustúpili po inzulínovej liečbe. Opiera sa o princíp recipročného útlmu a počíta s recipročne útlmovým efektom sódium amy-

talu a largaktilu, ktoré mali redukovať anxietu počas terapeutických sedení, resp. pri takých aktivitách, pri ktorých sa objavovali kompulzie. Spolu so sebapresadzujúcimi reakciami tieto manipulácie umožnili čiastočné vymiznutie kompulzií a pri druhej hospitalizácii sa dosiahla ich úprava, vymiznutie.

Podrobný liečebný postup s chlórpromazínom použil Bevan (1960). Pri dávke 100 mg chlórpromazínu sa robili aktivity spojené s obsesiami, pričom Bevan predpokladal, že uvedená dávka zvyšuje toleranciu pre podnety vyvolávajúce anxietu.

Doteraz najväčší súbor 6 prípadov obsesií a kompulzií opisuje D. Walton a M. D. Mather (1964). Ako hlavné postupy použili sebapresadzujúce reakcie a systematickú desenzitizáciu s veľmi veľkým počtom položiek hierarchií (6 hierarchií s 20—58 položkami, čo predstavuje spolu až 266 položiek pre 1 pacienta). Celkove išlo o poruchy chronického rázu, 2 pacienti prejavovali rezistenciu na dané postupy, a to hlavne v oblasti motorických kompulzívnych aktov. Objavili sa relapsy, ktoré sa však novou liečbou podarilo odstrániť.

Princíp recipročného útlmu úspešne aplikuje aj Haslam (1965) u pacienta s obsedantnými črtami osobnosti, ktorý sa predtým nezlepšil napriek elektrokonvulziám, inzulínovým kómam, ba i leukotómii.

Okrem uvedených štúdií o 9 kazuistikách možno sa stretnúť s odvolaniami na ďalšie 2 — 3 liečené prípady, takže spolu boli princípy učenia doteraz aplikované asi v 12 prípadoch obsesií a kompulzií.

Sami sme mali príležitosť venovať plnú pozornosť jednému prípadu chronických obsesií a kompulzií, ktoré boli takého stupňa, že po vyčerpaní najrozličnejších psychiatrických liečieb — včítane E-š, inzulínu, plegomazínu, meprobamatu, nozinanu, tofranilu, ba i pentazolových subkonvulzií, narkoanalýzy a racionálnej psychoterapie — bola pacientka daná do invalidného dôchodku, v ktorom bola už 1 rok. (K nám ju poslali s vysloveným odporúčaním na „špeciálne psychoterapeutické zásahy".)

Podrobnejšia charakteristika prípadu je takáto:

Ha., 31-ročná, učiteľka bez plnej kvalifikácie (po gymnaziálnej maturite), 9 rokov vydatá, 3 deti. Tri roky trpí na úporné a obsahovo pestré obsesie. Máva obavy, že sa jej do jedla dostali mince, špendlíky, sklo, máva neistotu, či zamkla dvere, či vypla varič, pričom sa vracia 5—6-krát znova sa presvedčovať, či urobila daný úkon; ďalej obavy pred zašpinením rúk kontamináciou s priemyselným hnojivom, dezinfekčným roztokom atď., atď. Prvá obsedantná predstava sa viaže na príhodu, keď počas varenia dávala otcovi peniaze. Vtedy ju napadlo, či nepadol peniaz do jedla a musela stále myslieť na to, či padol alebo nie. Podobné obavy sa týkali špendlíkov a mali bezprostredné dôsledky na konanie. Z obavy, aby neublížila dieťaťu, vyliala jedlo a začala pripravovať nové. Opätovne si nutkavo umýva ruky a napriek tomu sa bojí variť. Neskôr začali nosiť jedlo zo závodnej kuchyne, ale ak cestou videla

rozbité sklo, napadli ju obavy, či sa tam nedostalo. Napriek tomu, že si jasne uvedomuje, že rozbité sklo z ulice sa nemohlo dostať do konvice s mliekom, musí mlieko precediť. Posledne musel pri praní sypať prací prášok manžel, keďže sa obávala, aby tam nedala niečo iné, čo by mohlo poškodiť bielizeň. Takýmto spôsobom zasahujú obsesie bežné správanie a znemožňujú pacientke najbežnejšie každodenné úkony. Žiada manžela, aby neustále dozeral na jej činnosť, posledne musel pozamykať pred ňou veci ako petrolej, denaturovaný lieh, naftalín a i. Objavili sa aj nutkavé otázky.

S prechodnými obdobiami pobytu doma bola neustále v liečbe (v 4 psychiatrických zariadeniach) a bola sústavne práceneschopná, takže nakoniec jej priznali invalidný dôchodok. Pri opätovných hospitalizáciách sa konštatovala diagnóza: obsedantná neuróza, chronická obsedantná neuróza, prípadne obsedantná neuróza s depresívnou zložkou. V nemocniciach strávila dovedna okolo 15 mesiacov.

Rodinná anamnéza je bez pozoruhodnosti. Matka jej zomrela, keď mala asi 21 rokov na nejakú vnútornú chorobu, otec žije a je zdravý, podobne ako 2 bratia. Asi 8 rokov bývali spolu so svokrovcami, kde zavše vznikali nedorozumenia. Vždy bývala pedantná, citlivejšia, ale spoločenská, hoci bez dôvernejších vzťahov. Vydala sa ako 22-ročná, s manželom si rozumejú, je k nej dobrý, teraz „je už aj on nervóznejší". So svokrou mala rozpory, ktoré ju mrzeli. Do spoločnosti chodievala málo. Pri druhej gravidite zažila úľak pred psom, začala potom aj krvácať, čo sa však spontánne upravilo. Okrem toho sa veľmi vyľakala, keď jej náhle ochorela staršia dcérka a vysokú teplotu sprevádzal záchvat, takže ju musela previezť do nemocnice. Po druhom pôrode (dvojčatá) zostala doma, prestala učiť.

Emotívne bola v čase vyšetrovania labilná, emotívne ľahko raniteľná, obsah myslenia bol zúžený na obsesie, bola introvertovaná a zaoberala sa výlučne sebou a svojou chorobou. Anxiozita bola veľmi zvýšená, v škále anxiozity MAS dosiahla 31 symptomatických odpovedí. Z ďalších údajov psychologického vyšetrenia treba uviesť, že vo verbálnej časti skúšky Wechsler-Bellevue dosiahla 41 bodov (VQ 93), pričom tak úroveň úsudku, ako aj kultúrne vzdelanostná úroveň boli nižšie, než by sa očakávalo podľa stupňa jej vzdelania. Trpela nedostatkom sebavedomia až pocitom zbytočnosti. Po skončení gymnázia bola na maturitnom kurze. To, že tam nerobili diferenciálnu maturitu, hodnotí u seba ako nedokončenie štúdia. (Pritom sa tejto maturity obávala.) Okrem obsesií a anankazmov si sťažuje na dekoncentráciu a poruchy spánku vo forme diskoimézy.

V popredí psychopatologického obrazu pacientky stoja úporné obsesie a kompulzie veľmi pestrého obsahu, v čase vyšetrenia už chronického charakteru. Pacientka sa plne poddáva vplyvu obsesií a kompulzií, čo jej pri takom veľkom množste obsesií znemožňuje vykonávať aj celkom bežné činnosti. Anankasticko-obsedantný syndróm je prakticky napriek liečbe bez zmien už 3 roky, pričom sa dokonca náplň obsesií obsahove obohacuje. Vyskytujúce sa depresívne ladenie s občasnou plačlivosťou je sekundárneho rázu, vystupuje do popredia na základe subjektívneho hodnotenia vlastného stavu. Osobnosť sa prejavuje ako menej diferencovaná, intelektový výkon je pri dolnej hranici normy. Spôsob opisu ťažkostí budí až dojem „patofilného hrdinstva", pričom však pod vplyvom obsesií subjektívne značne trpí. Okrem toho, že z hľadiska teórie učenia sú obsesie

napojené na zvýšenú anxiozitu (až charakteru „pervasive anxiety)" — v dôsledku ktorej sa vynárajú aj nové obsesie a kompulzie — dá sa uvažovať aj o účasti mechanizmu vyhýbania (avoidance) v ich fixácii. Tenzia a anxiozita sa pôvodne napojili na mikrotraumatické konfliktové zážitky a na zážitok úľaku. V náplni obsesií vznikajú u pacientky rýchla generalizácia a transfer podľa pravidla asimilácie. Z jednotlivých vlastností jej osobnosti sú obsesie podporované hlavne pedantizmom. Celé správanie pacientky sa však vyznačuje značnou nerozhodnosťou, hezitáciami, veľmi dlhým trvaním celkom bežných úkonov. Prejavilo sa to aj pri MMPI, kde roztriedenie téz tohto inventória jej trvá 6 hodín a 15 minút (počas 3 dní, pričom bolo nevalidné.).

a) Psychoterapeutický postup

Na základe uvedeného rozboru sme psychoterapeutický postup rozvrhli do troch hlavných častí:

a) systematická desenzitizácia s uprednostnením abreaktívnej desenzitizácie,
b) pozitívny tréning pohotovosti riešenia úloh,
c) habituácia na objekty obsesií (manipulácie na spôsob negatívneho tréningu) s prihliadaním na princíp retroaktívneho útlmu.

Okrem toho sa urobili stručné klarifikačné pohovory týkajúce sa niektorých postojov a zažívania vlastných ťažkostí (v zmysle discentného poňatia).

Tieto postupy sme rozvrhli na obdobie 10 týždňov. Už počas dopĺňania vyšetrení sa začalo s nácvikom autogénneho tréningu a vykonal sa úvodný pohovor s rozborom situácií anxiozity a drobných konfliktov so svokrou, so snahou uvoľniť napätie počas psychoterapeutických sedení. Zároveň bola zapojená do bežného typu činností na oddelení, ktoré sa robia v rámci rehabilitácie (vyšívanie) a dostala za úlohu čítať náučné články z bežných časopisov. V jednom z rozhovorov sa rozobrala náhodná príhoda s nespokojnou spolupacientkou-epileptičkou; pri depresívnom reagovaní na vlastné ťažkosti sa poukázalo na ťažkosti iných atď. Po nácviku autogénneho tréningu a zostavení hierarchie anxiet sa prešlo k systematickej desenzitizácii, pri ktorej sa hĺbka relaxácie zvyšovala spočiatku podaním plegomazínu (25—75 mg i. m.). Po prvých pokusoch so SD sa začalo aj s cvičeniami pozitívneho tréningu a ku koncu desenzitizačných sedení sa robila aj habituácia na objekty obsesií. Týždenne sa konali 3—4 sedenia v trvaní pol až dve hodiny (zväčša okolo 1 hodiny). Ich dĺžka závisela od

náplne postupov, ktoré sa v rámci jedného sedenia použili. Pri opise jednotlivých zložiek postupov treba teda mať na zreteli ich časovú kombináciu.

Systematická desenzitizácia sa začala po troch týždňoch nácviku AT. Pri 7 sedeniach sme podali aj plegomazín, ináč sa počas celého pobytu nepodávali medikamenty.

Hierarchia anxiet pozostávala vlastne z troch okruhov. Prvý okruh tvorili zážitky strachu a psychotraumy, druhý situácie, v ktorých vznikli prvé obsesie, a tretí bežné činnosti spojené s kompulziami. Hlavné trápne a rušivé situácie sa však dali usporiadať do dvoch hierarchií, z ktorých prvá sa týkala psychotraumatických zážitkov (k abreaktívnej desenzitizácii) a druhá situácií obsesií a kompulzií.

Hierarchia anxiet s psychotraumatickými zážitkami

1. Strach z maturitnej skúšky.
2. Ľaknutie pred psom (počas gravidity).
3. Dieťa má zvýšenú teplotu — dávate mu obklad.
4. Dieťa náhle ochorelo.
5. Dieťa odpadlo — voláte manžela.
6. Manžel odišiel po sanitku — ste s dieťaťom sama.
7. Dieťa odvážajú do nemocnice.
8. Dcérka zmodrala, má triašku.
9. Dcérka je v bezvedomí.
10. Má záchvat.
11. Obava, že podobný stav príde na dcérku aj v nemocnici a nezbadajú to.

Podobne sa podávali aj niektoré z interpersonálnych situácií z oblasti jej vzťahov ku svokre (ironické poznámky a protesty svokry, hádky a pod.).

Hierarchia obáv v situáciách obsesií a kompulzií

1. Odchádzate z domu.
2. Skončili ste žehlenie (vypnutie žehličky).
3. Išli ste s mliekom okolo rozbitého skla.
4. Manipulujete s doneseným mliekom.
5. a, b, c, d . . . Situácie okolo varenia (solí jedlo, varí polievku, robí cesto . . .).
6. Priemyselné hnojivo pod bránou u svokry.

7. Naftalínové guľôčky v skrini.
8. Manipulácie s pracím práškom.
9. Posyp zemiakov dynocidom.
10. Dezinfekčný roztok vo fľaši.
11. Dávate otcovi v kuchyni peniaze.
12. Manipulácia s peniazmi alebo gombíkmi v kuchyni.
13. Beriete špendlíky z kredenca.
14. Narábate s pripináčikmi, ihlou a pod.

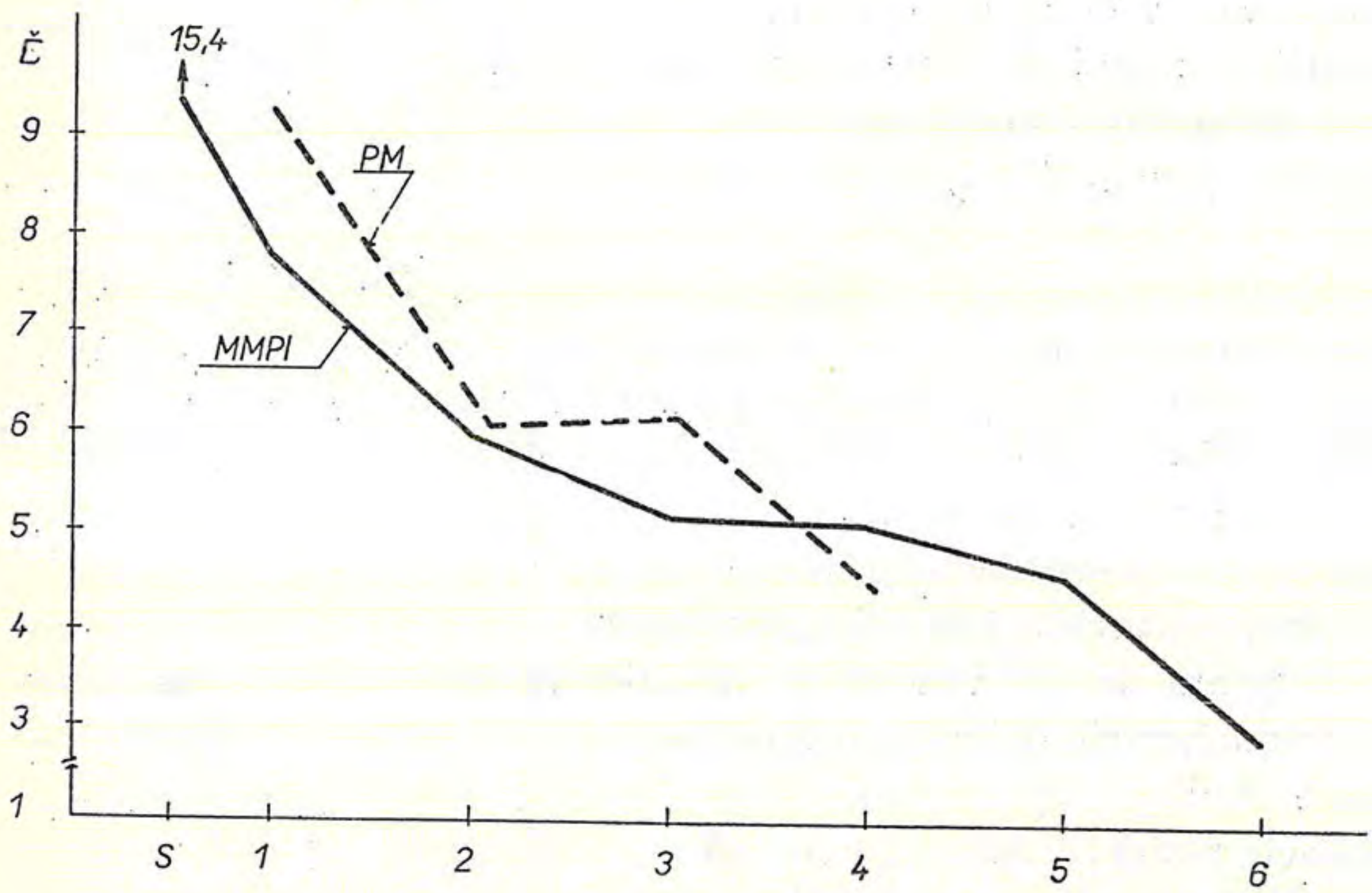
Uvedené situácie sa postupne opakovane prezentovali v stave relaxácie s výzvou predstaviť si danú situáciu úplne živo, jasne, pričom sa opis situácií mierne obmieňal s prizeraním na jej tendenciu ku generalizácii. Počas jedného sedenia sa robili niekedy aj dve desenzitizácie. (Robili sa napr. pred tréningom a po pozitívnom tréningu.) Vcelku sa vystačilo s dvoma až piatimi prezentáciami jednej situácie s výnimkou situácie č. 11 a 13 z druhej hierarchie, kde bolo potrebných až 13, resp. 10 prezentácií. K ťažkým situáciám sme sa vracali na začiatku nového pokusu. Pacientka po celý čas desenzitizácie dobre spolupracovala a tento typ postupu (s čiastočnou pasívnosťou) jej vyhovoval, ale pre výkyvy v hĺbke uvoľnenia sa musela relaxácia podporiť medikamentózne.

Pozitívny tréning riešenia úloh mal za cieľ zvýšiť pohotovosť jej reagovania a redukovať hezitácie, ktoré sme dávali do priameho súvisu s obsesiami. Na tento účel sa použili Ravenove matrice a po 30 náhodne vybraných otázok z MMPI, keďže pri vyšetrení s MMPI bol nápadne dlhý čas triedenia téz. S Ravenovou skúškou sa robili 4 cvičenia tak, že pri 1 experimente sa riešilo 25 úloh (napr. A1—A5, A8—A12, B4—B9, D1—D10). Meral sa pritom čas potrebný na riešenie približne vyvážených sústav úloh. Spotrebovaný čas bol hlavným ukazovateľom postupu tohto cvičenia aj pri 30 položkách z MMPI, pričom spôsob riešenia a chyby riešenia sa taktiež zaznamenali, ale vzhľadom na účel tréningu bol pri jeho hodnotení uprednostnený časový ukazovateľ. Priebeh cvičení takto usporiadaného tréningu ukazuje obr. 9.

Obr. 9 ukazuje pozitívny prínos v pohotovosti reagovania, pričom krivka má charakter učenia. Trvanie posledných dvoch triedení položiek MMPI ukazuje, že riešenie celého inventória by prebehlo v priemernom čase 1—2 hodín, čo je podstatné skrátenie oproti pôvodnému času vyše 6 hodín.

Analogický postup je pri kratšom cvičení s Ravenovými úlohami (keď chyby tvoria 14, 18, 13, 12). Dosiahnuté zrýchlenie sa prejavilo aj pri ďalšej skúške, s ktorou sa pri tréningu nemanipulovalo. Pred liečbou a pri jej ukončení sa robil test dopĺňania viet s meraním latencií. Pri pred-

ložení pred liečbou bol priemerný AsRČ 11,57/min. a po liečbe klesol na 7,77/min. Napriek podstatnému poklesu, predstavuje druhý údaj ešte stále spomalené reagovanie.



Obr. 9. Priebeh pozitívneho tréningu pohotového riešenia úlohy. Os x — cvičenia, os y — čas v minútach. Zachytáva sa trvanie triedenia 30 položiek Minnesotského dotazníka (MMPI) a čas spotrebovaný na riešenie 25 úloh z Ravenových progresívnych matríc (PM). Individuálna krivka.

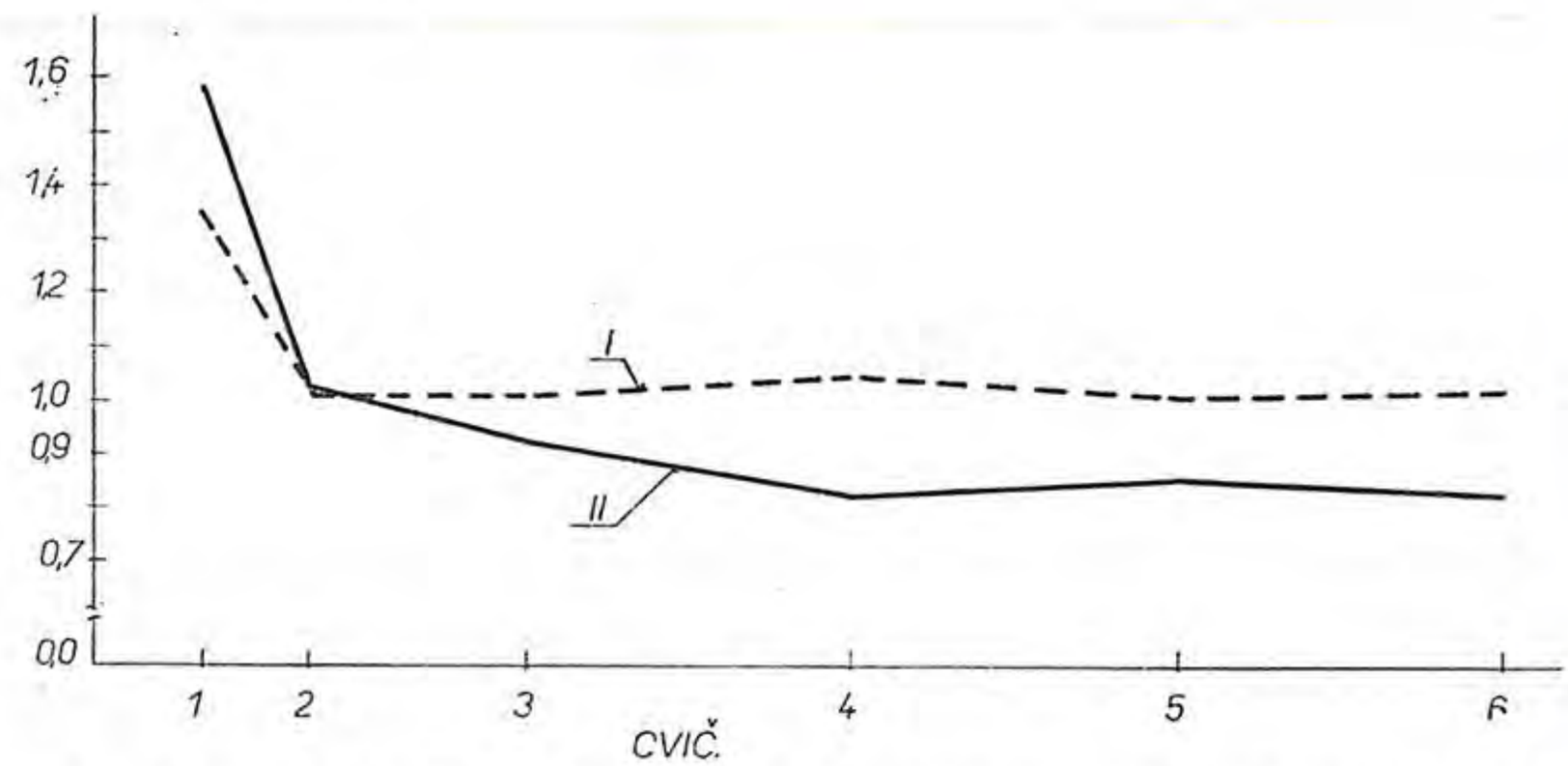
Рис. 9. Ход положительного тренинга быстрого решения задания. Ось x — упражнения, ось y — время в минутах. Регистрируется длительность распределения 30 статей Миннесотской анкеты (MMPI) и время, затраченное на решение 25 заданий из прогрессивных матриц Равенна (PM). Индивидуальная кривая.

Fig. 9. The course of positive training in ready solution of a task. Axis x — exercises, axis y — time in minutes. The duration of sorting of 30 items from the MMPI and of 25 matrices from Raven test (PM) was recorded. Individual curves.

Habituáciu na objekty obsesií sme usporiadali na spôsob negatívneho krátkodobého cvičenia vo forme sortingu. Triedili sa dva druhy objektov: prášky a drobné predmety (špendlíky, pripináčiky, drobné mince, násadce na pero, sponky, gombíky, klinčeky), teda predmety, na ktoré sa napájali mnohé jej obsesie a kompulzie. Postup s práškami sme usporiadali na spôsob „lekárnickej praxe": mala nadávkovať podľa uvedeného postupu rozličné množstvá z 5 druhov práškov podľa odmerky, rozmiešať ich a urobiť jednotlivé dávky. Postup trval 10—12 minút a bol rozložený podľa optimálnych časových vzťahov rozloženého učenia.

Evokácia strachu v súvislosti s manipuláciou s objektami obsesií by mala byť v čase tohto tréningu už znížená v dôsledku pokročilého štádia desenzitizačných sedení, okrem toho však bola podporená podaním plegomazínu (hypotéza o pôsobení recipročnej inhibície). V tom čase sa už pacientka zapojila v rámci rehabilitácie do rozdávania stravy na oddelení i do pomocných prác v ústavnej kuchyni (prešla aj príslušnými hygienickými vyšetreniami). Ani v jednej z týchto situácií sa neobjavovali kompulzie a obsesie, zlepšil sa zároveň spánok a vymizlo obsedantné umývanie rúk.

Pri drobných predmetoch sa použili 2 postupy triedenia: raz v ľubovoľnom a raz v určenom poradí, pričom každý spôsob sa opakoval 5—6-krát. Cvičenia sa robili rozložene (zároveň s manipuláciami s práškami). Ich priemer znázorňuje obr. 10.



Obr. 10. Triedenie drobných predmetov na spôsob negatívneho cvičenia. Išlo o predmety, ktoré vzbudzovali u pacientky obsesie. Triedili sa opakovane jednak v určenom poradí (I), jednak v ľubovoľnom poradí (II). Os x — rozložené cvičenia, os y — priemerný čas spotrebovaný na jedno roztriedenie v minútach.

Рис. 10. Распределение мелких предметов по способу отрицательного упражнения. Это были предметы, которые вызывали у больной обсессии. Они распределялись повторно как в определенной последовательности (I), так и в произвольной последовательности (II). Ось x — распределенные по времени упражнения, ось y — среднее время, затраченное на одно распределение в минутах.

Fig. 10. The sorting of slight objects by the way of negative training. The obsession-evoked objects were sorted repeatedly in standard order (I) and in arbitrary on (II). Axis x — dissipated exercises, axis y — mean time devoted to one sorting procedure in minutes.

Jednotlivé cvičenia sa konali s odstupom 24 hodín, potom 2 dni až 7, 14 a 21 dní. Po cvičení nasledovala opäť relaxácia, prípadne desenzitizácia.

Po začiatočnom poklese majú obe krivky (zachycujúce priemerný čas z 1 cvičenia) plochý priebeh. Dôležité je, že sú primerane rýchle a nezni-

žuje sa pohotovosť riešenia, ani sklon k následným obsedantným obavám. Pacientka narába s týmito predmetmi úplne voľne. Plochosť krivky je daná jednoduchosťou úlohy, keďže po zácviku nastal taký stupeň zrýchlenia, ktorý sa už ďalším priebehom ťažko zlepšuje.

Klarifikačné pohovory (4 na začiatku a 2 ku koncu terapie) sa týkali všeobecných neurotických príznakov so snahou zbaviť ju pocitu výnimočnosti jej ťažkostí, prílišného sebapozorovania a problému úniku do nemoci a event. možnosti znovuzamestnania.

Pôsobenie terapie sa prejavila u pacientky najprv v zlepšení spánku a v zriedkavejšom objavovaní sa obsedantných myšlienok. Za posledné 3 týždne pobytu sa objavil iba jeden obsedantný nápad, hoci konala aj pomocné kuchynské práce a pomáhala pri rozdávaní jedla na oddelení a bola teda vystavená situáciám, v ktorých mávala obsesie. Napriek tomu pacientka vyslovuje obavy, či sa doma tie myšlienky opäť nevrátia. Začala však uvažovať aj perspektívne o ďalšom živote, ba odoslala aj žiadosť o znovuprijatie do zamestnania. Umývanie rúk nadobudlo normálnu frekvenciu a pacientka sa aj subjektívne cítila dobre. Nepodarilo sa však vzbudiť primerané kultúrne záujmy, nebavilo ju čítanie alebo iné činnosti, dokonca ani pozeranie televízie. Po mesiaci pobytu doma došlo k novej hospitalizácii pre relaps.

Po príchode domov bola prvých 10—12 dní úplne bez obsesií, potom sa objavili prchavé obsedantné nápady (čo manžel dáva do súvisu s návštevou u svokry) a najhoršie sa cítila 3 dni pred odchodom do nemocnice, kde mala v tom čase ísť na kontrolu. Časť obsesií (s jedlom, peniazmi) vymizla, dokázala narábať s peniazmi aj v kuchyni. Zo starých situácií spomína otrávené zrno na myši a tesne pred odchodom na kontrolu mala pri praní až pseudodementné vtieravé otázky („periem?"). Nie je bez zaujímavosti, že obsah týchto obsesií sa týkal oblastí, ktoré neboli pojaté do desenzitizácie.

Relaps mal vcelku prechodný charakter. Pre ochorenie terapeuta nemohlo sa pokračovať v postupoch psychoterapie učením (podávali jej inzulín), pričom na základe predtým podanej žiadosti nastúpila do družiny. Bola však len prechodne zamestnaná; stav mal opäť výkyvy a zlepšenie nastalo vlastne len čo do rozsahu obsesií a ich úplné vymiznutie malo len prechodný ráz. Zostala opäť doma a asi po dvoch rokoch sa nechala hospitalizovať na inom psychiatrickom oddelení.

b) Diskusia

Opísaný prípad bol dostatočne ilustratívny pre rozvedenie postupov na elimináciu obsesií a kompulzií i pre ilustráciu prístupu k jednotlivému

prípadu až po konštruovanie procedúr, ktoré zodpovedajú charakteru porúch u daného pacienta. Prípad je v podstate nedostatočne úspešný, až neúspešný, zlepšenie je iba prechodné. Relaps môže súvisieť s menej diferencovanou štruktúrou osobnosti, so zmenami typu charakterovej neurózy, ktoré neboli týmito postupmi zrejme dostatočne zasiahnuté. Správanie malo niektoré známky infantilizmu, ktorým sa tiež nevenovala pozornosť. Stav sa už zdravotne a spoločensky riešil invalidizáciou a opätovné zaradenie do zamestnania nekonvenovalo príliš založeniu pacientky ani jej chudobným záujmom a egocentrickému zameraniu. Bol to vážny zásah do predošlého života a zrejme jej málo vyhovoval. To všetko poukazuje na komplex problémov, v rámci ktorých boli obsesie a kompulzie jednou, aj keď podstatnou časťou. U osobnosti s vyššou aktivitou, pozitívnymi záujmami a s vyššou intelektovou vyspelosťou by sa bol dal očakávať zreteľnejší úspech.

Na druhej strane netreba zabúdať ani na skutočnosť, že jej neurotické poruchy mali dlhodobú históriu. Dlhý čas formované a značné fixované neurotické návyky zrejme môžu vzdorovať časove vymedzeným a v podstate krátkodobým tréningovým postupom. Redukciu a vymiznutie porúch zaznamenávame počas pobytu v nemocnici, t. j. počas sústredeného tréningu a krátko po ňom, kým v domácom prostredí už napr. manželovo správanie malo charakter ich opätovného posilňovania.

Publikovanie prípadov nedostatočne úspešných je študijne zaujímavé a prínosné napriek tomu, že väčšinou to autori neradi robia. V danom prípade podaný opis poukazuje hlavne na problém obmedzenia týchto postupov v prípadoch, kde je potrebný zásah do osobnosti, a na ťažkosť riešiť týmto spôsobom neurotické poruchy typu charakterových neuróz, kde základné postupy psychoterapie učením zrejme nie vždy postačia na zvládnutie celej ich problematiky. Bude tu potrebné hľadať ďalšie účinné postupy a pritom koncepcia širšieho discentného chápania (v zmysle špecifík ľudského učenia a osobnosti) sa javí aj z tohto hľadiska užitočná. Zrejme neovládame zatiaľ dostatočne spôsoby zásahu do štruktúry neurotikovho myslenia a iba sčasti vieme ovplyvňovať jeho postoje.

XI. KAPITOLA

TIKY

Tik je porucha, obmedzujúca sa vo svojich prejavoch na motorickú oblasť. Sú to mimovoľné stereotypné a neúčelné pohyby menšej svalovej skupiny so značnou frekvenciou opakovaní. Najčastejšie sa vyskytuje očný tik vo forme nerytmického žmurkania, zvýšenej frekvencie pohybov mihalníc, niekedy i obočia. Zriedkavejšie sa vyskytujú iné formy tikových pohybov mimiky, pohyby na spôsob grimás, pokašlávanie, pošklbávanie ramenami, pohyby trupom alebo dolnými končatinami. U jedného pacienta sa dosť často kombinujú viaceré tiky.

Z hľadiska teórie učenia sa dívame na tik ako na neprimeraný (chorobný) pohybový návyk. Môže sa vyvinúť z pôvodne účelných pohybov — napr. očný tik po zápale spojiviek — ako sme to spomínali pri tzv. nadbytočných reakciách. Inokedy vzniká po nejakom psychotraumatickom zážitku (napr. po autonehode) a v stavoch zvýšeného napätia. Netreba snáď ani pripomínať, že i nevhodné správanie rodičov môže vyvolávať alebo podporovať stav napätia (napr. neustále napomínanie dieťaťa, perfekcionistická výchova). Tik je v podstate monosymptomatický neurotický návyk, ktorý sa fixoval prostredníctvom činiteľov podmieňovania a učenia. Posilňujúcim činiteľom jeho výskytu môže byť buď sprievodný príjemný pocit (napr. ústup nepríjemného pocitu páľavy pomocou žmurkania pri zápale spojiviek), alebo uvoľnenie tenzie. Je to, pravda, neprimeraný spôsob uvoľňovania napätia. Tenziu pokladáme za veľmi typický znak tikov. Emotívne vplyvy a hlavne citové napätia hrajú významnú úlohu pri frekvencii tikov, kým emotívne traumy pri ich vzniku.

Podľa Gayrala, Hurona a Bartheovej (1962) sa tik vyskytuje v 1,5 % a je to teda dosť častá porucha. Častejšie sa vyskytuje u detí ako u dospelých, najmä u detí v školskom veku (v predpuberte) a opäť častejšie u chlapcov ako u dievčat. Deti sú zrejme v oblasti mikromotoriky citlivejšie, pričom častejší výskyt tikov môže súvisieť s väčším sklonom detí k perseverovaniu pohybov a k imitačnému učeniu. Gró tikov je neurotického pôvodu, len nepatrné promile môže mať organický podklad

(encefalitída). Dosť často sa kombinujú tiky aj s inými neurotickými poruchami včítane enurézy, vyskytujú sa u detí s pohybovým nepokojom, v jednom prípade sme mali kombináciu tiku aj s dyslexiou a známe sú tikové hyperkinézy pri balbuties. Často sú deti trpiace tikmi dráždivejšenie a precitlivené.

Zo stránky terapeutickej bývajú tiky dosť rezistentné voči terapii. Ak sa im venuje pozornosť, zosilnievajú, preto sa vyžaduje, aby takéto dieťa nebolo na svoju poruchu upozorňované. Oproti liečbe obsesií a kompulzií majú však tú výhodu, že sa obmedzujú na motorickú oblasť.

1. Odstraňovanie tikov

Okrem podávania sedatív a prípadného odstránenia bezprostredného vyvolávajúceho zdroja (napr. liečba konjunktivitídy) sa pri odstraňovaní tikov používala aj cvičná terapia a fyzioterapia. Z metód psychoterapie učením sa použila predovšetkým metóda negatívnej praxe. Okrem Dunlapa rozpracoval túto metódu pri tikoch hlavne A. J. Yates (1958) u 24-ročnej pacientky, v liečbe ktorej pokračoval neskôr H. G. Jones (1960). Ich postupy sa vyznačujú prísne experimentálnym usporiadaním, ktoré bolo podriadené Yatesovmu teoretickému rozboru a prinieslo aj z teoretickej stránky zaujímavé závery. Prísna kontrola postupu spresnila zásady aplikácie metódy negatívnej praxe pri tomto druhu porúch. Priebeh cvičenia zodpovedal zákonitostiam priebehu krivky učenia. Predtým aplikoval negatívnu prax pri tikoch Lehner (1954).

O použití postupu negatívnej praxe referoval u nás v kazuistickej štúdii S. Drvota (1962) u 35-ročného slobodného pacienta s vysokoškolským technickým vzdelaním, s dg. „polymorfný tik u anomálnej osobnosti". Tiky siahali až do obdobia jeho 12 rokov, výraznejšie sa prejavovali, keď mal pacient asi 20 rokov. Bol dovtedy vcelku neúspešne liečený medikamentóznou a hypnotickou liečbou. Neskôr sa u pacienta použili 3 metodické postupy: a) spájanie tiku s elektrickou ranou, b) negatívna prax, c) metóda odúčania na princípe úmyselného potláčania tikov. Išlo o zložité tikové pohyby: hlasitá expirácia s pohybom hlavy vľavo a vpravo, „ukazovacie" tiky, predklon s fúknutím. Pri použití elektrickej rany nenastal pokles frekvencie tikov. Dvadsaťtri klinických a 21 domácich cvičení s negatívnou praxou smerovalo k poklesu frekvencie tikov v období cvičení, ustúpili „ukazovacie" tiky, ale po 3 dňoch prestávky sa ich frekvencia opäť zvýšila. Po 6 cvičeniach s poslednou metódou odúčania sa znížila frekvencia tikov asi na 10 % pôvodnej frekvencie, čo je výrazné zlepšenie.

Čiastočný pokles očného tiku u dospelého pacienta sme dosiahli jeho spájaním s elektrickou ranou (galvanizáciou), úplný efekt sa však nepodarilo dosiahnuť.

Keďže pri tiku ide o poruchu v motorickej oblasti, dá sa uvažovať o jeho eliminácii pomocou iných motorických reakcií na základe zákona interferencie. V zmysle tejto úvahy sme použili r. 1958 *metódu interferenčného utlmovania tikových reakcií pomocou alternatívnej motorickej činnosti* v rámci Gomburgerovej techniky. Išlo o 7-ročné dievča s očným tikom po zápale spojiviek. Použil sa súbor plynulých koordinačných cvičení pred zrkadlom (v záujme sebakontroly), pričom sa kládol dôraz na presnosť pohybov a namáhavosť cvikov sa progredientne zvyšovala. Zároveň sa robili uvoľňovacie cviky lícneho svalstva a relaxačné dýchacie cviky. Cvičenia sa konali raz týždenne u terapeuta a 2-krát denne doma; každé cvičenie trvalo asi 5 minút. V priebehu 2 mesiacov tik plne ustúpil a pri katamnestickej kontrole po roku a po 4 rokoch sa ukázalo, že jeho eliminácia má úplne trvalý charakter (Kondáš, 1964).

V danom prípade išlo o tik, ktorý zodpovedal zaradeniu k nadbytočným reakciám. V ďalšom prípade, kde bol výrazný podiel psychotraumatizácie pri vzniku tiku, umožnila táto technika zníženie, ale tik neodstránila. Pristúpili sme preto k pokusnému zavedeniu techniky tenznej úľavy („tension relief" — Kondáš, 1965b), ktorej podrobnosti sú uvedené v kapitole o metódach psychoterapie učením.

Vyšli sme pritom z predpokladu, že pri každom tiku je jeho fixácia i aktuálna frekvencia viazaná na zvýšené napätie, ktorého podchytením možno očakávať zníženie jeho frekvencie až elimináciu. Údaj Franksa (1963) o tom, že rýchlosť žmurkania nenarastala u neurotikov súbežne s meraným svalovým napätím, sa síce nejavil podporou tejto hypotézy, ale išlo o neurotikov, a nie špeciálne o neurotikov s tikmi, u ktorých sa javí pozitívny vzťah medzi napätím a častejšou frekvenciou tiku. Laboratórne pokusy (Zbrozyna, 1957) a klinické pokusy na nich postavené (Wolpe, 1962) ponúkali istú možnosť dosahovať „úľavu", a tak podnietili konkrétne usporiadanie nášho postupu na odstraňovanie tikov. I tu sa, pravda, aplikácia princípu úľavy anxiety u neurotikov nejavila zatiaľ sľubná (Wolpe, 1962), Wolpe však odporúča ďalšie štúdium v uvedenom smere.

Uvoľnenie tenzie sme napomáhali relaxačnými cvikmi a v kombinácii s krátkodobou negatívnou praxou (keď sa tik presne opakoval v tenznom období galvanizácie) sa tento postup ukázal efektný (jeho opis pozri na str. 123—125). Použili sme ho preto v malej skupine detí vo veku 5—13 rokov (pôvodne 6 pacientov s tikmi a 2 balbutici s tikovými súhybmi, neskôr v 8-člennej skupine detských tikov). Prípady boli podrobne opísané s rozborom aplikácie postupu v každom jednotlivom prípade (Kondáš,

1965b), a preto na tomto mieste zhrnieme iba dosiahnuté výsledky a katamnestické zhodnotenie.

2. Výsledky s metódou tenznej úľavy

Oproti prípadom spomínaným v literatúre bolo hlavnou charakteristikou nášho súboru — okrem väčšieho počtu pacientov — že tu išlo o odstraňovanie tikov u detí. Oproti dospelým je tu pravdepodobne menšia fixácia tikov a dosiahnuté výsledky sa teda nedajú analogicky hodnotiť vo vzťahu k dospelým pacientom bez priameho preverenia metódy. Pre deti sa ukázal postup prístupný, s výnimkou 5-ročného pacienta, kde elektrizácia vyvolávala zvýšenú anxietu, v dôsledku čoho sa muselo veľmi skracovať toto obdobie. Postup je náročný na terapeuta, vyžaduje systematickosť a presné odpozorovanie spôsobu tiku, aby sa mohol presne opakovať v tenznom období vo forme negatívnej praxe.

Súbor, o ktorom referujeme, spolu s katamnestickým vyšetrením pozostáva z 8 detí (dvoch balbutikov s tikovými súhybmi tu nezapočítavame — keďže u nich ide o osobitný problém synkinéz). Vek detí bol 5—13 rokov, ich priemerný vek 8,3 (okrem jedného 5-ročného chlapca išlo o 7—13-ročné deti). U všetkých boli neurologickým vyšetrením vylúčené organické poruchy. Väčšina z nich bola predtým medikamentózne liečená bez úspechu (meprobamat, B-komplex, passit a iné). Deti k nám poukázal väčšinou neurológ, ďalej pediater a psychiater. U dvoch bola zreteľná psychotraumatizácia pri vzniku tiku, dvaja mali tik rázu nadbytočnej reakcie (surplus R), u jedného bol tik súčasťou celkove zvýšenej psychomotorickej aktivity ako genetickej súvislosti tiku. Okrem jedného prípadu išlo kompletne o chlapcov.

U dvoch pacientov išlo o očný tik („žmurkanie"), u štyroch sa očný tik kombinoval s grimasou alebo súhybmi tváre a s mykaním plecom, u jedného išlo o mykanie plecom a hlavou a ďalší prípad bol polymorfný tik (žmurkanie, grimasy, pohyby plecom a vydávanie zvuku pri expíriu na spôsob pokašlávania).

Metóda tenznej úľavy sa aplikovala s nepatrným prihliadaním na niektoré individuálne rozdiely (pravda, okrem náplne tiku) tak, ako sme uviedli pri jej opise. Vetu „som pokojný" opakoval pacient po terapeutovi zároveň s relaxačnými cvikmi. Počas jednej návštevy sa aplikovalo 4—8 galvanizačných dávok s negatívnou praxou; galvanizácia sa podávala naším prístrojom výroby Chirana v intenzite 1—4 ° celkom krátkodobe (0,25—0,50 min., len ojedinele sa prekročila 1 minúta). Počet návštev kolísal od 4 do 12, spočiatku v týždennom intervale pri ambulantnej

dochádzke. Keďže jeden pacient užíval B-komplex, ponechal sa mu prvé 2 týždne.

Ak neberieme do úvahy 2 balbutikov (kde iba u jedného bol prechodný úspech súbežne so zlepšením reči), bola metóda tenznej úľavy veľmi efektná v tom zmysle, že v každom prípade pomohla znížiť frekvenciu tikov. Už po druhej až štvrtej návšteve nastával výrazný ústup tiku s výnimkou 5-ročného chlapca a pacienta s polymorfným tikom, kde sa objavovali väčšie výkyvy. Výkyvy vo frekvencii tikov sa objavovali u pacienta spolu s dyslexiou, ktorá sa súbežne riešila. U oboch tiky ustúpili, ale nevymizli úplne, u pacienta s polymorfným tikom dlho pretrvával tik so zvukmi, ktorý prakticky nebol prístupný danej procedúre. Ak odhliadneme od tohto rezídua, nastalo u 2 pacientov úplné vymiznutie tikov a u ďalších 4 ustúpili tiky natoľko, že sa bežne nepozorovali a iba výnimočne v stresovej situácii sa dal pozorovať niektorý z pohybov podobný tikom (podľa referátov rodičov); pri samostatnej kontrole sme tiky počas 15 — 30-minútovej návštevy nespozorovali a rodičia pokladali prípad za riešený. Dá sa teda hodnotiť, že po skončení liečby sa v 75 % prípadov tiky podstatne upravili, až úplne vymizli.

K a t a m n e s t i c k é vyšetrenie (po 1 roku) ukázalo zhoršenie iba v jednom prípade, v ďalšom prípade sa objavil na začiatku školského roku občasný tik asi v trvaní 3 týždňov, ale mal podstatne menšiu frekvenciu ako predtým, pričom spontánne vymizol, a tak rodičia ani nevykonali plánovanú návštevu našej poradne. Rodičia 5-ročného chlapca spontánne prerušili dochádzku v čase, keď tik začal ustupovať, napriek výzvam sa na ďalšiu návštevu nedostavili a nedošli ani na katamnestickú kontrolu. Na základe katamnestického vyšetrenia sa ukázalo, že u 62,5 % pacientov liečba pomohla k trvalému ústupu, resp. vymiznutiu tiku, pričom jeden pacient sa tejto kontrole nepodrobil. Aj v prípade so zhoršením mali tiky menšiu intenzitu a frekvenciu. Na časti katamnestickej kontroly sa zúčastnil aj druhý pozorovateľ (dr. Borzová).

Diskusia

O aplikovaní postupov vyvodených z teórie učenia na elimináciu tikov sa v literatúre referovalo len v kazuistických štúdiách (3 prípady), pričom dominovala metóda negatívnej praxe, vlastne už od čias Dunlapa.

Súhrnne sa dajú uviesť nasledujúce používané metódy:

1. metóda negatívnej praxe,
2. spájanie tiku s elektrickou ranou (prípadne faradizácia alebo galvanizácia),

3. interferenčné utlmovanie tikov alternatívnymi motorickými reakciami,
4. metóda odúčania s úmyselným potláčaním tiku,
5. metóda tenznej úľavy.

Na základe štúdia negatívnej praxe (hlavne Yates a Jones) sa javí správne prijímať záver, že metóda negatívneho tréningu je vhodná vtedy, ak má tik charakter reziduálneho návyku (čo sa dá vzťahovať aj na tikové súhyby pri ustupujúcej balbuties). Postupy „odpodmieňovania" s elektrickou ranou sa nejavia vhodné, keďže zvyšujú súčasne anxietu a tenziu a vykazujú najmenší úspech. Interferenčné utlmovanie tikov a odúčanie s úmyselným potláčaním sa javia ako metódy voľby, t. j. vhodné pre isté prípady, ktoré vyhovujú základným kritériám pre aplikáciu takéhoto postupu. Metóda tenznej úľavy sa ukazuje pomerne úspešná a umožňuje dostatočne trvalý ústup tikov, ak sa nachádzajú len v motorickej oblasti (pokašlávanie, hlasné expírium a pod. nemôže zasiahnuť). Vo všetkých prípadoch išlo, pravda, o klinicko-výskumnú prácu s uvedenými metódami. Pre bežnú klinickú prax bude zrejme vhodné uvažovať o kombinácii týchto postupov. Osobne by sme uprednostnili kombinácu sledu metód, uvedených pod bodmi 3 — 5 — 4 alebo 1, t. j. aplikovať interferenčné utlmovanie tikov alternatívnymi motorickými reakciami, s ktorými v incipientových prípadoch možno vystačiť; v prípade nedostatočného úspechu prejsť na metódu tenznej úľavy a v prípade tiku zasahujúceho aj tejto metóde neprístupnú oblasť, alebo v prípade pretrvávajúcich rezíduí siahnuť po metóde odúčania s úmyselným potláčaním, alebo po metóde negatívnej praxe. Pri negatívnej praxi musí, pravda, sústredené cvičenie často presahovať dĺžku až 1 hodiny (hromadenie *Ir*). Manipulácia s vedomými postojmi sa nám javí taktiež dôležitá v zmysle Dunlapovho zdôraznenia motivácie so zainteresovaním vedomej tendencie zbaviť sa negatívneho návyku, neúčelných tikových pohybov.

Výhodou metódy tenznej úľavy je v podstate skutočnosť, že zhŕňa v sebe viaceré účinné zložky. Je to na prvom mieste sama redukcia tenzie, pri ktorej sa využívajú tak signály ukončenia nepríjemného elektrického dráždenia, ako aj nacvičovaná skrátená relaxácia, ktorá sa podporí slovnou formulou na uvoľnenie. Ďalej sa pri tejto metóde aplikujú prvky negatívnej praxe, a to tak v presnom opakovaní tiku, ako aj v jeho vedomom opakovaní, ale bez dlhého sústredeného cvičenia. Tým, že sa takéto cvičenie koná len v krátkom období umele navodenej tenzie, je vlastne presné robenie tikov spájané s „trestom", resp. možnosťou úniku z trestu, keď sa súčasne preruší navodené opakovanie tiku. Prerušenie nepríjemného podnetu môže regulovať sám pacient (slovom „pokoj", „kľud"), čím

zároveň vzniká aj slovný signál pre navodenie stavu uvoľnenia a úľavy (s eventuálnou možnosťou generalizácie na bežné životné situácie, ktorá sa môže prípadne aj napomôcť). Teoreticky nevysvetľujeme krátkodobé negatívne cvičenie tiku ako vytváranie $_sI_r$, lež spájame ho s účinkami vôľovej kontroly a s mechanizmom úniku z trestu (spolu so signálmi následného uvoľnenia, čo tiež môže pôsobiť v smere Osgoodovho retroaktívneho útlmu). Úplné znemožnenie očného tiku (zavreté oči pri uvoľnení) zodpovedá za lepší efekt následnej parciálnej relaxácie.

Keďže hlavnou charakteristikou metódy je úľava tenzie, rozhodli sme sa — pri danom teoretickom rozbore tohto postupu — pokusne ho aplikovať aj na bolesti hlavy. Prvý prípad dlhodobých migrenóznych bolestí hlavy sme pomocou tejto metódy úspešne zvládli s jediným rozdielom v postupe, a to s nacvičením celej relaxácie pomocou autogénneho tréningu. Prípad s dennými úpornými bolesťami hlavy tíšenými analgetikami (1—3 tabl. na deň) bol taký úspešný, že sa len ojedinele objavila bolesť hlavy (napr. pred menses) a táto úprava je už dlhodobá. Pokúsime sa zhrnúť v danom smere prípadné ďalšie skúsenosti, zatiaľ je námet na ďalšiu indikáciu tejto našej metódy len predbežný.

Zdá sa, že uvedený prehľad psychoterapie učením pri tikoch a výskum uskutočnený metódou tenznej úľavy ukazuje, že psychológia učenia prináša k liečbe týchto porúch užitočné námety aj pre nové terapeutické metódy. Je azda zaujímavé mimochodom poznamenať, že najväčší úspech sa prejavil pri zvládnutí očného tiku, čo sa zhodou okolností týka práve tej oblasti, ktorá je v psychologickej literatúre najviac preskúmaná (práce o žmurkacom reflexe a jeho rozličných vzťahoch, napr. C. M. Franks, 1963 a z našich autorov Stríženec, 1960 a iní).

XII. KAPITOLA

BALBUTIES

Balbuties — zajakavosť je porucha plynulosti reči pri spazmoch rečových orgánov. Prejavuje sa opakovaním hlások, resp. slabík na začiatku slov, niekedy až po neschopnosť vysloviť slabiku (tonický spazmus). Rečový prejav sa tým nadmerne predlžuje a v dôsledku poruchy plynulosti hovoru sťažuje sa v rozličnej miere rečová komunikácia. Balbuties sa bežne považuje za monosymptomatickú neurotickú poruchu, za neurózu reči. Podľa toho, či si balbutik svoju poruchu reči uvedomil alebo nie, hovoríme o tzv. *primárnej balbuties,* kde chýba uvedomenie si poruchy (5—6-ročné deti) a o tzv. *sekundárnej balbuties.*[14] Uvedomenie si poruchy pri sekundárnej balbuties prináša so sebou druhotné zmeny ako ostýchavosť, strach pred hovorovými situáciami, ba spomínajú sa aj zmeny osobnosti; v podstate ide o psychastenické symptómy. V dôsledku strachu pred rečovými situáciami vzniká u sekundárnych balbutikov nový konflikt typu „priblíženie — vyhýbanie" (approach — avoidance), spočívajúci v tom, že balbutik má snahu hovoriť, ale túto snahu sprevádza tendencia vyhýbať sa hovoru pre obavy zo zajakania.

Etiopatogenéza zajakavosti nie je dodnes plne objasnená. Často sa pokladá za prejav anxiozity, prípadne iných emocionálnych porúch, ktoré zasahujú proces verbalizácie (napr. Barbara, 1957), a v tomto zmysle sa hovorí o rečovej neuróze. Obyčajne sa považovala za rečovo-motorickú

---

[14] Dosužkov (1959) a Dostálová a Dosužkov (1964) delia balbuties na tri formy:
a) balbuties praecox — so vznikom do 4. roku (tvorí 37,8 %),
b) balbuties vulgaris, ktorá vzniká medzi 4. a 7. rokom (51,9 %),
c) balbuties tarda, vznikajúca medzi 8. a 13. rokom (10,3 %).
Toto delenie má vzťah k prognóze reedukácie a k výskytu spontánneho uzdravenia, ktoré bolo najvyššie pri prvej forme.
Hála a Sovák (1962) hovoria o zvláštnom type tzv. vnútornej zajakavosti, pri ktorej sa postihnutý počas kŕčov rečových orgánov zarazí a mlčí, a po prestávke hovorí opäť plynule, a o frustračnej forme s bežne známymi kŕčmi dýchacieho svalstva.

poruchu, a preto sa pozornosť venovala vzťahu balbuties s alteráciami v motorickej koordinácii alebo jej vzťahu s dominanciou ľavej ruky (napr. Sovák, Hála). Coppel (1957) a iní autori pripisujú význam aj disproporciám medzi možnosťami reči a vyjadrovacou schopnosťou. Okrem motorických, emotívnych i priamo konfliktových činiteľov sa uvažuje aj o spolupôsobení percepčných činiteľov a rozhodne tu pôsobia aj činitele učenia. Uvedomenie si poruchy a následný strach z hovoru možno pokladať za negatívne posilňujúceho činiteľa zajakavosti. Domnievame sa, že faktory učenia majú dôležitú úlohu najmä pri fixácii zajakávania, ktoré sa objavia vo forme náhodnej iterácie slabiky napr. v dôsledku zrýchlenia tempa reči. Zajakávanie sa stáva problémom až vtedy, keď frekvencia týchto iterácií začne natoľko narúšať plynulosť reči, že sťažuje bežný rečový kontakt. Vyskytujúce sa chyby v plynulosti reči postrehuje jednak balbutik sám a jednak je na ne často upozorňovaný; začne sa vyhýbať istým slovám a neskoršie sa vyhýba hovoru, má pred hovorením strach.

Vnímanie vlastného zajakavého spôsobu reči môže teda pôsobiť ako perzistenčný faktor tejto poruchy a pomáha ju udržiavať. Hypotéza o vplyve percepcie reči na jej plynulosť je o to významnejšia, že presúva problém balbuties z motorickej oblasti (rečové spazmy) do oblasti sluchovej percepcie. Terapeutickému využitiu tejto hypotézy predchádzal známy experiment, ktorý robil r. 1950 B. S. Lee, výsledkom ktorého bolo opakovanie slabík a slov u normálne hovoriacej osoby, tzv. Leeov efekt. Pri tomto efekte sa akési umelé zajakávanie vyvolalo oneskoreným percipovaním záznamu vlastnej reči, oneskorenou rečovou spätnou väzbou.

Hypotézu, že zajakávanie súvisí s instabilitou spätnoväzbových spojov, preverovali u chronických dospelých balbutikov Cherry a Sayers (1956). Skúšali zároveň, či rušenie percepcie vlastnej reči neovplyvní plynulosť reči v pozitívnom smere. Použili techniku tzv. bieleho hluku (ktorého frekvenčná energia presahuje všetky ostatné frekvencie) a techniku „tienenia" a dospeli k záveru o významnosti sluchových percepcií pri zajakávaní. Použité techniky znižovali frekvenciu zajakávania počas ich aplikácie a mali čiastočný vplyv aj na plynulosť bežnej reči u chronických dospelých balbutikov.

Je celkom pochopiteľné, že sa tieto postupy začali využívať aj terapeuticky. S technikou „tienenia" a jej modifikáciami sme začali pracovať od r. 1960 a použili sme ju na rozdiel od Cherryho a Sayersa jednak u detí a jednak vo vyslovene reedukačnej úprave. Skúsenosti s týmito postupmi, výsledky reedukačnej liečby a katamnestické zhodnotenie úspechu tvoria hlavnú náplň tejto kapitoly. Preverovali sme aj optimálny spôsob aplikácie tejto metódy s pokusom o štúdium zúčastnených mechanizmov jej

pôsobenia, o čom tiež stručne zreferujeme. Problém terapie zajakavosti má však dlhú históriu a dodnes sa tu používajú hlavne logopedické cvičenia. Jeho závažnosť spočíva najmä v častom výskyte relapsov a recidív po prechodnom zlepšení reči.

1. Terapia zajakavosti

Liečba a reedukácia balbuties je v podstate symptomatická a jej úspech mával dočasný charakter. Používajú sa pri nej najmä tieto postupy:

a) logopedické cvičenia (ambulantné, ústavné, vo forme kurzov),
b) kombinácia logopedických cvičení s medikamentmi (sedatíva, príp. ataraktiká) a so spánkovou terapiou,
c) sugestívne metódy a nácvik reči v hypnóze,
d) metóda negatívneho tréningu (negatívnej praxe),
e) metóda „tienenia" a pridružené techniky.

Logopedické cvičenia pozostávajú z dýchacích cvikov, z nácviku plynulej reči pomocou spomaleného hovoru (prípadne v kombinácii s obdobím povinného mlčania), pomocou spevavej formy hovoru, rytmizáciou hovoru a pod. Je to najrozšírenejší spôsob nápravy zajakávania. Používa aj ďalšie pedagogické a psychologické ovplyvňovanie (neupozorňovať na chyby, povzbudiť sebavedomie, úprava vzťahov rodič — dieťa a pod.). Logopedické cvičenia v mnohých prípadoch umožňujú výrazne zlepšiť reč, problémom však zostáva nedostatočná trvácnosť zlepšenia, preto treba cvičenia opakovať. Na logopedických oddeleniach krčných kliník sa logopedické cvičenia kombinujú s podávaním sedatív a skúšala sa aj spánková terapia.[15] Posledné dve metódy sú nové, sú prínosom psychológie učenia, ich použitie malo však zatiaľ len prieskumný ráz.

---

[15] Seeman (1955) opisuje aj známe staršie metódy cvičnej logopedickej terapie. Napríklad Gutzmanova metóda sa usiluje dosiahnuť automatizáciu rečových pohybov pomocou cvičenia dychových a fonačných pohybov a cvičenia artikulácie (pri výdychu sa vyslovuje samohláska, hlásky a slabiky sa vyslovujú ticho aj nahlas a pod.). Liebmanova metóda už zdôrazňuje priame cvičenia krátkych viet, pričom používa aj spolučítanie, opakovanie čítanej vety, ako aj voľné rozprávanie obsahu. Fröschels cvičil výslovnosť na plynulom slede bezzmyselných slabík, čo dopĺňal tzv. „prežúvaním hlasu" (pri žuvacích pohyboch sa vyslovovali krátke vety). Tieto postupy charakterizujú vývin logopedických metód. Ťapugin (1952) odporúča obdobie mlčania (pokoj reči), čo sa v rámci logopedickej starostlivosti tiež niekedy využíva. Seeman používa aj tzv. asociačné cviky (rýchle vybavovanie slovných radov a viet až po rečnícke cvičenia).

Okrem základnej diagnózy balbuties a psychastenických symptómov je potrebné v jednotlivom prípade vyznačiť aj *stupeň zajakávania.* Obťažnosť zajakávania sa charakterizuje týmito stupňami:

I.° — príznaky zajakávania sú dosť nepatrné, zakoktania[16] sú pomerne zriedkavé, narastajú v nejakej záťažovej situácii;

II.° — zajakávanie možno už bežne pozorovať, zvýrazňujú sa spazmy, ale rečová komunikácia je možná;

III.° — zajakávanie je časté a je sprevádzané kŕčmi (spazmami), rečová komunikácia sa zreteľne sťažuje;

IV.° — kŕče a vedľajšie súhyby sú nápadné, frekvencia zajakávania veľmi častá, takže balbutik nevládze dokončiť začatú vetu, rečová komunikácia je veľmi ťažká (v škole odpovedajú väčšinou písomne).

Uvedené charakteristiky obťažnosti balbuties sú dôležité z hľadiska hodnotenia liečebno-nápravných postupov. Sú to však charakteristiky zo strany pacienta a nevystačujú na hodnotenie úspechu liečby, hodia sa na porovnávanie efektov viacerých metód nápravy.

Na hodnotenie účinku terapie používame túto stupnicu (Kondáš, 1967b):

Ø — bez efektu. V bežnej reči sa prípadne vyskytnú výkyvy vo frekvencii zajakávania, ale zajakávanie je úplne zreteľné.

+ — *malé zlepšenie.* Frekvencia zajakávania sa znížila (napr. zo IV. na III. stupeň), pacient sa však zajakáva, hoci o niečo menej ako pred liečbou.

+ + — *zreteľné zlepšenie plynulosti reči.* Zajakávanie prakticky skoro

---

Zo sugestívnych metód sa používa jednak bdelá sugescia — napr. v metóde Dubrovského, ktorú rozvíja ďalej Šklovskij — jednak hypnóza, o čom referoval u nás r. 1961 Konečný. Šklovskij (1966) kombinuje hypnotickú terapiu s logopedickými cvičeniami, racionálnou psychoterapiou, bdelou sugesciou a s autogénnym tréningom. Konečný použil hypnózu aj v rámci komplexnej psychoterapie pri balbuties, pričom vlastné použitie hypnózy obmedzil v podstate na odstraňovanie antropologofóbie — strachu hovoriť pred ľuďmi (osobné oznámenie autora). Analogické zameranie má aj Šklovského text hypnotickej sugescie, v ktorom sa zdôrazňuje: „Vaša reč sa stáva každým dňom plynulou, peknou. Kdekoľvek sa nachádzate, vždy a všade hovoríte pokojne, hľadiac spoločníkovi do očú. Navždy zmizol nepokoj, pred začatím reči nemáte strach, hovoríte plynule a hladko..."

[16] Ako vidieť, uprednostňujeme pojmy balbuties a zajakávanie, avšak vzhľadom na potrebu vyjadriť jednotlivú iteráciu, ako akúsi jednotku tejto poruchy, používame pojem „zakoktanie", keďže lepšie vyjadruje jednotlivý záraz v reči balbutika. Jednotlivé zárazy, iterácie (jedno zakoktanie sa) spočítavame, a sú teda kvantitatívnym znakom pre hodnotenie stupňa poruchy, ako aj miery zlepšenia. [Túto poznámku pripájame vzhľadom na objavovanie sa poznámok k termínu koktanie v jazykových rubrikách, pričom poznamenávame, že Pravidlá (str. 194) poznajú tvary: koktať, koktavý, koktavosť.]

úplne vymizlo z bežnej reči, pacient hovorí takmer stále plynule a len vo výnimočných (záťažových) situáciách sa sem-tam zakoktá.

+++ — *úplne upravená reč, vyliečenie.* Reč je celkom plynulá, bez stôp zajakávania, iterácie nebadať ani v každodennom hovore (prípadne sa vyskytnú len mierne výkyvy v tempe reči).

Táto stupnica s definovaním jednotlivých kritérií zlepšenia sa nám javí vhodnejšia ako opisy typu: upravení, občiansky dobrí, zlepšení a nezlepšení, s ktorými sa možno stretnúť pri referovaní o logopedickej liečbe.

Ak vyjdeme z uvedenej stupnice a pokúsime sa zhrnúť opisy o výsledkoch logopedickej liečby, získame prehľad výsledkov, ktoré sú uvedené v tab. 5 (ale iba pri 3. skupine sa porovnanie robí podľa novej stupnice hodnotenia).

Chmelová (1956) neuvádza bližšie, čo znamená ten-ktorý stupeň zlepšenia. Vyjadruje sa v pojmoch, ako „reč bola upravená, podstatne zlepšená a nezlepšená". Neuvádza ani stupne obťažnosti balbuties, a tak záver o tom, že „skupinová liečba vykazuje lepšie výsledky ako individuálna", nie je v referáte dostatočne podložený. Preto sme požiadali krajského

Tabuľka 5

Výsledky logopedickej liečby balbuties

Spôsob liečby (autor)	N	Stupeň efektu					
		+++	++	%	+	∅	%
1. skupinová (Chmelová)	44	21	22?	97,7	?	1	2,3
2. spánková terapia a cvičenia (Zahálková—Zima)	41	7	15	53,7	19	—	46,3
3. prázdninové sústredenie (Líška)	50	7	15	44,0	23	5	56,0

logopéda z Košíc dr. Líšku — ktorý je známy nielen serióznym prístupom k hodnoteniu, ale aj dôkladnosťou vo vedení logopedickej liečby — o zapožičanie materiálu o logopedickej liečbe vo forme prázdninového sústredenia. Základné charakteristiky súboru, včítane stupňa obťažnosti poruchy, ako aj efekt liečby sú v materiáli presne opísané. Preto uvedené číselné údaje možno pokladať za seriózne údaje o výsledkoch 5-týždňového reedukačného kurzu, na ktorom sa zúčastnilo 50 detí vo veku 7—15 rokov, ktoré boli rozdelené do 5 skupín. S každou skupinou pracoval jeden

logopéd pod vedením dr. Líšku. Pokiaľ ide o stupeň obťažnosti, u 10 detí išlo o IV. stupeň, u 32 o III. stupeň poruchy a u 8 o II. stupeň.

Seriózne podané sú aj údaje Zahálkovej-Pavlovej a J. Zimu (1956), ktorí aplikovali v rámci ústavnej liečby kombináciu logopedických cvičení so spánkovou terapiou. V súbore 41 detí išlo prevažne o III. a IV. stupeň obťažnosti poruchy. Pri treťom stupni obťažnosti bolo 71 % detí úpešne liečených, kým pri štvrtom stupni obťažnosti len 41 %.[17]

Dôkladný rozbor výsledkov terapie balbuties podávajú na veľkom súbore (N=936) Dostálová a Dosužkov (1964). V citovanom článku však bližšie neopísali spôsob liečby a výsledky nerozoberajú s ohľadom na stupeň poruchy, lež podľa ich foriem balbuties (balbuties praecox, vulgaris a tarda), čo potom nedovoľuje porovnanie s inými materiálmi. Uvádzajú 37—67,8 % uzdravených, čo je rozhodne veľmi dobrý výsledok. Z celkového počtu zisťujú u 17,8 % pacientov tzv. spontánne uzdravenie, a to hlavne zo skupiny ranej zajakavosti (balbuties praecox).

Metódou negatívnej praxe dosiahol A. W. Case (1960) 80 % úspechu, čo je veľmi sľubný výsledok, aplikácia tejto metódy je však značne namáhavá a je balbutikovi nepríjemná.

Napriek priamej snahe získať *katamnestické údaje* o logopedickej liečbe sa nám nepodarilo ich nájsť, ani zaobstarať. Pacienti dr. Líšku pokračovali v doliečovaní ambulantne. Zahálková a Zima (1956) spomínajú 4 recidívy, z ktorých 3 nastali ešte v priebehu liečby a 1 po prepustení domov, takže nejde o katamnézu, ale o údaj, spresňujúci výsledky po skončení liečby. Jedine Chmelová (1956) urobila aj katamnestické vyšetrenie a spomína 40 % recidív (no takmer od tretiny prípadov nedostala katamnestické správy). Spomínané percento recidív je rozhodne vysoké, čo je nakoniec jedným z hlavných problémov logopedickej liečby (pravdepodobne okrem sprísnenia kritérií pre úpravu reči). Problém nájsť nové spôsoby nápravy reči pri balbuties sa teda javí dosť naliehavý i podľa údajov o výsledkoch používanej logopedickej reedukácie.

2. Discentná reedukácia pri balbuties

Psychológia učenia priniesla nové metodické postupy pre nápravu zajakávania; je to jednak metóda negatívnej praxe a jednak metóda tienenia,

[17] O spánkovej terapii referovala Zahálková-Pavlová už predtým (podľa Seemana, 1955), pričom nastávali recidívy už medzi prvým a druhým týždňom po liečbe. Aj keď sa opakovaním tejto liečby dosiahli lepšie výsledky, predsa sa uprednostňuje jej spojenie s logopedickými cvičeniami. Liečbu spánkom zaviedla pri balbuties u nás Knoblochová a odporúčala ju ako prvé štádium liečenia, keďže po nej nasledujúca cvičná terapia sa javila účinnejšia ako bez tejto kombinácie.

pričom sa skúšajú aj ďalšie postupy. Tieto postupy sa však len ojedinele použili u detí. Rachman vo svojom prehľade o behaviorálnej terapii u detí z r. 1962 uvádza len 2 neúspešné liečené detské prípady balbuties a v ďalších troch spomína potláčanie zajakávania operačnou (inštrumentálnou) technikou. Macland (1960) uvádza v dodatku k článku Cherryho a Sayersa 7 detských prípadov, z ktorých boli 4 úspešné. Do r. 1962 sa teda použili niektoré postupy psychoterapie učením len u 12 detí s poruchou reči vo forme zajakavosti.

Autor referoval r. 1964 (resp. 1962) o 8 detských ochoreniach a tento súbor sa neskoršie rozšíril na 20 pacientov. Základom nášho postupu bola metóda tienenia (pozri str. 126 a nasl.), doplnená o dýchacie cvičenia, cviky relaxačného dýchania a manipuláciou s faktormi motivácie (tienenie cez telefón, hlasový kľúč a pod.). Okrem toho sa 8 starším balbutikom objasnili mechanizmy zajakávania (strach, návyk a konflikt medzi tendenciou hovoriť a zároveň vyhýbať sa reči). U 4 pacientov sa vykonala aj systematická desenzitizácia a realizovali sa niektoré individuálne úpravy postupu, včítane negatívneho tréningu s ťažkými slovami (podrobnosti sa objasnia pri čítaní ďalej uvedenej kazuistiky). Modifikácia tienenia hrou sa použila u troch detí s primárnou balbuties vo veku 5—6 rokov. Tieto prípady sa berú do úvahy pri hodnotení osobitne a nie sú pojaté do tab. 6 a 7.

S ú b o r pozostáva z 20 balbutikov. Okrem troch detí s primárnou balbuties bol tu jeden vysokoškolák (20-ročný) a 16 detí vo veku 8—16 rokov s priemerným vekom 10,9. Podľa stupňa obťažnosti poruchy išlo spolu u 4 o prvý stupeň (počítajúc do toho aj 5—6-ročné deti), u 4 o druhý stupeň, u 5 o tretí stupeň a u 7 o štvrtý stupeň obťažnosti balbuties. U 12 detí sa vyskytovali veľmi často spazmy a štyria z nich nevedeli povedať plynule ani jednu vetu. Ostatné údaje sú zreteľné z tab. 6.

Hlavným *kritériom sledovania postupu* bola frekvencia zajakávania (počet zakoktaní a chýb v reči za jednu minútu), čo sa zachytávalo osobitne počas tienenia a pri bežnej samostatnej reči. Záverečné hodnotenie výsledkov liečby sa robilo po skončení liečby a katamnesticky sa liečba hodnotila podľa uvedenej stupnice. Katamnestické sledovanie je dlhodobé, zahrnuje obdobie 2—5 rokov (4 prípady po 5 rokoch, 8 prípadov po 3—4 rokoch, 4 prípady vyše 2 rokov a mladšie deti 2—4 roky). Kompletné údaje sledovania sa uvádzajú v tab. 6.

Počítaná frekvencia zajakávania sa zachytáva na tabuľke osobitne pri prvom a pri piatom cvičení, keďže už počas týchto cvičení nastal v prevažnej väčšine prípadov výrazný pokles zajakávania za podmienky tienenia. Počet zakoktaní po liečení sa počíta v samostatnej reči. Liečba trvala v priemere 4,3 mesiaca (údaj o dĺžke terapie), pričom počet návštev u terapeuta sa pohyboval od 4 do 21 s priemerom 6,8 (pri jednom sedení

sa konali zvyčajne dve cvičenia). U 9 pacientov sa vystačilo s dvojmesačným až trojmesačným trvaním reedukácie. U pacientov s menším rozsahom zajakávania (3—5 zakoktaní za minútu) nastalo zlepšenie v plynulosti reči už v priebehu troch týždňov cvičení. Počet súbežne prebiehajúcich domácich cvičení sa nedal spoľahlivo zachytiť, keďže v domácich cviče-

Tabuľka 6

*Prehľad údajov o súbore balbutikov**

Značka a vek	Stupeň poruchy	Dĺžka terapie	Počet cvičení	Počet zakoktaní			Výsledok	
				1. cvičenie	5. cvičenie	po liečbe	po liečbe	pri katamnéze
AM — 11,6	III	7	12	17	7	0	+++	+++
PM — 8,0	III	3	7	12	3	0	+++	+++
VP — 13,6	III	4	10	12	6	0	++	+
FP — 12,10	III	5	11	7	4	0	++	++
LF — 13,6	IV	4	9	13	6	7	+	∅
MV — 11,0	I	2,5	6	8	6	0	+++	+++
VŠ — 10,10	IV	2	5	8	4	—	+	+
LŠ — 8,0	IV	2	4	19	1	—	+	∅
AH — 11,7	II	2,5	6	7	1	0	+++	+++
MK — 9,1	II	1,5	4	7	1	0	+++	+++
VG — 8,0	II	3	4	11	2	0	+++	++
MM — 16,0	IV	6	14	11	3	10	∅	∅
YM — 7,5	III	2	4	12	4	1	∅	∅
ŠR — 10,5	IV	8	21	23	5	3	++	∅
FM — 13,0	IV	8	19	12	4	0	+++	+++
ZN — 12,9	IV	10	20	24	20	1	+++	+++
RB — 20,0	II	2	7	4	0	0	+++	+++
Priemer		4,3	6,8	12,2	4,5	1,3	—	—

* Značky VŠ a AH sú dievčatá, ostatní chlapci. Pri značke MM išlo o debilitu (IQ 58). Dĺžka terapie je uvedená v mesiacoch. Počet cvičení znamená sedenia s terapeutom (bez domácich cvičení). Ostatné údaje sú zrejmé podľa textu.

niach sa vyskytli odchýlky v závislosti od svedomitosti rodičov. Je to, pravda, činiteľ, ktorý mal pri celkovom výsledku tiež úlohu, patrí však k tým, ktoré sa vo výskume ťažko kontrolujú.

Pri katamnestickom sledovaní sme všetkých pacientov, okrem štyroch,

kontrolne vyšetrili po 1—2 mesiacoch od skončenia liečby. Ďalšia katamnéza (po 1 až 5 rokoch) sa urobila v 5 prípadoch priamou kontrolou u terapeuta, v ďalších pomocou katamnestických správ od rodičov, prípadne aj od školy, alebo z oboch zdrojov informácií.[18]

a) Priebeh cvičení

Prirodzene, že variácie postupu ovplyvňovali predovšetkým individuálne odlišnosti balbutika a sám priebeh liečby (resp. zlepšovania reči). Najlepšie sa dajú demonštrovať na kazuistickom opise. Vyberáme prípad, ktorý je z tohto hľadiska najilustratívnejší práve pre množstvo obmien v postupe.

Z. N., 12,9 rokov (predposledný prípad v tab. 6).

Vývoj vo včasnom detstve bol u neho bez nápadnosti. Začiatok chôdze datuje matka od dovŕšenia 1. roku, prvé samostatné slová povedal v 15. mesiaci, vážnejšie detské choroby neprekonal. Keď mal asi 5 rokov, napadol ho pes a psov sa potom bál. Ako 8-ročný mal strelný úraz s menšou ranou pri oku, ktorý utrpel počas hry s nábojmi, čo zároveň pôsobilo ako silný zážitok úľaku.

Otec bol dôstojníkom u pohraničnej stráže, býval menej doma. Matka bola domáca. Okrem pacienta mali ešte jedného mladšieho syna. Rodičia si v posledných rokoch nerozumeli, vznikali medzi nimi hádky a nesúlad sa končil neskôr rozvodom. O výchovu detí sa starala predovšetkým matka, občas používala telesný trest, ináč v charakteristike domácej výchovy neboli zvláštnosti. Pred deťmi sa vyhýbali hádkam, pacient však postrehol nesúlad a viazal sa citovo viac na matku. V predškolskom veku postrádal detskú spoločnosť a hrával sa zväčša sám. Školu navštevoval na troch miestach, pri príchode do našej poradne bol v 6. ročníku ZDŠ. Učil sa priemerne, mával dvojky a trojky (zo slovenčiny a počtov).

Doma hovorili po česky, medzi deťmi v škole hovoril pacient po slovensky. *Vo vývoji reči* pretrvávala dlhšie fyziologická fáza dyslalických ťažkostí (vo výslovnosti hlások r, t, k), pri vstupe do školy nevedel vysloviť „k". Spočiatku mal ťažkosti v čítaní a na školu sa ťažšie adaptoval. Zajakávanie sa začalo práve súbežne so školskou dochádzkou. Na chyby reči ho upozorňovali a čoskoro si zajakavosť uvedomoval. Už v druhej triede sa veľmi často zajakával, vyskytovali sa však ešte výkyvy, keď chyby vo výslovnosti boli menej nápadné. Najviac sa zhoršila zajakavosť

[18] Správa mala nasledujúci text:

Podajte nám obratom pošty správu, či je porucha reči u Vášho syna—dcéry .... v poriadku, alebo sa vyskytujú nejaké ťažkosti. Odpoveď napíšte na druhú stranu a okrem toho podčiarknite jednu z nasledujúcich charakteristík, a to tú, ktorá zodpovedá stavu reči u Vášho syna—dcéry:

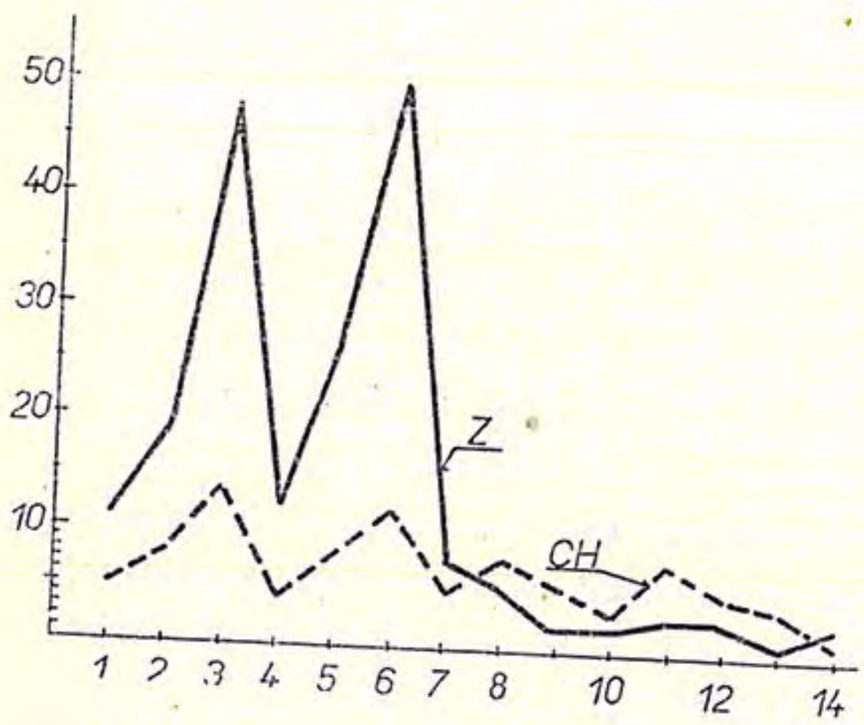
1. Rozpráva stále riadne, úplne plynne.
2. Vo väčšine času hovorí plynule, len ojedinele sa vyskytne zakoktanie.
3. Stav reči je zlepšený, ale zakoktanie sa ešte vyskytuje.
4. Reč sa len málo zlepšila, alebo vôbec nezlepšila.

Iné poznámky (odkedy sa vyskytlo zhoršenie a pod.).

Jednotlivé body správy mali zhruba zodpovedať uvedeným 4 stupňom hodnotenia.

za posledné tri roky. Pri návšteve našej poradne prejavoval veľmi často tonické aj klonické spazmy s dlhšími pauzami pri tonickom spazme. Klony a iterácie prevládali na začiatku slov. Počet zakoktaní za minútu sa pohyboval medzi 10—25 (10 pri naučenej časti z dejepisu). Jeho verbálna frekvencia bola 28—31 slov za minútu, takže sa takmer v každom slove zajakával. Pri reči používal pomocné vsuvky „že" a „nech", pričom sa niektorým slovám a hláskovým zhlukom vyhýbal (napr. slová začínajúce sa slabikou „po-"). Dĺžka prestávok v dôsledku spazmov sa pohybovala od 1,72 sek. do 9,03 sek. s priemerom 3,70 sekundy. Niekedy mu robila ťažkosti aj výslovnosť spojky „a". Zajakávanie sa prejavovalo aj pri čítaní. Vo vystupovaní bol nesmelý, ostýchavý.

V priebehu cvičení sa u neho zaznamenávali také veľké výkyvy, aké sa v iných prípadoch nevyskytli. Rečová produkcia sa totiž zrýchlila, a tým narastalo aj zajakávanie (hoci sa zároveň skrátilo trvanie spazmov). Priebeh cvičení je znázornený na obr. 11.



Obr. 11. Individuálna krivka o priebehu cvičení s metódou tienenia. Os x — cvičenia, os y — zakoktania (Z — plná čiara), resp. chyby (Ch — prerušovaná čiara). Pri 7. cvičení sa použil pri tienení latinský text. Medzi 7.—10. cvičením sa zároveň konali sedenia so systematickou desenzitizáciou. V ďalších cvičeniach zakoktania a chyby vymizli, a preto sa na obraze neuvádzajú.

Рис. 11. Индивидуальная кривая о ходе упражнений при помощи метода подражания. Ось x — упражнения, ось y — заикания (Z, сплошная линия) или же ошибки (Ch, пунктирная линия). В седьмом упражнении был взят для подражания латинский текст. Между 7—10 упражнениями одновременно происходили сеансы с систематической десенситизацией. В дальнейшем заикания и ошибки исчезли поэтому они на рисунке отсутствуют.

Fig. 11. Individual curve of training by shadowing method. Axis x — exercises, axis y — stammers (Z, solid line) and erros (Ch, broken line). At the seventh exercise a Latin text was used for shadowing, and the sessions with systematic desensitization were held in the time between the 7th and the 10th exercises.

Najvýraznejšie výkyvy vo frekvencii zajakávania nastali medzi druhým a siedmym cvičením. Ich zníženie nastalo pravdepodobne v dôsledku aplikácie tienenia s latinským textom, ktoré sa aplikovalo od 7. cvičenia. Zintenzívnili sa zároveň cvičenia relaxácie a pri 8. cvičení sa už robila aj systematická desenzitizácia. Tienenie sa striedalo aj pomocou telefónu a hlasového kľúča. Krivky zakoktaní a chýb zostali už na nízkej úrovni

a od 15. cvičenia zajakávanie postupne vymizlo, čo sa súbežne začalo prejavovať aj v bežnej konverzácii.

Zajakavosť mu prinášala aj psychotraumatické skúsenosti. Okrem posmievania rovesníkov sa mu pri zbieraní húb, na ktoré išiel s kamarátom, vysmievali cigánski občania, vyhrážali sa mu bitkou, takže musel ujsť. Desenzitizácia sa týkala rečových situácií (pozri v časti o metódach) a týchto psychotraumatických zážitkov. Po 13. cvičení bola 6-týždňová prestávka (dovolenkové obdobie) a reč už bola v tom čase zlepšená. Celkový počet cvičení s terapeutom bol 20.

Pred ukončením cvičení sa ojedinele vyskytlo zakoktanie v ťaživej situácii, ale po mesačnom pokračovaní v domácich cvičeniach (s frekvenciou raz týždenne) sa reč plne upravila. Hovoril sústavne plynule, niekedy pomalšie. V správe školy sa uvádzalo: „Rozpráva úplne riadne, plynule. Má však tendenciu skracovať hovor na čím menšiu mieru; akosi si neverí." Opätovné katamnestické kontroly potvrdzovali trvalú úpravu reči; niekedy hovoril v kratších vetách.

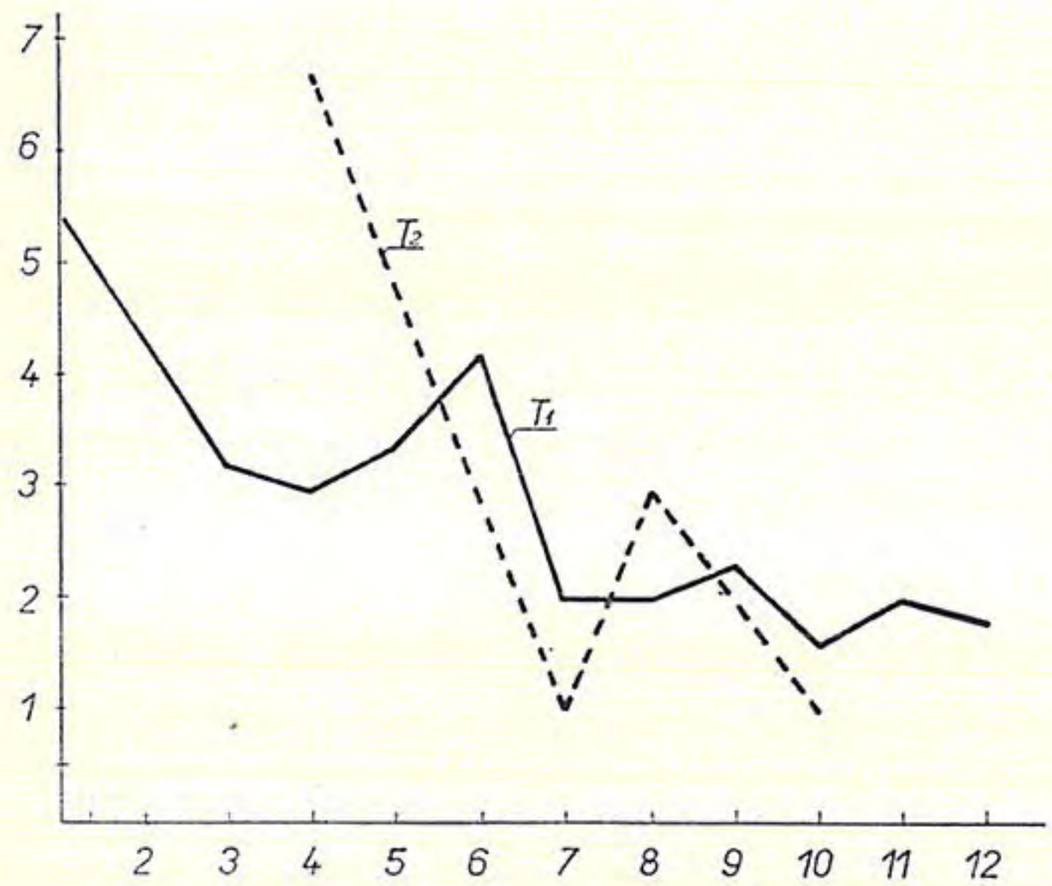
Prípad dobre ilustruje variácie v postupe reedukácie, ktorá sa s jednou prestávkou predĺžila až na 10 mesiacov. Na potlačenie tendencie vyhýbať sa tzv. ťažším slovám sa osvedčilo tienenie v neznámej reči (latinčine). Urobil sa aj psychoterapeutický rozhovor. Keď sám zistil, že jeho reč sa zlepšuje, mal z toho veľkú radosť. Úprava bola zreteľná tak doma, ako aj v škole. Zlepšilo sa čítanie, mal radosť zo samostatných odpovedí v škole (zvlášť zo zemepisu a dejepisu, ktoré patrili medzi jeho obľúbené predmety). Postupne sa dosiahla úplná plynulosť reči, ktorá bola trvácna aj po 4 rokoch sledovania.

b) Hodnotenie postupu a výsledky

Metóda tienenia je deťom veľmi prístupná a pri zavedených variáciách i s prípadným povzbudením sa darí udržiavať motiv[illegible] pri dlhodobom cvičení. Na začiatku sa dbá na presnosť samého tienenia, pričom sa využíva zácvik aj pomocou magnetofónu alebo zácvik inou formou demonštrácie. Zároveň sa cvičí dýchanie, a to aj vo forme relaxačných cvikov. Pri ťažších prípadoch sa nacvičuje autogénny tréning pre prípadné použitie desenzitizácie a prípadne sa aj vysvetlí mechanizmus zajakávania.

Pokles zajakávania nastáva počas tienenia hneď na začiatku cvičení. Rozdiel v poklese zakoktaní pri 5. cvičení oproti prvému cvičeniu je štatisticky signifikatný ($P<0,005$). Tienenie teda znižuje frekvenciu zajakávania hneď od začiatku cvičení, čo sa v samostatnej reči prejavuje, pravda, neskôr a niekedy treba redukciu zajakávania v bežnej reči napomáhať (problém transferu).

Ak sa znázorní priebeh cvičení v sumárnej krivke (plná čiara na obr. 12), ukazuje sa zreteľný pokles frekvencie zajakávania už v priebehu prvých 4—5 cvičení. Potom krivka mierne stúpa, a pokles v ďalšom priebehu je už trvalý.



Obr. 12. Frekvencia zajakávania v priebehu cvičení s metódou tienenia. Os x — cvičenia, os y — priemerný počet zakoktaní. Plná čiara — tienenie bežným spôsobom (T_1, N=17), prerušovaná čiara — tienenie pomocou telefónu alebo slúchadiel (T_2, N=7).

Рис. 12. Частота заикания в ходе части упражнения при помощи метода подражания. Ось x — упражнения, ось y — среднее количество заиканий. Сплошная линия — подражание обычным способом (T_1, N = 17), пунктирная линия — подражание при помощи телефона или же наушников (T_2, N = 7).

Fig. 12. The frequency of stammering in part of the exercises by shadowing method. Axis x — excercises, axis y — mean number of stammers. Solid line — shadowing by current way (T_1, n=17), broken line — shadowing by means of phone or voice-cue-technique receivers (T_2, n=7).

Na obr. 12 je zároveň zakreslená krivka o frekvencii zajakávania počas „technického" tienenia, t. j. tienenia za pomoci slúchadiel alebo telefónu. Zaradenie tohto spôsobu tienenia spočiatku zvýši frekvenciu zajakávania, ale v priebehu 3—4 cvičení nastáva prudký pokles, čo je jediný znak, ktorým sa tento spôsob tienenia líši od bežného typu. Okrem tohto znaku je rozdiel medzi týmito dvoma formami tienenia nepatrný.

Pri relatívnom spomalení prvej krivky (s bežným typom tienenia) si treba uvedomiť, že väčší počet cvičení sa konal práve pri ťažších prípadoch (7 balbutikov malo 10 a viac cvičení).

Ako vidieť už z údajov v tab. 6, po skončení liečby sa frekvencia zajakávania veľmi výrazne znížila aj v bežnej, samostatnej reči u všetkých pacientov okrem dvoch. U ďalších dvoch, kde sa zajakávanie znížilo na 1—3 prvky za minútu, sa v jednom prípade vyskytovali často situácie,

v ktorých sa pacient zajakával, a preto bol hodnotený ako neúspešný a v druhom prípade po zreteľnej úprave reči nastala neskoršie recidíva.

Dosiahnuté *zmeny vo frekvencii zajakávania* sú štatisticky signifikantné ($P<0,005$). Je zaujímavé, že sa diferencie pri aplikácii klarifikácie a systematickej desenzitizácie nelíšia významne od ostatných prípadov. Tieto zásahy sa však aplikovali práve v najťažších prípadoch, a tak toto zistenie nevylučuje úplne ich účasť na celkovom zlepšení reči, hoci ju ani nedokazuje.

Pokles frekvencie zajakávania za podmienky tienenia býva s istým oneskorením sprevádzaný aj *redukciou zajakávania v bežnej reči,* čo však neprebieha lineárne. Ide tu koniec-koncov o prenos zmien z jednej podmienky na druhú, na čo sa vzťahujú pravidlá transferu. Tento transfer sme napomáhali jednak používaním tienenia za prítomnosti inej osoby, jednak nácvikom dýchania, ako aj odstraňovaním strachu z hovorových situácií a prípadne aj pred „obávanými" hláskovými zhlukmi a slovami, pri ktorých sa použila čiastková negatívna prax. Samo tienenie totiž postráda tak komunikačný charakter reči, ako aj samostatnú formuláciu myšlienok, čo sťažuje transferový efekt. Treba si teda uvedomovať, že trvácnosť úpravy reči navodenej tienením závisí od gradientu transferu i od nasledujúcich posilnení plynulosti reči bežnými životnými podmienkami. V tomto bode zostávajú niektoré problémy nedoriešené, a preto sa vyžaduje riešiť možnosti ďalšieho zdokonaľovania metódy tienenia. V zásade je však efekt tejto metódy pozitívneho tréningu rozhodne uspokojivý, ako ukazujú údaje v tab. 7.

Tabuľka 7

Efekt discentnej reedukácie

Hodnotenie	Vyliečení +++	Veľmi zlepšení ++	%	Málo zlepšení +	Nezlepšení ∅	%
po liečbe	9	3	70,6	3	2	29,4
katamnesticky	8	2	58,8	2	5	41,2

V porovnaní s tab. 5, kde sú analogické údaje o logopedickej liečbe, javia sa naše výsledky omnoho lepšie. Úspech sa dosahuje takmer u troch štvrtín pacientov (70,6 %) a pri dlhodobej katamnéze nastáva pokles len o 11,8 %, takže dosiahnutý úspech je stály. Len v 12 % nastal relaps, prípadne recidíva, kým pri logopedickom cvičení sme sa stretli s údajom

o výskyte až 40 % recidív, pričom analogické údaje o dlhodobom sledovaní sa nám nepodarilo nájsť.

Pri porovnaní efektu liečby po skončení terapie vidíme, že pomocou discentnej reedukácie sa dosiahol lepší výsledok ako pri logopedickej liečbe o 17—25 %, a to aj vtedy, ak sa logopedická liečba kombinovala so spánkovou terapiou. Efekt terapie je teda až o štvrtinu lepší pri discentnej reedukácii. Za najvýznamnejšiu pokladáme však skutočnosť, že dosiahnutý efekt má trvalý ráz, pričom sa však vyžaduje, aby sa terapeut nevzdával prípadu, ak pacient nereaguje výraznejšie na postup počas 1—2 mesiacov cvičení. Za dôležité pokladáme aj variácie v postupe a jeho zaradenie do komplexu ďalších opatrení (dýchacie cviky, relaxácia, prípadne desenzitizácia). Cvičenia vo forme negatívneho tréningu sú vhodné na odstraňovanie zvyškov zajakávania pri „obávaných" slovách. Jednou z podstatných zásad nášho postupu bolo, že sme sa nevzdávali prípadu, kým sme nachádzali východiská pre možnosti ďalších zásahov. A tak v porovnaní so 7 detskými balbutikmi Maclanda (1960), ktorý dosahuje 57 % úspechu, treba zrejme uvedeným modifikáciám a zásadám vďačiť za vyšší efekt. Treba ešte poznamenať, že *modifikácia tienenia hrou* sa ukázala veľmi efektná a pomohla pomerne rýchlo k plnej a trvalej úprave plynulosti reči pri primárnej balbuties. Ak by sme pojali aj tieto prípady do celkového hodnotenia (tab. 7), zvýšil by sa efekt liečby na 75 % a pri dlhodobom sledovaní by zostalo len 35 % prípadov bez zreteľného zlepšenia plynulosti reči.

Hoci náprava balbuties má u detí v porovnaní s dospelými svoje špecifiká, dosiahnuté výsledky podporujú nedávno vyslovený predpoklad Eysencka a Rachmana (1965) o tom, že „niektoré z metód, ktoré sa používajú v liečbe tejto poruchy u dospelých, môžu sa ukázať úspešnejšie aj u detí". Výsledky podporujú aj hypotézy a teoretické závery, ku ktorým dospeli Cherry a Sayers (1956), a zásah do percepcie vlastného hovoru balbutika sa javí ako účinný prostriedok na redukovanie zajakávania, ktoré sa postupne transferuje aj na bežné hovorové situácie. Tak ako sú mechanizmy učenia zúčastnené pri fixácii a perzistencii balbuties, sú aj nástrojom na jej oslabovanie a elimináciu. To je dôvod, aby sa metóda tienenia ďalej študovala a zavádzala postupne do praxe.

3. Štúdium mechanizmov a optimálneho spôsobu aplikácie metódy tienenia

Videli sme, že metóda tienenia predstavuje jednoduchú a pritom prirodzenú formu tréningu plynulej reči, pričom rešpektuje základné zákonitosti učenia. Vieme, že pri učení má samo opakovanie pomerne malú hodnotu, a preto treba počítať s mechanizmami, ktoré sú zodpovedné za výsledný efekt učenia. Najčastejším takýmto mechanizmom býva určitý posilňujúci činiteľ. Funkciu posilňujúceho činiteľa spĺňa pri metóde tienenia do istej miery už skutočnosť, že podmienka „tienenia" nedovoľuje plne sa prejaviť zajakavosti. To je však úvaha z hľadiska konečného efektu úpravy reči. Čím je však spôsobené tlmenie zajakavosti počas tienenia?

Cherry a Sayers (1965) vidia dôležitý faktor v tom, že tu vzniká aspoň čiastočný prenos sluchových percepcií balbutika od vlastného hovoru k hlasu iného hovoriaceho, teda v zásahu do spätnoväzbovej kontroly vlastnej reči. V zhode s Leeovým efektom vidia podstatu zajakávania v percepčnom, a nie v motorickom defekte. Podľa nášho názoru spôsobuje rušenie percepcie zajakavého spôsobu reči redukciu duševného napätia balbutika a znižovanie strachu pred hovorovou situáciou, pričom tak napätie, ako aj strach pred hovorom pokladáme za ďalšie dôležité znaky zajakavosti. V tomto zmysle by sa potom mohol ďalší činiteľ efektu tejto metódy hľadať v princípe interferencie, a to v dvojakom smere:

a) rušením percepcie zajakávania sa ovplyvňuje spätne strach z hovorovej situácie,

b) „tienenie" predstavuje direktívny tréning plynulej reči, čo môže následne vplývať (v zmysle retroaktívnej interferencie) na predošlé návyky neplynulého spôsobu reči (Kondáš, 1965a).

Okrem uvedeného prichádza pri znižovaní zajakávania do úvahy tzv. *adaptačný efekt*, ktorý teoreticky súvisí s retroaktívnym útlmom. Pod adaptačným efektom sa rozumie pokles zajakávania v dôsledku opakovaného sústredeného čítania toho istého textu. Adaptačný efekt je potom negatívne akcelerovanou funkciou sústredeného čítania (massed reading — Brutten a Gray, 1961).

Viaceré stránky adaptačného efektu skúmali Brutten a Gray (1961), Gray a Brutten (1965) a Gray (1965). Pokladajú ho za laboratórny model procesu zlepšovania tejto poruchy a dávajú ho do súvisu aj so spontánnym uzdravením. Zistili, že pôsobí aj pri „obávaných" slovách. Ak sa text na opakované čítanie zostavil z takýchto slov, nastal očakávaný pokles zajakávania. Adaptačný efekt je však opäť výsledný jav. Od čoho závisí? Túto otázku skúmali Gray a Brutten na súbore 21 dospelých balbutikov a postavili si dve hypotézy. Prvá znela, že adaptačný efekt nastáva v dôsled-

ku redukcie anxiety, a druhá, že nastáva v dôsledku narastania inhibičného potenciálu. Výsledky hovorili v prospech druhej hypotézy. Preto pokladajú útlmové činitele — vyjadrené v Hullovej rovnici symbolmi I_r a ${}_sI_r$ — za hlavný zdroj adaptačného efektu.

Ak počítame pri metóde tienenia s činiteľom spätnoväzbovej kontroly reči a s činiteľom interferencie (s redukovaním anxiety), možno v pribratí adaptačného efektu vidieť možnosť optimalizovať nápravný postup s metódou tienenia. Pri pôvodnom experimentovaní s touto metódou Cherry a Sayers vyslovene odporúčali používať každý raz nový text a toto odporúčanie sme pri našom postupe rešpektovali. Na to, aby sme mohli počítať so súčasným výskytom adaptačného efektu, naopak, by sa žiadalo používať pri cvičeniach ten istý text. Usilovali sme sa preto — zatiaľ iba výskumne — preskúšať túto premennú s očakávaním, že sa tým môže zvýšiť efekt metódy tienenia.

Projekt, súbor a metóda

Náš výskumný projekt má charakter experimentálneho štúdia s terapeutickým zámerom, ide teda o psychoterapeutický výskum. Preverovali sme hypotézu, či adaptačný efekt prispeje k ďalšiemu znižovaniu zajakávania. Použilo sa na to sústredené opakované čítanie toho istého textu samostatne a vo forme tienenia a oba spôsoby sa porovnávajú jednak s pôvodnou formou tienenia a jednak so samostatným čítaním nových textov, ktoré tvorí hlavnú kontrolnú podmienku.

Použil sa *projekt jednej výskumnej skupiny,* a to najmä pre ťažkosť vyvážiť experimentálne a kontrolné skupiny. Totiž vieme, že medzi jednotlivými prípadmi balbuties existujú veľké interindividuálne rozdiely a vyvažovanie by si vyžadovalo výber z veľmi veľkého súboru, čo nebolo v našich podmienkach možné. Preto sa volil jeden výskumný súbor s týmito charakteristikami.

Súbor pozostával zo 16 balbutikov (3 dievčatá a 13 chlapcov) z 5.—9. ročníka školy pre chybne hovoriacich v Bratislave. Päť z týchto detí bývalo v Bratislave, ostatné pochádzali z rozličných častí Slovenska s prevahou Západoslovenského kraja. Ich priemerný vek bol 13,2 s rozpätím 10—15 rokov. Žiaci boli normálne nadaní. Ich celkový prospech v škole sa pohyboval medzi stupňom 1,0—2,5 s výnimkou jedného žiaka, ktorý mal z troch hlavných predmetov známku 4. stupňa. Podľa anamnestických údajov v záznamoch školy sa začala balbuties v 12 prípadoch ešte v predškolskom veku (pred 6. rokom), v dvoch prípadoch medzi 9.—10. rokom. Podľa klasifikácie Dostálovej a Dosužkova išlo prevažne o balbu-

ties vulgaris. U 8 detí boli veľmi výrazné tonicko-klonické kŕče, u ostatných sa vyskytoval bežný typ iterácie hlások, resp. slabík. Jeden trpel do 10. roku na dysláliu a v jeho anamnéze sa uvádzali „záchvaty bezvedomia" do 4. roku života. Podľa stupňa balbuties patrili v čase výskumu 3 balbutici do prvého stupňa, 7 do druhého stupňa, u 4 bol tretí stupeň obťažnosti poruchy a u dvoch štvrtý stupeň. Skúška reči (pri hovorení obsahu knihy alebo filmu) vykazovala priemerne v celej skupine 7,7 zakoktaní za minútu hovoru s rozptylom 3—18 zakoktaní v jednotlivých prípadoch.

Okrem skúšky spontánnej reči sa ďalšie vyšetrenia nerobili.

Experimentálny postup pozostával zo 4 podmienok:

A — čítanie piatich odlišných textov za sebou ($Č_1$),
B — opakované čítanie toho istého textu ($Č_2$),
C — „tienenie" pôvodným spôsobom, t. j. s novými textami (T_1),
D — „tienenie" toho istého textu (T_2).

Každý postup sa opakoval 5-krát. Dĺžka textov bola štandardne 200 slov s približne vyrovnaným výskytom spoluhláskových zhlukov. (Výber sa robil z prekladu Bajdabových bájok, takže texty boli úplne neznáme pre všetky deti). Jednotlivé podmienky sa striedali podľa latinského štvorca a uskutočnili sa počas dvoch sedení s každým balbutikom. Jedno sedenie trvalo 25—40 minút a medzi oboma sedeniami bola prestávka 30—50 minút. Prechod od jedného postupu k druhému v rámci jedného sedenia nasledoval po krátkej prestávke 2—3 minúty. Materiál zbierali 4 inštruovaní poslucháči psychológie, z ktorých jedna poslucháčka realizovala prevažnú časť cvičení s „tienením". Postupy sa nahrávali na magnetofónový záznam. Vyhodnotenia robil autor, časť záznamov hodnotili dvaja posudzovatelia. Diferencie medzi posudzovateľmi boli bezvýznamné (maximálna diferencia bola pri väčšom počte zakoktaní o 1—2 prvky).[19]

V uvedených podmienkach postupu bola podmienka A kontrolná a mala zachytiť intraindividuálne variácie v zajakávaní počas čítania. Podmienka B zachytávala adaptačný efekt. Podmienka C predstavovala pôvodný spôsob tienenia a podmienka D bola pokusom o možnú optimalizáciu metódy tienenia pomocou spoluúčasti adaptačného efektu. Analogický výskum sa neskôr robil aj u dyslektikov.

---

[19] Chcem sa poďakovať riaditeľovi školy J. Boráňovi za vytvorenie veľmi dobrých podmienok pre výskum, kol. Y. Dilnbergerovej a ďalším poslucháčom za pomoc pri zbieraní materiálu, a dr. E. Borzovej za prijatie úlohy druhého posudzovateľa. V tomto smere výskumu pokračovala pod supervíznym vedením autora M. Pukačová, čo sa bude publikovať v osobitnom článku.

Výsledky

Ako hlavný znak hodnotenia záznamov sa použila frekvencia zajakávania pri každom opakovaní a zachytili sa jej zmeny v priebehu cvičení. Z počtu zakoktaní sa vypočítal priemer a priemerný pokles chýb (zakoktaní), ktorý nastal vplyvom cvičenia. Okrem toho sa zaviedol pre vyhodnotenie osobitný index vo forme percenta zlepšenia

$$(\% \text{ zlepšenia} = \frac{\text{Suma zakoktaní pri 5. cvičení}}{\text{Suma zakoktaní pri 1. cvičení}} \times 100).$$

Tento index má tú dôležitú výhodu, že nezávisí od prípadných nerovností v obťažnosti textov. Prísnejšia kontrola vyrovnania obťažnosti použitých textov v tej istej skupine by bola rušila priebeh ďalšieho postupu, a preto sa vyrovnanosť kontrolovala iba časovou charakteristikou (trvanie prvého čítania textov), v čom nie sú signifikantné rozdiely. Pre štatistický výpočet používame z tohto dôvodu hlavne percento zlepšenia, čo je výhodné aj z hľadiska terapeutického zámeru výskumu. Prehľad spomínaných ukazovateľov je v tab. 8.

Tabuľka 8

Prehľad priemerných hodnôt v zmenách plynulosti reči

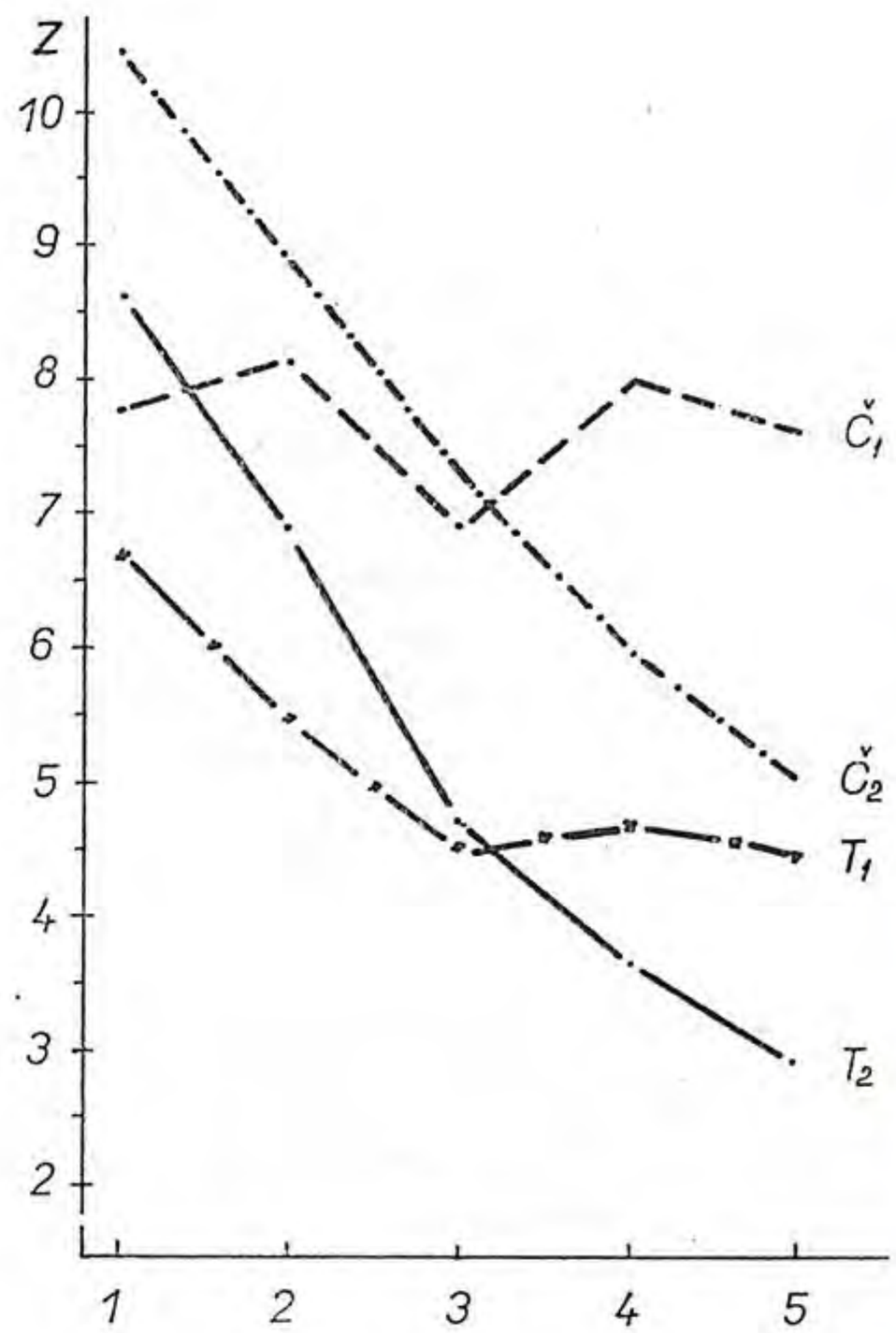
Podmienka	AM chýb	Pokles zajakávania	Percento zlepšenia	σ %
$Č_1$	7,5	0,12	16	± 9,15
$Č_2$	7,76	6,56	78	± 10,34
T_1	5,14	2,00	37	± 12,06
T_2	5,52	5,56	75	± 14,12

Aritmetický priemer počtu zakoktaní demonštruje hlavne odlišnosti dvoch foriem samostatného čítania oproti obom postupom tienenia. Priemerný počet zakoktaní nezaznamenáva podstatné výkyvy a pokles je úplne nepatrný (0,12). Na druhej strane je priemerný pokles zajakávania celkom zreteľný pri pôvodnej forme tienenia a je veľmi výrazný pri čítaní a tienení toho istého textu (5,56, resp. 6,56).

Podobné pomery vykazuje relatívny pokles frekvencie zajakávania, vyjadrený v indexe percenta zlepšenia. Je zaujímavé, že relatívny pokles zajakávania pri jednoduchom tréningu čítania ($Č_2$) dosahuje podobnú hodnotu ako pri tienení toho istého textu (75:78 %). Treba mať však na

pamäti, že podmienka B sa týka zajakávania v situácii čítania, kým tienenie už predstavuje reprodukčno-hovorovú situáciu.

Pri výskume išlo o veľmi krátkodobý jednorazový tréning. Preto treba vyzdvihnúť, že už takéto krátkodobé cvičenie umožnilo podstatne znížiť frekvenciu zajakávania, napr. pri pôvodnej forme tienenia o viac ako jednu tretinu (o 37 %). Takýto výrazný pokles — ktorý je okrem toho pravidelný — presahuje, samozrejme, možnosť spontánnych výkyvov intenzity zajakávania pri prítomnosti cudzích osôb vo viac-menej skúškovej situácii navodeného hovoru. (Pri sedeniach boli vždy prítomné aspoň 2 osoby okrem balbutika.) Zlepšenie o 75 % a viac treba potom z daného



Obr. 13. Frekvencia zajakávania pri dvoch formách tienenia a čítania. Os x — cvičenia, os y — počet zakoktaní. $Č_1$ — samostatné čítanie nových textov, $Č_2$ — samostatné čítanie toho istého textu (adaptačný efekt), T_1 — tienenie s novými textami, T_2 — tienenie s opakovaním toho istého textu.

Рис. 13. Частота заикания при двух формах подражания и чтения. Ось x — упражнения, ось y — число заиканий, $Č_1$ — самостоятельное чтение новых текстов, $Č_2$ — самостоятельное чтение того же самого текста (адаптационный эффект), T_1 — подражение с новыми текстами, T_2 — подражение с повторением того же самого текста.

Fig. 13. The frequency of stammering in forms of shadowing and reading. Axis x — exercises, axis y — the sum of stammers. $Č_1$ — reading of different textual materials, $Č_2$ — reading of the same text (adaptation effect), T_1 — shadowing with different texts, T_2 — shadowing with repetition of the same textual material.

hľadiska hodnotiť ako veľmi pozitívny efekt na plynulosť hovoru balbutika.

Priebeh cvičení znázorňuje obr. 13. Zachycuje priemerný výskyt zakoktaní pri 4 podmienkach experimentu. Na krivke $Č_1$ sa neprejavil nijaký efekt (odlišné texty). Opakovania sa vyznačujú mierne variabilným výkonom, ale bez akejkoľvek tendencie ku klesaniu frekvencie zajakávania. Naproti tomu pri pôvodnej forme tienenia (T_1) prebieha krivka na pod-

statne nižšej úrovni chybovosti a medzi prvým a tretím cvičením nastáva výrazný a plynulý pokles vo frekvencii zajakávania. Použitie toho istého textu spôsobilo prudký pokles zakoktaní počas všetkých opakovaní ($Č_2$). Krivka zachycujúca podmienku tienenia (T_2) prebieha na zreteľne nižšej úrovni ako krivka $Č_2$, hoci totožnosť textov je zachovaná pri oboch, a teda zmenu spôsobuje iný činiteľ. Tieto rozdiely (v priebehu kriviek $Č_2$ a T_2) treba vyzdvihnúť aj vzhľadom na malý rozdiel medzi oboma postupmi podľa percenta zlepšenia plynulosti reči. Relatívne zlepšenie je podobné, ale tienenie umožňuje hneď spočiatku výraznejšie znížiť zajakávanie ako čítanie s adaptačným efektom, pričom nižší výskyt zajakávania sa uchováva v priebehu všetkých opakovaní. Tento údaj je pri porovnávaní grafického a číselného vyjadrenia údajov najvýznamnejší.

Tabuľka 9

Významnosť rozdielov medzi postupmi

Porovnávané podmienky	*T*	*z*	*P*
A : B — dve formy čítania	3	— 3,36	0,01
C : D — dve formy „tienenia"	8	— 3,11	0,01
A : C — čítanie a tienenie nových textov	13,5	— 2,64	0,01
B : D — čítanie a tienenie tých istých textov	30,5	— 1,97	0,05
A : D — $Č_1$ a T_2	5	— 3,21	0,01
B : C — $Č_2$ a T_1	20	— 2,49	0,05

Na štatistické hodnotenie významnosti rozdielov sa použil Wilcoxonov neparametrický test (Břicháček, Hampejsová, 1961) pri indexe percenta zlepšenia (s kontrolnými prepočtami — hodnoty *z* a iné). Rozdiely boli štatisticky významné pri všetkých porovnaniach, o čom podáva prehľad tab. 9.

Diskusia a závery

Na tab. 9 vidíme, že všetky podmienky sa navzájom signifikantne líšia, a to zväčša na jednopercentnej hranici významnosti. Z hľadiska postavenej hypotézy treba vyzdvihnúť, že obe formy tienenia sa signifikantne líšia (podobne aj obe formy čítania). Ak okrem toho porovnáme σ % s diferenciami priemerných percent zlepšenia

(podľa vzorca $\sqrt{\frac{p_1 \cdot q_1}{N} + \frac{p_2 \cdot q_2}{N}}$ Milan, 1951), zistíme, že rozdiel priemerov je väčší ako trojnásobok z takto vypočítanej hodnoty stredných chýb, a to:

a) medzi oboma formami čítania,
b) medzi oboma formami tienenia,
c) medzi čítaním a tienením odlišných textov.

Dá sa preto usudzovať, že zistené rozdiely sú spôsobené nejakými podstatnými príčinami. Niet dôvodu nepokladať za takéto príčiny uvedené hypotetické mechanizmy pôsobenia metódy tienenia a adaptačného efektu a potom dosiahnuté výsledky možno považovať za podporenie postavených hypotéz.

Pri rozvedení tohto záveru možno potom hovoriť, že podstatný pokles zajakávania pri čítaní tých istých textov sa dá pripísať faktorom adaptačného efektu. Pôvodná forma tienenia sa výrazne líši od jednoduchého čítania nových textov, a tak zásah do spätnoväzbovej kontroly vlastnej reči a prípadne činiteľ interferencie (s redukciou anxiety) by sa mohli pokladať za mechanizmy tohto postupu. Obe formy tienenia sa líšia v percente zlepšenia plynulosti reči taktiež o viac, ako je trojnásobok odmocniny zo súčtu ich stredných chýb. Keďže lepší výsledok sa dosahuje pri použití toho istého textu, dá sa uvažovať, že *okrem interferencie a rušenia percepcie vlastného hovoru sa tu zvýraznil aj adaptačný efekt.* Tým sa potvrdzuje základná hypotéza, že adaptačný efekt prispieva k zvýšeniu efektu metódy tienenia vo forme výraznejšej redukcie zajakávania. Pri porovnaní čítania a tienenia toho istého textu vzniká ďalšia hypotéza, že adaptačný efekt by tu mohol mať dokonca podstatnú úlohu, resp. že pri oboch postupoch môže pôsobiť spoločný mechanizmus recipročného útlmu. Zodpovedanie vzniknutej hypotézy by si už vyžadovalo ďalší výskum.

Z hľadiska reedukácie balbuties sa dá z výsledkov vyvodiť záver, že tak čítanie s možnosťou uplatniť adaptačný efekt, ako aj technika tienenia zvyšujú plynulosť balbutikovej reči, a to už v priebehu malého počtu opakovaných cvičení. Táto redukcia sa, pochopiteľne, prejavuje počas aplikácie daného postupu a je veľmi významná.

Pre praktické cvičenie s metódou tienenia je významný záver, že optimálnejší spôsob tienenia si vyžaduje opakovane použiť ten istý text, a nie vždy nový, ako to odporúčali Cherry a Sayers (1956). Reedukačné sedenia by sa teda mali usporiadať tak, aby sa pri každom sedení použil ten istý text, ktorý by sa asi 5-krát opakovane tienil a pri nasledujúcich

sedeniach by sa analogicky opakovali iné texty (5—7-krát). Opakovania by mali mať charakter sústredeného cvičenia (hromadenie I_r), pričom ostatné zásady discentnej reedukácie by sa rešpektovali ako dosiaľ (prispôsobenie sa individuálnemu tempu hovoru balbutika, frekvencia a rozloženie opakovaní, resp. sedení atď.). Ďalšie závery a zásady pre reedukačnú prax by sa dali vyvodiť až po praktickom preskúšaní takto upravenej metódy tienenia v reedukačnej praxi.

Opísaný výskum zároveň poukazuje na zložitý proces vypracovania jednej, a to pomerne celkom jednoduchej metódy discentnej reedukácie. Jej vznik sa začína pri experimentálnom výskume, ktorý urobil S. B. Lee, ktorý mal ešte vyslovene laboratórny charakter. Upozornil však na možnosť, že spätnoväzbová kontrola hovoru by mohla mať podiel na zajakavom spôsobe reči. Tento podnet využili Cherry a Sayers. Ich výskum má ešte prevažne teoretické zameranie, ale už z neho vyplynuli aj isté podnety pre klinickú prax. Ponúkali nové metodické princípy pre nápravu balbuties, čo využili Macland (1960) a Maclaren (1960). V tomto štádiu sme začali sami preskúšavať tieto princípy, zaradili sme ich však do širšie koncipovaného postupu, v ktorom hlavnú časť tvorila metóda tienenia. Výskyt prípadov s primárnou balbuties nám pomohol vypracovať jej modifikáciu pomocou hry s bábikou. Okrem toho sa zavádzali ďalšie variácie postupov vzhľadom na požiadavku individualizácie, a tak sa po striktnom výskumnom preskúšaní metódy prešlo k jej bežnej klinickej aplikácií. V niektorých prípadoch bol však aj takto upravený postup dosť namáhavý, a preto sa hľadali ďalšie možnosti zlepšiť metódu tienenia. Našiel sa možný spôsob jej optimalizácie; objavili sa však nové hypotézy, ktoré by bolo potrebné preskúmať, podobne ako novonavrhnutú úpravu praktickej reedukácie. Je to teda pomerne prácna cesta, kým sa metóda vytvorí, zavedie a preveria sa jej mechanizmy, resp. klinický účinok. Táto práca má však veľký význam, už preto, že balbuties je veľmi vážny terapeutický problém, logopedická starostlivosť trvá niekedy roky a počet neúspešných prípadov je ešte stále veľmi vysoký. Je to porucha veľmi nepríjemná, keďže zasahuje najbežnejší každodenný medziľudský kontakt a jej odstránením prispejeme k šťastnejšiemu životu týchto ľudí.

XIII. KAPITOLA

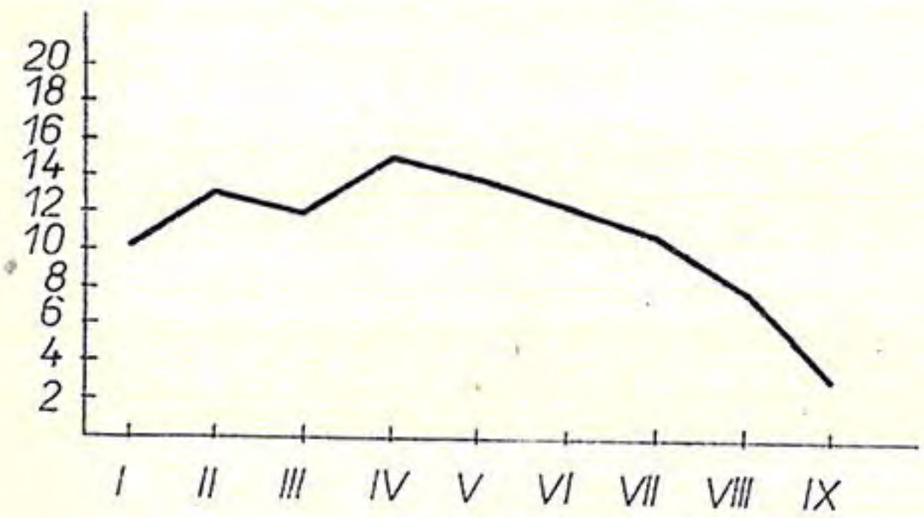
VÝVOJOVÁ DYSLEXIA

Dyslexia, vývojová dyslexia (legasténia) je špecifická porucha čítania. Sovák (1965) výstižne definuje túto poruchu ako komplexnú poruchu analyticko-syntetickej a diferenciačnej schopnosti poznávať a skladať symboly písma. Prejavuje sa chybami čítania, ako sú zámeny, vynechávanie alebo pridávanie hlások, reverziami a ďalšími chybami s výsledným spomalením tempa čítania. Je to izolovaný defekt v oblasti čítacej schopnosti a neviaže sa na poruchy intelektu. Podľa Langmeiera a Matějčeka (1962) sú pre diagnózu dyslexie významné znaky, ako ťažkosti v názorovej orientácii, motorická neobratnosť, ktorá zasahuje aj mikromotoriku očí (čo súvisí s pohybmi očí pri čítaní), ďalej poruchy percepcie, sluchovej analýzy zvukových celkov, nepohotovosť zrakovej analýzy, nedostatky v performačných úlohách, ľahké difúzne poškodenia centrálneho nervového systému a iné. Vzťah dyslexie k faktorom intelektovej aktivity skúma u nás E. Habiňáková.

Z chýb čítania boli v našom súbore dyslektikov v popredí: výrazné spomalenie tempa čítania, neschopnosť spájať hlásky a slabiky (slabikovanie), zámeny hlások — reverzie, dvojité čítanie (najprv potichu, potom nahlas). Typická bola aj sťažená reprodukcia (resp. recepcia) obsahu čítaného textu a vyskytovali sa aj dysortografické chyby. IQ sa pohyboval v rozpätí 80—105 (podľa B-T a Ravenovej skúšky) s priemerným IQ 88. V dvoch prípadoch išlo o kombináciu dyslexie s dysláliou a v troch ďalších sa kombinovala dyslexia s balbuties (liečené pri balbuties).

Výskyt tejto poruchy sa uvádza v literatúre nejednotne — od 2 do 15 % — nájdu sa však aj iné údaje. Odlišnosť údajov o výskyte dyslexie môže sčasti súvisieť aj s diferenciami v štruktúre jazykov (ak máme na zreteli napr. angličtinu, ktorá je z tohto hľadiska osobitným problémom). U nás nachádza T. Pardel (1965) 4—15 % žiakov s ťažkosťami čítania v 1.—9. ročníku ZDŠ, ako to znázorňuje jeho krivka (obr. 14).

O genetických súvislostiach dyslexie sa v literatúre často diskutuje a uvádzajú sa viaceré vzťahy: dyslexia podmienená nedostatočnou zrelosťou,



Obr. 14. Frekvencia legastenických ťažkostí v našej populácii. Pardelova krivka. Os x — ročníky, os y — percento výskytu dyslektikov. (Prevzaté so zvolením autora — Pardel, 1965.)

Рис. 14. Частота затруднений при чтении в словацкой среде. Кривая Пардела. Ось x — классы, ось y — процент встречаемости дислективов (Пардел, 1965).

Fig. 14. The occurrence of reading disabilities in our population — Pardel's curve. Axis x — the school grades, axis y — dyslectics in percentage.

neurotický typ dyslexie, súvis dyslexie s ľahkou encefalopatiou a iné. (Pozri napr. Matějček, 1959), Langmeier a Matějček, 1962, Pardel, 1965.) Za jednu z príčin zlého čítania sa obvykle pokladala aj chyba v mikromotorike očných pohybov, spočívajúca v príliš krátkych vzdialenostiach medzi fixačnými bodmi pri sledovaní textu. (Čítajúci príliš dlho zotrváva na jednom fixačnom bode, prípadne sa k nemu opätovne vracia.) Modernejší pohľad, podložený výskumnými údajmi (napr. Poulton, 1963), ukazuje, že očné pohyby nie sú príčinou slabého čítania, lež súčasťou ťažkostí pri čítaní. Záznam očných pohybov nevykázal totiž signifikantné rozdiely medzi pomalými a rýchlymi čitateľmi (nešlo, pravda, priamo o dyslektikov). Možno sa domnievať, že uvedený znak môže byť symptómom, a nie príčinou azda ani pri dyslexii. Cvičenia zamerané na očné pohyby majú potom len parciálny ráz.

Medzi príčinami dyslexie sa najčastejšie uvádza aj nepriaznivá emočná situácia dieťaťa, sociálna a výchovná zanedbanosť, nedostatočná výučba alebo jej nevhodná metóda, dvojjazyčná výchova, telesná nevyspelosť alebo aj tzv. oneskorená zrelosť na čítanie. Treba si tiež povšimnúť, že dyslexia vzniká od počiatku výučby čítania a už tým môže byť časť z nich didakticky podmienená.

Z hľadiska teórie učenia sa dívame na dyslexiu ako na poruchu deficitného rázu. Aj keď pri jej vzniku môžu spolupôsobiť viaceré genetické činitele, tak pri jej vzniku, ako aj pri jej fixácii je výrazným činiteľom nedostatok učenia, nedostatočná intenzita alebo spôsob osvojovania si čítacích návykov.

Je zrejmé, že pri osvojovaní čítania ide o zložité senzorické, mikromotorické i analyticko-syntetické operácie (transformácia vizuálnych znakov do zvukovej podoby). Tento zložitý proces vizuálno-akustickej verbálnej reprodukcie komplexu grafém sa môže, pochopiteľne, narúšať, ak sa nepodchytia niektoré zložky procesu učenia sa týmto operáciám. Individuálne rozdiely v dispozíciách (ťažkosti v názorovej orientácii, pohotovosť na tieto operácie, prípadne i neobratnosť mikromotoriky) sa pri bežnom spôsobe výučby čítania neberú, pochopiteľne, do úvahy (učitelia ich, pravda, ani nepostrehujú). Pri zhoršených dispozíciách potom nevyhnutne ide o deficitný spôsob výučby, pri ktorom dieťa nedokáže zvládnuť dané operácie. Prípadná zhoršená adaptácia na školu, vznikajúce napätie, záťaž a podobné psychologické činitele môžu taktiež prispievať k sťažovaniu, resp. brzdeniu adekvátneho osvojovania čítacích návykov. Okrem toho systém vyučovania zvyčajne počíta — a to aj u žiakov prvého ročníka — s domácou prípravou, intenzita ktorej býva, pravda, veľmi rôznorodá.

Ak sa už začali objavovať isté ťažkosti v ovládaní čítacích návykov, následné uvedomenie si chýb, upozorňovanie na ne, spolu s rozličnými prejavmi nespokojnosti zo strany rodičov a školy zvyšujú u daného indivídua tenziu a vyvolávajú strach, ktoré spätne napomáhajú fixáciu tejto poruchy. Už sama skutočnosť, že sa v 3. a 4. ročníku zvyšuje frekvencia prípadov s ťažkosťami čítania (pozri obr. 14), poukazuje na to, že faktory učenia v spojení s tenziou, anxietou a následnou dekoncentráciou pozornosti tvoria zložky, s ktorými je potrebné rátať. Nech teda uvažujeme o genéze vývojovej dyslexie akýmkoľvek spôsobom, činitele učenia, resp. jeho nedostatku sú tu významným faktorom; na dyslexiu sa možno dívať ako na deficitnú poruchu a k jej terapii možno pristupovať zo stanovísk teórie učenia.

1. Discentná reedukácia pri dyslexii

Pri náprave dyslexie sa používajú rozličné cvičenia. Medzi jednoduchšie patrí čítanie s podložkou, s posuvným okienkom alebo tachystoskopické čítanie krátkych slov. Známa metodika zo skupiny zložitých je *metóda Fernaldovej* (opísaná u nás Matějčekom, 1959), pri ktorej sa obťahujú a zároveň vyslovujú napísané zložené slová, až kým sa ich dyslektik nenaučí obťahovať aj so zatvorenými očami. Neskôr číta tieto slová, píše si slovník pomocou obťahovania zvládnutých slov, číta z nich zostavené poviedky a pod. Celý postup je veľmi namáhavý a zdĺhavý. Matějček sám zdôrazňuje nižšiu upotrebiteľnosť tejto metódy vzhľadom na odlišnosť našich jazykov od angličtiny (napr. v bohatstve tvaroslovia, prípon atď.).

Už z toho dôvodu je každá nová a jednoduchšia metóda vítaným obohatením arzenálu reedukačných metód na nápravu dyslexie.

Podrobný opis nápravných metód pri dyslexii podali u nás Jirásek, Matějček a Žlab (1966). Z hľadiska výskumu terapie dyslexie a najmä z aspektu možností aplikovať v jej reedukácii discentný prístup sú však veľmi prínosné aj štúdie o tréningu čítania u normálne čítajúcich, prípadne u pomalšie čítajúcich (Pouton, 1963, Morton, 1964 a 1966).

Morton (1966) opísal jednoduchý *trénin*g *čítania* u študentov a vojakov (N 36 a 26), ktorý sa konal pre „zlepšenie výkonu v čítaní". Tréning pozostával z vysvetlenia príčin zlého a pomalého čítania (ako neadekvátna koncentrácia, nepotrebné návraty alebo chybná vokalizácia) s ukážkami vplyvu kontextu na čítanie, po čom nasledovalo 5 trojminútových sedení s tichým čítaním. Celý program trval len dve hodiny. Skúšky čítania pred tréningom a po tréningu vykázali signifikantné zvýšenie tempa čítania, ktoré sa v oboch skupinách zvýšilo o 33—80 % (z 211 na 243 slov a zo 161 na 242 slov). Výraznejšie zlepšenie nastalo v podskupine horších čitateľov. Podobne Poulton (1963) uvádza zlepšenie tempa čítania pomocou špeciálnych kurzov o 40—130 %, pričom sa nenarušilo porozumenie textu. Rozsah pochopenia textu narastal v porovnaní s kotrolnou skupinou o 54 %.

Obaja autori kladú dôraz na kontext, o ktorom predpokladajú, že je podstatným činiteľom zvyšovania výkonu v čítaní. Pozitívny vplyv kontextu je nakoniec známy aj pri pamäťovom výkone a platí aj pre výkon v učení (pozri Woodworth a Schlosberg, 1959). Kontextový činiteľ pôsobí zrejme tým, že redukuje počet potrebných kľúčov na správnu indentifikáciu textových celkov. Morton odporúča pri tréningu čítania predovšetkým tzv. aktívnejšie čítanie.

Aplikácia zistení z týchto pokusov na reedukáciu dyslexie naráža, pravda, na problém nedostatočného vnímania obsahu, v dôsledku čoho je tréning využívajúci kontextové kľúče vážnejším metodickým problémom. No na druhej strane potreba dbať pri náprave dyslexie na rozvíjanie percepie obsahu, to by pravdepodobne posunulo otázku nápravy dyslexie o krok dopredu. Z tohto hľadiska je metóda Fernaldovej málo výhodná, keďže pri využití podmienky kontextu Morton zistil rušivé pôsobenie vplyvu predošlých slovných väzieb (narastali chyby), pričom pri metóde obťahovania sa cvičia práve slovné väzby. Zatiaľ zostáva tento problém pri dyslexii úplne otvorený aj z hľadiska discentného prístupu k jej reedukácii.

Aplikácia discentného prístupu k reedukácii dyslexie vychádza z predpokladu, že nedostatok učenia je pri dyslexii podstatnou zložkou vzniku a fixácie tejto poruchy, a preto možno uvažovať o aplikácii nejakého

postupu pozitívneho tréningu. Kombinácia balbuties s dyslexiou navodila nápad zaviesť metódu dublovaného čítania na nápravu dyslexie (Kondáš, 1965a). Metóda (pozri jej opis v VII. kap.) vyniká jednoduchosťou a je deťom veľmi prístupná a prirodzená. Spočíva v spolučítaní krátkych textov (v trvaní 2—3 minúty), čo sa v priebehu jedného sedenia 2—3-krát opakuje. Za jej základ pokladáme okrem zintenzívneného spôsobu učenia, ktoré predstavuje výdatnejší spôsob výcviku v čítaní, i pôsobenie faktora interferencie ako ďalšieho hypotetického mechanizmu jej pôsobenia.

a) Klinické skúsenosti s metódou dublovaného čítania

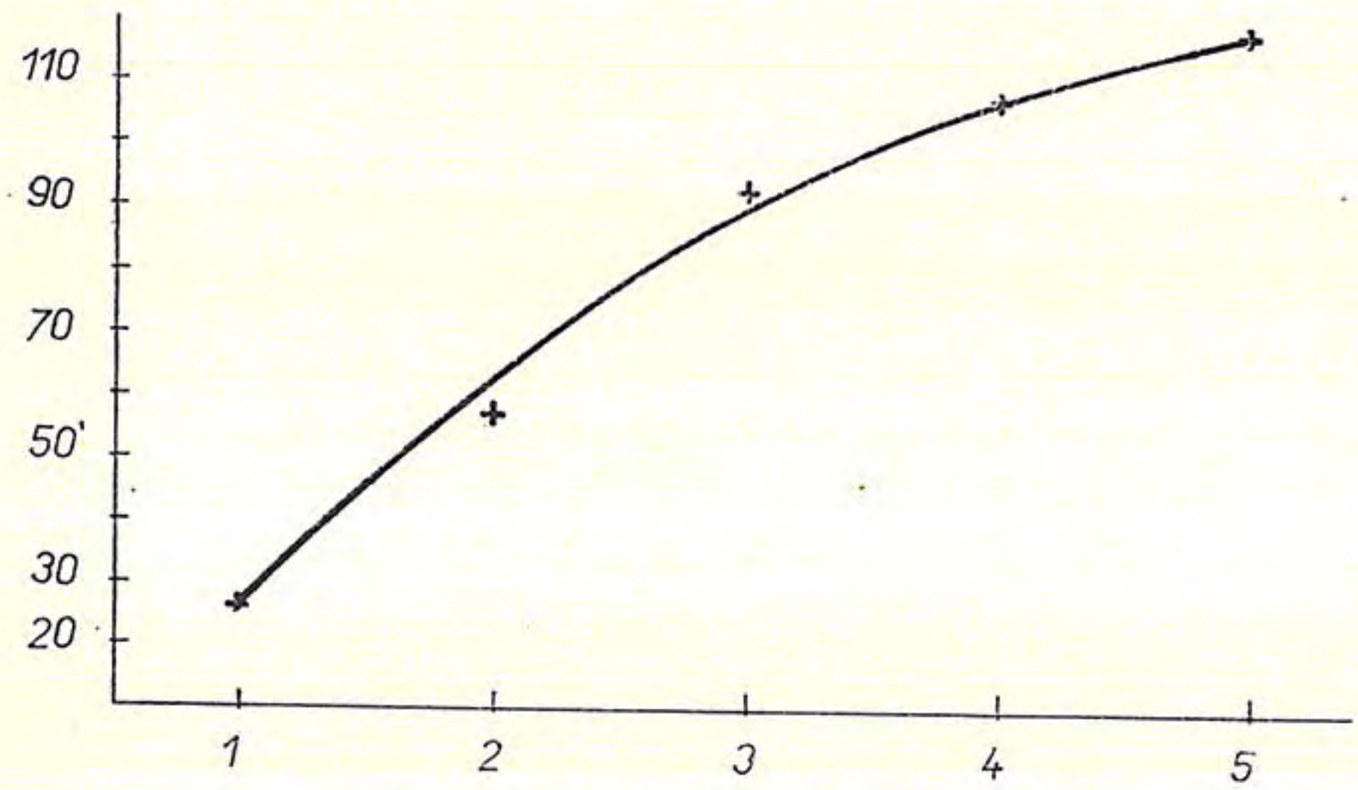
Metódu dublovaného čítania sme preskúšali na súbore 15 dyslektikov, z ktorých jeden po druhej návšteve prestal dochádzať. Hodnotíme preto 14 dyslektikov. Do tohto súboru sme pokusne zaradili 1 prípad na hranici ľahkej debility ako pokus, či aj v takomto prípade legastenických ťažkostí neumožní daný postup zlepšiť čítanie. Súbor pozostával zo žiakov 2.—5. ročníka vo veku 7,7—13 rokov (priemerný vek 8,7). Štyri dievčatá, ostatní chlapci. Išlo o I.—III. stupeň defektu a vo výkone čítania zaostávali väčšinou o 2 ročníky; v tempe čítania sa žiaci z 3.—5. ročníka podobali slabším čitateľom z 2. ročníka. Charakter ich dyslektických chýb sa spomínal už na začiatku tejto kapitoly a ostatné charakteristiky sú jasné z tab. 11.

Metóda a spôsob hodnotenia

Metóda dublovaného čítania (pozri v VII. kapitole) sa použila ako výhradná a ničím nedopĺňaná procedúra. Cvičenia u terapeuta sa konali väčšinou raz týždenne (neskôr dvojtýždenne) a hneď po zvládnutí techniky robil domáce cvičenia inštruovaný rodič, pričom sa mali konať denne, neskôr ob deň. Vyberali sa deťom primerané texty a na každé spolučítanie sa používal nový text. Len čo sa začalo zlepšovať dublované čítanie, upozornili sme dyslektika na sledovanie obsahu a požiadali sme ho o reprodukciu aspoň vo forme hlavných bodov čítanej témy. Cvičenia trvali 2—4 mesiace. Vo fáze nácviku sa dbalo na správny spôsob dublovaného čítania.

Hlavné *kritérium hodnotenia* bol počet prečítaných slov za minútu a počet chýb, a to tak pri kontrolnom samostatnom čítaní, ako aj pri dublovanom čítaní. Získané údaje o čítacom výkone pred reedukáciou a po nej sa porovnali so Štúrovými (1965) normami, pričom príslušný úsek výkonnosti čítania pri 50 percentile uvádzame pre možnosť porovnania na obr. 15.

Stupeň ťažkosti defektu a miera jeho zlepšenia sa okrem toho hodnotí podľa tabuliek Langmeiera a Matějčeka (1962, str. 293 a 294), z ktorých príslušný úsek vyberáme a zoraďujeme v tab. 10. To potom dovoľuje priame porovnanie našich údajov.



Obr. 15. Priemerná výkonnosť čítania — hodnoty 50 percentilu. Os x — ročníky, os *y* — počet prečítaných slov za minútu. Krivka sa konštruovala na základe Štúrových noriem (1965).

Рис. 15. Средняя быстрота чтения — величины 50-процентиля. Ось *x* — классы, ось *y* — количество прочитанных слов за минуту. Кривая конструировалась на основании норм Штура (1965).

Fig. 15. The average performance in reading — 50-percentile values, Axis *x* — the school grades, axis *y* — number of words read per minute (according to Štur's norm, 1965).

Na tab. 10 sú v časti A uvedené hodnoty rýchlosti čítania za jednu minútu a ich príslušné skóre pre príslušný školský vek. Výhodou skóre hodnoty je možnosť porovnania s kvantitatívnymi údajmi iných skúšok. V časti B sa vyznačuje stupeň defektu (s ohraničením pomocou čítacieho skóre) s údajom o počte správne prečítaných slov za 1 minútu. (Tu uvedené hodnoty sú vždy horné hodnoty výkonu, keďže ich dolné rozpätie je dané hodnotou ďalšieho stupňa.) Sú to zrejme pomocné hodnoty (autori ich počítali podľa upraveného vzorca Goodenoughovej a Maurovej) a ich zmysel spočíva v možnosti bližšie objektivizovať stav defektu a stupeň jeho zlepšenia po reedukácii. Pomocou týchto indexov sa potom dajú upresniť aj *klinické kategórie hodnotenia efektu reedukácie*, kde sme použili nasledujúce stupne:

Ø — *bez zmeny vo výkone čítania* a vo výskyte dyslektických chýb,

+ — *mierne zlepšenie*. Nastal pokles chybovosti, čítanie je však ešte

pomalé a dyslektické chyby sa vyskytujú. Rýchlosť čítania sa zvýšila asi o 5 bodov pri prevedení výkonu na čítacie skóre,

++ — *zlepšenie čítania.* Tempo čítania sa zreteľne zvýšilo a relatívny výskyt chýb zreteľne poklesol. Žiak sa začína svojím výkonom približovať normám ročníka, ktorý navštevuje, alebo aspoň horším čitateľom nasledujúceho ročníka. V čítacom skóre nastáva zvýšenie aspoň o 6—10 bodov.

+++ — *výrazné zlepšenie čítania.* Dyslektické chyby sú už pomerne ojedinelé, prípadne celkom vymizli; tempo čítania sa podstatne zvýšilo, takže jeho výkon sa podobá aspoň horším čitateľom toho ročníka, ktorý aktuálne navštevuje. Čítacie skóre sa zvyšuje o 15 a viac bodov oproti výkonu pred reedukáciou.

Tabuľka 10

*Hodnotenie rýchlosti čítania a stupňa defektu**

A. Rýchlosť čítania					B. Stupeň defektu				
Počet slov za minútu	Skóre pri školskom veku				Stupeň a skóre	Školský vek a počet slov			
	2	3	4	5		2	3	4	5
16	78	70	62	57	I° (75—70)	10	28	44	56
20	80	72	64	59	II° (—65)	—	16	34	44
28	83	75	68	63	III° (—60)	—	—	22	34
40	89	81	73	68	IV° (—55)	—	—	12	22
52	95	86	78	74					
60	99	90	82	77					

* Hodnoty sú výberom z kompletných tabuliek Langmeiera a Matějčeka (1962, str. 293 a 294). Uverejnené so súhlasom autorov.

Výsledky

Základné údaje sledovania uvádzame v tab. 11, ktorá zachycuje všetky prípady súboru. Okrem veku a školského ročníka sa v nej uvádza hodnota *IQ* a stupeň defektu. K hodnoteniu reedukácie sa uvádza výkon a chyby čítania pred liečbou a po nej s prevodom na percentily výkonnosti (ročník lomené percentil) a na čítacie skóre. Hodnoty sa týkajú skúšok samostatného čítania. Okrem toho sa vyznačuje stupeň zlepšenia podľa už uvedených charakteristík.

Tabuľka 11

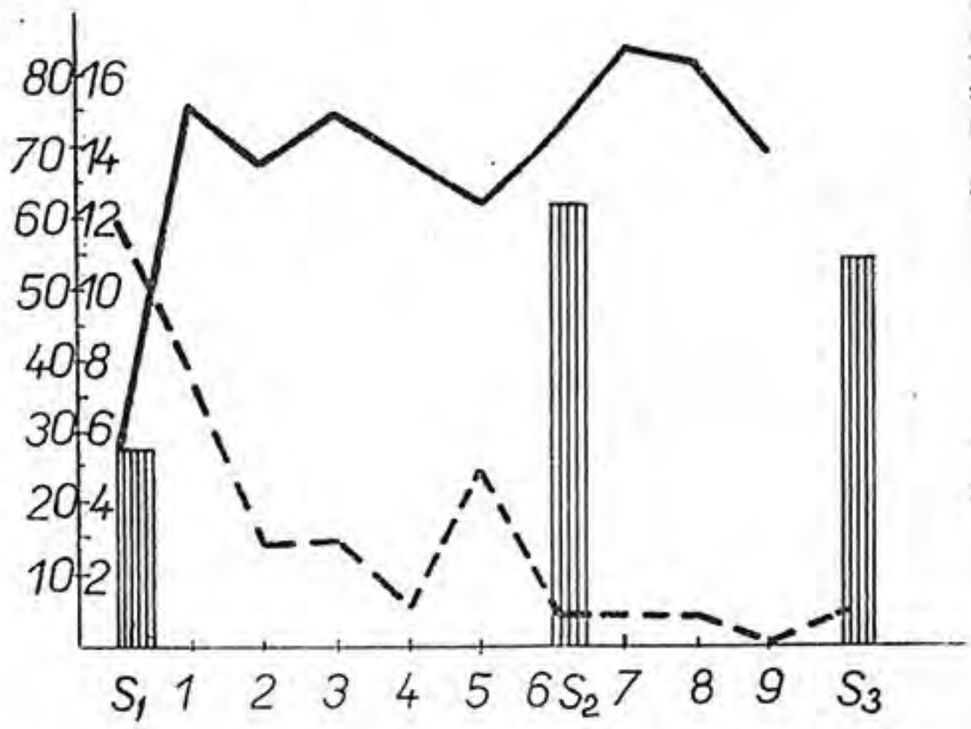
*Prehľad údajov o súbore dyslektikov**

Značka vek, trieda		Stupeň defektu	IQ	Stav čítania		Hodnotenie zmien		Stupeň zlepšenia
				pred liečbou	po liečbe	pred liečbou / Percentil	po liečbe / Čítacie skóre	
JP — 9,1	4	III	90	28/12	55/1	2/5 —3/10	68—80	++
MŠ — 8,11	4	II	105	32/6	66/2	2/5 —3/20	69—85	++
JK — 7,1	2	I	80	16/12	57/3	1/20—3/20	78—97	+++
ML —11,5	4	—	75	9/8	—	oligofrénia		∅
BN —10,1	4	II	80	32/4	46/1	2/5 —3/5	69—77	++
JP — 9,4	3	I	90	30/4	40/3	2/5 —3/5	75—81	++
AR —13,2	5	II	85	48/5	93/1	3/5 —5/10	72—92	+++
EL —10,2	5	I	—	49/7	88/1	3/5 —4/20	77—94	+++
SL —10,3	4	II	90	38/8	47/5	2/10—3/5	71—77	+
LK —11,5	3	II	90	17/6	25/3	2/25—2/5	70—74	+
PJ —10,0	4	III	85	20/5	41/1	1/30—3/5	64—73	++
PF —12,1	5	III	88	34/3	55/1	2/10—3/10	64—75	++
VN — 9,0	3	III	85	22/4	33/0	1/40—2/10	72—77	+
IV —10,3	3	II	90	32/4	33/0	2/5 —3/5	77—83	+

* Značky MŠ, AR, EL a IV sú dievčatá, ostatní chlapci. Stav čítania sa zachycuje počtom prečítaných slov a chybami. Percentil a čítacie skóre sa uvádzajú v hodnotách pred liečbou a po liečbe (porovn. tab. 10). Počet sedení s terapeutom nepresahoval u prevahy pacientov 5 sedení, s výnimkou značiek JP, MŠ a JK, s ktorými sme mali 9—10 sedení.

Spomalenie tempa čítania je veľmi typickým znakom dyslektikov, a preto je vhodné za kritérium stupňa defektu i efektu reedukácie. V našej skupine bolo priemerné tempo čítania 29 slov za minútu (rozptyl 9—49) a priemerný výskyt dyslektických chýb bol 7 chýb za minútu (rozptyl 3—12 chýb). Po reedukácii sa zvýšilo priemerné tempo čítania na 42,5 slov za minútu a počet chýb sa znižuje na priemer 1,7, z čoho vyplýva, že chyby sa podarilo výrazne znížiť, ale nepodarilo sa ich úplne odstrániť, objavovali sa ešte ojedinele vo forme zámeny hlások. *Tempo čítania* sa výrazne zvýši hneď na začiatku cvičení počas dublovaného čítania, a to v porovnaní so samostatným čítaním až v pomere 1:2:3, čo ukazuje, že žiaci sa do techniky veľmi rýchlo zacvičia. Priebeh cvičení demonštruje obr. 16.

Na krivke je nápadný vzostup hneď od prvého cvičenia, čo je typický znak pre všetky prípady. Jej priebeh, prirodzene, ovplyvňuje tempo predčítavania terapeuta, čo do istej miery obmedzuje ďalší vzostup krivky.



Obr. 16. Efekt metódy dublovaného čítania — individuálna krivka. Os x — cvičenia 1—9 a skúšky samostatného čítania (stĺpce S_1, S_2 a S_3), os y — počet prečítaných slov (plná čiara a stĺpce) a výskyt dyslektických chýb (prerušovaná čiara). Údaje pri S_1 zachytávajú stav pred začatím reedukácie.

Рис. 16. Эффект метода дублированного чтения — индивидуальная кривая. Ось x — упражнения 1—9 и испытания самостоятельного чтения (столбцы S_1, S_2, S_3), ось y — количество прочитанных слов (сплошная линия и столбцы) и количество дислектических ошибок (пунктирная линия). Данные при S_1 регистрируют состояние до начала исправления чтения.

Fig. 16. The effect of the method of simultaneous reading — individual curve. Axis x — exercises (1.—9.) and the tests of spontaneous reading (S_1, S_2, S_3), axis y — number of words read (solid line and columns) and the occurrence of dyslectic errors per minute (broken line). The data at S_1 show the state before remedial treatment.

(Terapeut sa usiluje prispôsobovať únosnému hornému stupňu tempa čítania dyslektika.) *Zvýšenie čítacieho výkonu* v samostatnom čítaní zrejme zaostáva za tempom dublovaného čítania, ale postupne narastá (stĺpce na obr. 16). V celej skupine nastalo zrýchlenie tempa čítania v priemere o 21,6 slov za minútu a vo výrazne zlepšených prípadoch až o 40 slov. Na to, aby sa dyslektici priblížili čitateľom svojho školského veku, bolo potrebné až 200-percentné zvýšenie tempa čítania oproti stavu pred reedukáciou.

Prehľad celkového efektu reedukácie sa podáva v tab. 12, a to podľa výsledného klinického kritéria stupňa zlepšenia.

Výrazné zlepšenie čítania, t. j. zlepšenie až na úroveň slabších čitateľov svojho školského veku, dosiahlo sa u pätiny liečených dyslektikov (21,4 %), čo je relatívne malý počet. Kritérium výrazného zlepšenia je však už dosť vysokou požiadavkou, ak si uvedomíme, že išlo o 2—5 mesiacov tréningu čítania. Zásadne je prínosom aj druhý stupeň zlepšenia (++), ktorý sa dosiahol v 42,9 %. Tento stupeň zlepšenia hodnotia

Tabuľka 12

Výsledky získané reedukáciou dyslexie pomocou metódy dublovaného čítania

Stupeň zlepšenia		N	%	Kumulované % úspech — neúspech
výrazné zlepšenie	(+++)	3	21,4	64,3
zlepšenie	(++)	6	42,9	
malé zlepšenie	(+)	4	28,5	35,7
bez zlepšenia	(∅)	1	7,2	
Suma		14	100,0	100,0

pozitívne tak rodičia, ako aj učitelia a aj sám žiak postrehuje, že jeho defekt sa zlepšil. Preto túto mieru ústupu dyslexie pokladáme za úspech, a tak možno hovoriť, že metóda dublovaného čítania pomohla zreteľne zlepšiť výkon čítania u 64,3 % dyslektikov, kým u 35,7 % je zmena nedostatočná, malá, a reedukáciu nepokladáme za úspešnú. Úplne neúspešný bol prípad na hranici ľahkej debility, a tak sme od pokusu aplikovať metódu aj u žiakov osobitnej školy upustili. Podobný pokus by si pravdepodobne vyžadoval včleniť do tréningu prvky inštrumentálneho učenia.

Diskusia a závery

Za dôležité činitele pri vzniku a fixácii vývojovej dyslexie pokladáme *faktor nedostatku učenia s následnou tenziou, resp. anxietou* v koincidencii s jemnými defektmi percepcie (diskriminácia) a prípadnými ďalšími činiteľmi. Keďže sa uvažovalo o dyslexii ako o poruche dificilného typu, metóda pozitívneho tréningu mala teoreticky vyhliadky na kladný efekt. Podľa uvedených výsledkov sa javí tento predpoklad podporený a zavedená metóda dublovaného čítania pôsobila pozitívne na špecifickú neschopnosť čítania, a to tak v zlepšení čítacieho výkonu, ako aj v ústupe dyslektických chýb. Pritom si však musíme byť vedomí, že tu ide o symptomaticky zameraný postup, o celkom jednoduchý *direktívny trénin čítania.* Napriek tomu sa dá o metóde dublovaného čítania uvažovať ako o obohatení reedukačných metód na nápravu dyslexie. V porovnaní so zložitou metódou Fernaldovej má — zdá sa nám — viaceré výhody:

1. Vyniká jednoduchosťou a je pre deti celkom prístupnou a prirodzenou procedúrou.

2. Rýchlo navodené podstatné zlepšenie čítania v priebehu spolučítania pôsobí na deti povzbudivo a vyvoláva pozitívny vzťah k cvičeniam.
3. Spolučítanie ruší postreh vlastných dyslektických chýb a znižuje tenziu a strach z tejto činnosti, čo zlepšuje celkový vzťah dyslektika k čítaniu v pozitívnom smere.
4. V priebehu cvičení s dublovaným čítaním sa zaujme tak sluchový, ako aj zrakový analyzátor, znižujú sa požiadavky na analýzu prvkov a cvičia sa rečové kinestézie priamo v podmienkach takto uľahčeného čítania.

Vyčlenením týchto pozitívnych stránok metódy sme sa dotkli aj jej teoretických základov (včítane interferencie, resp. inhibície anxiety). Postup má terapeut viesť tak, aby sa základné princípy metódy rešpektovali priamo v priebehu tréningu (obmieňať intonáciu, dbať na skutočné spolučítanie, prispôsobiť sa hornej hranici výkonnosti v tempe spolučítania, dbať na frekvenciu cvičení, poukázať na dosiahnutý efekt a pod.). Na kontextový efekt — ktorý je v tejto súvislosti zrejme veľmi dôležitý — sa zatiaľ prihliadalo len pri požiadavke všímať si a reprodukovať obsah čítaného.

Pri teoretickom rozbore metódy vystupuje do popredia charakteristika vo forme pozitívneho tréningu a pôsobenie interferenčného efektu. Zintenzívnené učenie čítania nenáročnou metódou, ktorú si dyslektik rýchlo osvojuje, má pozitívny vplyv na výsledný efekt učenia (narastanie výkonnosti čítania pomocou zdokonaľovania čítacieho návyku). Interferenčný efekt možno brať do úvahy jednak v zmysle klasických predstáv o interferencii, keď učenie *B* (pomocou dublovaného čítania) pôsobí tlmivo na návyky získané z učenia *A* (nedostatočne intenzívnej výučby čítania), jednak v smere znižovania tenzie v dôsledku pozitívnych citových reakcií, teda analogicky ako pri balbuties.

Zdá sa, že metóda dublovaného čítania zasahuje dôležité zložky tohto defektu. Domnievame sa, že jej ďalšia výhoda spočíva v tom, že sa nejaví obmedzená, pokiaľ ide o odlišnosť i štruktúru rozličných jazykov. Jej jednoduchosť by však nemala zvádzať k mechanickému spôsobu jej aplikácie, pričom kompletnejšie direktívy pre metodické vedenie tejto procedúry sa budú môcť určiť až po jej preskúšaní na rozsiahlejšom materiáli. Doterajšie štádium je vlastne len pokusným zavádzaním tejto metódy, pričom sa dá predpokladať, že vhodná kombinácia tohto postupu s inými spôsobmi nápravy zvýši dosahovaný efekt. Treba si uvedomiť, že vývojová dyslexia je pomerne komplikovanou formou parciálnej neschopnosti a použitá metóda zachycuje len niektoré jej zložky. Nezainteresúva dostatočne analytickú zložku procesu čítania a práve na tú treba myslieť pri

úvahe o jej kombinácii s inými spôsobmi nápravy. Podrobnejší rozbor by si zasluhovalo aj jej pôsobenie na rečové kinestézie, ktoré sa ukazujú dôležité najmä vo svetle výskumov A. R. Luriju (1963). Jeho pokus so zamedzením rečových pohybov (technika „zažatyj jazyk") spôsobil poruchy písma vo forme vynechávok a zámien písma, teda analogické chyby, akých sa dopúšťajú pri písaní aj dyslektici. Štúdium týchto námetov, ako aj štúdium optimálneho spôsobu aplikácie dublovaného čítania a prípadne pojatie kontextových kľúčov do tréningu by mohlo mať dosah pre efektívnejšiu reedukáciu dyslexie, ktorá sa opisuje ako porucha vzdorujúca pedagogickému typu nápravy. Napríklad Seeman (1955) uvádza, že pri dysgrafii a dyslexii nastáva úprava „niekedy len po mnohoročnej výchove", pričom neodporúča metódu globálneho čítania. Naše počiatočné výsledky sa preto javia v týchto reláciách sľubné.

2. Štúdium optimálneho spôsobu aplikácie metódy dublovaného čítania

Z načrtnutých námetov má značný praktický význam štúdium optimálneho spôsobu aplikácie použitej metódy, ktoré zároveň môže osvetľovať niektoré mechanizmy jej pôsobenia. Preto sa u dyslektikov organizoval úplne analogický výskum ako u balbutikov pri metóde tienenia. Realizovala ho pod naším vedením A. Kubová v rámci diplomovej práce (1967).[20]

Súbor p. o. pozostával z 19 dyslektikov z 3. a 4. ročníka ZDŠ vo veku 8—10 rokov s priemerným vekom 9,4. V súbore boli 3 dievčatá a 16 chlapcov. Ich výkon v skúške čítania sa pohyboval vo väčšine prípadov v rozpätí 20—40 slov za minútu a počet dyslektických chýb pri samostatnom čítaní textu obsahujúceho 200 slov sa pohyboval v rozpätí 12—36 chýb. Išlo o bežné typy dyslektických chýb, ako zámeny hlások a slabík, popletenia, vynechávky atď. *IQ* vykázali podľa Ravenovej skúšky priemer 91 s rozpätím 80—114.

Metodický postup bol analogický ako pri sledovaní metódy tienenia, s tým rozdielom, že sa aplikovalo 7 opakovaní a namiesto tienenia sa použilo dublované čítanie. Celkový postup teda pozostával z nasledujúcich 4 podmienok:

a) samostatné čítanie nových textov — $SČ_1$
b) samostatné čítanie toho istého textu — $SČ_2$,
c) dublované čítanie nových textov — $DČ_1$,
d) dublované čítanie toho istého textu — $DČ_2$.

[20] Kol. A. Kubovej-Horvátovej ďakujem za láskavé zapožičanie celého materiálu.

Poradie čítania sa striedalo podľa latinského štvorca a použil sa projekt jednej výskumnej skupiny, to znamená, že každý dyslektik čítal všetkými štyrmi spôsobmi. Texty sa vybrali z tej istej knihy (F. Ž u p a n, *Pepčo Huncút,* Mladá letá, 1966) a na kontrolu ich vyrovnania sa použilo iba porovnanie času, potrebného na prečítanie každého z nich. Rozdiel v tomto časovom údaji bol nepatrný a štatisticky nevýznamný. Spôsob čítania sa zaznamenával na magnetofónové pásky a záznam bol podkladom pre zistenie frekvencie dyslektických chýb i trvania cvičení.

Podmienka a) bola viac-menej kontrolná a mala predstavovať individuálne variácie dyslektického spôsobu čítania. Podmienka b) predstavovala jednoduchý tréning samostatného čítania s možnosťou adaptácie na text. Podmienka c) predstavovala doteraz použitý spôsob aplikácie tejto reedukačnej metódy (Kondáš, 1965a) a podmienka d) novú formu cvičení, kde by sa okrem bežného vplyvu tréningu a prípadnej interferencie mohol prejaviť aj adaptačný efekt. Vedľajším cieľom spracovania získaných údajov bolo potom aj sledovanie uvedených predpokladov, okrem odpovede na otázku, či možno optimalizovať tento spôsob reedukácie dyslexie.

Výsledky a diskusia

Hlavným znakom pre vyhodnotenie záznamov bol výskyt dyslektických chýb pri každom z použitých spôsobov čítania v priebehu 7 opakovaní. Okrem priemerného výskytu chýb pre každú podmienku sme vypočítali aj priemerné percento zlepšenia na základe porovnania prvého a posledného cvičenia (porov. vzorec v XII. kap.). Obidva ukazovatele sa použili na štatistické prepočty, pričom sme v našom spracovaní uprednostnili index vo forme percenta zlepšenia vzhľadom na nezávislosť tohto indexu od prípadných odlišností v obťažnosti použitých textov. Štatistický výpočet významnosti rozdielov sa robil hlavne pomocou neparametrického Wilcoxonovho testu (okrem toho sme mali k dispozícii porovnanie priemerov pomocou *t* testu, ktoré robila A. Kubová).

Hlavné údaje o výskyte dyslektických chýb sa uvádzajú v tab. 13 a priebeh cvičení znázorňuje obr. 17.

Aritmetický priemer frekvencie dyslektických chýb pri jednotlivých podmienkach ukazuje, že medzi všetkými štyrmi postupmi sú zreteľné diferencie (o 3 až 14 chýb). Pri oboch formách dublovaného čítania sa vyskytoval podstatne nižší výskyt chýb (5,8, resp. 9) ako pri oboch formách samostaného čítania (14,4—19,7). Rozdiely medzi samostatným a dublovaným spôsobom čítania sú štatisticky signifikantné. (Chi-kvadrát pri porovnaní dvoch spôsobov čítania toho istého textu je 16,72 a pri opakovanom čítaní nových textov bežne a dublovane je 29,45, $P<0,01$.)

Tabuľka 13

Výsledky tréningu čítania

Podmienka	AM chýb	Priemerné % zlepšenia	σ %
$SČ_1$ — čítanie nových textov	19,7	13,2	± 7,7
$SČ_2$ — čítanie toho istého textu	14,35	34,5	±10,9
$DČ_1$ — dublované čítanie nových textov	9,0	26,4	±10,1
DČ — dublované čítanie toho istého textu	5,83	63,3	±11,1

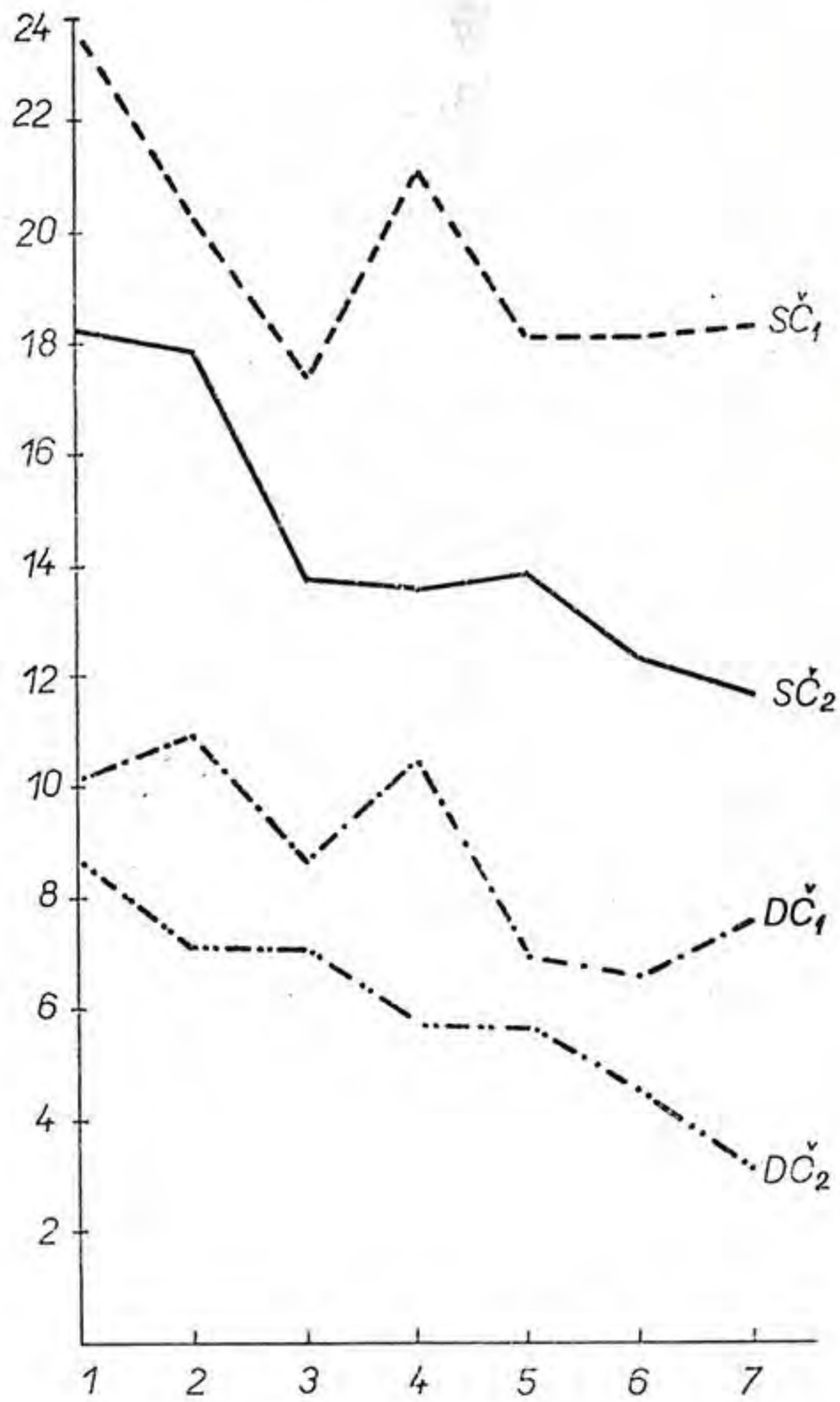
Ak hodnotíme *mieru zlepšenia* podľa percentuálneho poklesu chýb medzi prvým a posledným cvičením, zisťujeme najvýraznejšie zlepšenie pri dublovanom čítaní toho istého textu (63,3 %). Kým pri pôvodnom type dublovaného čítania (s novými textami) nastal v priebehu 7 opakovaní 26-percentný pokles dyslektických chýb, pri jeho aplikácii s tými istými textami sa počet chýb znížil takmer o dve tretiny. Ak uvážime, že išlo o veľmi krátke jednorazové cvičenie (7 opakovaní jedného postupu trvalo okolo 20—40 minút), ukazuje sa toto zlepšenie z hľadiska reedukácie dyslexie sľubné, pravda, za predpokladu, že postupne vznikne transferový efekt aj pri bežnom samostatnom čítaní.

Zaujímavý je aj rozdiel medzi oboma formami samostatného čítania. Opakované čítanie odlišných textov umožnilo len celkom nepatrné priemerné zlepšenie o 13,2 %, kým tréning čítania toho istého textu už možno považovať za efektný, pretože umožnil zníženie dyslektických chýb o jednu tretinu (34,5 %). K získaným údajom treba ešte poznamenať, že p. o. neboli nijako stimulované ani odmeňované a väčšina cvičení sa konala po vyučovaní.

Priebeh cvičení znázorňuje obr. 17, na ktorom sú nanesené priemerné hodnoty chýb pri jednotlivých opakovaniach, pričom každá krivka zachycuje jednu podmienku čítania. Na najnižšej úrovni chybovosti prebieha krivka s dublovaným čítaním toho istého textu ($DČ_2$). Jej pokles je veľmi plynulý a bez výraznejších výkyvov počas všetkých cvičení. Priebeh dublovaného čítania odlišných textov ($DČ_1$) sprevádzajú väčšie výkyvy vo výskyte chýb, pričom zvýšenie na konci cvičenia pripísala Kubová (1967) faktoru únavy. Analogická krivka z priebehu samostatného čítania nových textov ($SČ_1$) vykazuje podobne väčšie výkyvy oproti plynulému poklesu krivky pri $SČ_2$, kde sa javí oprávnené konštatovať vplyv adaptačného efektu. Pri samostatnom čítaní toho istého textu nastal totiž výrazný pokles dyslektických chýb po 2. cvičení a dosiahnutý pokles sa uchováva,

resp. mierne sa znižuje, hoci jeho zlepšenie je menej výrazné ako pri dublovanom čítaní toho istého textu.

Štatistický prepočet významnosti relatívneho zlepšenia výskytu chýb (percento zlepšenia) vykázal signifikantné rozdiely medzi jednotlivými postupmi (hodnota T sa pohybovala medzi 6—30, čo zodpovedá P v rozpätí 0,025—0,01). Výnimku tvorí len rozdiel medzi dvoma formami čítania nových textov. Naproti tomu obe formy dublovaného čítania sa od seba vysoko signifikantne líšia ($T=6$, $z=3{,}677$, $P<0{,}01$).



Obr. 17. Frekvencia dyslektických chýb pri pokusnom tréningu čítania. Os x — cvičenia, os y — počet dyslektických chýb. SČ1 — samostatné čítanie nových textov, SČ2 — samostatné čítanie toho istého textu, DČ1 — dublované čítanie nových textov, DČ2 — dublované čítanie toho istého textu.

Рис. 17. Частота дислектических ошибок при пробной тренировке в чтении. Ось x — упражнения, ось y — количество дислектических ошибок. SČ1 — самостоятельное чтение новых текстов, SČ2 — самостоятельное чтение того же самого текста, DČ1 — дублированное чтение новых текстов, DČ2 — дублированное чтение того же самого текста.

Fig. 17. Frequency of dyslectic errors in experimental training of reading. Axis x — exercises, axis y — sum of dyslectic errors. SČ1 — independent reading of new textual materials, SČ2 — independent reading of the same text, DČ1 — simultaneous reading of new texts, DČ2 — simultaneous reading of the same text.

Ak porovnáme stredné chyby percenta zlepšenia (σ %) podľa uvedeného vzorca (Milan, 1951), vidíme, že rozdiel relatívneho zlepšenia medzi dvoma formami samostatného čítania je podstatne vyšší ako odmocnina zo súčtu stredných chýb (ktorá bola 4,31). Dá sa teda usudzovať, že daný rozdiel spôsobila nejaká podstatná príčina. Domnievame sa, že táto príčina by sa dala vysvetliť faktormi adaptačného tréningu. Podobné číselné pomery sú aj pri porovnaní dvoch foriem dublovaného čítania, kde by sa okrem predpokladaného vplyvu interferencie — čo je spoločné obom

formám dublovania — dalo uvažovať o spolupôsobení adaptačného efektu, ktorému by sa dalo pripísať ďalšie znižovanie dyslektických chýb. Uvedené údaje možno teda pokladať za podporenie už vyslovených hypotéz o možných mechanizmoch účinku.

Závery

Hlavnou úlohou opísaného výskumu bolo preverovať optimálny spôsob aplikácie metódy dublovaného čítania. Výsledky ukázali, že metóda dublovaného čítania je účinným prostriedkom na momentálne znižovanie výskytu dyslektických chýb. Rozdiel zbadá aj čítajúci dyslektik, čo ho povzbudzuje k cvičeniu. Deti rady dobrovoľne zostávali po vyučovaní na tieto sedenia a moment zmeny vzťahu k čítaniu nie je v tejto súvislosti podradný.

Výsledky podporili uvedené hypotézy a možno predpokladať, že okrem faktora interferencie sa na optimalizovanej forme pustupu zúčastňuje aj adaptačný efekt. Nový spôsob dublovaného čítania s opakovaným použitím toho istého textu v priebehu 7 cvičení sa ukázal oveľa efektívnejší ako pôvodný spôsob s novými textami, čo je významné zistenie pre praktickú aplikáciu tejto metódy. Samostatné čítanie odlišných textov bolo prakticky len ukážkou intraindividuálnej variácie vo výskyte dyslektických chýb.

Pre reedukačnú prax s metódou dublovaného čítania možno teda odporúčať používať v jednom cvičení ten istý text, ktorý by sa opakoval až po kritérium asi 50-percentného zníženia frekvencie dyslektických chýb. Prakticky by sa mohlo realizovať 3—7 opakovaní a skúsiť prípadne variáciu s ďalším znížením chybovosti a variáciu so zaradením krátkej prestávky, napr. po treťom alebo štvrtom opakovaní. Preskúšaním týchto variácií by sa mohlo osvetliť, či sa na úspechu postupu zúčastňuje činiteľ reaktívneho útlmu, alebo činitele direktívneho tréningu (zaraďovaním prestávok by sa rozptyľoval reaktívny útlm).

Opakovanie toho istého textu by sa, pravda, robilo len počas jedného terapeutického sedenia. V ďalšom reedukačnom sedení (na druhý deň, prípadne ob deň) by sa použil nový text, ktorý by sa opäť opakoval tým istým spôsobom. Striedanie textov je potrebné nielen preto, aby sa dyslektik text nenaučil naspamäť (v tom prípade by ho pri ďalších opakovaniach hovoril, a nie čítal), ale aj pre zabezpečenie širšieho transferového efektu a vzhľadom na výskyt rozličných variácií hláskových spojení. Dá sa potom očakávať, že pri takto upravenom postupe by sa v priebehu 2—5-mesačného tréningu dosiahol väčší úspech než doteraz.

Uvedené údaje sa týkajú jednej možnosti optimalizácie tejto metódy. Jej ďalšie zdokonalenie by mohla priniesť taká úprava tejto procedúry, pri ktorej by sa využívali aj kontextové kľúče. Tým by sa zlepšoval súčasne výkon v čítaní aj z hľadiska obsahovej podriadenosti, čo je ďalší vážny problém dyslektického spôsobu čítania (keďže dyslektici sa pri čítaní neriadia obsahom čítaného textu). Domnievame sa, že po vyriešení možnosti použiť pri dublovanom čítaní aj kontextové kľúče a po prípadnom včlenení fázy tréningu s analytickým zameraním na prvky písanej reči by išlo o veľmi efektnú metódu discentnej reedukcie dyslexie, ktorá by sa práve pre svoju nenáročnosť a pre prístupný a prirodzený štýl postupu mohla značne rozšíriť a pomáhať reedukačnej praxi v tejto oblasti.

XIV. KAPITOLA

DISCENTNÁ PSYCHOTERAPIA A REEDUKÁCIA U DETÍ

Neurotické poruchy sa vyskytujú u detí už od predškolského veku (napr. afektívno-respiratórne kŕče, anorexia, enuréza a iné). Švancara a Holub (1966) zistili 6 % neurotických porúch u 4—6-ročných detí. Vrcholnú frekvenciu výskytu — okolo 13 % — zaznamenali v rozsiahlom súbore (N=1949) u detí vo veku 7—8 rokov. Už z hľadiska výskytu sú teda neurotické poruchy v detstve vážnym problémom.

Detské neurózy sa vyznačujú tým, že majú prevažne monosymptomatický charakter. Bývajú to napr. neurotické bolesti hlavy, strachy alebo fóbie, nočný des, enuréza, nechutenstvo, tik, zajakavosť ako neuróza reči, nadmerná únavnosť a iné. Sú podmienené viacerými faktormi, medzi ktorými nebýva rozhodujúci konflikt; sú citlivejšie na príliš silné podnety alebo na vyčerpanie po chorobe. Významná je tu návyková zložka, a to až do tej miery, že sa osobitne vydeľujú neurotické návyky. Zreteľnejšie u nich pôsobí imitačné učenie i nedostatok tréningu (poruchy adaptácie, dificility). Výchovne spôsobené maladaptačné prejavy, včítane nedisciplinovanosti alebo pseudológie, sú ďalšou oblasťou psychologických problémov v detskom veku.

1. Predpoklady a vyhliadky psychoterapie

Tak v psychológii, ako aj v psychopatológii a pedagogike sa dosť všeobecne prijíma hypotéza o väčšej plastickosti osobnosti v detstve. Podľa tejto hypotézy by mali systematické psychoterapeutické vplyvy výraznejšie pôsobiť u detí ako u dospelých. Nedostatok skúseností a intenzívnejšia závislosť od dospelých sú ďalšie činitele, ktoré by teoreticky mali podporovať pôsobenie psychoterapie. No na druhej strane — v porovnaní s dospelými — má psychoterapia u detí viaceré špecifiká, podmienené už samými zvláštnosťami vývinu a jednotlivými vývinovými

fázami. R. Konečný (1964) zdôrazňuje a rozvádza v tejto súvislosti jednak sám časový faktor (faktor zrenia, vyspelosti), ako aj nerozvinutú racionálnu adaptáciu, výraznejšiu závislosť dieťaťa v oblasti sociálnych vzťahov, odlišné postoje a bezprostredné, priamočiare prijímanie skutočnosti (bez výrazného hodnotenia). Bezprostredné prijímanie skutočnosti (ako niečo, čo zrejme musí byť práve také, aké je) ilustruje príkladmi, ako si dieťa nesťažuje, hoci nevidí na tabuľu, alebo hoci ho tlačia topánky, alebo má depresiu z úmrtia matky a svoju depresiu nespája dostatočne s touto udalosťou. Berie skutočnosť ako faktickú danosť. Nespokojnosť s ňou vystupuje až v neskoršej fáze vývoja, v adolescencii.

Z uvedeného vyplýva potreba aplikovať *odlišné zásady v psychoterapii a reedukácii u detí* ako u dospelých. Keďže interpersonálna závislosť je najintenzívnejšia pri vzťahoch s rodičmi, býva častou súčasťou psychoterapeutickej starostlivosti o deti revízia týchto vzťahov a ich taktné regulovanie. Často je potrebné redukovať nevhodné postoje rodičov prv, než sa začneme venovať dieťaťu. (Ide napr. o perfekcionistické postoje, spojené s neustálou nespokojnosťou a s úsilím „prerobiť ho", alebo o nedostatok pozornosti voči dieťaťu — ako v prípadoch detí ulíc a iné.) Reviduje sa aj spôsob domácej výchovy a životospráva. Niekedy sa usilujeme odviesť pozornosť rodičov od samých symptómov a meniť postoje k dieťaťu v smere konštruktívnejších a pozitívnejších postojov. Vzhľadom na vekové osobitosti sa pri psychoterapii u detí využívajú rozličné pomocné prostriedky, ako hry, čítanie, bábkové divadlo a hovorí sa potom osobitne o tzv. terapii hrou, pri ktorej sa uplatňuje projekčný princíp odreagovania, alebo je nástrojom a kulisou psychoterapeutických zásahov iného druhu. U detí využívame častejšie emotívne i sugestívne vplyvy a redukujeme ich úzkosť. Celý postup sa podriaďuje vždy úrovni vyspelosti dieťaťa, a to tak pri individuálnej, ako aj pri skupinovej psychoterapii.

Napriek tomu, že základné zásady a špecifickosti psychoterapie detí sa všeobecne uznávajú a rešpektujú, efekt psychoterapie nebýva dosť uspokojivý. Uvedený predpoklad o možnej väčšej účinnosti psychoterapie vzhľadom na vyššiu plasticitu a formovateľnosť sa nepotvrdzuje. Príčinou tohto môže byť samo precenenie spomínanej plasticity alebo nedostatočná stabilizácia psychoterapiou navodených zmien, nie dosť efektívne metódy a iné príčiny.

Pri rozbore efektu psychoterapie u detí možno vyjsť z Levittovho prehľadu (1963). Na základe 22 štúdií o výsledkoch psychoterapie u detí došiel k záveru, že rozličné formy psychoterapie dosahovali úspech (v zmysle zlepšenia alebo čiastočného zlepšenia) u 65,2 % takto liečených detí, ale výrazné zlepšenie stavu v zmysle úplného odstránenia porúch sa dosiahlo len u 26,2 %, čo je rozhodne nízke číslo. Iba pri špeciálnych symptómoch

(ako enuréza, školská fóbia a pod.) sa dosiahlo zlepšenie v 77 % prípadov. Zaujímavé je jeho konštatovanie, že efekt psychoterapie nebol odlišný vzhľadom na to, či išlo o neurotické alebo psychotické poruchy (61:56 % zlepšených prípadov). Keďže išlo o súhrnné zhodnotenie na základe údajov z 22 štúdií, súbor je dostatočne veľký, pozostáva až z 1741 prípadov, použili sa rozličné typy psychoterapie. Vážnym problémom boli, pravda, nejednotné kritériá na hodnotenie efektu.

Hodno sa zamyslieť nad skutočnosťou, že len u štvrtiny nastalo úplné uzdravenie, pretože takéto percento sa už blíži k možnostiam spontánneho uzdravenia. Mnoho detí nedošlo na ďalšie plánované psychoterapeutické sedenia alebo ich prerušilo v začiatočnej fáze. Porovnanie liečených detí s tými, ktoré prerušili psychoterapiu, viedlo k zaujímavému záveru, že liečené deti sa nelíšili veľmi významne od neliečených, čím faktor spontánneho uzdravenia vystupuje ešte viac do popredia. Na druhej strane sa však objavili rozdiely medzi viacerými diagnostickými kategóriami, a tak by podobné porovnania bolo potrebné robiť vo vzťahu k týmto kategóriám. Treba ešte poznamenať, že okrem ústupu symptómov sa zlepšenie prejavilo v úspešnej adjustácii.

Uvedený prehľad efektu psychoterapie u detí nespĺňa teda dostatočne očakávanie, čo je — okrem iného — dôvodom na intenzívnejšie skúmanie tejto otázky. V tejto súvislosti treba poznamenať, že behaviorálna terapia sa zatiaľ aplikovala u detí v zreteľne menšom rozsahu v porovnaní s jej používaním u dospelých.

2. Psychoterapia učením u detí

Pri aplikácii učenia na oblasť psychoterapie detí je do istej miery paradoxná situácia v tom, že prvé pokusy tohto druhu (Jonesová, 1924) sa robili práve u detí, kým neskôr vyvinuté metódy sa používajú okrem budiaceho aparátu takmer výlučne u dospelých. Príčinu tohto javu vidí Rachman (1962) v tom, že v rámci behaviorálnej terapie sa vypracovali predovšetkým metódy na odstraňovanie istých porúch, a nie metódy na formovanie primeraných prejavov správania, ktoré by mohli mať väčšie uplatnenie u detí. Vo svojom prehľade o aplikácii behaviorálnej liečby z r. 1962 uvádza len 21 prípadov takto liečených detí, pričom 13 z nich tvorili detské fóbie, kde zahrnul aj klasické prípady Jonesovej. Pri ostatných išlo takmer výlučne o kazuistické oznámenia v prípadoch tiku, stavu úzkosti, balbuties a anorexie.

Ak kompletizujeme *prehľad o aplikácii metód psychoterapie učením u detí* na základe publikovaných štúdií do konca r. 1966, dostávame tento obraz (tab. 14).

Najčastejšie liečenou poruchou bola enuresis nocturna. Používa sa pri nej technika budiaceho zvonca a iné modifikácie budiaceho aparátu, všeobecne s veľmi dobrým výsledkom. Počet vyliečených a veľmi zlepšených prípadov sa vo väčšine prác uvádza 74—100 % (prehľad z 13 štúdií). Maximál-

Tabuľka 14
Prehľad aplikácie behaviorálnej terapie u detí

Druh poruchy a autori	N (vek)	Použité metódy	Vyliečení a zlepšení %	Nezlepšení %
Enuréza				
Prehľad Jonesa (1960)	1446 (3—21)	Budiaci aparát s modifikáciami	87,3	13,7
Geppert (1953)	42	budiaci aparát	90,5	9,5
Fóbie a strachy				
Rachmanov prehľad	13	negatívna adaptácia a iné	84,6	15,3
Lazarus (1959)	18 (3—12)	odpodmieňovanie, desenzitizácia	100,0	—
Lazarus a Abramovitz (1962)	9	desenzitizácia s príjemnými predstavami	77,7	22,2
Zajakavosť				
Macland (1960)	7 (3—17)	„tienenie"	57,1	42,9
Wolpe (podľa Rachmana)	2	desenzitizácia	—	100
Tiky				
Wolpe a Walton	2	desenzitizácia	100	—
Hyperaktívne správanie u mentálne retardovaných	6 (8—13)	inštrumentálny postup	účinný	—
Nerozvinutá reč Cook, Adams (1966)	3 (6—13)	inštrumentálny postup	čiastočné zlepšenie	—

ny počet nezlepšených prípadov tvoril v niektorých súboroch najviac štvrtinu zo všetkých liečených detí. Ako príčina neúspechu sa uvádzajú chyby v aplikácii metodiky a nedostatočná spolupráca rodičov. Ak uvážime,

že inými postupmi liečby enurézy sa dosahuje zväčša úspech len u 44—58 % pacientov, javí sa behaviorálna terapia enurézy pomocou budiaceho aparátu omnoho efektívnejšia a — ako vidíme — aj viac rozšírená.

Ak z tab. 10 vynecháme liečbu enurézy a viac-menej výskumné použitie operačných postupov, zostáva spolu 55 detí, u ktorých sa použila psychoterapia učením do r. 1966 (nepočítajúc do toho zatiaľ vlastné súbory). Ich vekové rozpätie sa pohybuje od 21 mesiacov (jeden z prípadov Jonesovej), resp. od 3 rokov až do 17 rokov, s prevahou 7—14-ročných. Počet 55 detí je v porovnaní s pomerne intenzívnym uplatňovaním tejto terapie u dospelých rozhodne veľmi malý a prakticky len v posledných rokoch sa tu zaznamenal vzostup. Časté je ešte štádium kazuistických oznámení, čo je tiež znakom „mladosti" tejto aplikácie. Aj rozsah liečených porúch je úzky: fóbie, resp. strachy, zajakavosť a tiky. V poslednom čase sa tu začína širšie aplikovať Skinnerova teória a rozširuje sa tým aj okruh liečených porúch.

S operačnými (inštrumentálnymi) technikami sa zatiaľ pracuje len vo forme experimentovania a vyvodzujú sa niektoré závery pre ich klinickú aplikáciu. Okrem uvedených 6 prípadov (v tab. 14) s hyperaktívnym správaním a 3 s oneskoreným vývojom reči, aplikovali sa inštrumentálne postupy (podľa kazuistických prác) pri anorexii, pri psychopatickom správaní, pri detskom autizme, pri enkopréze, sebapoškodzovaní a pri hyperaktivite. V doterajšej literatúre sme našli 12 kazuistických štúdií, takže spolu s údajmi v tab. 14 sa pomocou týchto postupov doteraz liečilo 21 detí. Treba však podotknúť, že aj kazuistické štúdie mali ráz výskumného sledovania možnosti modifikovať správanie prostredníctvom inštrumentálneho postupu. Ich terapeutické zameranie je však zreteľné a práve tieto postupy sú konštruované tak, aby sa pestovali chýbajúce primerané prejavy správania. Ich nevýhodou je, že sa týkajú vždy len veľmi úzkeho okruhu prejavov, izolovanej formy aktivity. Sú to postupy prácne, časove náročné a často si vyžadujú aj dôkladnejšie laboratórne, resp. prístrojové vybavenie.

Treba pripomenúť, že väčšina štúdií tohto druhu sa datuje od r. 1964, a tak práca na tomto úseku je iba v začiatkoch. Jej širšie klinické využitie si ešte vyžiada veľa výskumného úsilia. Pri klinickom použití princípov inštrumentálneho učenia treba totiž predpokladať vznik globálnejšie usporiadaných procedúr, prípadne ich včlenenie do niektorých foriem doteraz používaných postupov, akými sú napr. terapia hrou alebo rehabilitačné procedúry. Okrem oprávnenej námietky o mechanickom charaktere mnohých inštrumentálnych postupov možno od nich očakávať prínos k vypracovaniu metód pozitívneho tréningu, ktoré sú veľmi významné hlavne pri aplikácii psychoterapie učením u detí už aj vzhľadom na pôsobenie

faktora nedostatku učenia, ako aj vzhľadom na nedostatočnú zrelosť a vyšší výskyt dificilných porúch správania. Úspešnosť pokusov s ovplyvnením psychopatického vývoja osobnosti pomocou týchto postupov by tvorila osobitne významný prínos pre psychoterapiu u mládeže.[21]

3. Skúsenosti s aplikáciou discentných postupov u detí

Naše skúsenosti sa opierajú o súbor 48 detí, z čoho väčšinu tvoria prípady balbuties, dyslexie a tikov (nepočítajúc enurézy a poruchy správania). Pri tikoch a balbuties sa dosiahol úspech u 75 % liečených, pri dyslexii u 64,3 %. Podľa katamnestickej kontroly je úspech liečby trvácny približne v 60 % zo všetkých liečených prípadov, a to aj pri niekoľkoročnom katamnestickom sledovaní. (Porov. kap. XI.—XIII.) Účinné sú tieto postupy pri odstraňovaní strachov, a to aj pri strachu v interpersonálnych situáciách (tréma). Dĺžka terapeutického zaoberania sa s pacientom pohybovala sa v rozpätí 2—10 mesiacov, vo väčšine prípadov tvorila 3—5 mesiacov a prebiehala len vo forme ambulantnej liečby. Frekvencia terapeutických sedení bola preto raz za týždeň s postupným prechodom na dvojtýždenný interval, iba spočiatku sa vykonali návštevy dvakrát týždenne.

Z hľadiska možnosti širšie uplatňovať psychoterapiu učením u detí sa javí potrebné jednak rozvíjať metódy pozitívneho tréningu, jednak prispôsobovať existujúce postupy špecifickým osobitostiam detského veku. Zároveň je potrebné rešpektovať zásady primeraného, psychologického kontaktu a vhodného emotívneho pôsobenia. Postoje, ktoré terapeut bude prejavovať voči dieťaťu (najmä v prítomnosti rodičov), jeho bezprostredný akceptujúci spôsob venovania sa mu, sú nemenej dôležité ako aplikácia špeciálnych metodík. Vzhľadom na sklon ku konkrétnemu mysleniu nie sú účinné rozbory zásad alebo interpretácie, ktoré môžu naopak pôsobiť rušivo,

---

[21] Skúšala sa aj aplikácia inštrumentálneho postupu u mentálne retardovaných detí. Bijou a Orlando (1961) použili u 46 retardovaných (IQ 23—64) vo veku 9—12 rokov procedúru inštrumentálneho podmieňovania na úlohe s diferenciáciou. Skúšali rozličné variácie spôsobov posilňovania a dospeli k záveru o možnosti zrýchľovať schopnosť diskriminácie u mentálne retardovaných.

Správu o zástoji učenia v kompenzácii defektu u 20 oligofrenických detí podáva z iného aspektu Nepomniaščaja (1957). Išlo o žiakov 1. a 2. ročníka pomocnej školy, u ktorých sa skúšal postup s počítaním predmetov, pričom kompenzáciu mal napomáhať sprostredkovaný systém vonkajších znakov napojený na slovnú inštrukciu. Autorka vyzdvihuje, že sa podarilo dosiahnuť reguláciu odpovedí pomocou slovnej inštrukcie.

Častejšie ako u dospelých je potrebné u detí zasahovať do vonkajších podmienok a zainteresovať na spolupráci rodičov, prípadne vychovávateľov, a to aj v záujme napomôcť transfer zmien navodených psychoterapiou do mimoterapeutickej situácie. Javí sa, že v porovnaní s dospelými treba všeobecne venovať viac pozornosti fixácii navodených zmien. Z oboch uvedených hľadísk je potom vhodné, ak isté terapeutické manipulácie alebo cvičenia môže podľa inštrukcií a demonštrácií terapeuta predvádzať jeden z rodičov. Tým sa aktívne a bezprostredne zainteresuje na dosahovaní žiadúcich zmien, pričom tak zmena miesta, ako aj osoby napomáhajú transfer. Viaceré postupy psychoterapie učením umožňujú aktívnu spoluprácu rodiča alebo inej osoby, čo je v tejto súvislosti ich prednosťou. Okrem pomoci pri niektorých cvičeniach vyžadujeme i realizáciu konkrétnych opatrení, čo často predstavuje zásah do nevhodného typu vzťahov k dieťaťu a má veľký význam napr. pri poruchách správania spôsobených aj výchovnými faktormi.

V jednom prípade 11-ročného chlapca s opakovaným výskytom krádeží (peniaze, hodinky) a následnou túlavosťou (po telesných trestoch za krádež) sa zistilo v pozadí nedostatočné citové pripútanie k rodičom, nejednotná a prísna výchova s využívaním bitky ako jediného prostriedku na riešenie výchovných problémov. Chlapec kradol opakovane rozličné sumy peňazí z domu, za ktoré si kupoval cukrovinky, športové a fotografické potreby, včítane fotografického aparátu. Keď mu otec aparát, trampky alebo loptu zobral, ukradol znova peniaze a kúpil si nové predmety, nový fotografický aparát. Citove sa viazal na dedka, od ktorého dostával príležitostne aj menšie sumy peňazí, čo si po smrti dedka nahradzoval krádežou, pričom sumy odcudzených peňazí narastali až do 500 korún.

Okrem iných zásahov sa terapeutické úsilie zameralo na zmeny jeho vzájomných vzťahov s rodičmi. Likvidovali sa bitky, otec mu vrátil fotografický aparát so žiadosťou, aby ho vyfotografoval a dal mu peniaze na vyvolanie filmu. Poradil mu, ako fotografovať a za pekné obrázky ho pochválil. Vrátil mu aj ostatné predmety a občas mu dal malé sumy peňazí, ktoré si neskoršie chlapec sám vypýtal. Podobne sme sa pokúsili zintenzívniť pozitívne vzťahy k matke, pričom sme rodičom poukázali na viaceré synove pozitívne stránky. Tieto zásahy spolu s únikom pred hrozbou nápravného detského domova — dôvodom psychologickej konzultácie bola totiž otázka jeho zaradenia do detského domova, o čom chlapec vedel — pomohli postupne odstrániť krádeže i túlavosť (ktorá, pravda, bola iba reakciou na neprimerané telesné tresty).

U detí sa častejšie ukazuje potrebné *kombinovať psychoterapiu s istými výchovnými zásahmi.* Okrem toho charakter niektorých discentných postupov má ráz reedukačný. Preto možno hovoriť osobitne o *discentnej reedukácii.* Rozumieme ňou jednak nápravné postupy, opierajúce sa o princípy

psychológie učenia, ktorých cieľom je nacvičiť istú chýbajúcu alebo nedostatočnú aktivitu (napr. metóda dublovaného čítania pri dyslexii), a jednak uplatňovanie princípov teórie učenia pri edukatívnych zásahoch, a to najmä pri výchovne spôsobených dificilitách. Najjednoduchším príkladom takéhoto zásahu je usmernenie tzv. sociálneho posilňovania (napr. pochváliť kladný prejav a nevšímať si negatívny prejav). Využívame tu vo väčšej miere princípy pozitívneho tréningu, ktoré sa ukazujú veľmi dôležité práve v detskom veku. Zásadne je však rozpracovanie zásad a metód discentnej reedukácie úloha, ktorá ešte len čaká na riešenie. Bolo by vhodné uvažovať aj o discentnom využití terapie hrou.[22]

Pri aplikácii existujúcich metód psychoterapie učením u detí ide v podstate o prispôsobenie týchto metód ich vývinovej úrovni a typickým osobitostiam detského veku, čo si vyžaduje väčšie-menšie *modifikácie postupu.* Ako ilustrácia môže poslúžiť napr. modifikácia tienenia hrou pomocou bábkového divadielka, použitá u 5—6-ročných balbutikov. Podobne pri metóde systematickej desenzitizácie vznikla využitím zvýšenej imaginácie detí modifikácia desenzitizácie s vyvolaním príjemných citových predstáv. Samozrejmou požiadavkou je prispôsobenie obsahu hierarchie anxiet detskému, resp. adolescentnému zážitkovému okruhu. Ďalej treba získať spoluprácu detí na presné vykonávanie požadovaných úkonov, na čo niekedy vystačíme s celkom jednoduchým zásahom. Napríklad pri nepríjemnom galvanizačnom podnete (pri aplikácii ktorého sa menšie deti rozplačú) stačí, ak si terapeut vymení na chvíľu úlohu s dieťaťom: Dá si prejsť elektródami po vlastnej tvári a ďalší postup s metódou tenznej úľavy prebieha podľa požiadaviek, ktoré sa majú pri tejto metóde spĺňať.

4. Otázky prevencie

V súvislosti s diskusiou o možnostiach psychoterapie u detí sa ponúka niekoľko námetov aj k širšej problematike prevencie. Už predpoklad o väčšej plastickosti osobnosti v detstve a skutočnosť, že učenie sa pokladá za „rozhodujúceho činiteľa duševného vývoja" (Linhart, 1965),

---

[22] Jednoduché formy pozitívneho tréningu rozpracúvajú u nás J. Čulen a J. Bojanovský (referáty 1966). Čulenovi ide o tréning sebakontroly na základe podrobného denného zaznamenávania vlastnej aktivity a hodnotenia vlastných činov, pričom počíta, že tréning zvyšuje vôľovú reguláciu správania. Bojanovský hovorí o aktivačnom tréningu, ktorý obsahuje cvičenia správnych denných návykov, rýchlych automatických pohybov, ďalej koncentračné cvičenia a usmernenie vlastných myšlienok v optimistickom smere. Čulen aplikoval svoj postup u detí (predovšetkým so zmenami a poruchami správania), Bojanovský u dospelých.

nabádajú využívať princípy učenia v prevencii. Ďalej treba aj v tejto súvislosti pripomenúť, že značná časť dificilít a porúch u detí sa dá spájať s deficitným spôsobom učenia, nedostatočne intenzívnym tréningom alebo s chýbaním vhodného tréningu. *Zintenzívnenie učenia* môže byť potom nielen nástrojom reedukácie, ale aj výchovným nástrojom. Môže jednak podchytiť vznikajúce deviácie v ich iniciálnom štádiu a jednak im môže predchádzať. Negatívny vplyv nedostatku učenia je priamo výzvou využívať, resp. rozpracúvať vhodné postupy intenzívneho tréningu na rozvíjanie príslušného repertoáru žiadúcich prejavov, a to najmä v tzv. kritických obdobiach rozvoja istej aktivity, čomu sa doteraz nevenovala dostatočná pozornosť.

Okrem špeciálnych metód pre rozvíjanie aktivít v kritických obdobiach duševného vývoja by v podstate išlo o dva druhy opatrení:

a) opatrenia a zásady výchovného rázu,
b) reedukačné opatrenia a techniky.

Výchovné opatrenia opierajúce sa o princípy učenia možno ilustrovať napr. už vhodnými manipuláciami s tzv. sociálne posilňujúcimi činiteľmi, pravda, v zaradení do širších pedagogických koncepcií o funkcii odmien a trestov vo výchove (porov. časť o trestoch na str. 64). Do tohto okruhu opatrení patrí aj známy princíp psychoterapie o nevšímaní si nežiadúcich prejavov (symptómov), manipulácie s odpútavaním pozornosti. Tu však treba poznamenať, že okrem nadmerného používania trestov je výchova v našej súčasnej kultúre nadmerne zameraná na chyby a nedostatky, ktoré posilňuje prílišnou mierou pozornosti, na úkor vyzdvihovania kladov a pozitívnych javov.

Pokiaľ je potrebné používať reedukačné metódy, veľký dôraz sa kladie na metódy pozitívneho tréningu. Pri ich konštrukcii sa v poslednom čase využívajú aj princípy Skinnerovej teórie (z ktorých viaceré sa osvedčili pri zintenzívňovaní školského vyučovania — programové vyučovanie). V tejto súvislosti nechýbajú ani pokusy zasahovať postupmi učenia do rozvoja mentálnej retardácie.

Pri neurotických poruchách sa zdôraznil vplyv učenia ako fixačného činiteľa. Vo vzťahu k zákonu primárnosti sa ponúka z preventívneho aspektu postulát, že zastavenie neurotických prejavov v detstve môže znižovať pravdepodobnosť ich neskoršieho výskytu. Tým by mala sama discentná psychoterapia aj širší preventívny dosah. Keďže pri učení sa zasahuje aj spôsob učenia a spôsob osobného riešenia problémov, dá sa očakávať istý vplyv aj na neurotický spôsob prístupu k problémom. Ďalej sa pri prevencii neurotických porúch javí dôležité odstraňovať strach. Metódy na redukovanie strachu sú už dnes v psychoterapii učením

pomerne solídne rozpracované a predstavujú nielen psychoterapeutický, ale aj preventívny nástroj.

Pri preventívnom využití metód psychoterapie sa dá uvažovať aj o psychohygienickej aplikácii metódy sebapresadzujúcich reakcií. Existujú teda metódy, ktoré sa dajú používať tak psychoterapeuticky, ako aj psychohygienicky. Príkladom toho je aj metóda autogénneho tréningu, ktorú Schultz najprv používal ako psychohygienickú techniku a až neskôr sa začala používať aj v psychoterapii. Podobne Macháč (1965) vyznačuje psychohygienický význam svojej metódy relaxačne aktivačného zásahu, práve pre jej vplyv na aktuálny psychický stav a pre pohotovosť pracovať.

Preventívny dosah discentnej psychoterapie môže ilustrovať napr. aj experiment s odstraňovaním trémy. Redukovaním tohto nepríjemného duševného stavu sa ovplyvňuje nielen ostýchavosť a anxieta, lež nepriamo sa zvyšuje aj výkonnosť, a tým sa následne vplýva na sebavedomie, postoje k sebe a k príslušným činnostiam. Preventívny charakter postupov na redukovanie trémy zvýrazňuje už sama skutočnosť, že tu ide o psychologicko-regulatívny zásah do duševného stavu (tréma nie je duševná porucha, lež duševný stav). Podobne napr. aj odstraňovanie dyslexie je zdrojom pozitívnych citov i predpokladom pre zlepšenie školského výkonu. Práve v súvislosti s dyslexiou sme spomenuli pokusy psychológov s intenzívnym tréningom čítania. Pokračovanie výskumu v tomto smere môže pomôcť tzv. slabším čitateľom, z ktorých sa neskôr vyčlenia aj dyslektici, čo by znamenalo určitý zásah v prevencii dyslexie (nezasahovali by sa, pravda, organicky podmienené dyslexie).

Súhrnne sa dá povedať, že discentná psychoterapia sa líši od preventívneho dosahu psychoterapie vôbec hlavne v tom, že 1. ponúka vhodné metódy na odstraňovanie monosymtomatických neurotických porúch, ktoré sa v detstve vyskytujú častejšie, 2. zasahuje aj do spôsobov získavania návykov a osobného riešenia problémov, 3. jej princípy sa dajú využiť pri konštrukcii takých tréningových metód, ktoré by zabraňovali vzniku mnohých dificilít.

Formatívny charakter učenia nabáda využívať zákonitosti učenia pri vytváraní žiadúcich adaptívnych návykov alebo pri formovaní vhodných postojov. *Preventívny dosah ovplyvňovania postojov sa nedoceňuje.* Postoje vznikajú vplyvom sociálneho učenia a ich ovplyvňovanie sa dotýka aj širších otázok profylaxie, výchovy i osvety (zdravotníckej, psychologickej, pedagogickej). Pokiaľ ide o výchovu, osobitné miesto patrí v tejto súvislosti nevhodným výchovným postojom („ochranárske" alebo negatívne postoje k dieťaťu). Iným príkladom dosahu postojov je prevencia alkoholizmu, ktorú rozhodne sťažujú rozšírené pozitívne postoje ku konzumu alkoholických nápojov a tolerantné postoje ku konzumu alkoholu mláde-

žou alebo dokonca deťmi. Je úplne pochopiteľné, že formy osvetovej práce nie sú dosť efektívne na to, aby narušili zafixované postoje, podporované hlboko zakorenenými zvykmi (nehovoriac o tom, že na osvetovú prednášku o alkoholizme prichádza 90 % žien). Preto je veľmi významné štúdium a vytváranie vhodných metód na ovplyvňovanie postojov. Dôležité sú však aj opatrenia, aby sa takéto ovplyvňovanie uskutočňovalo efektívnejšie a tam, kde je najpotrebnejšie, kde existuje potenciálna možnosť daných výkyvov.

Ako jednu z posledných myšlienok možno spomenúť Hommeho rozpracovanie Premackovej hypotézy (1966), čo môže mať význam aj *pri sebavýchove*. Ide v podstate o možnosť napájať nejaké prejavy — ktoré sú potrebné, ale daná osoba k nim nemá sklon („chuť ich robiť") — na také aktivity, ktoré u nej patria medzi obľúbené, a teda viac pravdepodobné. Účinný tréning potrebných, ale neobľúbených aktivít sa dá robiť tak, že sa napoja na nejakú príjemnú činnosť, ktorá sa však realizuje až po ich predvedení. Trochu zjednodušeným príkladom, ktorý zreteľne ilustruje tento princíp, môže byť z výchovnej praxe sled aktivít: vypracovanie úloh — hra. Viac pravdepodobná aktivita (hra) má potom posilňovať výskyt menej pravdepodobnej (vypracovanie úloh). (Podrobnejšie pozri na str. 251.)

Realizácia preventívnych opatrení sa, prirodzene, úzko viaže na jej *organizačné zabezpečenie*. V danom rámci je to o to zložitejšie, že sa dotýka značného rozsahu výchovných opatrení i širšieho využívania psychológie. Je tu potrebné jednak včas rozoznať už náznaky odchýlok a jednak včas a efektívne zasiahnuť. Jednou z ciest je umožniť konzultačno-poradenskú príležitosť všetkým, ktorí majú nejaké ťažkosti.[23]

---

[23] Pokiaľ ide o organizačné články — čo sa už vymyká z rámca námetov tejto práce — okrem existujúceho systému školsko-zdravotnej služby sa tu rozvíja aj systém psychologicko-výchovných poradní a kliník, ktoré však zatiaľ sotva stačia pokryť najnaliehavejšie potreby. Na psychologický výskum a prax tu ešte len čaká rad úloh (ako ich načrtli napr. Koščo alebo Chmelař). Ďalšie články, ktoré tu prichádzajú do úvahy, sú zdravotnícka, pedagogická a psychologická osveta. Ich pôsobenie je síce menej intenzívne, má však výhodu „širokého záberu". Rozpracúvať metódy takého pôsobenia je tiež jednou z úloh výskumu. Nemenej dôležité je aj hľadanie vhodných foriem preventívneho pôsobenia. V rámci nových foriem stojí za zmienku aj myšlienka o „školách pre rodičov". Medzi naznačenými príspevkami psychológie vystupuje do popredia ako dôležitá úloha výskumu rozpracovanie existujúcich a hľadanie ďalších metód na včasné zisťovanie a podchytenie odchýlok v duševnom vývoji, čo je jednou z kľúčových otázok prevencie. Širšie využívanie prínosov psychológie i priamej činnosti odborných psychológov (absolventov 5-ročného univerzitného štúdia psychológie) je zatiaľ len v začiatkoch, je však veľmi potešiteľné, že sa otázkam prevencie venuje u nás aj z tohto hľadiska stále väčšia pozornosť.

Záver

Napriek hypotéze o väčšej plastickosti osobnosti v detstve dosahovala psychoterapia u detí zatiaľ nižší efekt ako u dospelých. Môže to byť spôsobené precenením danej hypotézy, nedostatočným rešpektovaním a využívaním vedeckých princípov, nedostatočným prispôsobením psychoterapeutických metód špecifikám detskej psychiky i inými faktormi. Zásady vyplývajúce z rešpektovania vývojových špecifickostí sa javia dôležité aj pri psychoterapii učením, ktorej použitie sa bude u detí rozširovať zrejme súbežne s ďalším rozvojom metód pozitívneho tréningu.

U detí sa dá počítať s dobrou kapacitou učenia a so zvýšeným sklonom k imitačnému učeniu, čo sa dá využiť tak v psychoterapii, ako aj vo výchove. Keďže metódami psychoterapie učením sa dosahuje úspech až u troch štvrtín liečených, je širšie používanie týchto metód u detí rozhodne namieste, pričom treba počítať so zavádzaním nielen doteraz použitých, ale i nových metód tejto terapie. V poslednom čase sa intenzívne študujú postupy s operačným učením, a to aj pri poruchách správania, mentálnej retardácii, pri poruchách reči a pri psychopatiách. Bude taktiež potrebné vo väčšej miere využívať uvádzané princípy v rámci výchovného pôsobenia i priame reedukatívne zásady aj z hľadiska prevencie. Pre prevenciu psychických porúch, dificilít alebo odchýlok v správaní ponúka psychológia učenia viaceré námety.

XV. KAPITOLA

KOMPLEXNÉ NEUROTICKÉ STAVY

Jednou z najčastejších výčitiek na adresu behaviorálnej terapie je jej symptomatické zameranie. Skutočnosť, že značná časť publikovaných štúdií venuje pozornosť monosystematickým poruchám, podporuje takúto mienku a vedie niekedy k záveru, že komplexné neurotické stavy — včítane tzv. „charakterových neuróz" — nemožno terapeuticky zvládnuť pomocou princípov teórie učenia. Predpokladá sa pritom, že psychoterapia musí pri takýchto stavoch spôsobovať „hlbšie" zmeny v dynamike osobnosti. Námietky tohto druhu pochádzajú najmä od psychoanalyticky orientovaných autorov, ktorí vyčítajú stúpencom behaviorálnej terapie, že nerešpektujú „hlbšie" príčiny neuróz, a preto majú úspech len pri monosymptomatických poruchách. Ak sa nepodchytia tieto „hlbšie", dynamické príčiny, vzniká podľa nich nebezpečenstvo substitúcie príznakov, t. j. objavenie sa nových symptómov, namiesto tých, ktoré boli odstránené terapiou. Ak by uvedené námietky platili, bola by psychoterapia učením pri komplexných neurotických stavoch problematická.

Pozastavenie sa pri možnostiach aplikovať *princípy teórie učenia pri komplexných neurotických stavoch* súvisí aj s charakterom indikačnej oblasti psychoterapie učením, čo nie je zatiaľ zodpovedané. Práve pri komplexných neurózach sa najvýraznejšie rozchádzajú psychoanalytické a behaviorálne stanoviská. Rozpornosť oboch stanovísk nadobúda až také rozmery, že to, čo vyzdvihuje psychoanalýza ako svoje prednosti (napr. sledovanie „hlbšej" podmienenosti neurózy nevedomými konfliktmi a komplexmi, symptómy ako prejav potláčania, odkrývania nevedomej dynamiky pri interpretácii porúch, výklad snov atď.), pokladajú autori behaviorálnej terapie za jej nedostatky. Práve v tejto súvislosti vyzdvihuje Eysenck (1960) nekonzistentnosť psychoanalytickej teórie a neoverené hypotetické konštrukcie. Franks (1965), ako aj Wolpe (1965) pokladajú špekulácie o „hlbších" príčinách neurotických porúch prinajmenej za predčasné, pokiaľ nie je dokázaná sama existencia takýchto príčin. Franks

uvádza, že ak nastane relaps, objaví sa pôvodný okruh porúch, a nie nové, „substitučné" symptómy.

Námietka o možnosti symptómovej substitúcie je v tomto vzťahu hádam najvážnejšia a uvádza sa už od čias Dunlapovej práce. Daný problém zasahuje zásadne otázku, či neurózu dostatočne charakterizujú samy symptómy, alebo či jej podstatu tvoria ďalšie znaky, alebo vnútorné príčiny. Na takýto typ otázky odpovedá Yates (1960) tak, že uznáva neuroticizmus ako pohotovosť reagovať neuroticky za určitých podmienok, pričom sama neuróza je už potom podstatne vyjadrená v symptómoch a nie je — podľa neho — ničím viac ako súhrnom symptómov. Pri tomto stanovisku, t. j. ak sa definuje neuróza ako systém naučených neprimeraných odpovedí (symptómov), neprichádza do úvahy *substitúcia symptómov* a niet dôvodu o nej uvažovať. Yates je taký dôsledný, že nepokladá za potrebné uvažovať napr. o tiku ako o symptóme a okrem toho o nejakej bazálnej anxiete ako o jeho príčine. Podstatné je, že tak tik, ako aj anxieta sú naučené odpovede, hoci dvojfaktorová teória učenia dovoľuje, pravda, konštruovať predpoklad, že tik je podmienenou vyhýbacou odpoveďou na anxietu.

K problému substitúcie môžeme uviesť ešte jedno relevantné vlastné pozorovanie. V našom detskom súbore sa v jednom prípade balbuties u 8-ročného chlapca (kde sa neurobila klarifikácia) vyskytol, po výraznom ústupe zajakávania, mierny tik. Bolo by však odvážne hodnotiť výskyt tiku ako substitučnú poruchu, keďže tu išlo o súvis balbuties so sprievodnými synkinézami, ktorým sa dovtedy nevenovala terapeutická pozornosť. Katamnestické sledovanie balbutikov vykazuje, naopak, nielen nízky výskyt relapsov, ale pokiaľ sa objavujú, nemávajú — okrem výnimočných prípadov — pôvodnú intenzitu.

Pri porovnávaní efektov oboch druhov terapeutických postupov treba zdôrazniť, že pokiaľ ide o okruh porúch, na ktoré sa aplikuje psychoanalýza a behaviorálna terapia, nie sú v oblasti neuróz také diferencie, ako by sa mohlo na prvý pohľad zdať. Napríklad hysterické poruchy, ktoré sú dávnou doménou psychoanalýzy, podrobujú sa s úspechom aj psychoterapii učením, ba v mnohých kazuistikách čítame údaje o predošlej neúspešnej psychoanalytickej liečbe. Porovnania terapeutického efektu psychoanalýzy a psychoterapie učením hovoria v prospech využívania princípov teórie učenia. Wolpe (1965) vyčísluje na základe publikovaných údajov o súboroch neurotikov, liečených psychoanalýzou, 30—60 % úspechu pri psychoanalýze, oproti 78—90 % úspechu pri behaviorálnej terapii.

Rozdiel však nespočíva v počte úspešne liečených prípadov, ale aj v trvaní terapie. Kým psychoanalytici potrebovali na liečbu jedného pacienta vyše 600 hodín (sedení) počas 2—4 rokov, behaviorálna terapia

trvala v jednotlivom prípade zvyčajne menej ako pol roka a priemerný počet sedení sa pohyboval okolo 30. Otázka, ako rýchlo, nakoľko kompletne a trvácne sa dosiahne uzdravenie, alebo podstatné zlepšenie stavu, je pre psychoterapiu rozhodne dôležitá — už vzhľadom na potrebu pomáhať čím väčšiemu počtu ľudí — a zástancovia teórie učenia v terapii ju častejšie kladú. Wolpe z tohto hľadiska uzatvára, že metódami psychoterapie učením zvládne ročne jeden terapeut 10-krát toľko pacientov ako jeden psychoanalytik. Naproti tomu sa v prácach psychoanalyticky orientovaných autorov uvádza, že „hlbšie" zmeny osobnosti si vyžadujú aspoň 1—2-ročnú analytickú terapiu, pretože iný typ terapie nezasahuje nevedomé mechanizmy.

Pokiaľ sme v kapitole o psychoterapeutickom výskume spomínali, že terapeutické efekty nie sú ešte kritériami na overovanie teórie, treba to na tomto mieste zdôrazniť. Rovnako je potrebné mať na zreteli skutočnosť, že klinické správy o efektoch terapie často nezodpovedajú prísnejším kritériám pre výber skupín. Uvedené údaje majú preto len demonštrovať, že tu existujú určité praktické úspechy a že princípy učenia sa aplikujú aj pri komplexných neurotických stavoch. Zaujímavý je už sám spôsob prístupu k týmto stavom, a to zvlášť vzhľadom na spomínané protichodné stanoviská dynamického a behaviorálneho prístupu.

Okrem už spomínaného problému „hĺbky" možno ešte pripomenúť, že v psychoterapii učením sa počíta aj s faktorom mimovoľného učenia, pričom zásadne regulujúci vplyv učenia možno experimentálne demonštrovať, kým rozhodujúci vplyv hypoteticky vymedzenej osobitnej oblasti podvedomia zostáva sporný tak v rozsahu, ako aj v mechanizmoch. V každom prípade oblasť komplexných neurotických stavov je nielen príležitosťou pre faktické porovnávanie dynamického a behaviorálneho prístupu, lež má aj významný komplexnejší teoretický dosah už tým, že sa dotýka širšej koncepcie štruktúry osobnosti.

1. Charakteristika komplexných neurotických stavov

Neurózu charakterizuje súbor psychogénne podmienených symptómov, ktoré sa združujú do určitých neurotických syndrómov. Syndróm je potom väčšia klasifikačná jednotka. Pozostáva zo základných, typických symptómov, ku ktorým sú pridružené prípadne ďalšie príznaky. Príkladmi neurotických syndrómov sú: neurastenický syndróm (v popredí so zvýšenou únavnosťou), psychastenický syndróm (neistota, nerozhodnosť, obavy), ďalej sú to depresívny neurotický syndróm, obsedantne — anankastický syndróm a iné. Syndróm teda charakterizuje neurózu zo stránky jej naj-

dôležitejších chorobných príznakov. Okrem toho sa stretávame s istými neurotickými črtami osobnosti, ako je napr. úzkostlivosť, ostýchavosť, nerozhodnosť, prípadne sa môžu vyskytnúť neurotické poruchy u psychopaticky nevyváženej osobnosti, čo základný obraz neurózy, pochopiteľne, ďalej komplikuje. Z určitého hľadiska možno teda rozlišovať „simplexné" neurotické poruchy, ku ktorým patria predovšetkým monosymptomatické neurózy (ako tik, fóbie, enuréza, balbuties a iné) a „komplexné" neurotické stavy, ktoré sú charakterizované istým neurotickým syndrómom a pridruženými osobnostnými črtami.

Podľa Wolpeho (1964) komplexné neurotické stavy charakterizuje kombinácia viacerých neurotických príznakov a takých znakov, ako je neprimeranosť správania v sociálne významnej oblasti (tzv. charakterové neurózy), obsedantné správanie, sprievodné somatické poruchy (napr. pri hystérii), zhoršená výkonnosť a iné. Prípad obsedantnej neurózy — rozobraný v X. kapitole — je teda už príkladom komplexného neurotického stavu, a to i s fixovanými neprimeranými osobnostnými črtami.

Každý neurotik, pravda, združuje rad neurotických príznakov so špecifickými črtami svojej osobnosti a je vždy osobitným, svojským prípadom. Spoločné sú formy neurotických príznakov, neurotický syndróm, ale kombinácia týchto príznakov s charakteristikami osobnosti a s určitým typom reaktivity je svojská aj vtedy, ak v popredí neurotického stavu stojí monosymptomatická neurotická porucha. Je potom zrejmé, že ak sa psychoterapia učením aplikuje pri monosymptomatickej poruche, ani tu sa neobmedzí len na túto poruchu, lež na „všetky príznaky, ktoré sú v kauzálnom vzťahu s neurózou" — ako to formuluje Eysenck — a individuálne zvláštnosti osobnosti i typ reaktivity osobitne do toho včleňujeme.

Medzi častejšie sa vyskytujúce pridružené znaky neurotického stavu patrí napr. strach, zvýšený sklon ku konfliktovému reagovaniu (či už ide o navonok prejavované, alebo vnútorne prežívané konflikty), tenzia, nevhodné postoje, čo sa potom odráža aj v interpersonálnych vzťahoch s ich spätným vplyvom na ďalší rozvoj neurózy.

Oproti monosymptomatickým neurózam pristupuje teda pri komplexných neurotických stavoch aj širší okruh osobnej problematiky pacienta, ktorý treba riešiť, a to tak z hľadiska samej pestrosti porúch osobnostných čŕt a zmeneného reagovania, ako aj zo stránky širších patogenetických súvislostí, včítane zmenených postojov a fixácie neprimeraných spôsobov riešenia vlastných problémov a konfliktov. Z toho potom vyplývajú niektoré odlišnosti terapie komplexných neurotických stavov. Z hľadiska behaviorálnej terapie sa tejto otázke venoval ako prvý J. Wolpe.

2. Prístup k terapii

Wolpe (1964) sledoval súbor 65 komplexných neurotikov liečených behaviorálnou terapiou. Konštatuje úspech u 89 %, v tom sa teda neodlišujú od monosymptomatických neuróz (napr. od fóbií). Pri analyzovaní problémov v liečbe „simplexných" a „komplexných" neuróz nezistil rozdiely v aplikovaných princípoch, lež iba v trvaní terapie. Priemerný počet sedení u jedného pacienta so simplexnými poruchami bol 14,9 sedení, kým pri komplexných stavoch 54,8, keďže — ako hovorí — „bolo tu viac čo robiť."

Osobne sa domnievame, že odlišnosť týchto stavov nespočíva len vo väčšom bohatstve príznakov (kvantitatívny rozdiel), lež aj v rozdielnosti práve tej symptomatológie, ktorá sa dotýka niektorých čŕt osobnosti (v čom už vidíme rozdiel kvalitatívny). Tento rozdiel si potom vyžaduje nielen intenzívnejšie sa zaoberať s pacientom, lež aj obmeny používaných metód psychoterapie učením a nové metodické princípy. Za jeden z nich pokladáme aplikáciu klarifikácie, a to aj v úsilí získať lepšie porozumenie seba i druhých (v zmysle náhľadu), i v záujme efektívnejšie riešiť vlastné problémy. Z hľadiska teórie učenia pristupujú tu princípy učenia typu problém-solvingu, čo pokladáme za vhodné aj preto, že neurotik volí nevhodný spôsob prístupu k problémom a používa pritom zafixované neprimerané postoje. *Manipulácia s faktorom náhľadu a riešenia problému* (problém-solvingu) je, pravda, často len prípravnou fázou psychoterapie, a nie cieľom, ako je to pri používaní náhľadu v psychoanalýze (kde má, pravda, aj odlišnú náplň v smere privedenia nevedomého pod vedomú kontrolu). Domnievame sa, že takto nastáva okrem zmeny postojov aj istý *zásah do rozvoja nového spôsobu myslenia*, nového prístupu k problémom, o čo sa v priebehu psychoterapie usilujeme.

Vonkajšou formou tohto prístupu k terapii môže byť *spojenie princípov verbálno-racionálnej psychoterapie s princípmi teórie učenia.* U väčšiny neurotikov sa stretávame s takými dominantnými príznakmi, na ktoré sa dajú aplikovať podobné princípy ako pri jednoduchších neurotických poruchách. Okrem toho sú tu viaceré spoločné znaky typické pre neurózu všeobecne. Možno preto využívať jestvujúce metódy psychoterapie učením aj pri komplexných neurotických stavoch, a to najmä systematickú desenzitizáciu, sebapresadzujúci tréning, prípadne „abreaktívnu" desenzitizáciu a jednak sa môže konštruovať špeciálny metodický postup vhodný pre daný prípad. *Náplň psychoterapie komplexných neurotických stavov* potom tvorí:

a) anamnestický rozbor minulosti,

b) rozbor súčasných problémov, konfliktov a významnejších vzťahov, ako aj doterajších spôsobov ich riešenia,
c) úsilie zasiahnuť neprimerané postoje a nevhodné spôsoby riešenia problémov s prípadným prehodnocovaním vzťahu k sebe, druhým, k práci, rodine a pod.,
d) aplikácia špeciálnych metód psychoterapie učením.

Pacient sa má teda naučiť riešiť svoje problémy a vyrovnať sa s nimi novými spôsobmi. Tieto odlišnosti sme uviedli pod záhlavím discentného prístupu k psychoterapii, ktorý sa najvýraznejšie uplatňuje práve pri komplexných neurotických stavoch. Treba ešte poznamenať, že napr. túžbu byť oceňovaný všetkými, byť pozitívne hodnotený, podobne ako prílišnú vulnerabilitu k tomu, čo si o pacientovi myslia iní, pokladáme za typické postojové kvality komplexných neurotických stavov (nie za osobnosté črty) a majú sa pri týchto stavoch riešiť súčasne s hlavnými neurotickými príznakmi, často ešte v prvej fáze psychoterapie.

Priebeh psychoterapie pri komplexných neurotických stavoch by sa teda dal schematicky rozdeliť zhruba do troch fáz:

1. Fáza verbálnej psychoterapie so zameraním na rozbor životnej histórie, príznakov a spôsobov riešenia vlastných problémov, prelínajúca sa s diagnostikou prípadu.
2. Fáza aplikácie špeciálnych metód psychoterapie učením so zameraním na vedúce príznaky (ťažkosti) pacienta.
3. Syntetizujúca fáza verbálnej psychoterapie so zhrnutím a postupným odpútavaním sa od pacienta, doplnená prípadnými inštrukciami na reguláciu niektorých aktivít. Táto fáza sa končí kontrolnými vyšetreniami zameranými na hodnotenie zmien v pacientovom stave.

Trvanie jednotlivých fáz je interindividuálne rozličné. Prvá fáza trvá zhruba asi 4 týždne (4—6 sedení), pričom sa začína prípadne prelínať s prípravnými aktivitami pre druhú fázu (napr. nácvik autogénneho tréningu). Druhá fáza trvá 2—4 mesiace (10—30 sedení, ktoré sú kratšie, ale častejšie) a tretia fáza trvá asi 6 týždňov opäť s menšou frekvenciou sedení (spolu 3—5). Potom sa pacient pozve v intervale 1—3 mesiacov na kontrolu a po časovom odstupe pol roka na katamnestickú kontrolu. Podrobnosti postupu lepšie vyniknú na kazuistikách.

a) Kazuistické ilustrácie

Prvý prípad predstavuje neurotický psychastenicko-depresívny syndróm. Depresia so strachom a nespavosťou bola hlavným dôvodom hospitalizácie na psychiatrii.

Išlo o 22-ročnú slobodnú úradníčku, ktorá dovtedy netrpela na neurózu, ani na iné psychiatrické ochorenie. Stav bol tak vážny, že sa diferenciálne diagnosticky uvažovalo o psychotickom ochorení, ktoré sa však po bližšom vyšetrení (včítane psychodiagnostického vyšetrenia) vylúčilo.

Asi 6 mesiacov pred hospitalizáciou začala chodiť z práce „rozrušená" v spojitosti s úľakovou príhodou. Cestou z práce videla známeho staršieho muža — ktorý podľahol autonehode — prikrytého zakrvaveným papierom priamo na ceste domov. Odvtedy neznášala samotu, zhoršil sa jej spánok, v noci svietila a uvádzala, že má taký strach, ako vtedy, keď videla na ceste zabitého muža. K tomuto obrazu sa v poslednom čase pridružili aj sny zo strašidelným obsahom (typu incubu). Ráno vstávala unavená, zničená, cítila sa zle v práci a neznášala tamojší hluk (frekventovaná kancelária). Okrem výrazne sa prehlbujúcej depresívnej nálady, mávala často bolesti hlavy, pociťovala stále strach a prestávalo ju čokoľvek baviť.

Z údajov psychologického vyšetrenia treba spomenúť, že jej intelektová kapacita bola v medziach priemeru. V MMPI mala zvýšené hodnoty v škále psychasténie, depresie a hypochondrie a čiastočne aj pri schizoidných tendenciách. V škále situačných anxiet mala veľmi zvýšené skóre — 94 bodov. Náplň strachu sa týkala sociálnej oblasti a oblasti klasických fóbií. Z ostatných osobnostných charakteristík treba spomenúť uzavretosť a nepriebojnosť. Sama sa hodnotí prevažne negatívne. Jej depresívno-anxiózny obsah myslenia charakterizuje aj opätovne sa vracajúca myšlienka na smrť, obava, akoby mala zomrieť, alebo obava, že sa prihodí niečo hrozné.

Asi 3 mesiace sa liečila ambulantne ataraktikami, ktoré boli nasadené aj na začiatku hospitalizácie, kým sa nezačala psychoterapia. V jej priebehu už sme podali iba v súvislosti s desenzitizáciou quajacuran na prehĺbenie relaxácie. Po dvoch úvodných rozhovoroch sa prešlo k nácviku autogénneho tréningu (s čiastočnou kombináciou cvikov z Jacobsonovej relaxácie), ktorý sa striedal s rozborom jej problémov a zostavením hierarchie anxiet. Obsah hierarchie anxiet je uvedený v kapitole o metódach psychoterapie učením na str. 118, kde sa uvádzajú aj ďalšie údaje o pacientke.

Náplň psychoterapeutických pohovorov sa začala bližším rozborom anamnestických údajov. Ukázalo sa, že nespokojnosť na pracovisku je sprevádzaná niektorými konfliktovými postojmi k vlastnej práci i prostrediu. Ďalšie konflikty sa týkali chodenia s chlapcom, s ktorým sa síce rozumela, nemal však vraj dobrú povesť, a tak matka jej bránila s ním chodiť. Bola to už jej druhá známosť, ktorá nevyhovovala hľadiskám matky. Matka bola typom dominantnej osobnosti a mala na pacientku značný vplyv, pričom pacientka rešpektovala jej názory i životné skúsenosti a zároveň sa dostávala do rozporov so svojimi citovými vzťahmi tak k nej, ako aj k chlapcovi. Svoje stanoviská voči matke nevedela presadiť, a tak sa radšej poddala jej vplyvu, čo sa však neobišlo bez vnútorných rozporov. Tým sa zároveň ukázalo, že sama úľaková reakcia bola len „spúšťajúcim" momentom neurózy, v pozadí ktorej boli viaceré zdroje.

A tak tematika rozhovorov sa týkala hlavne vzťahu s chlapcom, vzťahov s rodičmi a situácie na pracovisku. Odporúčalo sa preloženie do pokojnejšej kancelárie. Rozhovory trvali 40—60 minút, mali podporný a klarifikačný charakter, pričom jej uzavretosť sa postupne podarilo prekonať.

Zo špeciálnych metód psychoterapie učením sa použila *systematická desenzitizácia* a sebapresadzujúci tréning. V 28 desenzitizačných sedeniach sa uskutočnilo 81 expozícií s 18 položkami usporiadanými do dvoch hierarchií anxiet; 14 desenzitizačných sedení sa uskutočnilo počas hospitalizácie, ďalšie pri týždennej ambulantnej dochádzke. (Pacientka po zlepšení stavu sa žiadala naliehavo domov a jej stav sa tak zlepšil, že dovoľoval prepustenie.)

Nácvik sebapresadzujúcich reakcií sa týkal jednak vzťahov na pracovisku a jednak vzťahov k matke. V prvej oblasti bola úspešnejšia ako v druhej. Vedela si vybaviť zmenu pracovného zadelenia. Rozhovory s matkou sa totiž neobišli bez rozladenia a skutočnosť, že rozladenie voľne prejavila, nedostačovala na maturáciu vzťahov k matke. Tu však treba brať do úvahy tak jej nepriebojnosť, ako aj matkinu dominanciu.

Ku koncu pobytu sa objavili obavy, aby sa nemusela vrátiť na psychiatriu. Rozhovor, v ktorom tieto obavy prejavila, týkal sa potom rozboru postojov druhých ľudí k faktu hospitalizácie a v záverečnej fáze rozhovorov sa diskutovalo aj o jej vulnerabilite voči postojom druhých ľudí. Po skončení desenzitizácie sa dochádzka uskutočnila dvakrát a neskôr raz mesačne, pričom sa riešili aktuálne problémy, ktoré sa medzitým vyskytli.

Po prepustení pokračovali zásahy matky do vzťahu s chlapcom, čo postupne spôsobilo ich rozchod. Zároveň otec prekonal operáciu (pri vredovej chorobe). V tomto období sa zhoršila doma konaná relaxácia, nastali výkyvy v zaspávaní a pacientka prestala chodiť do spoločnosti. Čoskoro sa však nechala naviesť na návštevy kina a prechádzky s kamarátkou.

Pri ukončení psychoterapie (v trvaní 5 mesiacov) sa cítila úplne zdravá a nemá pôvodné ťažkosti. Okrem výkyvov v zaspávaní v období rozchodu s chlapcom, spánok sa upravil, desivé sny úplne vymizli, nemá bolesti hlavy a na pracovisku sa cíti spokojná. V MMQ je nález úplne v norme, asymptomatický, v škále situačných anxiet nastal pokles z 94 na 50 bodov (norma).

Katamnestická kontrola po 7 a 9 mesiacoch vykázala trvácnosť dosiahnutých zmien len s jedným nepatrným výkyvom v stave, čo však bolo krátkeho trvania. Obnovila totiž známosť s chlapcom a po krátkom čase sa opäť rozišli, čo sa jej citove dotklo. Práve vtedy sa objavila tupá bolesť hlavy (výraznejšie v období menses) a bola zádumčivejšia. Skúsený obvodný lekár jej ordinoval quajacuran (3 tabl. denne), ktorý užívala tri

týždne. Okrem tohto mierneho výkyvu v stave — ktorý však nemožno vôbec porovnávať s pôvodným rozsahom ťažkostí — cítila sa po celý čas dobre, „tak voľne", spánok bol v poriadku, nálada primeraná (v zhode s pôvodným ladením skôr vážna), chodieva do kina a práve sa chystala do kúpeľov, ktoré jej navrhol hneď po prepustení obvodný lekár.

Typickým príkladom komplexného neurotického stavu je 42-ročný neurotik, ktorého najzávažnejšia problematika a charakteristika je uvedená v I. kapitole. Trpel už 10 rokov stále rastúcimi pocitmi vlastnej insuficiencie, depresívnymi výkyvmi nálad s nespokojnosťou až autoakuzáciami. Vyčítal si rozličné chyby. Deprimovanosť zaháňal občasným pitím (úzus alcoholi). Bol značne introvertovaný, „piplal" sa v sebe, citove ambivalentný s množstvom výčitiek a s resentimentami. Zároveň prejavoval zvýšenú túžbu po emotívnej konzumácii a vulnerabilitu k postojom iných voči nemu. Intelektove a umelecky je nadaný, s bohatou duševnou produktivitou a obrazivosťou, zároveň však prejavoval zvýšenú kritickosť k sebe (podľa ROR). V Eysenckovom MMQ dosahoval neurotické skóre 33 (vysoko abnormné) a skóre anxiety v upravenej škále situačných strachov bolo 90 (abnormné) s dominanciou anxiety v sociálnej interpersonálnej oblasti (skóre 61). Pred troma rokmi ho liečili pomocou dynamicky vedenej psychoterapie.

Psychoterapeutický plán sa zostavil po troch návštevách, v ktorých sa rozoberala jeho anamnéza a urobili sa psychologické vyšetrenia. Pozostával z dvoch hlavných zložiek:

a) verbálna psychoterapia so zameraním na revíziu postojov a spôsobov prístupu k závažnejším osobným problémom,
b) systematická desenzitizácia.

Okrem 15 sedení s pacientom (v trvaní 2—3 hod.) a okrem desenzitizácie sa urobili 2 pohovory s manželkou a tri s oboma manželmi. Sedenia sa konali ambulantne. Vzhľadom na dominanciu minulosti, ku ktorej sa pacient často vracal, rozobrala sa tematika minulosti v 4 rozhovoroch, po ktorých sa už v ďalších rozhovoroch neobjavovala. Hlavnú *náplň psychoterapeutických rozhovorov* tvorili tieto námety:

a) problém „fantazírovania", idealizácie javov a následnej nespokojnosti,
b) aktíva a pasíva v doterajšej životnej bilancii,
c) vzájomné vzťahy s manželkou a predstavy o nich (s následným rozhovorom s manželkou a spoločným interview v trojici),
d) téma volená ním (vzťahy s manželkou a práca),
e) autokritika, nedostatok sebarešpektu a vulnerabilita voči uznaniu,
f) problém zmyslu života a drobné životné radosti.

Náplň a spôsob vedenia rozhovorov demonštrujú úryvkovité ukážky podľa magnetofónového záznamu. Záznam sa robil s vedomím pacienta, pričom sa naň rýchlo adaptoval, takže snímanie častí rozhovorov nepôsobilo rušivo.

Ukážky z interview

Téma: *Zástoj fantázie v mojom živote* (T — terapeut, P — pacient)

T — A neruší Vám sklon odovzdávať sa fantázii zmysel pre realitu?
P — Zmysel pre realitu, zmysel...
T — Áno (ostatné vsuvky T vo forme súhlasného počúvania sú uvedené v zátvorkách priamo medzi textom pacienta).
P — Je to u mňa tak. „Fantazírovanie" je až také veľké, že potláča zmysel pre realitu (T — Áno...) Nachádzal som také súvislosti, až to bolo závratné... dostal som sa veľmi ďaleko, až do detstva a teraz sa obávam, že mnoho tých spomienok nejako tak... skoro umele vyvolám. (T — Áno, nhm...) Umele vyvolávam a dávam im určitú váhu, väčšiu, než by si trebárs zaslúžili. (T — Áno, nhm.) Pravda, prečo to robím? Azda len preto, aby som vypátral, v čom je tu prapôvod všetkého. To fantazírovanie, to je hádam detstvom dané.
T — Áno, ono k obdobiu detstva patrí...
P — Ale už tu nebudú asi súhlasiť určité veci, ako som sa správal, ako to bolo doma, v škole, moje vzťahy... možno, že už tam sa to nejako formovalo. Vidím, že som bol iný než moji vrstovníci...
T — To by však zásadne nevadilo, lebo každý človek je iný, je neopakovateľný.
P — Pravda, ja si myslím, že tam niečo nehralo, možno som sa mal ocitnúť u doktora už pred 20 rokmi.
T — Mňa pri tých fantáziách ešte jedna vec napadá. Vy máte vysoký štandard hodnotenia a pri tomto vysokom štandarde hodnotenia niektoré veci sú — v dôsledku toho dokreslenia fantáziou — horšie interpretované, než by bola ich adekvátna interpretácia, hodnotíte ich z pohľadu tých prísnejších noriem a je len pochopiteľné, že z toho vzniká nespokojnosť, hm?
P — No, ja by som to povedal tak — nie že by som Vás chcel opravovať... (T — To by bolo v poriadku.) Tá fantázia, to by bolo v poriadku, bez fantázie by som sa proste neobišiel...
T — Iste, to nakoniec patrí k tomu, že ste umelec...
P — Ale (záraz)... to fantazírovanie je u mňa také naprosto neplodné fantazírovanie. Ja si napríklad poviem, že toto by som mohol urobiť, to by bolo báječné, a zostanem pri tom prianí. Teda na jednej strane to fantazírovanie a na druhej strane neschopnosť to uskutočniť, a tak je fantazírovanie a z toho nespokojnosť... skutočnosť proste tomu nezodpovedá...
T — Ale nie je to tak preto — prepáčte, že Vás prerušujem, — že fantázia vlastne nikdy nie je dosť reálna? Skutočnosť je iná už preto, že tu pracuje fantázia...
P — No, prirodzene. Ja si to však asi neuvedomujem. (T — Nhm.). Ja to nemôžem uskutočniť, a to ma hnevá, tak nejako si pripadám... To moja pani je naprostý realista.
T — A čoho sa týkali tie Vaše fantázie? Aký bol ich obsah... Myslím to z hľadiska práve tej nespokojnosti.
P — Mlčí (pozerá sa do poznámok, ktoré si priniesol so sebou).

T — Zaujímalo by ma napr., či v tej fantázii nie je mnoho idealizácie. Spomínali ste napríklad „neschopnosť vedieť, čo od života chcem, čo od neho očakávam atď.", nekladiete si napríklad príliš vysoké požiadavky?

P — Ja sa domnievam, že nie, ja som nemal vôbec predstavy o svojom živote, ja som proste tak nejako žil...

T — Zo dňa na deň?

P — Áno, žil... a tá fantázia to nebola v tom, ako si predstavujem svoj život ďalej, čo by som chcel, to tam nič nie je...

T — Netýkali sa tie námety ideálov?

P — Nie, o tých veciach som nerozmýšľal, je to dosť opak, to bolo skôr také... strhnúť na seba... (T — Pozornosť?)... Áno, pozornosť. Mne bolo tak nejako dobre, keď si hovorili „Čo s ním je"... (Uvedie konkrétnu opakovanú príhodu z minulosti.) A to nachádzam už v detstve.

T — Myslím, že sa dostávame o krok ďalej, i z toho, čo ste napísali a povedali. Myslím, že sme na to už aj narazili, totiž, že ste príliš citlivý na mienku iných, na to, ako sa druhí na vás pozerajú, či si Vás všímajú a čo si o Vás myslia.

V tomto smere pokračoval rozhovor ďalej až po kritériá pre vlastné sebahodnotenie a vystačenie si s vlastným pohľadom, ktorý však treba upraviť. Rozhovor trval vyše 2,5 hodiny.

Z témy: *Zmysel života.*

T — Táto otázka — otázka zmyslu života — je rozhodne veľmi komplexná. Je to komplex, je to rovnica o mnohých neznámych, ale niektoré z nich sa dajú vypočítať, vyčísliť. Zoberme si napríklad tú starostlivosť o pani, o...

P — Ja si, pravda, myslím, že jej mnoho radosti nerobím, hoci by som sa strašne rád aspoň kúsok priblížil jej ideálu. Ona ma berie tak, že ju potrebujem...

T — Tak matersky?

P — Áno, tak nejako...

T — My muži, sme nakoniec také veľké deti...

Rozoberá sa časť pohľadov na ich vzťahy, z čoho sa opäť prechádza k vlastnej téme:

P — Nejako to je vo mne, vnútri taká nespokojnosť.

T — A čo radosť z pekných a pritom všedných životných drobností?

P — Áno, koľkokrát som sa pri tom prichytil, ale na druhej strane je mi jasné, že ja to neviem.

T — Tešiť sa z maličkostí?

P — Áno, z drobností. Hovoril som si, že to je iba taká pozlátka, človek potrebuje niečo hlbšie. Dospel som až tak ďaleko, že napr. čítanie, alebo vzdelávanie sa... Čo je koho po tom, a kto má čo z toho, či ja to, alebo ono ovládam. Viete... (T — Nhm) — úplne tak nejako som si nezmyselne podrážal nohy.

T — Avšak pritom ste si zároveň plne vedomý toho, že tým sa človek obohacuje, plnosť života je väčšia....

P — Isteže, a sám človek má... Ja by som to tak potreboval! Trebárs tú väčšiu istotu...

T — A nie je to aj preto, že stále hľadáte čosi hlbšie? Život predsa pozostáva z celého radu drobných všedností, ktoré sa dajú vychutnávať, hm?... Hľadanie čohosi hlbšieho Vám potom môže zakrývať pohľad na tie drobnosti, ktoré by sa dali plnšie zažiť.

P — Áno, áno, tak je to, a ono je to zákerné. Nakoniec sa neradujem z tých drobností, dni a roky ubiehajú a dostaneme sa do druhého extrému, že je mi ľúto strácať sa v drobnostiach, že by som tým plne nežil...

T — Nespočíva však tá plnosť aj v zažívaní tých drobných, každodenných radostí? V ich plnom zažívaní?...

P — Ja neviem.

T — Ja myslím, že áno, a aj preto vystupujú Vám naliehavejšie otázky zmyslu života... pre to hľadanie čohosi hlbokého. Veď sám život je veľká hodnota, treba ho len hodnotným spôsobom prežívať... Vráťme sa však ešte k drobnostiam. Človek napr. venuje veľa úsilia tomu, aby mal nejaké zážitky. Ide do hôr. Opäť ako vlani. Tie hory sa nezmenili. Ale zážitky sú nové!

P — Áno.

T — Alebo si predstavte inú situáciu. Máte nejakú objednávku. Veď už jej riešenie a realizácia je zdrojom radosti aj estetických citov, radosti z tvorenia. A keď v hotovej práci nájdete niečo, s čím ste nespokojný? To nie je chyba, veď to použijete ako námet pri inej práci. Skutočnosť, že tam nájdete niečo, čo sa Vám nezdá, je naopak dobrý znak, znak kvality, úrovne tvorivosti. Tak to má byť! Ale berte to ako nový námet, nie ako chybu, ale ako niečo, čo ste síce neuplatnili, ale uplatníte neskôr!

P — Áno.

T — Neprekáža Vám však to — že nájdete „kvázichyby" — nekazí Vám to radosť z diela?

P — Áno, človek má ten kritický vzťah, ten prevláda. Je to také „odložené dieťa" (rozumej hotové dielo).

T — Keďže ste veľmi sebakritický, to Vám môže kaziť zažívanie radosti z diela. Veď vlastné dielo, to je veľká vec!

P — Ja v poslednom čase však radosť z práce nemám. Možno je to zavinené tou náladou, že prácu pokladám iba za prostriedok na živobytie. Kedysi som mával radosť. Pred rokmi sa mi tak ľahko pracovalo, teraz mi všetko strašne dlho trvá.

T — Nie je to však aj tým, že sa príliš zamýšľate nad vlastnou minulosťou, že sa jej teraz nejako tak viac venujete a azda aj viac spomínate na negatívne stránky života...

P — Isteže, ja som toho plný, plný tej minulosti, plný toho ľutovania...

T — Pravda? Takže tam nezostáva ani miesto pre pozitívne...

P — Áno, ja mám dojem, že celú energiu spotrebúvam na toto... na... Alebo aj niekam ideme. Mne to nedáva pocit spokojnosti. Tak sme tam boli — ale keby sme tam neboli — tiež by sa nič nebolo stalo. Ja som dokonca mal i takú úvahu: Nikde som dohromady nebol, ja som si to tak kazil a bol som bez toho roky. No keď som sa vrátil z Viedne, myslel som si: Videl som, bol som tam, ale nič by sa nestalo, keby som nebol išiel. A tak je to so všetkým.

T — Nemali ste však pocit, že ten cudzí svet Vám dáva nové dojmy? Čo ste tam všetko videli?

P — Opisuje návštevu Viedne s Čedokom.

T — Napríklad z galérie ste museli mať dobré pocity a silné dojmy.

P — Áno. Aj v Drážďanoch to bol mohutný zážitok, keď človek stojí pred originálom. (T — Áno, určite!) Iste v tom okamihu je to veľký zážitok, ale potom si to neviem vážiť, javí sa mi to všetko nezmysel...

T — Vy ste sa však na to tešili! A keď ste už tam boli, už Vás to prestalo baviť, pravda?

P — Áno.

T — To je na tom práve neurotické... Veď to je veľká mohutnosť zážitkov, napr. Venuša, Sixtínska Madona...

P — Gaugain... a už vôbec, že cítite tú prítomnosť, akosi až toho majstra — ale potom...

T — Ale človek tam predsa ide pre tie zážitky! Ja som mal z toho veľké zážitky, práve z drážďanskej galérie.

P — Áno. Ja napr. túžim po Paríži, ale zasa tak svojím spôsobom, vo fantázii... Chcel by som tam chodiť — nie tým čedokárskym spôsobom — ale nedôjde k tomu... (T — Hm?)... Azda... Ja však myslím aj na to, že mám aspoň niečo neuskutočnené, na čo sa môžem tešiť...

T — Hmm! — počkajte! Myslím, že Sládkovič písal „A z nešťastia si šťastie spraví, umná živosť nášho ľudu." Nemáte v sebe niečo také, že... akoby ste k plnosti života potrebovali byť aj nešťastný?

P — Prečo?

T — To by bola práve tá otázka...

P — Mlčí.

T — Totiž, ak krása zmizne uskutočnením niečoho... Je tu také nebezpečenstvo — mať hlboké duševné zážitky z negatívneho. To nebezpečenstvo je asi v tomto: To, čo sa mi podarilo, ma prestalo tešiť. Zostaňme preto pritom, čo sa nepodarilo, a to zažívajme! Lebo zážitky a plné zážitky potrebujeme! Nemajú potom pre Vás istú príťažlivosť negatívne zážitky?... To nebezpečenstvo tu existuje, aj keď Sládkovič myslel na niečo iné... Alebo takýto námet: Bohaté duševné zážitky potrebujeme. Aj k tvoreniu. Nevieme zažívať „sladké" a bude to preto „kyslé", ale budú to zážitky! To je námet v zmysle výkričníka. Pozor na to! Čo tak obnoviť si chuť na „sladké", „kyslého" už bolo dosť?! Alebo si ten „duševný žalúdok" už príliš zvykol na kyslé? Porozmýšľajte o „pestovaní chuti na sladké"!... Niekedy sa k tomu vrátime.

Potom je tu ďalší bod zmyslu života: Realizácia seba v práci, v činnosti. Ako vyzeráme v tomto?

Nasledoval rozbor pohľadov na vlastnú prácu až po detaily rozrobených kresieb, plnenia objednávok i dohodnutie o termínoch. Rozhovor bol opäť výdatný a v tejto časti už čisto osobný.

Uvedené ukážky sú jednak dokladovou ilustráciou, ale hlavne ukážkou spôsobu vedenia rozhovoru. Vidíme, že hovorí viac pacient, terapeut kladie viac otázok. Drží rozhovor v rukách a prerušuje ho vo vhodnom momente, aby išiel v žiadúcom smere, aby odznelo to, čo je najdôležitejšie. Vedie pacienta k istým záverom, ale neformuluje ich on. Nechá formulácie na pacienta. Opisuje jeho pocity a dáva mu najavo porozumenie. Prepis rozhovoru môže síce len ťažko zachytiť všetky tieto stránky, je tu bezprostredná osobná interakcia, z pozorného čítania sa však dá postrehnúť i táto niť aspoň sčasti. (Pri rozhovoroch s týmto pacientom sa podávala aj čierna káva.) Rozhovor bol stále nenútený, pričom záznam na magnetofón prestal veľmi skoro rušiť, zabudlo sa naň. Zážitky sa opisujú do konkrétností,

výnimočne v prvých fázach používame ešte alegórie, prirovnania. V tejto fáze sa už však nedáva možnosť spomienkam z minulosti, minulosť sa už potláča do úzadia. Niekedy sa navodí dramatickejší zlom, ktorý je pre pacienta prekvapivým námetom (porov. napr. časť s citátom Sládkoviča). Ide o to, aby námet plne strhol budúce pacientove úvahy!

Usilovali sme sa vybrať ukážky takých častí rozhovorov, ktoré sa týkajú všeobecnejšie ľudských problémov a môžu byť čitateľovi bližšie. No i tak sa tam objavujú typicky neurotické postoje, neurotický spôsob zažívania a neurotické črty (horšie sa pracuje, citlivosť k prijímaniu inými, neschopnosť mať radosť z toho, po čom túžil a iné).

V druhom spoločnom sedení s oboma partnermi (ku koncu psychoterapie) sme sa pokúšali aj o nácvik bezkonfliktového spôsobu vedenia rozhovoru na spôsob psychodramatického cvičenia s výzvou pokračovať v podobných cvičeniach doma. Išlo o obnovenie možnosti predebatovať doma také témy, na ktoré už boli obaja precitlivení, teda o nácvik debaty príjemného, namiesto podráždeného typu. Napriek tomu, že obaja mali záujem i zmysel pre jemné vzájomné správanie, domáce cvičenia nerealizovali.

Súčasťou verbálnej psychoterapie bola *zmena postojov*. Sústreďovala sa na pocit, že jeho život usmerňujú náhody, že je vo vleku náhod, čo sa porovnávalo so skutočnosťou, že veci idú svojou cestou, a nie podľa našich predstáv. Z ukážky sme videli časť rozboru námetu vulnerability voči uznaniu iných, ktorú si pacient z vlastného podania plne uvedomil: Namiesto toho sa navodzoval sebarešpekt a primerané sebahodnotenie. Namiesto predošlého zaoberania sa minulosťou minulosť sa zaznávala a namiesto jej obviňovania sa zdôraznil pohľad na súčasnosť, na riešenie toho, čo je práve aktuálne, na sebarealizáciu v umeleckej činnosti atď.

Od tretieho sedenia — keď sa viac-menej zatvorila kapitola minulosti — začalo sa zároveň s nácvikom autogénneho tréningu. Po jeho nacvičení pacient spontánne siaha po relaxácii, keď sa cíti napätý, napr. v ateliéri. Pred pristúpením k vlastnej systematickej desenzitizácii (pri 9. sedení) sa zopakovalo kontrolné vyšetrenie s MMQ, pričom sa zaznamenal pokles neurotického skóre z pôvodných 33 na 25 bodov.

Náplň hierarchie anxiet tvorili interpersonálne situácie hlavne z oblasti pracovných vzťahov, a to so zreteľom na spomínanú vulnerabilitu voči iným, voči uznaniu.

Situácie hierarchie sa rozdelili do nasledujúcich troch hlavných okruhov s 11 položkami:

A_1 — Vstupujete do miestnosti klubu, sedia tam už Vaši známi.
A_2 — Človek, ktorého mienku si vážite, hovorí o Vašej práci.

A_3 — Sedíte s kolegom, ktorého si vážite, a hovoríte o práci.
B_1 — Ste v komisii — hovorí sa o Vašej práci.
B_2 — Ste v komisii — kritizuje Vás kolega.
B_3 — Ste v komisii — kritizujú Vás dvaja kolegovia.
B_{4-5} — Zúčastnili ste sa na súbehu — máte obhájiť v komisii svoj návrh — obhajujete svoj návrh.
B_6 — Máte v tejto komisii odpovedať na otázky a kritické pripomienky.
C_1 — Máte dojem, že Vás kolegovia nehodnotia pozitívne.
C_2 — Ste v komisii, hovorí sa o Vašej práci. Ľudia, od ktorých očakávate hodnotenie, sa vôbec nevyjadrujú.
C_3 — Máte dojem, že Vás hodnotia negatívne.

Situácie majú vzostupné poradie. Prezentovali sa s menším rozvedením 2—6-krát, spolu ich bolo 38, pričom relaxáciu sme v dvoch sedeniach podporili podaním quajacuranu. Spolupráca zo strany pacienta bola po celý čas vynikajúca. Treba poznamenať, že únik k alkoholu sa dal zvládnuť už od štvrtého sedenia.

Po piatom sedení so systematickou desenzitizáciou pacient spontánne telefonicky oznamuje, že mal rozhovor v komisii, kde bol úplne pokojný, „nepodľahol som panike", „mám pocit určitého vyrovnania, taký príjemný pocit dávania sa". Po desenzitizácii sa zopakovala kontrola škál situačných strachov, v ktorej nastal pokles z 90 na 62 bodov (čo je blízke norme).

Hodnotenie stavu pri skončení psychoterapie vykázalo veľmi výrazné zlepšenie, ktoré sa už predtým prejavilo v zlepšení nálady a výkonnosti, vedel sa plne koncentrovať na prácu a vymizli predošlé príznaky. Sám referuje, že „podokončoval resty v práci, cítil sa výkonnejší, prijal nové objednávky a vie brať veci športovo. Mám dojem, že som dospel, dozrel, bol som sama ambivalencia". Pritom jednej oblasti miernych ťažkostí sme nevenovali pozornosť, keďže nebol o to zo strany pacienta záujem.

Pri hodnotení stavu po 6 mesiacoch manželka referuje, že je pokojnejší, vyrovnanejší, nehádajú sa. Má dojem, že keby ho napr. teraz nechala, že by si so sebou poradil. Témam, pri ktorých narážali, sa však vyhýbajú. On sám uvádza, že sa cíti pokojný, vyrovnaný, nie je rozladený a opäť sa mu dobre pracuje. Kontrola pomocou MMQ vykazuje úplné vymiznutie neurotických skóre ad normam (8 bodov). Nevracia sa v myšlienkach k minulosti a zažíva pocit spokojnosti so sebou aj z práce. Problémy sú, vyskytnú sa, ale vie ich riešiť.

Prípad možno pokladať za plne úspešne zvládnutý. Pritom sa neriešili postoje manželky k nemu, hoci aj v tejto oblasti sú isté problémy. Myslím, že výstižné je práve charakterizovanie, že problémy sú, život ich

prináša, ale vie ich primerane a k spokojnosti seba i okolia riešiť. Typickým spôsobom sa zlepšila výkonnosť a cíti sa opäť veľmi dobre v práci, ktorá mu je nielen povolaním, ale aj koníčkom. Viedlo to druhotne aj k zbaveniu sa dlhov a tým k zbaveniu sa starostí, čo je tiež nemálo dôležité. Veľmi dobrý terapeutický vzťah viedol aj k tomu, že terapeut navštívil aj jeho ateliér a byt. Dá sa povedať, že proces psychoterapie prináša čosi obidvom stránkam, ako to formuloval jeden poľský psychoterapeut.

P. I., 27-ročný slobodný inžinier je ďalší prípad dostatočne odlišný od predošlých dvoch. Je zaujímavý tým, že vlastné neadekvátne postoje si plne uvedomoval ako neadekvátne.

Vyznačoval sa niektorými psychastenickými črtami osobnosti. Veľa sa zaoberal sebou, študoval psychologickú literatúru a o psychologickú konzultáciu sa usiloval hlavne pre komplex menejcennosti, ktorý sa u neho kombinoval zároveň s pocitom akejsi osobnej výnimočnosti. Pocit výnimočnosti dával do súvisu s charakterom výchovy, ktorá sa vyznačovala nadmernou starostlivosťou. Rodičia boli hospodársky dobre situovaní a mali ho ako jediné dieťa až po niekoľkých rokoch manželstva. V ich očiach bol vždy ideálny chlapec, ochraňovali ho a ich život sa točil okolo neho. Tu sa začína pocit výnimočnosti, ale aj neskoršie osamostatnenie sa. Pritom sa stále cítil nedostatočne samostatný. V dôsledku uvedeného štýlu výchovy a nadmernej pozornosti doma vyvinulo sa u neho akési očakávanie, že by ho okolie malo prijímať podobne ako jeho rodičia, čo pomery v malom mestečku ešte zvyšovali. Bol si však plne vedomý, že je to neprimeraný nápad, no prichádzal mu opätovne na myseľ. Zároveň s nepríjemným akcentom tohto pocitu chýba mu cit bezprostredného sebazažívania (čo sa blíži až typu depersonalizačných zážitkov). Často sa porovnáva s druhými; vie, že mu nevenujú pozornosť, ale nemôže sa pri bežných situáciách zbaviť myšlienky sebakontroly v závislosti od predstáv o tom, ako sa môže javiť to, čo práve robí, jeho okoliu. Je pochopiteľné, že sa cítil veľmi nešťastný.

Z opisu je zrejmé, že sú tu znaky tzv. charakterovej neurózy, pričom v jej pozadí sú zreteľné výchovné momenty ako zdroje vývoja uvedených zmien. Osobnostne je nevyvážený, ťažšie si získava priateľov. Je citlivý v prítomnosti cudzích ľudí a rozpačitý v prítomnosti nadriadených. Zažíva anxietu v interpersonálnych situáciách, je v nich neistý, necíti sa dobre vo väčších skupinách ľudí. Pre dojem, že si ho môžu všímať, správa sa neprirodzene, hoci vie, že „je to hlúposť". Bol stále nadmerne introvertovaný.

Je nadaný. V škole patril medzi lepších žiakov, na vysokej škole študoval úspešne. O pohlavných otázkach bol informovaný až okolo 16. roku kamarátom. Mával potom nejaký čas sny so sexuálnym obsahom a sny, v ktorých boli ženy mučené, čo môže súvisieť s jedným náhodným pozorovaním z včaššieho obdobia. Mal jednu ideálnu študentskú lásku a jedného kamaráta v období adolescencie.

Po anamnestickom rozbore sa prešlo k psychologickému vyšetreniu, a hlavné údaje nálezu sa pacientovi oznámili. Neurotické skóre bolo pri dolnej hranici abnormných hodnôt (23 bodov). Okrem introvertovanosti treba spomenúť aj jeho veľký dôraz na požiadavku konformnosti v správaní (Leary).

Vo fáze verbálnej psychoterapie sa 2 rozhovory — vzhľadom na jeho ustrnutosť a zvýšenú sebakontrolu v interpersonálnej situácii — viedli vo veľmi uvoľnenej forme, so smiechom až konverzačným typom bavenia sa. Táto forma rozhovoru sa však aplikovala na relevantný osobný obsah, na tematiku, ktorá bola vopred vybratá na tento druh ventilácie. Zároveň sa hneď od druhého sedenia začalo s cvičeniami autogénneho tréningu. Po treťom sedení mal okrem toho *nacvičovať* v bežných životných situáciách plné *spontánne prejavovanie sa,* na čo bola daná príležitosť pri sedení a urobil sa konkrétny návod na konanie pri troch bežných situáciách. Dve sedenia mali formu komentovania čítanej psychologickej literatúry, avšak v smere zásahov do klientových postojov i vyhraňovania vlastného systému hodnotenia. Cieľom bola *stabilizácia optimálnych postojových kvalít* v takom smere, aby plne zodpovedala realite vonkajšieho sveta. Dbalo sa aj na možnosť osvojovať si postoje podľa modelu, pričom sa uviedli adekvátne príklady životných situácií a ich riešenie vo forme opisu príhod a debaty o nich.

Poslednou fázou psychoterapie bola *systematická desenzitizácia,* po ktorej už nasledovali len 2 krátke rozhovory. Hierarchia pozostávala opäť z určitých interpersonálnych situácií, resp. sociálnych anxiet, pričom uvedené položky boli rozložené na menšie prvky, ktoré sa predkladali v jednotlivých desenzitizačných sedeniach. Išlo o nasledujúcu hierarchiu (podanú od ťažších k ľahším situáciám):

1. Situácie tanečnej zábavy.
2. Situácie v závodnej jedálni.
3. Koncert alebo divadlo — situácie s väčším množstvom ľudí pri slávnostnej príležitosti,
4. Vstup do miestnosti, kde sú známi muži.
5. Ako 4, ale s neznámymi dospelými.
6. Ako 4, v miestnosti sú 2—4 dievčatá.
7. Rokovanie s predstaveným — až situácia oponovania.
8. Vo verejnom dopravnom prostriedku.
9. Na ulici.
10. Na kúpalisku v bežných situáciách a aktivitách.
11. Zoznámenie sa s novým človekom (muž, žena).
12. Konverzácia s dievčaťom.

Jednotlivé situácie sme uviedli s výzvou predstaviť si ich tak živo, ako by sa práve teraz v nich nachádzal. Aplikovalo sa spolu 44 prezentácií na báze ambulantných návštev. Psychoterapia trvala 4 mesiace okrem dvoch posledných návštev, ktoré sa uskutočnili v ďalšom mesiaci.

Psychodiagnostické vyšetrenie po skončení psychoterapie vykázalo zreteľné zlepšenie. V MMQ poklesol počet symptomatických odpovedí na 5, t. j. dosiahol plne normu. Anxieta v sociálnych situáciách ustúpila, čo sa prejavilo aj v upravenejšej škále FSS, kde počet bodov bol 40 v celej škále, čo je opäť výsledok v medziach normy. Zaujímavý výsledok sa dosiahol v Learyho zaškrtávacej listine (Hoskovec, Knobloch, Řičan, 1963), kde sebahodnotenie po psychoterapii sa priblížilo k predstave ideálu (toho, akým by chcel byť). Na orientáciu možno z číselných údajov uviesť aspoň toto: kým pred psychoterapiou mal 30 kladných odpovedí v prvej časti (P_1—O_{64}) a 13 odpovedí v druhej časti (znaky maladaptívneho správania), pri hodnotení po psychoterapii má 40 odpovedí v prvej časti a len jednu odpoveď v druhej časti. Tak z tohto údaju, ako aj z prepočtu noriem sa dá uzatvárať, že jeho interpersonálne správanie je po psychoterapii adaptívne a dospel k pozitívnemu hodnoteniu vlastnej osobnosti (porov. Mellan, 1966). Pôvodné ťažkosti vymizli, už v priebehu liečby ho prestala baviť psychologická problematika a nevyhľadával tento druh literatúry, prestal rozoberať rozličné svoje psychické stavy a cítil sa vyrovnaný. Je schopný primerane konať a zbavil sa nepríjemných pocitov zo sebapozorovania, „výnimočnosti" a pod. Prípad možno teda považovať za úspešne zvládnutý, čo platí pre všetky tri kazuistiky. Pod záhlavie komplexných neurotických stavov treba však pripočítať aj opísanú obsedantnú neurózu, kde uvedené postupy pomohli len prechodne potlačiť obsesie a kompulzie s následným relapsom.

b) Diskusia

Ak porovnáme discentnú psychoterapiu s psychoanalýzou zo stránky časového trvania terapie, zisťujeme zreteľnú prednosť discentnej psychoterapie. Totiž 30—50 hodín strávených v rozložených terapeutických sedeniach s komplexnými neurotickými stavmi je skutočne 10-násobne kratší čas, než aký spotrebuje na riešenie týchto stavov psychoanalýza. Táto skutočnosť si nevyžaduje diskusiu.

V porovnaní so „simplexnými" neurotickými stavmi, resp. monosymptomatickými neurózami, nachádzame pri komplexných neurotických stavoch podstatný rozdiel nielen vo väčšom počte sedení, lež aj vo vzraste psychoterapeutických rozhovorov (6—12 sedení v trvaní 1—3 hodín), ktoré boli prísne individualizované tak náplňou rozhovorov, ako aj celko-

vou formou ich vedenia. V rámci týchto rozhovorov sa venuje pozornosť aj pacientovej minulosti, ktorá je okrem iného zdrojom informácií o spôsoboch prístupu k riešeniu osobných životných situácií aj zdrojom informácií o charaktere dominantných postojov pacienta a spôsobu hodnotenia rozličných zážitkov, blízkych osôb a ich vzťahov k pacientovi i vice versa. Rozbor minulosti sa však v porovnaní s dynamickými prístupmi obmedzuje na 2—3 sedenia, z ktorých sa plynule prechádza k takým prvkom, ktoré sú závažné v aktuálnom obraze neurózy. Tým sa neurotik nielen odpútava od „piplania sa" v minulosti, lež znižuje sa aj zvyčajne precenené obviňovanie minulých vplyvov na neurotický spôsob reagovania a zdôrazní sa viac osobný zástoj pacienta k perzistencii neurózy.

Ďalšou charakteristikou opísaného spôsobu psychoterapie je *kombinácia rozhovorov s konkrétnymil úlohami* (napr. v rámci sebapresadzujúceho tréningu, cvičenie spontánnych prejavov a pod.), pričom návody k týmto úlohám vyplynú z urobeného interview. *Zo špeciálnych metód psychoterapie učením* sa častejšie použila systematická desenzitizácia a sebapresadzujúci tréning a domnievame sa, že sebapresadzujúci tréning má práve pri komplexných neurotických stavoch prednostné uplatnenie. V rámci discentného poňatia sa však aj pri týchto postupoch rešpektuje historický pohľad a z pacientovej minulosti sa vychádza tak pri náplni sebapresadzujúcich reakcií (napr. v prípade ich aplikácie na vzťahy s matkou), ako aj pri systematickej desenzitizácii, kde sa včleňujú prvky tzv. abreaktívnej desenzitizácie.

Ďalšou zvláštnosťou komplexných neurotických stavov, s ktorou treba počítať pri psychoterapii, je, že sa častejšie objavujú interpersonálne problémy i interpersonálne podmienená anxieta. Preto je potrebné počítať pri riešení týchto problémov aj so spoluprácou ďalšej zainteresovanej osoby z pacientovho okruhu. Pravidelne je potrebné *zasahovať aj do štruktúry pacientových postojov* a meniť ich v prísnej podriadenosti zásade aktívnosti. *Rozsah postojových zmien* býva podstatne širší ako pri monosymptomatických neurózach, kde bývajú tieto zmeny skôr pridruženým problémom a nemusia byť nevyhnutne bezprostrednou súčasťou obrazu neurózy, ako je to pri komplexných neurotických stavoch. Pri zásahoch do štruktúry postojov, do spôsobu hodnotenia, ako aj do spôsobov prístupu k riešeniu vlastných problémov možno počítať aj s imitačným učením, v rámci ktorého je významná osobnosť terapeuta a dá sa počítať prípadne aj s učením (typu problém-solving) na modeli, ktorý sa môže prakticky realizovať na rozbore rozličných variácií riešenia konkrétnych situácií.

Tento spôsob zásahu je významný vtedy, ak pacient si je plne vedomý neadekvátnosti svojich postojov (ako napr. v prípade inžiniera), kde sme

sa usilovali o zmeny už v samom spôsobe prístupu k hodnoteniu niektorých javov, o zmeny v spôsobe manipulácie s niektorými zážitkami, úsudkami a pozorovanými javmi. Išlo o zmeny v „stratégii" myslenia, čo nakoniec pomohlo aj úplne prehodnotiť postoje k sebe samému, v ktorých sa sústreďoval jeho problém.

Z opisu priebehu psychoterapie na uvedených kazuistikách sa javí, že pri komplexných neurotických stavoch sa dali použiť postupy psychoterapie učením, hoci netvorili jediný terapeutický nástroj. Dopĺňali sa širším prístupom k pacientovi, pričom sa aplikovali prvky verbálno-racionálnej psychoterapie s dôrazom na pacientove postoje, na spôsoby riešenia osobných problémov a na charakteristiky myslenia. No na druhej strane aj v rámci systematických racionálnych vplyvov sa rešpektovali princípy psychológie učenia, a to s dôrazom na špecifickosť ľudského učenia. Medzi takéto znaky patrilo napr. učenie typu „problém-solving" s pokusom o zásah do doterajšej nedostatočne efektnej „stratégie" riešenia vlastných problémov. Striktnejšia kontrola a plánovitá realizácia takýchto zásahov si ešte vyžiada veľa výskumnej energie, ale zdá sa, že sa už začínajú objavovať určité námety aj pre výskumnú prácu v tomto smere. Za takéto námety možno pokladať dve nedávno nadhodené hypotézy:

1. Premackova hypotéza o rozdielnej pravdepodobnosti výskytu rozličných aktivít, za predpokladu, že z dvoch odpovedí „pravdepodobnejšia odpoveď posilní menej pravdepodobnú", a to v rozvedení, ako ho podáva L. E. Homme.

2. Bregerov a McGaughov námet (1965) o vyvodení záverov pre vedenie psychoterapie z hľadiska princípov učenia sa reči (resp. gramatiky) v zmysle zmien „neurotického jazyka" (t. j. neurotického spôsobu myslenia), ktorý sa riadi inými pravidlami ako neneurotické myslenie.

Homme (1966a, b) rozpracúva spojenie Premackovej hypotézy s Guthrieho a Skinnerovou teóriou, pričom mu ide o zásah do kontroly tzv. skrytých operačných pochodov (pre ktoré používa pojem „coverant" odvodený od „covert operant"). Medzi „skryté operačné pochody" počíta predstavy, myslenie, fantáziu a iné duševné podchody. Hovorí o tzv. „coverant control therapy", ktorá predstavuje psychoterapeutické, resp. aj „sebavýchovné" ovplyvňovanie určitých vzťahov v myslení, predstavách, resp. konaní v zmysle možnosti kontrolovať žiadúcu aktivitu pomocou niektorých myšlienok a predstáv podľa pravidiel o výskyte viac a menej pravdepodobného správania. Načrtáva sa tu teda *možnosť určitej autoregulácie správania* práve pomocou takých reakcií, ktoré majú v repertoári danej osoby vysoko pravdepodobný výskyt, a tak môžu navodzovať aj

aktivity menšej atraktívnosti, prípadne chýbajúce. Predstavuje si to tak, že menej pravdepodobné správanie (napr. umývanie zubov u detí) sa môže napájať na jeden alebo ešte častejšie na viaceré vysoko pravdepodobné činnosti (napr. príprava na raňajky, príprava na spánok a pod.), ktoré potom navodzujú, kontrolujú a posilňujú výskyt menej pravdepodobného správania.

Z hľadiska riešenia komplexných neurotických stavov treba zdôrazniť, že za cieľ psychoterapie považuje *zlepšenie procesu sebariadenia.* Jeho vývody zasahujú výrazne sebavýchovné pôsobenie, ktoré sa dá týmto spôsobom usmerniť. Predpokladá potom, že bude existovať optimálna „zmes" takto regulovaného sebariadenia (coverant control therapy) s konvenčnou psychoterapiou, ako aj „s inými behaviorálnymi terapiami" (Homme, 1966b). Sám i so spolupracovníkmi už preskúšal viaceré možnosti takejto regulácie drobných aktov správania.

Námet Bregera a McGaugha (1965) vznikol z kritiky behaviorálneho prístupu, a to hlavne typu *S—R* teórie, ako aj symptomatického prístupu k neurózam. Ide o kritiku, ktorá len podporuje naše stanoviská vo forme tzv. discentného prístupu. Autori zostali zatiaľ len pri nadhodení uveného námetu, ktorý počíta s psychológiou učenia pri psychoterapii a treba zdôrazniť, že vyzdvihujú diferencie v ľudskom učení, v rámci ktorého pripisujú dôležitý význam jazyku.

Aj z hľadiska spomenutých námetov sa javí, že práve pri komplexných neurotických stavoch vystupujú do popredia isté prednosti discentného poňatia pri aplikácii teórie učenia v psychoterapii.

Nakoniec možno zdôrazniť — vo vzťahu k poznámkam v úvode tejto kapitoly — že pri komplexných neurotických stavoch sa nejaví potrebné počítať s nejakými „hlbšími" podvedomými komplexmi, lež so zložitejšími vzťahmi týchto porúch v celkovej štruktúre pacientovej osobnosti, jeho myslenia a postojov, s neefektívnymi spôsobmi doterajšieho riešenia osobných problémov a konfliktov v bežnej životnej situácii, ako aj s bohatšou symptomatológiou neurotického obrazu a sprievodných zmien v reaktivite a prípadne aj v osobnosti. V psychoterapeutických postupoch treba v psychoterapii učením a pri racionálne psychoterapeutických vplyvoch plne rešpektovať špecifiká ľudského učenia.

XVI. KAPITOLA

MOŽNOSTI PSYCHOTERAPEUTICKÝCH ZÁSAHOV PRI SCHIZOFRÉNII

Pri nejasnosti etiológie schizofrénie, keď sa hovorí dokonca radšej v pluráli o schizofréniách — čo len zdôrazňuje nejednotnosť tejto diagnostickej jednotky — pokladajú niektorí autori za povážlivé uvažovať pri schizofrénnych poruchách o psychoterapii akéhokoľvek druhu. No na druhej strane aj pri psychózach prichádza do úvahy vplyv psychogénnych činiteľov, ako to ukazuje napr. Čistovič (1956) dokonca pri infekčných psychózach. A tak sa isté pokusy s psychoterapiou psychóz robili a dodnes robia, a to aj z psychoanalytickej pozície (J. Rosen, M. A. Séchehayeová a iní — pozri Syřišťová, 1965). Možnosti a medze psychoterapie pri schizofrénii rozoberá u nás vo svojej dôkladnej štúdii E. Syřišťová (1965) a dochádza k záveru, že „súčasný stupeň poznania schizofrénneho procesu, nemožnosť dokázať nezávislosť schizofrénie od vonkajších podmienok, vylúčiť vplyv psychogénnych faktorov na vznik a vývoj jej symptomatiky, nás priamo zaväzuje, aby sme sa zaoberali týmto ochorením aj z hľadiska rozboru schizofrénnej osobnosti a jej vzťahov k vonkajšiemu prostrediu" (str. 43). Autorka pokladá psychoterapiu schizofrénie za možnú, dokladá psychoterapeutický postup vlastnými skúsenosťami a kazuistikami a rozoberá základné východiská a zásady tejto psychoterapie.

E. Syřišťová, podobne ako aj iní autori, používa psychoterapiu pri niektorých prípadoch schizofrénie (hlavne pri paranoidnej forme) priamo v akútnom, chorobne plne floridnom štádiu tohto ochorenia.

Sami sme použili psychoterapiu v 4 prípadoch paranoidnej schizofrénie v štádiu po ústupe akútnych príznakov (halucinácie a bludy), pričom sa ukázalo, že pacienti, ktorí mali predtým časté recidívy, zostali stabilní a nevracali sa na psychiatriu. Išlo pritom o zásahy do štruktúry postojov s hodnotením závažných životných zážitkov a o iné vplyvy (Kondáš, 1964).

1. Využitie princípov učenia v terapii schizofrénie

Využitie princípov učenia v psychoterapii niektorých schizofrénnych porúch predpokladá účasť faktorov učenia pri ich vzniku a formovaní, alebo pri perzistencii týchto porúch. O určitý výklad tohto druhu sa pokúsil Mednick (1958), opierajúc sa o pojmy úzkosť, zvýšená dráždivosť alebo hyperaktivita a zvýšená motivačná a emotívna tenzia. V dôsledku toho, že schizofrenik má chorobne zvýšenú dráždivosť, reaguje na veľké množstvo stimulov, a to aj na stimuly, ktoré sú slabé. Okrem toho stav zvýšenej motivačnej a emotívnej tenzie napomáha zvýšenú a skreslenú generalizáciu podnetov. Tým sa táto tenzia stupňuje a stupňujúca sa úzkostná tenzia spôsobuje ďalšie uľahčovanie chorobnej generalizácie podnetových situácií, ktoré sú asociované so situáciami provokujúcimi úzkosť, čím sa spätne zvyšuje hladina úzkosti a zväčšuje sa množstvo pôsobivých úzkostných podnetov. Zároveň sa nevyhnutne zmenšuje okruh podnetov, ktoré by mohli paralyzovať úzkosť, čím sa ďalej znižuje schopnosť zotaviť sa z úzkosti. Vysokú individuálnu hladinu tenzie a nízku schopnosť zotaviť sa z úzkosti pokladá Mednick za základ kritéria, prečo krajná úzkostná príhoda vyvolá schizofrénne poruchy. Tým sa vysvetľuje aj individuálna citlivosť voči úzkosti a odlišný vplyv strachu, úzkostných situácií na rozličných jednotlivcov.

Uvedený pohľad je zrejme iba čiastkový, ponúka však niektoré námety o dosahu psychologických vplyvov na schizofrenické ochorenie. Účasť činiteľov učenia a napomáhanie rozširovať tieto reakcie na základe ďalších podnetov v dôsledku pôsobenia mechanizmu generalizácie dovoľuje uvažovať, že zapojenie faktorov učenia by mohlo eventuálne mať pozitívny vplyv na znižovanie schizofrénneho spôsobu reaktivity. Z tejto úvahy vychádzal náš pokus o *model zásahu do neprimeranej verbalizácie schizofrenikov* prostredníctvom nahradzovania poruchových asociačných reakcií primeranými reakciami, a to buď z repertoáru ich vlastných primeraných reakcií alebo v populácii bežných, častých reakcií (Kondáš, 1964, VI. kap.). Experiment viedol k záveru o možnosti zasiahnuť postupom verbálneho učenia neprimerané asociačné reakcie schizofrenikov a dovolil ďalej vysloviť predpoklad, že intenzívnejšie postupy s preučovaním poruchových asociácií na primerané by mohli predstavovať zásah v smere stabilizácie a normalizácie asociačnej reaktivity schizofrenikov (Kondáš, 1966b). Zistený transferový efekt podporuje vyslovený predpoklad. Za významné považujeme pritom aj zistenie, že proces učenia u schizofrenikov vykazuje podobný priebeh krivky učenia (pri prepočte na Vincentovu krivku) ako u zdravých, pravda, s vyžiadaním väčšieho počtu opakovaní.

Pri našom pokuse išlo o verbálne učenie a osvetľovala sa možnosť

ovplyvňovať takýmto učením verbálne reakcie. Postup implicitne zahrnoval — ako nevyhnutnú podmienku úspechu učenia — dodržiavanie inštrukcie, čo potom poukazuje aj na isté možnosti ovplyvňovať rečovou reguláciou správanie schizofrenikov.

Ak uvážime, *že nedostatočná integrita mentálnej aktivity* je pre schizofrenikov veľmi typický znak, poukazy na možnosti regulujúceho vplyvu reči sú veľmi cenné i priamo z hľadiska možnosti psychoterapeutických vplyvov pri schizofrenických poruchách. Pozorovanie malej skupiny 10 pacientov — kde sa vynechala akákoľvek liečba a pacienti sa podrobili len intenzívnemu rehabilitačnému programu (s pracovnou, edukačnou a tzv. rekreačnou terapiou) — ukázalo, že rehabilitáciou sa signifikantne ovplyvnili niektoré formy správania (hodnotené Goodrichovou schémou) a vykázal sa aj regulatívny vplyv reči, verbálnych inštrukcií na usmerňovanie pracovných a iných aktivít schizofrenikov (Kondáš, 1958).

Medzitým sa objavili niektoré ďalšie príspevky aj k pôvodnému Mednickovmu výkladu. Možno sem zaradiť Ankerov výklad (1961), ktorý vyzdvihuje, že situácie konfliktu typu „dvojité priblíženie — vyhýbanie" obsahujú výraznú ambivalenciu, pričom možno príslušné schizofrénne symptómy pokladať za výsledok konfliktových ambivalentných motívov, vyplývajúcich zo situácií mnohonásobného priblíženia — vyhýbania. Ak medzi takýmito motívmi uvažujeme aj o sebauplatnení, sebazvýraznení a uspokojení z adekvátnych medziľudských vzťahov, dostávame sa aj k symptomatike v oblasti interpersonálnych vťahov (izolácia, autizmus). Podľa Ankera môže byť motivácia k „ochrannej intrapersonálnej izolácii a nereálnemu uspokojeniu výtvormi fantázie" činiteľom redukujúcim tenziu, ktorý by mohol tieto schizofrénne symptómy posilňovať.

Pokus o analýzu schizofrenického správania a procesu z hľadísk inštrumentálneho učenia urobil O. R. Lindsley (1960, in Franks, 1964). Psychózy sú podľa neho oscilujúcim dynamickým procesom, ktorý sa dá postihnúť len dlhodobým pozorovaním. Autor zistil, že zmeny psychického správania sa vyskytujú v určitých rytmoch. U chronických pacientov konštatuje extrémne spomalenie exicitačných procesov; takmer 90 % z nich nebolo schopných odpovedať primerane na jednoduchú situáciu operačného podmieňovania a okolo 50 % vykazovalo deficit pri diskriminačných úlohách. Efekt niektorých medikamentov (iproniazid) sa prejavil v miernom vzraste reaktivity, ktorá neprevyšovala úroveň spontánnych zlepšení.

Súbornejšiu *aplikáciu Skinnerovej teórie na psychotické správanie* urobil C. B. Ferster (1958, 1961). Ide o teoretický rozbor, zameraný na možnosti posilniť istý spôsob správania vonkajšími a sociálnymi činiteľmi, a to aj pri vývoji komplexných foriem takéhoto správania (shaping). Symptómy pripisuje potom neoptimálnemu a neadekvátnemu spôsobu posilnenia tých

odpovedí, ktoré tvoria dôležitú zložku repertoáru spôsobov aktivity daného indivídua. Chýbanie posilnení siaha niekedy až do obdobia včasného detstva, pričom nemenej výrazná je aj averzívna kontrola správania (nesúhlas, kritika). Pritom treba brať do úvahy aj kritické obdobia detského vývoja. Jeho terapeutické vývody majú istý dosah pre rehabilitačnú liečbu.

Anker (1961) tiež zisťuje, že intenzívny rehabilitačný program v kombinácii so skupinovými sedeniami umožnil signifikantné zmeny v smere lepšieho prispôsobenia správania (podľa Lorrovej posudzovacej škály). Cieľom aktivít a skupinovej psychoterapie, do ktorých boli pacienti zapojení, bolo redukovať vyhýbanie sa medziľudským kontaktom, čo je veľmi charakteristické pre chronických schizofrenikov. Je zaujímavé, že zmeny v Lorrovej škále prispôsobenia boli výraznejšie po programe s rehabilitačnými aktivitami ako po skupinovej psychoterapii. Autor je naklonený interpretovať tieto rozdiely skutočnosťou, že v rehabilitačnom programe sa pohybovali interakcie na motorickej úrovni a v reálnom kontexte riešenia problémov, kým pri skupinovej psychoterapii boli tieto interakcie len na čisto verbálnej úrovni.

Ak berieme do úvahy tento záver v koincidencii s našimi skúsenosťami z práce so schizofrenikmi, domnievame sa, že tu možno formulovať nasledujúci postulát: Z terapeutického hľadiska môže byť uprednostňovanie aktivitných (rehabilitačných) programov — s vhodným využívaním interpersonálnej kooperácie a komunikácie a s využitím sociálno-posilňujúcich vplyvov — pôsobivejšie vo fáze plného prejavovania schizofrénnych príznakov (halucinácie, bludy a pod.) a pri ich ústupe (v neskoršej fáze) sa javí viac odôvodnené rozširovať verbálnu úroveň interpersonálnej interakcie, včítane verbálnej psychoterapie, a to prípadne s dôrazom na skupinovú psychoterapiu. Rehabilitačný program sa pritom, pochopiteľne, stále prispôsobuje stavu porúch na jednej strane a úrovni zvýšenej normálnej psychickej aktivity na druhej strane, pričom zasahuje celé obdobie liečby, ale so zmenami náplne aktivít.

Psychoterapeutický zásah do štruktúry schizofrénneho procesu je ťažký (i pre množstvo neznámych) a už z toho dôvodu má isté oprávnenie pokus o zásah do niektorých schizofrénnych príznakov. Javí sa, že prostredníctvom učenia, využitím jeho mechanizmov a zákonitostí možno regulovať a potláčať aspoň niektoré chorobné, schizofrénne symptómy, ako sú napr. neprimerané verbálne prejavy, agresivita, odmietanie jedla, logorea, mutizmus a iné. Práve pri odstraňovaní jednotlivých schizofrénnych porúch sa robili v poslednom čase pokusy, ktoré sa opierali o Skinnerovu teóriu učenia, resp. priamo o zákonitosti operačného podmieňovania.

V tejto súvislosti vystúpili do popredia aj *otázky citlivosti schizofrenikov*

na sociálno-posilňujúce činitele. Inštruktívny je v tomto smere výskum T. Aylona a J. L. Michaela (1959), ktorí vypracovali inštrumentálny postup na systematické menenie niektorých chorobných symptómov za asistencie psychiatrických ošetrovateliek, ktoré realizovali program pod ich vedením. Hlavným princípom postupu bolo všímať si primerané správanie a nevšímať si, negovať chorobné správanie, a to podľa schémy, ktorú autori osobitne zostavovali pre každého jednotlivca. Výskyt neprimeraného správania (logorea, ležanie na zemi, poruchy správania pri stravovaní) sa zaznamenával pred postupom i počas neho, pričom sa ukázali výrazné poklesy neprimeraného správania (demonštrované na krivkách). Čas, potrebný na dosiahnutie zmeny v týchto prejavoch správania sa pohyboval od 6 do 11 týždňov.

Z ďalších symptómov sa venovala pozornosť okrem autizmu aj mutizmu. Isaacs, Thomas a Goldiamond (1960) sa pokúsili u jedného katatonika a jedného schizofrenika s katatonickými príznakmi a mutizmom (19 a 14 rokov) provokovať verbalizáciu pomocou operačného podmieňovania. Postupovali tak, že pacient sa nachádzal v skupine a na posilnenie výskytu vyprovokovaného rečového prejavu použili žuvačku, s variabilnou schémou posilňovania. Efekt bol malý. Prvý pacient vedel požiadať o žuvačku, druhý odpovedal na priame otázky, keď bol v skupine, ale neodpovedal na oddelení.

Otázky, ako vypracovať vhodnú schému posilňovania a konkrétne postupy na odstraňovanie istých schizofrénnych porúch, sa v súčasnosti v danej relácii najčastejšie vyskytujú (pozri v zborníku C. M. Franksa, 1964 a H. J. Eysencka, 1964). Nás zaujali predovšetkým vzťahy medzi verbálnymi a neverbálnymi aktivitami, resp. možnosti ovplyvňovať verbálne, motorické a iné reakcie, otázky regulujúceho vplyvu reči na schizofrénne správanie (či už verbálne alebo neverbálne). Okrem experimentu s odstraňovaním neprimeraných verbálnych reakcií treba v tejto súvislosti spomenúť aj niektoré závery z verbálneho podmieňovania. Tak napr. Lovaas (in Eysenck, 1964) zistil, že jedlo, ktorého názov bol pri verbálnom podmieňovaní posilnený, spôsobilo zvýšenú konzumáciu. Podobne posilňovanie agresívnych slovných reakcií vyvolalo signifikantne vyššie tendencie k agresívnemu správaniu. To sú konkrétne ďalšie experimentálne príklady na verbálne ovplyvňovanie neverbálneho správania. (Je tu, pravda, aj opačný vzťah. Podľa Lovaasa sú tu korelácie medzi zmenami vo verbálnom správaní v dôsledku zmien v neverbálnom správaní. Terapia je potom účinná aj cez priame zásahy do emočných prejavov alebo do sociálneho správania, čo je významné z hľadiska aplikácie rehabilitačných programov u schizofrenikov.)

Problém regulácie správania schizofrenikov pomocou verbalizácie má

zreteľný a dosť bezprostredný vzťah k riešeniu otázky možností a obmedzení psychoterapie u schizofrenikov. Vzhľadom na existujúce disregulácie, realitné a chorobné skreslenia rečového vplyvu, symbolickú náplň niektorých asociačných vzťahov a iné znaky verbálnych prejavov schizofrenikov (Klimo, 1938, Stuchlík, 1961, Kondáš 1961), štúdium v danom smere je dôležitým východiskom pre ďalšie úvahy o psychoterapeutických zásahoch pri schizofrénnych poruchách. Preto sme vyzdvihli pozitívne možnosti rečovej regulácie schizofrenikovho správania i to, že sú citliví na sociálnu akceptabilitu svojho správania, t. j. na všímanie si alebo negovanie určitých ich prejavov zo strany sociálneho okolia, čo pôsobí ako posilňujúci, resp. averzívny činiteľ.

Aj keď aplikácia princípov učenia na schizofrénne poruchy a ich terapiu je vyslovene len v počiatkoch, doterajšie pokusy i prvé zistenia ukazujú, že výskum v danom smere má isté pozitívne vyhliadky.

2. Verbálne podmieňovanie u schizofrenikov

Jednou z foriem, ako ovplyvňovať verbálne prejavy schizofrenikov, je výskum pomocou verbálneho podmieňovania. Toto podmieňovanie vychádza zo Skinnerovho operačného typu učenia a jeho začiatky siahajú do r. 1955 (Cohen, Greenspoon, Krasner, Sarason, Pisoni, Ullman a iní). Už predtým však použili sovietski autori analogický princíp vo forme *sémantického podmieňovania* (napr. Krasnogorskij, Ivanov-Smolenskij a neskoršie Aslamov, Pervov a i.), vychádzajúc z poznatkov a zákonitostí pavlovovského podmieňovania. Sústredili sa pritom najmä na štúdium dynamiky vzťahov medzi signálnymi sústavami, a to jednak u detí a jednak u neurotikov (porovnaj napr. Pervov, 1960). Skúsenosti s modifikovanou metódou L. G. Pervova sa publikovali aj u nás (Kondáš, 1961).

Výskumné projekty a dosiahnuté výsledky s verbálnym podmieňovaním sú dosť rôznorodé. Napriek tomu jedným zo všeobecnejších záverov je napr. zistenie, že *verbálne reakcie schizofrenikov sa dajú posilňovaním ovplyvniť,* výrazom čoho je narastajúca frekvencia posilňovaného typu reakcií. Greenspoon (1962) na základe literárnych údajov konštatuje, že pri niektorých experimentoch sa dosiahlo systematické zníženie neposilňovaných odpovedí tak u psychiatrických pacientov, ako aj u zdravých. Zároveň sa však zistilo, že pokles neposilňovaných reakcií nastal u psychotikov, ale nenastal u neurotikov a zdravých. Preto autor uzatvára, že tu pravdepodobne pôsobia viaceré premenné, ako sú napr. charakteristiky subjektu a experimentátora alebo použitá forma slovných odpovedí.

Najjednoduchším typom experimentov s verbálnym podmieňovaním je

posilňovanie populárnych slovných reakcií (napr. Ullmann et al., 1964, Sommer et al., 1962). Už pri týchto odpovediach sa však našli rozdiely medzi akútnou a chronickou formou schizofrénie. Chronickí schizofrenici reagovali totiž len na niektoré typy posilnenia, predovšetkým na tzv. primárnu, vecnú odmenu (Drennen et al., 1969). Toto zistenie treba osobitne spomenúť, keďže bližšia dieferenciácia schizofrénie sa v mnohých štúdiách zanedbáva.

Terapeutický dosah verbálneho podmieňovania — ktorý nás v tejto súvislosti zvlášť zaujíma — nám lepšie priblíži kazuistika. Richard a spol. (podľa Greenpoona, 1962), sa pokúsili ovplyvniť výskyt verbalizácie bludov u 60-ročného chronického schizofrenika, ktorý bol už 20 rokov hospitalizovaný. Postupovali tak, že pacientovu verbalizáciu bez bludných obsahov posilňovali úsmevom, súhlasným kývaním hlavy alebo slovne a pri opisovaní bludov sa naopak od pacienta odvracali, pozerali sa von oknom a pod. Pri veľmi častom posilňovaní výrazne vzrástla verbalizácia bez bludných obsahov, ale poklesla opäť, len čo sa frekvencia posilňovania znížila. Keď ďalší experimentátor obnovil časté posilňovanie, došlo znova k narastaniu primeranej verbalizácie bez bludov. Efekt tohto postupu bol teda prechodný a závisel hlavne od frekvencie posilňovania.

Podobnú náplň experimentu zvolili v skupine 60 schizofrenikov Ullmann a spol. (1965). Posilňovali primerané, tzv. zdravé obsahy reči v priebehu 15-minútového interview. Ako posilňujúce podnety používali úsmev, prejavy súhlasu, pokývanie hlavou, výraz „nhm"" a pod. Postup viedol k štatisticky signifikantnému zvýšeniu „zdravých" obsahov reči na úkor „chorobných" obsahov ($t = 2{,}55$).

V situácii rozhovoru zistili už predtým Salzinger a Pisoni (1961), že už 10 slovných posilnení počas 30-minútového klinického interview vedie k signifikantnému zvýšeniu posilňovanej kategórie výrokov. V danom prípade posilňovali afektívne podfarbené slová. Skutočnosť, že pri schizofrénii nastáva určité ochudobnenie afektivity, vyzdvihuje terapeutický dosah ich experimentu. Nízky počet potrebných posilnení má však aj metodologické dôsledky tým, že výbava materiálu sa pri interview „ovplyvňuje i minimálnymi posilňujúcimi kľúčmi, ktorých si v klinickej situácii nemusí byť vedomý ani pacient, ani terapeut" (Kondáš a Kratochvíl, 1968).

Z povedaného je zrejmé, že experimenty s verbálnym podmieňovaním môžu mať v psychoterapii aj širší metodologický dosah. Nie je preto divné, že po publikovaní prvých prác o klinickom použití verbálneho podmieňovania (Krasner, Bandura a i.) sa začalo (podľa Morwera, in Wolman, 1965) hovoriť dokonca o „revolúcii" v prístupe k chápaniu psychoterapie.

Pokiaľ ide o *vplyv niektorých premenných na efekt verbálneho pod-*

mieňovania u schizofrenikov, treba upozorniť napr. na dĺžku hospitalizácie. Lepšie výsledky sa dosahovali u krátkodobe hospitalizovaných pacientov, čo je do istej miery v zhode so spomenutým rozdielom medzi akútnymi a chronickými schizofrenikmi. Verbálny a non-verbálny typ posilňovania sa okrem akútnych a chronických schizofrenikov výrazne nelíšil, zato však významné rozdiely sa našli medzi pozitívnym a negatívnym typom posilňovania. Premenné, ako vek, vzdelanie alebo rodinný stav, nevykázali signifikantné korelácie (Ullmann et al., 1965). Naproti tomu verbálne podmieňovanie signifikantne korelovalo so zvýšenou úrovňou anxiety (meranou pomocou Taylorovej škály MAS) a s mierou sociálneho súhlasu, ktorá zrejme patrí medzi základné činitele modifikácie verbálnych prejavov. Na záver tohto prierezového literárneho prehľadu treba však podotknúť, že mnohé zistenia sú ešte diskrepantné, čo môže byť spôsobené medziiným aj nedostatočným diferencovaním takej zložitej a komplexnej diagnostickej kategórie, akou je schizofrénia.

Naše skúsenosti

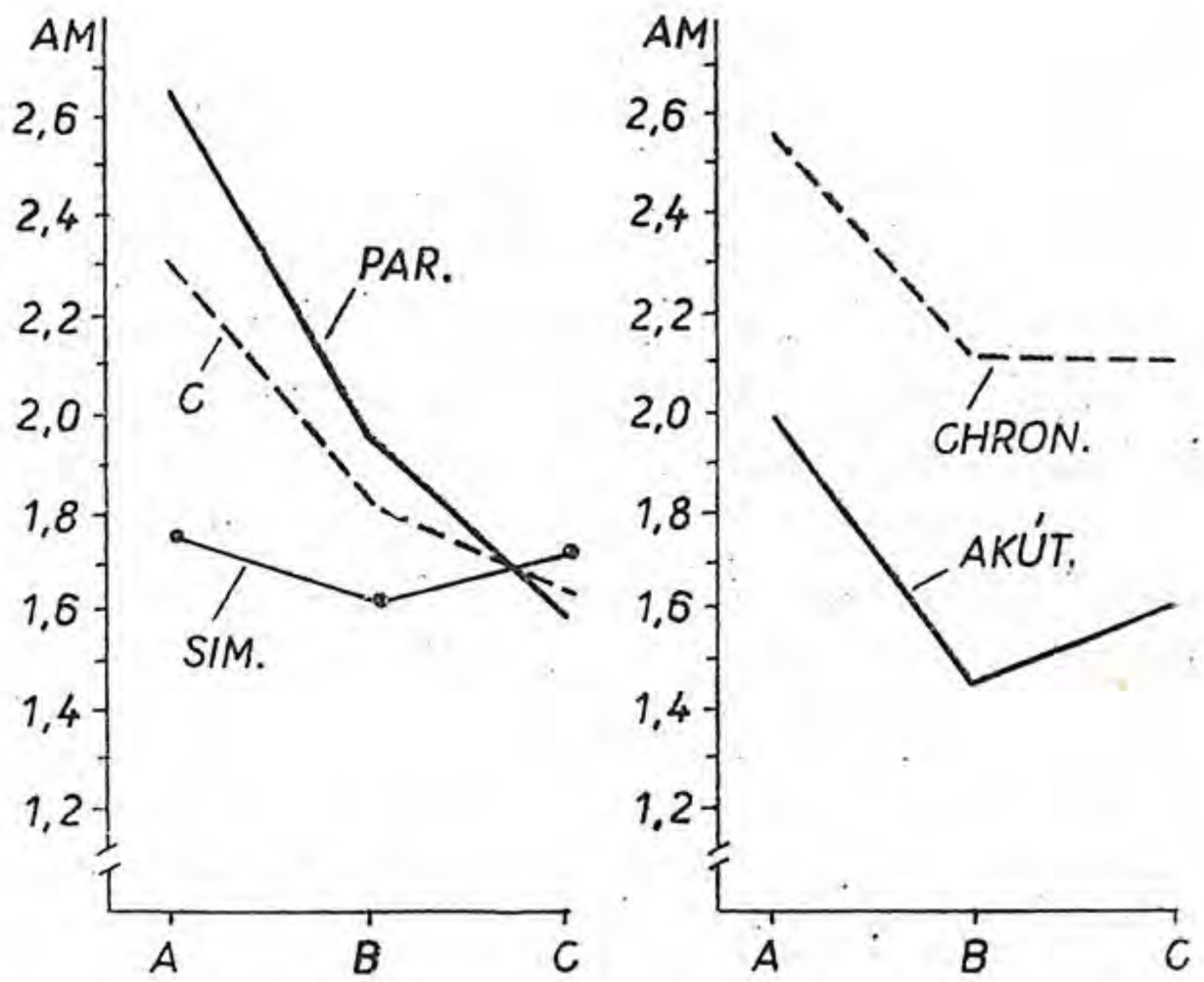
Prvé skúsenosti so slovným posilňovaním verbálnych asociácií u schizofrenikov sme publikovali r. 1961. Vyskúšali sme Buchwaldom (1959) odporúčaný typ slovného posilňovania vo forme „správne — nič" pomocou adaptovanej metódy L. G. Pervova (1956), a to tak u schizofrenikov, ako aj u iných psychotikov. Išlo o verbálne posilňované párovo-asociačné učenie. Keďže sa daný typ posilňovania osvedčil, použili sme ho aj pri spomenutom pokuse nahradiť neprimerané, poruchové asociácie primeranými (Kondáš, 1964), ako aj v ďalšom experimente, ktorý realizovala pod naším vedením L. Bustinová (1970). Časť jeho dát tu tiež stručne analyzujeme.

Experiment sa robil na základe projektu s jednou výskumnou skupinou pri variovaní podmienok, a to u 50 schizofrenikov (24 žien a 26 mužov vo veku 18,1 — 55,6 rokov, *AM* = 31,2 r.); 22 pacientov bolo v akútnom a 28 v chronickom štádiu ochorenia; u 32 išlo o paranoidnú, u 18 o simplexnú formu schizofrénie. Závažnosť ich psychopatologického stavu sa hodnotila pomocou Goodrichovho psychometrického indexu, keď *AM* bol 3,1 bodov v celej skupine, 2,58 pri paranoidnej a 3,15 pri simplexnej forme.

Cieľom výskumu bolo sledovať *efekt verbálneho podmieňovania na neadekvátne, poruchové asociácie u schizofrenikov*. Postupovalo sa tak, že pacient mal na každý slovný podnet reagovať ľubovoľnými asociáciami počas pol minúty, resp. po kritérium najmenej 5 asociácií; 20 slovných podnetov sa rozdelilo do troch fáz experimentu. Fáza *A* pozostávala z 5 podnetov a bola základná, t. j. mala poskytnúť obraz o frekvencii poru-

chových asociácií u skúmaného pacienta. (Pacientove reakcie sa zapisovali bez akýchkoľvek reakcií experimentátora.) Fáza *B* pozostávala z 10 slovných podnetov a predstavovala fázu vlastného verbálneho podmieňovania. V tejto fáze sa každá adekvátna pacientova reakcia posilnila výrazmi „áno", „dobre", „nhm", kým neprimerané, poruchové asociácie zostali bez povšimnutia, neposilňovali sa. Fáza *C* bola kontrolná. Pacient opäť odpovedal reťazou asociácií (ako vo fáze *A*) na 5 slovných podnetov, ktoré boli rovnocenné (paralelné) podnetom z fázy *A*.

Kritériom hodnotenia bol priemerný výskyt poruchových asociácií v jednotlivých fázach experimentu. Výsledky podľa toho kritéria demonštruje obr. 18. Možno však poznamenať, že zároveň sa mierne zvyšovala asociačná produktivita, keď priemerný počet slovných asociácií na jeden podnet bol vo fáze *A* 7,9 vo fáze *B* 8,0 a vo fáze *C* 8,2.



Obr. 18. Závislosť verbálneho podmieňovania od formy a štádia schizofrénie. Os x — fázy experimentu, os y — priemerný výskyt poruchových asociácií. C — celá skupina ($n = 50$), par. — paranoidná, sim.— simplexná forma schizofrénie; akút. — akútne, chron. — chronické štádium.

Рис. 18. Зависимость вербальной обусловленности от формы и стадии шизофрении. Ось x — фазы эксперимента, ось y — средняя встречаемость расстроенных ассоциаций. C — вся группа ($n = 50$), par. — параноидная, sim. — симплексная форма шизофрении: akút. — острая, chron. — хроническая стадия.

Fig. 18. Dependence of verbal conditioning on the form and the stage of schizophrenia. Axis x — phases of experiment, axis y — average occurrence of disorder associations. C — whole group (n=50), par. — paranoid, sim. — simplex form of schizophrenia, akút. — acute, chron. — chronic stage.

Ako vidíme na obr. 18, opísané jednorazové a relatívne krátke verbálne podmieňovanie spôsobilo zreteľné zníženie frekvencie poruchových asociácií v celej skupine 50 schizofrenikov. Rozdiel v ich frekvencii vo fáze *A* (základnej) a fáze *C* (kontrolnej) je štatistický vysoko významný (t=4,80; p<0,001). Na druhej strane sa však ukázal veľký rozdiel medzi paranoidnou a simplexnou formou schizofrénie. Kým pri paranoidnej forme vyvo-

lalo verbálne podmieňovanie výrazné a štatisticky signifikantné zníženie poruchových asociácií ($t=3{,}50$, $p<0{,}001$), pri simplexnej forme nastala len nepatrná zmena počas posilňovania (vo fáze *B*), ale neovplyvnil sa pôvodný rozsah poruchovej asociačnej produkcie.

Naproti tomu údaje zobrazené v druhej časti obr. 18 ukázali — v zhode s očakávaním — že verbálne podmieňovanie pôsobí oveľa výraznejšie u akútnych schizofrenikov (ich krivka sa pohybuje na oveľa nižšej úrovni) ako u chronických pacientov, ktorí, pravda, produkovali ako skupina väčšie množstvo poruchových asociácií. Napriek tomu treba v porovnaní s údajmi v literatúre (Drennen et al., 1969) zdôrazniť, že efekt nášho postupu bol u chronických schizofrenikov oveľa lepší. Vo výskume Drennera a spol. reagovali totiž chronickí schizofrenici len na použitie negatívneho posilňovania neverbálneho typu (strata bodov, ktoré sa dali vymeniť za peniaze), kým v našom výskumnom projekte sa poruchové asociácie znížili aj vplyvom verbálneho posilňovania a tento stav sa udržal (porovnaj fázu *B* a *C*). Výsledok možno pravdepodobne pripísať predtým vyskúšanému typu slovného posilňovania.

Aj pri existujúcej diferenciácii výsledkov možno pokladať za významné zistenie, že tak pomocou párovo-asociačného učenia so slovným posilňovaním (modifikovaná metóda Pervova), ako aj pomocou verbálneho podmieňovania sa dá nahradiť menší počet neprimeraných, poruchových asociácií schizofrenikov primeranými, a to aj pomocou jednorazového a krátkodobého posilňovania. (Fáza *B* trvala ca 6 minút.)

Hoci postupy verbálno-operačného podmieňovania nemajú ešte samy osebe charakter priameho terapeutického postupu, viaceré z doterajších výskumov — včítane tu opísaného — obsahujú terapeutický zámer. Študujú možnosti terapeutického využitia niektorých princípov učenia a podmieňovania na ovplyvnenie neprimeraných verbálnych prejavov schizofrenikov, či sú to už bludy alebo poruchové asociácie.

V širšom teoretickom pohľade treba na záver poznamenať, že v rámci psychoterapeutického výskumu patrí verbálne i sémantické podmieňovanie medzi významné formy modelového výskumu psychoterapie. Ak uvážime, že sa posilňujúcimi kľúčmi modifikujú verbálne prejavy a ich obsah i v bežnom type klinického interview, je dosah tohto výskumu významný nielen v psychoterapii učením, ale aj vo formách bežnej verbálnej psychoterapie, a to tak z hľadiska praxe, ako aj z hľadiska teoreticko-metodologického. Ako príklad aj impulz pre ďalšie úvahy odborného čitateľa hodno spomenúť napr. možný posilňujúci vplyv psychoterapeutovho záujmu priamo na obsah pacientovej produkcie, čo umožňuje nový kritický pohľad aj na niektoré psychoanalytické koncepcie, dokladané kazuistikami.

XVII. KAPITOLA

PSYCHOTERAPIA UČENÍM PRI SOMATICKÝCH DYSFUNKCIÁCH, V PÔRODNÍCTVE A SEXUOLÓGII

Nie je, pochopiteľne, možné dotknúť sa v rámci tematiky tejto kapitoly celého radu relevantných psychologických problémov. Nie je možné pozastaviť sa ani pri všetkých otázkach psychologickej starostlivosti a psychoterapeutickej intervencie už preto, že sa zároveň dotýkajú zložitých teoretických problémov viacerých medicínskych disciplín, ktoré sú predmetom bádania celých vedeckých teamov. Pri úsilí uviesť čitateľa do príslušnej tematiky sa obmedzujeme len na niekoľko všeobecnejších údajov, nevyhnutných pre sledovanie nášho parciálneho pohľadu v príslušnej časti tejto kapitoly. Navyše venujeme sa len jednému z mnohých hľadísk tejto problematiky, a to hľadisku psychologickému, ktoré je pri mnohých somatických poruchách a dysfunkciách zavše len podružné. I tam, kde jeho dosah je podstatnejší, ide neraz o kombináciu psychickej traumatizácie so somatickou traumatizáciou, resp. predispozíciou. Napr. už pri jednoduchom stresore sa zaangažovanosť psychických procesov a centrálnej nervovej sústavy kombinuje so zaangažovanosťou vegetatívnych, endokrinných a metabolických pochodov (Horkovič, 1971). Ide tu o jednotu somatického a psychického v komplikovanej a diferencovanej biologickej interakcii (Sečenov, 1962, Pavlov, 1952b). Preto treba túto kapitolu chápať ako parciálny pohľad na tri vybrané problémy, a to:

a) na prvé kroky v aplikácii teórie učenia a podmieňovania v rámci komplexnej liečby niektorých tzv. psychosomatických porúch,
b) na možnosť aplikovať jednu z metód psychoterapie učením v príprave na pôrod,
c) na tie sexuálne poruchy a deviácie, v eliminácii ktorých majú určité miesto princípy psychológie učenia a princípy podmieňovania.

Z rozsiahlej problematiky patopsychológie úvodné poznámky sa potom sústreďujú napr. na dosah emocionálnych činiteľov pri somatických

funkciách, na niektoré otázky psychológie bolesti a na psychogénne činitele pri sexuálnych poruchách a deviáciách.

1. Prvé skúsenosti pri somatických dysfunkciách a chorobách

Telesná choroba zasahuje duševný život pacienta už tým, že predstavuje zmenu bežnej životnej situácie a zvyčajného rytmu každodenného života. Nedávne výskumy Parisena (Horkovič, 1971) ukázali, že už sama hospitalizácia má stresujúci účinok najmä u detí a neskúsených dospelých. Podľa viacerých autorov až 60 % tuberkulotikov reaguje na oznámenie tejto diagnózy zľaknutím, depresiou a citovým otrasom. Tak podľa cerebroviscerálnej koncepcie, ako aj podľa psychosomatiky *majú psychologické činitele významnú úlohu pri vzniku mnohých telesných porúch a chorôb.* Napr. v patogenéze hypertenzívnej choroby je to duševné prepätie a stres najmä pri nadmernej a termínovanej duševnej práci, chronické konflikty alebo neschopnosť vyrovnať sa s duševnými traumami. Ak sa na rozvoj hypertenzívnej choroby dívame z hľadiska jednoty organizmu a prostredia (v zmysle poňatia K. M. Bykova), nejaví sa ako „špecifická nemoc, ale skôr ako obranná reakcia organizmu proti škodlivým vplyvom prostredia". Pri bronchiálnej astme poukazuje na dosah psychologických činiteľov (popri alergických činiteľoch) už tá skutočnosť, že frekvencia záchvatov dýchavičnosti narastá v dôsledku silného citového vzrušenia, ba dokonca už zmienka o záchvate urýchľuje záduch. Hypertyreóza sa dáva do súvisu s chronickým stavom strachu a už Charcot pozoroval jej vznik po nervovom otrase.

Intenzívny strach pôsobí negatívne na viaceré somatické funkcie, ruší ich normálny fyziologický priebeh (napr. zvýšenie TK, frekvencie pulzu, zmeny dýchania, zovretie žalúdka a pod.). Negatívne a tzv. astenické city majú nepriaznivý vplyv aj na činnosť vnútorných orgánov. Rozličné podnety, ktoré evokujú ich vznik, pôsobia na vnútorné orgány reflexne; zákonitosti toho podrobne študoval už Bykov (1951, 1966).

Pri vredovej chorobe dvanástnika a pri astme u detí zistil nedávno Ličko (1971), že jedným z najcitlivejších a významných psychologických činiteľov je tu tzv. afektívne trestanie zo strany rodičov v celkove afektívne nabitej rodinnej situácii. U osôb so sklonom ku koronárnej chorobe (ischemickej chorobe srdca) zistil Brožek (1968) pomocou MMPI a Thurstonovho temperamentového dotazníka zvýšené skóre hypochondrie a aktivity. Majú sklon rýchle hovoriť, chodiť a pracovať i vtedy, keď táto rýchlosť nie je potrebná. Vyhnánková (1970) našla zreteľne psychickú symptomatológiu u 39 zo 68 pacientov s chronickými dermatózami a inými kožnými choro-

bami. U ôsmich išlo o neurasténiu, u 22 o výrazný anxiózny syndróm v prípadnej kombinácii s depresiou a inou neurotickou symptomatológiou a u 6 prevládali depresívne symptómy. Medzi psychogénnymi činiteľmi v etiopatogenéze prevládali (v 49 %) konfliktové a psychotraumatické situácie často spojené s afektmi úzkosti a strachu, ďalej to boli konflikty v osobnom a profesionálnom živote a v 12 % hypersenzitívny zážitok defektu, ktorý môže výnimočne nadobudnúť až charakter dysmorfofóbie.

Na vznik a priebeh telesných chorôb pôsobia teda aj také psychologické faktory, ako je stres, strach a iné citové stavy, psychotraumy, konflikty a neskôr i samo hypersenzitívne prežívanie vlastnej choroby alebo defektu a niekedy sa uvažuje aj o vplyve niektorých foriem deprivácie, v rámci čoho psychosomatici zdôrazňujú aj tzv. citovú podvýživu. Prác, ktoré dosah týchto činiteľov exaktnejšie študujú, je však zatiaľ málo. Domnievame sa však, že aj tu uvedené dáta aspoň čiastočne dokladajú skutočnosť, že pri vzniku a priebehu viacerých somatických porúch a chorôb spolupôsobia psychologické činitele. Táto ich účasť spolu s psychickými zmenami, ktoré so sebou prináša telesná choroba, odôvodňujú úvahy o zástoji psychologickej starostlivosti a o význame psychoterapie pri niektorých telesných chorobách a dysfunkciách. Väčšia pozornosť sa v tomto smere doteraz venovala vredovej chorobe žalúdka a dvanástnika, hypertenzívnej chorobe, hypertyreóze, bronchiálnej astme, cukrovke, obezite, pruritu, ekzému, dermatitíde a niektorým iným.

a) Niektoré somatické choroby

Psychoterapia sa už dávnejšie uplatňuje pri tzv. psychosomatických chorobách. Bola to tak individuálna, ako aj skupinová racionálna psychoterapia, sugestívne metódy včítane hypnózy, relaxácia najmä vo forme autogénneho tréningu, ale aj psychoanalytické kúry. Verbálna psychoterapia sa sústreďovala hlavne na dosiahnutie citového uvoľnenia a výklad psychosomatických vzťahov. Osobne máme skromné skúsenosti s uvoľňovaním žalúdočných kŕčov pomocou autogénneho tréningu pri vredovej chorobe žalúdka a dvanástnika. Na ilustráciu efektov niektorých psychoterapeutických postupov možno uviesť ich výsledky pri astme (Luminet, 1962). Pomocou hypnózy sa dosiahlo výrazné zlepšenie až vymiznutie záchvatov u ca 40 % takto liečených astmatikov. Podobné percento úspechov sa dosiahlo pomocou relaxácie. O niečo lepšie výsledky sa uvádzajú pri psychoterapii sústreďujúcej sa na riešenie konfliktov. Pri psychoanalytickej kúre sa výraznejšie zlepšenie pohybovalo medzi 32 — 40 %. Treba však poznamenať, že niektorí autori rozlišovali astmu s domi-

nanciou psychogénnych činiteľov pri záchvatoch dýchavičnosti, kým iní toto rozlíšenie nespomínajú.

Kleinsorge a Klumbies (1961) používajú vo veľmi širokej indikácii autogénny tréning niekedy tiež v kombinácii so sugestívnou alebo racionálnou psychoterapiou. Pozitívne výsledky referujú pri astme, angíne pectoris, colitis ulcerosa, hypertónii, ekzéme, hypertyreóze, meteorizme, vredovej chorobe a i.

V rámci komplexnej liečby *cukrovky* Grabowska (1970a) referuje o výrazne pozitívnom pôsobení psychoterapie. U 52 pacientov použila racionálnu psychoterapiu typu distributívnej analýzy a syntézy a u 38 pacientov hypnózu v kombinácii s autogénnym tréningom. Asi u 50 % chorých nastal pokles sprievodných neurotických príznakov, vymizla funkcionálna impotencia, zlepšil sa spánok, znížila sa dráždivosť, úzkosť a podozrievavosť. Zároveň sa u obéznych pacientov redukovala váha a chuť do jedla viac ako v kontrolnej skupine bez psychoterapie.

Cieľom psychoterapie môže teda byť aj eliminácia psychických zmien, ktoré sprevádzajú telesnú chorobu. Tieto zásahy pozitívne vplývajú na priebeh choroby a podporujú jej základnú medicínsku liečbu.

Psychoterapia učením sa zatiaľ aplikovala hlavne pri bronchiálnej astme a neurodermatitíde.

Bronchiálna astma sa viaže na alergickú predispozíciu. Známy je však aj jej vzťah s psychotraumatickou skúsenosťou, konfliktmi alebo emocionálnym vzrušením. Jej vznik sa môže viazať napr. na výskyt bronchitídy alebo čierneho kašľa v spojení s emocionálnou krízou. Nie je bez významu ani pozorovanie, že u mnohých pacientov sa zníži frekvencia záchvatov, alebo záchvaty prechodne vymiznú pri zmene prostredia. Stáva sa tak už u 75 % pacientov na začiatku pobytu na klinike, čo pokladajú viacerí autori predovšetkým za dôsledok psychického stavu očakávania, a nie za dôsledok odstránenia domácich alergénov. Zdá sa, že popri sugescii a autosugescii tu hrajú významnú úlohu aj faktory učenia a podmieňoňovania. Napr. u pacientky senzitívnej na ružu vie vyvolať záchvat aj papierová ruža; alebo na druhej strane podanie fyziologického roztoku môže mať podobné účinky ako podanie antiastmatického lieku.

Decker a spol. (1964) robili zaujímavé laboratórne štúdium týchto faktorov. Vdychovanie alergénu striedali s vdychovaním neutrálnej látky a kyslíka. Tak neutrálna látka, ako aj kyslík vyvolávali v danom usporiadaní pokusu podobné záchvaty ako látka, na ktorú bol pacient alergický. Neskôr aj samo zavedenie ústnej píšťalky bez toho, aby bola pripojená k inhalačnému aparátu, vyvolalo záchvat. Jeho vznik sa pripisoval podmieneniu na časť noxnej situácie.

Podľa Yatesa (1970) aj kompromis medzi plačom, krikom a „neplačom"

môže mať ráz astmatického dýchania, ktoré sa u detí facilituje s prirodzeným prechladnutím alebo bronchitídou. Astmatoidné dýchanie i vlastná astmatická reakcia na alergény sa nevdojak spájajú s neutrálnymi podnetmi, ktoré sa v danej situácii vyskytujú a stávajú sa potom podmieneným podnetom alergénov, resp. priamo astmatického dychania (pojem „kľúčov" v teórii učenia). Tieto činitele spolu s reakciami okolia na astmatický záchvat prispievajú potom k vysvetleniu niektorých neočakávaných zdanlivo alergických reakcií. V terapii treba počítať s tým, že napomáhajú rezistenciu astmatického reagovania voči vyhasínaniu.

Vplyv psychogénnych činiteľov sa uplatňuje aj sugestívne a autosugestívne. Preto sa pri astme pomerne často aplikuje hypnóza, ktorá sa osvedčila aj pri veľmi nepríjemnom stave, akým je status astmaticus. Hypnóza (s dôrazom na posthypnotické sugescie) musí však trvať 3—6 mesiacov; 1-mesačná hypnotická liečba vedie len k čiastočnému poklesu záchvatov (Edwards, 1964). Na hypnotickú liečbu reagovali lepšie mladší pacienti (pod 30 rokov), miernejšie formy astmy a pacienti schopní autohypnózy. Interpohlavné rozdiely sa nepozorovali.

O použití psychoterapie učením referoval ako prvý Walton (1960a). Išlo o dospelého muža, ktorý trpel na astmu už 7 rokov a prekonal aj status asthmaticus. Pacient trpieval od detstva na chronickú bronchitídu, astma sa začala, až keď mal 20 rokov a časove súvisela so zaľúbením sa (do dcéry švagrinej). V období, keď sa vymanil spod vcelku prísneho vplyvu rodiny (medzi 25.—30. rokom), záchvaty sa nevyskytovali. A práve táto okolnosť spolu s charakterom jeho osobnostných čŕt slúžila Waltonovi za východisko terapeutickej úvahy. Ako základný terapeutický postup použil sebapresadzujúci tréning s rešpektovaním hierarchie rušivých situácií a ďalších princípov teórie učenia. Pacient reagoval na liečbu veľmi priaznivo a tak rapídne, že sa vystačilo s 8 sedeniami. Katamnestická kontrola za 8 mesiacov potvrdila, že pacient bol celý čas od skončenia liečby bez astmatických záchvatov.

Okrem toho sa pri astme s úspechom použila aj systematická desenzitizácia, ale v kombinácii, ktorá nedovoľuje izolované zhodnotenie jej účinku. Moore (Yates, 1970) ju použil u 6 detí a 6 dospelých v takomto usporiadaní: prvé 2 mesiace sa aplikovala len relaxácia, ďalšie 2 mesiace relaxácia kombinovaná so sugesciou zlepšenia a posledné 2 mesiace desenzitizácia. Navyše sedenia trvali len pol hodiny týždenne, čo sa zdá málo.

Walton (1960b) sa venoval aj behaviorálnej liečbe *chronickej dermatitídy*. Išlo o 20-ročnú, ženu, ktorá sa predtým takmer dva roky liečila dermatologicky. Východiskom jej psychologickej liečby bolo pozorovanie, že všetci členovia rodiny včítane snúbenca venovali veľa pozornosti jej

dermatitíde (napr. snúbenec ju natieral predpísanými masťami). Dostávalo sa jej fakticky oveľa viac pozornosti ako predtým. Z týchto pozorovaní Walton usúdil, že pretrvávanie dermatitídy má psychologické príčiny. Pri vypracovaní individuálneho terapeutického postupu vyšiel z Hullovej teórie. Postup pozostával z viacerých opatrení. V rámci nich bola pravdepodobne najdôležitejšia výzva, aby sa doma o dermatitíde vôbec nehovorilo a zastavenie aplikácie mastí snúbencom, ktorý jej namiesto toho venoval prirodzený typ záujmu a pozornosti. Dermatitída počas troch mesiacov postupne vymizla a štvorročné sledovanie potvrdilo, že sa tak stalo natrvalo. Nijaké kožné ani iné poruchy sa v celom tomto období nevyskytli.

Skutočnosť, že sa tu konštruujú terapeutické postupy pre individuálne prípady je v zhode s prístupom psychoterapie učením, je však zároveň znakom počiatočného štádia jej aplikácie. Zložitejší typ procedúr s prvkami zásahov užšieho sociálneho okolia sťažuje ich hodnotenie. Napriek tomu prekvapuje, že sa nepokračuje dosť intenzívne v práci na tomto poli. Nedostatok psychológov v odboroch somatickej medicíny nie je zrejme hlavnou príčinou tohto stavu. Významnejšou príčinou bude pravdepodobne symptomatické zameranie behaviorálneho prístupu spolu s ťažkosťou izolovať podstatné psychogenetické faktory, ktoré pri týchto chorobách spolupôsobia. Okrem toho treba na tomto úseku počítať skôr s kombináciou somatickej terapie a psychoterapie, čo ešte viac sťaží izolované vyhodnotenie vplyvu psychoterapie.

b) Jednotlivé somatické dysfunkcie

Symptomatické zameranie behaviorálnej terapie vedie, pochopiteľne, k sústredeniu sa na jednotlivé symptómy alebo syndrómy, na jednotlivé somatické dysfunkcie, akými sú obezita, obstipácia, inkontinencia alebo retencia moču, nechutenstvo, bolesti hlavy a pod.

Dosť častým predmetom psychoterapeutických zásahov je *obezita*. Okrem endokrinných a metabolických zdrojov pôsobia pri nej aj psychogénne zložky. Psychoanalýza hovorí o tzv. orálnej fixácii, ale pri výklade obezity sa možno zaobísť bez takýchto hypotetických konštrukcií. Stačí skutočnosť, že prijímanie potravy má z psychologického hľadiska charakter slasti, prameniacej z ukojenia pudu (hlad). Jedlo je hodnotou tak z biologického, ako aj psychologického a sociálneho hľadiska. K psychologickému preceneniu jeho hodnoty dochádza vtedy, ak je indivíduum vystavené emotívnemu strádaniu alebo nespokojnosti. U obéznych ľudí

je známy sklon k prejedaniu sa pri súčasnom nedostatku telesného pohybu, resp. cvičenia. Zo zdravotného hľadiska pokladá Stuart (1967) obezitu za určitý hazard.

Grabowska (1970) zistila u 16 zo 52 pacientov výrazný vzťah medzi vznikom obezity a takými emocionálnymi činiteľmi, ako je nedostatok pozornosti zo strany manžela, nedostatok pocitu užitočnosti v zamestnaní alebo nespokojnosť v rodinných vzťahoch. U ďalších 16 vznikol „mentálny návyk" konzum väčšieho množstva potravy pri zmene aktívnej pohybovej činnosti na sedavý spôsob života. U 14 hral úlohu iatrogénny faktor (odporúčania lekára o spôsobe stravovania v rekonvalescencii).

Hlavným prostriedkom na redukovanie obezity je systém sebakontroly s redukčnou diétou. Pacient dostane informácie o kalorickej hodnote požívanej potravy a vedie záznamy tak o stravovaní, ako aj o váhe, prípadne ďalších opatreniach. Napriek tomu, že niektoré postupy tohto druhu využívali aj zložité zásady operačného učenia, v priebehu 3—4 mesiacov sa váha znížila len o 5—10 kg.

Komplexný typ procedúry sebakontroly postavenej na princípoch teórie učenia vypracoval Stuart (1967). Pozostáva z 12 základných sedení počas jedného mesiaca (3-krát týždenne), z rozložených kontrolných sedení a katamnestickej kontroly. Začína sa jednoduchými krokmi, ako je napr. prerušenie jedla na 2—5 minút, nespájať stravovanie s inou aktivitou, pomalé jedenie s dôkladným prežúvaním potravy, čo sa v ďalšom postupe kombinuje so zložitejšími technikami opierajúcimi sa o Hommeho princípy i samu metódu vnútornej senzitizácie. Okrem toho sa kontroluje váha, diétny systém atď. Procedúra sa aplikovala u 8 pacientiek a bola u všetkých úspešná; počas jedného roka sa znížila váha o 26—47 lb. (t. j. ca o 12—21 kg).

Zvýšený konzum potravy podnietil aplikáciu averzívneho postupu na redukovanie váhy. Robil sa tak, že pri priblížení sa k jedlu (v podmienkach redukčnej diéty) sa podala elektrická rana. Z dvoch pacientov jeden bol úspešný.

Izolovaný postup sebakontroly ani averzívna technika nie sú teda veľmi účinné. Princíp kontroly tu má svoje miesto, ale na to, aby bol účinný, treba rešpektovať zákonitosti učenia a podmieňovania, čo potom spôsobuje relatívnu zložitosť procedúry, ako sme to videli v Stuartovom postupe. Komplexnosť zdrojov obezity si zrejme vyžaduje kombináciu viacerých metód, v rámci ktorých sú tak dietologické, ako aj psychologické príslušnými súčasťami. Okrem toho bude v psychoterapii potrebné počítať aj s pridruženými psychologickými faktormi subjektívnej nespokojnosti a riešiť ich.

Malý úspech sa zaznamenal s technikami inštrumentálneho podmieňo-

vania aj pri *anorexii*. Jej psychogénny charakter je natoľko významný, že sa hovorí priamo o mentálnej anorexii, ktorú Janota (1956) zaradil dokonca medzi psychopatie. (Sprevádza ju luhavosť, podvádzanie, narcizmus a úsilie schudnúť máva až charakter chorobnej náruživosti.) Faltus (1970) zistil, že osoby trpiace na mentálnu anorexiu sa vyznačujú emocionálnou labilitou, nezrelosťou až infantilizmom, precitlivenosťou, nekritičnosťou (zvlášť k svojmu telesnému vzhľadu), nedostatkom sebaistoty a nedostatočnou schopnosťou znášať záťaž. Významným činiteľom sa tu javí strach, prameniaci najmä z nespokojnosti a obáv najbližšieho sociálneho okolia zo straty ich váhy. Zo somatických zmien okrem schudnutia sprevádza anorexiu znížená hladina krvného cukru a amenorhoe.

V jej liečbe sa pokladá za najdôležitejšiu psychoterapia. Z metód psychoterapie učením sa tu použila systematická desenzitizácia práve vzhľadom na prítomnosť anxiety a ďalších emocionálnych zmien. V jednom prípade adolescenta Hallstein (1964) vystačil s 9 sedeniami SD a dosiahol zvýšenie váhy o 10 kg. V inom prípade dosiahnutie pôvodnej váhy si vyžadovalo až 60 sedení.

Pri *bolestiach hlavy* migrenózneho charakteru, ktoré trvali takmer päť rokov a viedli k vysokému konzumu analergík, sme použili metódu úľavy, tenzie (str. 123). V pozadí bola tenzia súvisiaca s matrimoniálnymi konfliktmi a nespokojnosťou u ináč vyrovnanej osobnosti. Postup bol v tomto prípade úspešný a výrazné zlepšenie len s nepatrnými výkyvmi (prechodná bolesť hlavy v období menses) trvalo aj pri kontrole po troch rokoch.

Okrem liečby obstipácie pomocou prístroja Lax (str. 134) vyvinul Qw. Jones (1960a) cystometrický aparát na kontrolu močenia, vhodný pri inkontinencii, ale pravdepodobne aj pri retencii moču. *Retencia moču* vyžaduje nepríjemný lekársky zásah (katetrizácia). Už preto je pri trvalejšej poruche vhodnejším postupom podmieňovanie.

Najjednoduchší spôsob podmieňovania predstavuje podávanie injekcie karboncholu (alebo iného diuretika) ako nepodmieneného podnetu, spájaného napr. s injekciou aqua redestilata. Po niekoľkých spojeniach bude už pohľad na injekčnú striekačku pôsobiť ako podmienený podnet. Na tento systém sa môžu napojiť aj iné „kľúče" takého rázu, aby mohli viesť ku kontrolovateľnému uvoľňovaniu sfinkterov v prirodzených podmienkach.

V konkrétnom prípade podávali Barnard a spol. (1966) ako súčasť liečby elektrické rany na nohy. Elektrické údery mali narastajúcu intenzitu a ich náhle prerušenie uvoľnilo sfinktery, ktoré sa pomocou tejto procedúry dostali postupne pod vôľovú kontrolu. Keďže retenciu moču považovali v danom prípade za jeden z príznakov celkovej pasivity, pri vývine ktorej

hrali úlohu činitele učenia, aplikovali u pacientky aj sebapresadzujúci tréning. Postup bol úspešný, hoci predtým tu zlyhala tak dynamická psychoterapia, ako aj urologická a elektrokonvulzívna terapia.

Ako vidieť, prevaha štúdií je kazaustického rázu. Ich počet by sa dal ešte trocha rozšíriť, ale už aj doteraz uvedené ukazujú, že skúsenosti nie sú na tomto poli zatiaľ veľké a sú ešte stále len v začiatočnom štádiu. Napriek tomu sa javí, že aj pri somatických dysfunkciách a poruchách treba počítať s psychologickými zásahmi, a postupy psychoterapie učením a podmieňovaním tu majú určité oprávnenie, aj napriek tomu, že sa nimi niekedy dosiahnu len parciálne zmeny. Hoci náš prehľad týchto postupov je skôr ilustratívny ako vyčerpávajúci, aj on naznačuje, že sa tu dajú využívať princípy teórie učenia a podmieňovania. Musia sa však dostať na vyššiu a komplexnejšiu úroveň. Komplexný prístup môže podporiť snaha pojať do príslušného modifikačného postupu všetky podstatné komponenty a psychogenetické zdroje týchto dysfunkcií, čo sa, pravda, nezaobíde bez podrobného rozboru prípadov aj za pomoci psychologických vyšetrovacích metód. Isté prínosy sa na tomto poli dajú očakávať od rozvoja patopsychológie, ale najmä od intenzívnejšieho využívania teamovej spolupráce odborníkov, a to tak vo výskume, ako aj v klinickej praxi.

2. Psychoprofylaxia a desenzitizácia ako metódy psychoterapeutickej prípravy na pôrod

Hlavným problémom, na ktorý sa sústreďuje psychoterapeutická príprava na pôrod, je problém bolesti. Biologicky je *bolesť* signálom poškodenia organizmu a pripisuje sa jej význam výzvy na obranu, na odstránenie škodlivín. Z psychologického hľadiska je bolesť tak senzorickou, ako aj emocionálnou kvalitou. Jej senzorický charakter je daný tým, že vzniká na základe dráždenia interoreceptorov bolesti. Pri pôrode vzniká síce isté dráždenie príslušných svalových skupín, no interoreceptory sú citlivé predovšetkým na poškodenie alebo excesívne napätie tkaniva, ktoré tu pravdepodobne nastáva len výnimočne (pri vzniku relatívnej ischémie v dôsledku porúch cirkulácie krvi v uteru, porovnaj Read, 1963). Okrem toho bolesť má vzťah k metabolizmu dusíka.

Na bolesť — ako na senzorickú kvalitu — sa, pravda, vzťahujú zákonitosti senzibilizácie. *Senzibilizácia* je jedným zo zdrojov hyperanalgézy, pri ktorej už slabé alebo dokonca nociceptoricky indiferentné podnety pôsobia bolestivo, a to v dôsledku zníženého prahu dráždivosti. A tak senzibilizácia môže viesť spolu s ďalšími činiteľmi aj k vzniku psychogénnej bolesti. Za jej zdroje sa pokladajú najmä strach, anxieta alebo emo-

cionálny stres, čo je v zhode s emocionálnym komponentom zážitku bolesti. Pri individuálnych rozdieloch v znášanlivosti bolesti hrajú úlohu aj vôľové činitele, ale zážitok bolesti je prístupný aj sugestívnym a autosugestívnym vplyvom.

Nechceme teda tvrdiť, že zážitok bolesti pri pôrode neexistuje. Chceme len zdôrazniť, že pôrod predstavuje síce osobitný psychologický a fyziologický stav, ale je normálnym fyziologickým dejom. Keďže organický zdroj bolesti je pri ňom skôr výnimočným ako pravidelným javom, zdôraznili sme možné psychologické zdroje zážitku bolesti.

a) Doterajšie terapeutické postupy

Prvé pokusy ovplyvniť bolesť pri pôrode sa robili *pomocou hypnosugestívnych metód.* Podľa Chertoka (1966) prvá zmienka o hypnosugestívnej analgéze v pôrodníctve pochádza z r. 1833 od Foissaga. Rad teoretických a praktických problémov psychologickej analgézy sa však rieši až v rokoch 1920—1923. Roku 1924 podali Platonov a Velvovskij správu o hypnosugestívnej analgéze pri troch pôrodoch na 2. kongrese ruských neuropsychiatrov v Leningrade. Roku 1938 Vigdorovič pripravoval týmto spôsobom 400 žien a uvádzal úspech v 80 — 90 % (Chertok, 1966). Velvovskij, Platonov a Nikolajev sú autormi novej metódy, „systému psychoprofylaxie pôrodných bolestí", ktorá sa ujala aj u nás (Hudcovič, 1956, Marišová, 1957, Brucháč, 1963 a iní).

Psychoprofylaktická metóda

Metóda sovietskych autorov vychádza z teórie nervizmu a cerebroviscelárnej koncepcie. Podľa tejto teórie na pociťovanie bolesti pôsobí zvýšený prah dráždivosti mozgovej kôry, najmä na základe fázových stavov. V paradoxnej fáze už slabé podráždenia z interoreceptorov maternice vyvolávajú silné pocity bolesti. Z neurofyziologického hľadiska je preto dôležité navodiť pri pôrode „určitú optimálnu aktivitu kôry" (Nikolajev, 1953). Zároveň sa počíta s tým, že také psychologické činitele, ako obavy, strach a napätie, pôsobia nepriaznivo na priebeh fyziologických dejov a vytvárajú dispozíciu pre pociťovanie bolesti pri pôrode.

V konkrétnom terapeutickom postupe ide potom hlavne o výchovu rodičky k cieľavedomej aktivite pri pôrode a o vytvorenie primeraných predstáv o jeho priebehu. Metóda pozostáva z troch zložiek:

1. *Informačno-edukatívna príprava,* pozostávajúca zo série prednášok a diskusií o zmenách organizmu počas gravidity, o vývoji plodu, o priebehu

pôrodu a jeho jednotlivých fázach, a opis aj nácvik manipulácií, potrebných pri pôrode;

2. *Rehabilitačné cvičenie* (LTV) s dôrazom na cviky svalstva brušného lisu a panvového dna;

3. *Ventilácia a riešenie osobných problémov* rodičky s prípadnou úpravou duševného stavu pred pôrodom.

Výklad a cvičenia sa dopĺňajú exkurziou na pôrodnú sálu. Zároveň sa počíta so spoluprácou celého kolektívu pôrodnice v zmysle jednotných postojov a úsilí.

Readova metóda

Medzitým, r. 1933 publikoval G. D. Read svoju metódu prirodzeného pôrodu, o ktorej neskôr (r. 1942) vydal aj knihu. (Citujeme 4. vydanie.) Podobne ako Velvovskij, aj Read považoval pôrod za normálny fyziologický proces, ktorý nemusí byť sprevádzaný bolesťou. Bolesť sa k nemu pridružuje v dôsledku citových a sociálno-kultúrnych, faktorov, keďže vplyv predsudkov kultúry a civilizácie navodil strach z pôrodu.

Teoretickým základom jeho metódy je psychologický trias: strach — napätie — bolesť. Predstavuje si to tak, že strach podmieňuje vznik ochranného napätia v tele, ktoré potom ruší prirodzený priebeh pôrodu. „Kontrakcie uteru sú pre prvorodičku novým zážitkom. Keď však strach zvýšil intenzitu a porušil integritu a interpretáciu týchto nových pocitov, budú sa tieto pocity nevyhnutne prezentovať ako bolesť" (Read, 1963). Pretrvávajúca tenzia svalstva uteru bráni jeho úplnému uvoľneniu medzi jednotlivými kontrakciami, čo obmedzuje cirkuláciu krvi a vzniknutá ischémia je potom reálnym zdrojom bolesti.

Základom jeho techniky je potláčanie iracionálneho strachu, vyvolávanie pozitívnych emócií a predovšetkým nácvik úplnej relaxácie. Relaxácia typu Jacobsonovej metódy sa robí počas posledných 4—5 mesiacov gravidity. Súbežne s technikou relaxácie sa robia aj dýchacie cviky a cviky na posilnenie brušného svalstva.

b) Pokus o aplikáciu systematickej desenzitizácie

V teoretickej úvahe o možnosti použiť systematickú desenzitizáciu v príprave na pôrod sme sa pozastavili hlavne nad tým, aký význam sa pri vzniku bolesti pripisuje strachu. Tak podľa Reada, ako aj podľa Veľvovského a iných autorov *strach sa pokladá priamo za jednu z príčin pociťovania silnej bolesti pri ináč normálnom pôrode.* „Ak strach, tenzia

a bolesť idú ruka v ruke, je nevyhnutné uvoľniť tenziu a prekonať strach, aby sa eliminovala bolesť," hovorí Read (1963). Na dosiahnutie tohto cieľa používal Read techniku relaxácie, ktorá vedie k redukovaniu tenzie, ale podľa našich skúseností (Kondáš, 1967) sama relaxácia nestačí na dostatočné redukovanie strachu. Keďže pri pôrode sa javí primárnym činiteľom strach a tenzia je skôr jeho sprievodným fenoménom, možno formulovať nasledujúcu hypotézu: Metóda sústreďujúca sa na redukovanie strachu by mohla mať pozitívny vplyv na priebeh pôrodu a na intenzitu pociťovania bolesti pri pôrode.

Na základe tejto teoretickej úvahy vznikla myšlienka využiť metódu systematickej desenzitizácie, kde sa graduovane redukuje strach na základe inkompatibilného relaxačného stavu (pozri str. 117 a nasl.). A tak sme po dôkladnej príprave uskutočnili prvý pokus s využitím desenzitizácie pri príprave na pôrod spolu s B. Ščetníckou, a to s dodržaním experimentálnych kautelov psychoterapeutického výskumu.

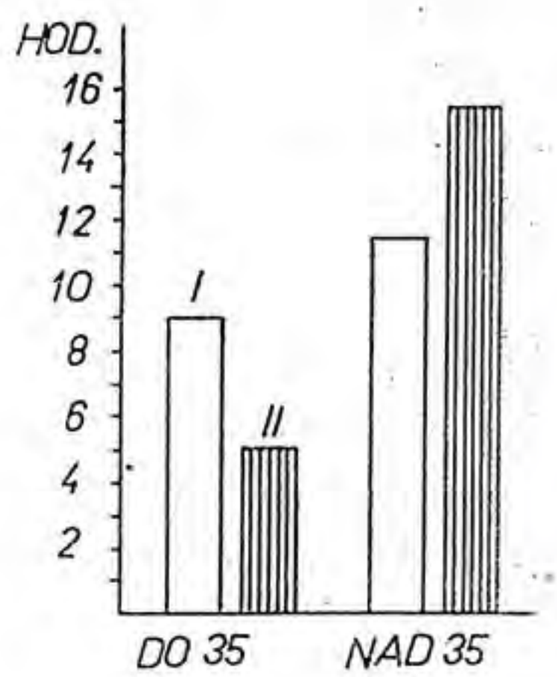
Metodika

Výskum sa realizoval systémom terapeutickej supervízie, a to tak, že supervízor robil v každej skupine výklad princípu metódy desenzitizácie, zostavenie hierarchie anxiet a prvé desenzitizačné sedenie. Nácvik autogénneho tréningu a ďalšie desenzitizačné sedenia robil potom druhý terapeut-psychológ. (Bola to terapeutka, ktorá už predtým získala značné skúsenosti s psychoprofylaktickou metódou a mala zároveň kvalifikáciu pôrodnej asistentky.)

Už pred prikročením k aplikácii metódy systematickej desenzitizácie sa preverovala hypotéza *o vplyve strachu na priebeh pôrodu* v súbore 100 žien (priemerný vek 25,3 r.), z ktorých prevahu (84) tvorili prvorodičky (Ščetnická, 1970). Získané údaje možno demonštrovať na vzťahu medzi intenzitou strachu z pôrodu a jeho trvaním (obr. 19). Za základ pre hodnotenie úrovne strachu zo situácií spojených s pôrodom sa brala hraničná hodnota parciálneho skóre z autorovej škály KSAT.

Ako vidíme na obr. 19, v skupine s vyššou situačnou anxietou, viazanou na pôrod (skóre nad 35), významne sa predlžuje trvanie pôrodu tak u primipár, ako aj u multipár. Overenie tohto zistenia pomocou Taylorovej škály MAS dalo zhodné výsledky. Rozdiel bol podľa oboch psychodiagnostických metód štatisticky významný ($p < 0{,}001$, keď χ^2 bol 29,07 pri KSAT a 12,1 pri MAS). Podobné výsledky sa získali aj pri porovnaní stupňa anxiety a pociťovania bolesti (bližšie pozri Ščetnická, 1970). Môže sa teda zamietnuť hypotéza, že stupeň strachu nemá vplyv na priebeh pôrodu.

Tým získavame aj výskumne podopreté oprávnenie preskúšať predpoklad, že metóda systematickej desenzitizácie môže pozitívne vplývať na priebeh pôrodu.



Obr. 19. Vzťah medzi trvaním pôrodu a stupňom anxiety. Os x — skóre strachu zo situácií pôrodu (SAp) po kritickú hodnotu a nad ňu, os y — trvanie pôrodu v hodinách. I (prázdny stĺpec) primipary, II (čiarkovaný stĺpec) multipary.

Рис. 19. Связь между продолжительностью родов и степенью чувства беспокойства. Ось x — отметки стража из ситуаций родов (SAp) до критической стоимости и сверх этой стоимости, ось y — продолжительность родов в часах. I (пустой столбик) первородящие, II (заштрихованный столбик) многорожавшие.

Fig. 19. Relation between the duration of childbirth and the degree of anxiety. Axis x — score of fear of the childbirth situations (SAp) to the critical value and above it, axis y — duration of childbirth in hours. I (blank column) primiparas, II (dashed column) multiparas.

Súbor. Systematická desenzitizácia (v ďalšom SD) sa aplikovala v súbore 20 žien vo veku 20—37 rokov (AM = 27). V ďalšej skupine 20 žien (kontrolná skupina) sa použila psychoprofylaktická metóda (v ďalšom PM). Obe skupiny boli rovnocenné, pokiaľ ide o vek, paritu, vzdelanie a stupeň anxiozity. V oboch bolo po 13 primipár a po 7 multipár (druhorodičiek).

Stupeň anxiety sa zisťoval pomocou Taylorovej škály MAS a pomocou upravenej škály predmetných a situačných strachov KSAT (Kondáš, 1971b). Do oboch skupín sa zaradili ženy so zvýšenou úrovňou anxiety, keď skóre MAS bolo 18 a viac (AM 21,9 resp. 22,4) a skóre KSAT 80 a viac (AM 94,7 resp. 96,05). Na hodnotenie efektu oboch postupov sa použilo jednak opakované vyšetrenie oboma metódami na vyšetrovanie stupňa anxiety po skončení postupu a jednak používané klinické kritériá, ako trvanie pôrodu, kooperácia a vonkajšie správanie počas pôrodu (v 4 definovaných stupňoch, a to: 1 kľudné, pokojné, 2. disciplinované, 3. disciplinované s občasným prejavom nepokoja, 4. nedisciplinované) a stupeň pociťovania bolesti.

Psychoprofylaktická metóda sa robila kompletne, t. j. aj s tehotenskými cvikmi (pozri napr. Brucháč, 1963). Ženy prichádzali na kliniku dvakrát týždenne na LTV a absolvovali 8 skupinových besied, ktoré trvali 1—2 hodiny.

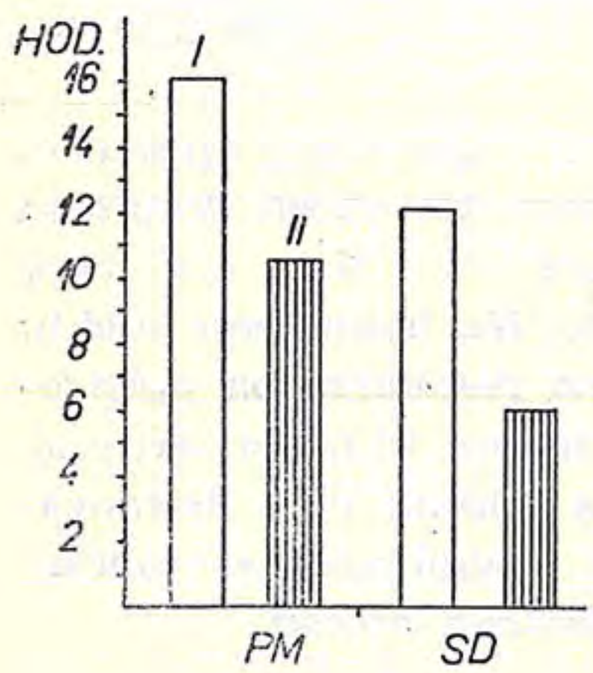
Systematická desenzitizácia sa robila tak isto dvakrát týždenne, pričom prvé sedenia sa venovali nácviku autogénneho tréningu. V jednom desenzitačnom sedení sa prezentovali 2—3 situácie zo zostavenej hierarchie

anxiet, pričom jednotlivé položky sa opakovali 2—4-krát. Pri zostavovaní hierarchie sa vychádzalo z tých položiek škály KSAT, ktoré sa týkali situačnej anxiety s graviditou a pôrodom spojených okolností (SA_p). Išlo o situácie, ako gynekologické vyšetrenie, odchod do pôrodnice, pociťovanie kontrakcií, podanie injekcie, pobyt na pôrodnej sále, prechod hlavičky pôrodným kanálom, pôrod hlavičky, podrobenie sa nástrihu, šitiu a pod. Po rozvedení týchto situácií do menších položiek mala potom jednotlivá hierarchia okolo 20 položiek, ktoré sa prezentovali v malých skupinách 3—4 žien. Počet sedení SD sa pohyboval od 7 do 15 (AM=9,9). Celý postup trval 2—3 mesiace, z čoho sa 4—5 týždňov venovalo nácviku autogénneho tréningu.

Terapeutka bola prítomná pri pôrode každej ženy z oboch skupín. Hodnotenie správania a spolupráce počas pôrodu robil prítomný pôrodník.

Výsledky

Uviedli sme, že trvanie pôrodu u nepripravovaných žien záviselo od intenzity anxiety. Ak si teraz všimneme toho istého ukazovateľa u žien, pripravovaných na pôrod pomocou SD a pomocou PM, zisťujeme, že desenzitizácia spôsobila výraznejšie skrátenie dĺžky pôrodu ako PM, čo sa zvlášť zreteľne prejavilo u multipár (obr. 20). Priemerná *dĺžka pôrodu*



Obr. 20. Trvanie pôrodu po psychoprofylaxii a desenzitizácii. Os x — PM — psychoprofylaktická metóda, SD — systematická desenzitizácia. Os y — trvanie pôrodu v hodinách. I — primipary, II — multipary.

Рис. 20. Продолжительность родов после психопрофилактики и десенситизации. Ось x — PM — психопрофилактический метод, SD — систематическая десенситизация. Ось y — продолжительность родов в часах. I — первородящие, II — многорожавшие.

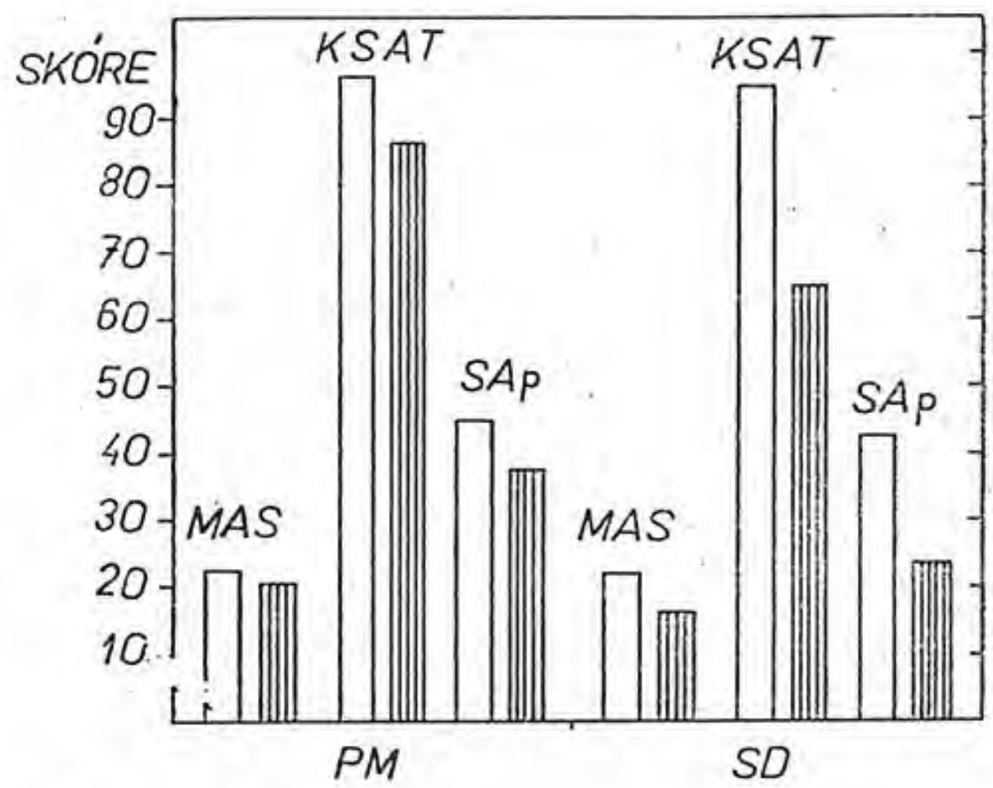
Fig. 20. Duration of childbirth after psychophylaxis and desenzitization. Axis x — PM — psychoprophylactic method, SD — systematic desensitization. Axis y — duration of childbirth in hours. I — primiparas, II — multiparas.

trvala v skupine SD 10,2 hod. u primipár a 6,1 hod. u multipár, kým v skupine PM bola 14,3 hod. u primipár a 10,6 hod. u multipár.

Analogicky sa porovnali aj ukazovatele *pociťovania bolesti a správanie počas pôrodu,* pričom sa ukázalo, že rozdiely medzi oboma metódami boli

podľa χ^2 štatisticky významné pri $p<0{,}01$ — 0,05 (bližšie pozri Ščetnická, 1970).

Ak si všimneme vplyv oboch postupov na stupeň anxiety, zisťujeme, že pri SD sa znížilo skóre MAS z 21,9 na 16,5 a skóre KSAT z 94,7 na 64,9. Oproti tomu pri PM sa zaznamenal len nepatrný pokles v MAS (z 22,45 na 20,7) a mierne vyšší v KSAT (z 96,5 na 86,35). Vzhľadom na hypotézu o vplyve úrovne strachu na priebeh pôrodu bolo psychologické vyšetrenie anxiety významným hodnotiacim kritériom. Preto uvádzame jednotlivé hodnoty tohto kritéria v sumárnom prehľade na obr. 21, kde sa okrem MAS a KSAT skóre uviedli aj zmeny parciálneho skóre o úrovni anxiety, vzťahujúcej sa na situácie pôrodu (SA_p).



Obr. 21. Zmeny v stupni anxiety po psychoprofylaxii a desenzitizácii podľa škály MAS a KSAT. Os x — psychoprofylaktická metóda (PM) a systematická desenzitizácia (SD). Os y — skóre v použitých škálach pred terapiou (prázdny stĺpec) a po terapii (čiarkovaný stĺpec). MAS — Taylorovej škála úzkosti, KSAT — autorova škála situačných anxiet, SAp — čiastkové skóre zo škály KSAT, týkajúce sa strachu z pôrodných situácií.

Рис. 21. Изменения в степени чувства беспокойства после психопрофилактики и десенсибилизации по шкалам MAS и KSAT. Ось x — психопрофилактический метод (PM) и систематическая десенсибилизация (SD). Ось y — отметки в использованных шкалах перед терапией (чистый столбик) и после терапии (заштрихованный столбик). MAS — шкала беспокойства Тайлоровой, KSAT — шкала ситуационных тревожных состояний, разработанная автором, SA_p — частичные отметки, полученные по шкале KSAT, касающиеся страха перед ситуациями родов.

Fig. 21. Change in the degree of anxiety after psychoprophylaxis and desensitization according to MAS and KSAT scales. Axis x — psychoprophylactic method (PM) and systematic desensitization (SD). Axis y — scores in the used scales before therapy (bank column) and after therapy (dashed column). MAS — Taylor's anxiety scale, KSAT — the author's scale of situational anxiety. SAp — partial KSAT score concerning the fear of childbirth situations.

Obr. 21 ukazuje, že pri oboch metódach *sa znížil stupeň strachu z pôrodu* (SA_p, čo je, pravda, inkluzíve zahrnuté aj do celkového skóre KSAT). Štatistickým prepočtom pomocou t-testu sa zistilo, že rozdiely v úrovni anxiety pred prípravou a po nej sú štatisticky významné ($p<0{,}001$) tak podľa KSAT, ako aj podľa SA_p v oboch skupinách. (Hodnoty t boli pri

SD 18,37 a 19,64 a pri PM 5,29 a 8,215.) Oproti tomu skóre MAS sa neznížilo po psychoprofylaxii štatisticky významne ($t = 1,78$), kým po desenzitizácii nastalo aj v tomto ukazovateli signifikantné zníženie úrovne anxiety ($t = 6,906$). Vplyv SD na redukovanie strachu je teda v porovnaní s PM pregnantnejší. To sa prejavilo aj na pociťovaní bolestí, keď kategória miernej bolesti tvorí pri SD 64 % a pri PM 21 % (pri našich prísnejších postavených kritériách je kategória „bez bolesti" zanedbateľná).

Záver a diskusia

Podrobné údaje sme publikovali na inom mieste (Kondáš, Ščetnická, 1972), ale aj z tohto výberu zhrnutých dát sa ukazuje, že metóda systematickej desenzitizácie je vhodným obohatením a prínosom v psychologickej príprave na pôrod. Jej vyšší efekt možno pripísať priamemu pôsobeniu na redukovanie anxiety, zmeny ktorej sa zachytávali pomocou MAS a KSAT. V porovnaní s psychoprofylaktickou metódou nie je časove náročnejšia; vyžaduje si, pravda, výcvik terapeuta a rešpektovanie zákonitostí psychológie učenia. Možno ju pokladať za metódu voľby a podľa uvedených zistení dá sa uprednostniť v tých prípadoch, kde sa výraznejšie prejavujú známky zvýšenej anxiety, miera ktorej sa približne určí pomocou psychologického vyšetrenia. V prípadoch s vyššou úrovňou strachu bol jej efekt vo všetkých sledovaných parametroch lepší ako efekt PM, ktorá však tiež vedie k signifikantnému zníženiu strachu, viazaného na situácie spojené s pôrodom. Lepší efekt SD môže však súvisieť práve s tým, že sa použila iba u gravidných so zvýšeným stupňom anxiety.

Pokiaľ ide o kazuistický rozbor jednotlivých prípadov, možno poukázať napr. na to, že silnú bolestivosť pociťovala len 1 rodička po SD a 8 rodičiek po PM. Obe metódy viedli k disciplinovanému a pokojnému správaniu počas pôrodu s dobrou kooperáciou pripravovaných rodičiek,

Pri hodnotení našich zistení treba teda na záver zdôrazniť, že do oboch súborov sa začlenili ženy so zvýšením skóre anxiozity, čo môže relatívne zvýhodňovať metódu SD, keďže táto metóda sa priamo sústreďuje na redukciu strachu, kým PM sa predsa len viac sústreďuje na aktívnu kooperáciu pri pôrode. Je možné, že u gravidných s nižšou úrovňou strachu by bol efekt oboch metód podobný; naše výsledky potvrdzujú totiž aj účinnosť PM.

V súvislosti s dobrými skúsenosťami z aplikácie SD pri neurózach možno ako o určitom indikačnom pravidle uvažovať o uprednostnení SD u gravidných žien s neurotickými, resp. psychastenickými symptómami,

alebo pri zvýšenom neuroticizme vôbec. Keďže MAS vysoko pozitívne koreluje s úrovňou neuroticizmu a SD (na rozdiel od PM) pôsobila aj na tohto ukazovateľa, javí sa táto indikácia opodstatnená. Za významný prínos tohto výskumu možno však považovať — ako sa domnievame — už samu možnosť obohatiť prípravu na pôrod o jednu veľmi účinnú novú metódu. Myslíme, že predstavuje faktický prínos psychológie učenia pre psychoterapeutickú prácu v pôrodníctve.

3. Sexuálne poruchy a deviácie

Pod pojmom *sexuálna deviácia* rozumieme odchýlku sexuálnej motivácie, záujmov a aktivít od zvyčajného objektu sexuálnej apetencie, ktorým je komplementárne pohlavie. Pri deviáciách nastáva presun ku kvalitatívne odlišným a atypickým (aberantným) spôsobom sexuálneho vzrušenia a aktivít, ktoré sa zreteľne až trvale preferujú. Príkladmi sexuálnych aberácií je homosexualita, pedofília, fetišizmus, exhibicionizmus a iné. Oproti tomu *sexuálne poruchy* znamenajú kvantitatívnu zmenu alebo zlyhanie normálneho sexuálneho aktu, prípadne sexuálnej vzrušivosti. Príkladmi takýchto porúch sú impotencia a frigidita.

Prevažná časť sexuálnych porúch a deviácií je výrazne psychogénne podmienená. To platí vo zvýšenej miere o sexuálnych poruchách. Hoci pri oboch treba počítať so spolupôsobením viacerých faktorov, pri aberáciách treba osobitne pamätať na organické činitele, medzi ktorými má pravdepodobne najvýznamnejšie miesto endokrinná činnosť a hormonálna dificiencia. Tieto vzťahy sú zložité a mnohé fakty sú zatiaľ neznáme. Ide tu o zložitú nervovo-humorálnu a psychickú reguláciu sexuálneho správania, pri ktorej hrajú úlohu tak miechové, ako aj podkôrové a kôrové funkcie (bližšie pozri Lissák, Endröczi, 1970). Títo autori uvádzajú napr. známy fakt, že u ovarektómovaných žien neklesá sexuálne správanie ani libido, to vymizne až po adrenalektómii, čo je dôležité z neurohumorálneho hľadiska.

Z psychologického hľadiska sa jadro problému viaže na *pôsobenie výchovy* (najmä puritánska výchova, nadmerné, striktné tabuizovanie sexu, spojené aj s trestmi za prirodzený záujem o tieto otázky, alebo na druhej strane voľný typ výchovy s nedostatočne vypestovanými zábranami). Z ďalších psychologických činiteľov dôležitú úlohu hrajú negatívne postoje k primeraným erotickým vzťahom a prípadné neadekvátne názory a postoje k druhému pohlaviu, alebo naopak zvýšená sexuálna dráždivosť a vzrušivosť, podporovaná často aj náhodnými vonkajšími vplyvmi (dráždenie zvedavosti detí a mládeže nadmerným prílevom sexuálno-erotických stimulov z toho nevynímajúc). Ďalej tu spolupôsobí osobnostná nevyvá-

ženosť, emocionálna nezrelosť a tiež strach, anxieta. Napr. Ždímalová a Kratochvíl (1966) našli štatisticky významnú súvislosť medzi prítomnosťou úzkosti a orgazmu deficiens u sexuálne vzrušivých žien.

Významnú úlohu sprostredkujúceho mechanizmu hrá aj *masturbácia.* Pôsobí jednak ako posilňujúci faktor pri disperzii sexuálneho objektu a jednak sa možno domnievať, že masturbačné fantázie aj širšie ovplyvňujú charakter eroticko-sexuálnych predstáv a spôsob prežívania sexuálnych pocitov. Na základe niektorých klinických informácií (ktoré sme však získali od neurotikov) možno predpokladať, že určitá nedostatočnosť sexuálneho zážitku súvisí s charakterom fantázií pri masturbácii. (Problém vplyvu masturbácie a masturbačných fantázií na charakter neskoršieho emocionálno-sexuálneho prežívania by si zaslúžil výskumnú pozornosť ako osobitný problém psychológie sexuality.)

Okrem uvedenej predstavy o dosahu masturbácie na eroticko-sexuálne zážitky sa z hľadiska teórie učenia zvlášť zdôrazňuje *dosah anxiety.* Javí sa významný pri sexuálnych poruchách, spomína sa však aj pri deviáciách. Náhodné vplyvy prostredia sme zdôraznili preto, že práve pri sexuálnych reakciách je známy vplyv jednorazového učenia, „vpečatenia" (imprinting). Na druhej strane máme tu do činenia s inštinktívno-pudovým správaním, základné prvky ktorého sa neviažu na cvik. Túto myšlienku treba zdôrazniť najmä preto, že v našom rozbore sexuálnych porúch a aberácií dominuje pohľad z aspektu psychológie učenia.

Pokiaľ ide o strach, treba povedať, že sexuálne vzrušenie a anxieta sú v antagonistickom vzťahu; zvýšená anxieta tlmí až znemožňuje sexuálne vzrušenie a aktivitu, kým na druhej strane samo sexuálne vzrušenie tlmí miernejšie stupne anxiety. Preto sme napr. v prípade opísanom na str. 151 využili aj sexuálne reakcie na odstraňovanie úzkosti, vyskytujúcej sa v neskorších večerných hodinách.

Domnievame sa, že istú úlohu tu hrá aj spôsob reagovania na jemné konfliktové situácie, ktoré sa občas viažu na sexuálne vzrušenie, pohnútky a záujmy. Sexuálne pohnútky mávajú totiž vo vzťahu k sexuálnym prejavom neraz charakter konfliktu typu priblíženie—vyhýbanie, čo potom vyvoláva tenziu a hezitácie do istej miery podobného rázu ako pri obsedantných myšlienkach. Situáciu ďalej komplikuje vzniknutý pocit viny alebo rozličné obavy. Popri jemných emocionálnych väzbách a v rámci zmien v citovom stave prichádza tu do úvahy aj zvýšená citlivosť, ktorá niekedy narastá pri sexuálnom vzrušení a ovplyvňuje potom sexuálnu reaktivitu až po možnosť zlyhať. Pochopiteľne, že samy obavy zo zlyhania pôsobia v zmysle anticipácie a napomáhajú jeho výskyt. Netreba hádam ani zdôrazňovať, že akákoľvek psychotraumatická skúsenosť pôsobí v tejto oblasti veľmi neblaho.

Problematika sexuálnych porúch a aberácií je teda veľmi zložitá už preto, že sexuálna reaktivita je viacdimenzionálne podmienená. Mnohé otázky genézy, mechanizmov fixácie i eliminácie týchto porúch zostávajú nevyjasnené, čo platí najmä o sexuálnych deviáciách, ktoré sú terapeuticky značne refraktérne.

a) Sexuálne deviácie

Pri refraktérnosti terapie sa pokladá aj psychoterapia väčšiny sexuálnych deviácii (aberácií) za veľmi ťažkú, ak nie za nemožnú. Z toho dôvodu treba privítať každé hľadanie nových možností ich eliminácie, navyše preto, že väčšina z nich je mravne, spoločensky nebezpečná, čo potom nachádza výraz v pojme *sexuálna delikvencia.*

Medzi novšie postupy terapie sexuálnych aberácií patria predovšetkým *averzívne metódy,* pri ktorých sa usilujeme redukovať alebo eliminovať príslušné aberantné prejavy pomocou ich spájania s nepríjemnými podnetmi. Využívajú sa tu — podobne ako pri alkoholizme — princípy podmieňovania, a to pomocou chemických (farmakologických) prostriedkov alebo pomocou elektrických rán. Ich použitie sa riadi charakterom a obsahom sexuálnej aberácie. Neraz však treba počítať aj s kombináciou deviácií. Napr. pri transvestitizme je podľa Hirschfeldovej štatistiky (Tabarka, Wiedermannová, 1957) 35 % transvestitov heterosexuálnych, asi rovnaký počet homosexuálnych, 15 % bisexuálnych a podobné percento narcistov. Známa je aj kombinácia sexuálnej poruchy so sexuálnou deviáciou, vo forme tzv. Hamiltonovho syndrómu, kde ide o kombináciu frigidity s promiskuitou, homosexuálnymi tendenciami a maskulinnými postojmi v sexuálnom vzťahu. Kombinované poruchy a deviácie si vyžadujú zložitejšie terapeutické procedúry, pričom sú prognosticky menej nádejné. Treba podotknúť, že z psychologického hľadiska štúdium sexuálnych porúch a deviácií má aj širšie teoretické vzťahy, a to k takému dôležitému problému, akým je motivácia ľudského správania.

Homosexualita

Pri homosexualite je predmetom libida osoba toho istého pohlavia. V jej etiológii je najviac nejasného. Uvažuje sa o vplyvoch prostredia, o psychodynamických i endokrinných faktoroch. Zdá sa však, že len u malého percenta je podmienená endokrinne a mnohí homosexuáli nevykazujú ani výraznejšie psychopatické črty osobnosti (v MMPI býva však škála Pd zvý-

šená). Niekedy sa na základe štúdia homosexuálneho a heterosexuálneho zamerania u tých istých osôb uzatvára, že „súčasná dispozícia pre homosexuálnu a heterosexuálnu apetenciu je značne rozšírená, ale homoerotická motivácia býva nepomerne slabšia ako heteroerotická".

Problémami diagnostiky, genézy a terapie homosexuality sa u nás veľmi dôkladne zaoberali vo VÚPs v Prahe. V diagnostike rozpracovali metódu objemových zmien genitálu pri expozícii erotických stimulov. Táto metóda slúži popri niektorých psychologických metódach, ako je napr. MMPI, aj na hodnotenie účinkov liečby homosexuality. Terapii homosexuality sa začali systematicky venovať už v r. 1950—1953, pričom sa opierali o princípy podmieňovania. Terapeutický postup spočíval v podaní mixtúry apomorfínu a emetínu (neskôr apomorfínu s kofeínom), pričom sa v stave nauzey a vracania premietali pacientovi diapozitívy oblečených aj vyzlečených mužov. V druhej fáze, asi 7 hodín po podaní testostrónu, premietal sa pacientovi film, na ktorom boli nahé a polonahé ženy. Sústreďovali sa teda na odbúranie homosexuálnych aktivít pri súčasnom posilňovaní heterosexuálneho zamerania.

Tento postup sa aplikoval u ťažkých homosexuálov, ktorí sa eroticky viazali výlučne alebo takmer výlučne na totožné pohlavie. V súbore 47 pacientov-homosexuálov sa dosiahla niekoľkodňová heterosexuálna adaptácia u 25,5 %, nezlepšených zostalo 51,1 %, krátkodobá heterosexuálna adaptácia nastala u 14,9 % pacientov a u ostatných (8,5 %) chýbali katamnestické správy. Na liečbu najlepšie reagovali tí, ktorí sa o ňu uchádzali spontánne, a najväčšie zlyhanie bolo v osobitne vyhodnocovanej skupine 20 homosexuálov, ktorých sledovala bezpečnosť. U 12 pacientov, ktorí mali dlhodobé heterosexuálne styky, pri ďalšej katamnestickej kontrole sa zistil relaps u 6 osôb. (Podrobnosti pozri v monografii z r. 1962.)

Rozličné *modifikácie averzívnej metódy* aj už opísaný postup sa vyskúšal na viacerých kazuistikách, o čom sa referovalo najmä na stránkach časopisu Behaviour Research and Therapy. Nechýba medzi nimi ani kombinácia apomorfínu so súčasným podaním alkoholu a príslušných obrázkov alebo vyskúšanie elektrickej averzívnej stimulácie. Terapeuticky sa využil aj modifikovaný aparát na snímanie erekcie, a to tak, že vznik erekcie na neadekvátne, napr. pedofilné stimuly sa spájal s elektrickým úderom (Bancroft et al., 1966).

Z iných metód sa v poslednom čase začala používať aj systematická desenzitizácia (Ramsey, van Velzen, 1968, Huff, 1970 a i.) na základe úvahy, že pri homoerotickej apetencii hrá významnú úlohu aj strach z nadväzovania heterosexuálneho kontaktu. U Huffovho pacienta (1970) nastali po desenzitizácii aj zmeny v MMPI a v Learyho metóde.

Počet štúdií venovaných terapii homosexuality sa už počíta na desiatky (mnohé sú, pravda, kazuistické práce).

V tomto podaní sme sa obmedzili len na krátke zmienky o metódach, ktoré sa v rozličných modifikáciách častejšie používajú. Zdá sa, že potláčanie homosexuálnych tendencií so súčasným posilňovaním heterosexuálnej adaptácie je dôležitým princípom ich liečby, úspechy ktorej však nie sú zatiaľ veľmi výrazné.

Transvestizmus

Transvestizmus sa často pridružuje k homosexualite a podľa Kryžowského (1970) charakterizuje aj prvé štádium transsexualizmu, o ktorom sa niekedy hovorí ako o krajnej forme transvestizmu. Pri transvestizme ide o určitú identifikáciu s osobou opačného pohlavia, keď príjemné sexuálne pocity sa pri tejto aberácii viažu na prezliekanie do šiat druhého pohlavia. Pri transsexualizme identifikácia s opačným pohlavím nadobúda taký stupeň, že príslušná osoba sa uchádza o operačnú i právnu zmenu svojho pohlavia.

Transvestizmus sa primárne pokladá za *návykový prejav* s distorziou vzťahu podnetu a reakcie. Posilňujúco tu pôsobí masturbácia napojená na prezliekanie. Prvé známky sa vyskytujú zväčša v období puberty. Tabarka a Wiedermannová (1957) uvádzajú, že v našom písomníctve sa publikovali len 4 kazuistiky transvestizmu; ich prípad bol piaty. V terapii sa kládol dôraz na psychoterapiu.

Šesť správ sme našli v literatúre *o využití podmieňovania a učenia* pri odstraňovaní tejto deviácie. Jednou z prvých je poznámka Glynna a Harpera (in Eysenck, 1964) o prípade 27-ročného muža, liečeného postupom, ktorý predtým použil pri fetišizme Raymond. Išlo o koncentrované averzívne podmieňovanie pomocou apomorfínu (každé 2 hodiny počas štyroch dní). Po podaní apomorfínu vyzvali pacienta, aby sa prezliekol do ženských šiat a ponechal si ich až do skončenia nauzey a vracania. Súbežne s tým liečili aj manželkinu frigiditu. Počas 7-mesačnej katamnestickej kontroly pacient nepociťoval túžbu prezliecť sa.

Obmenený typ tohto postupu použil Blakemore (in Eysenck, 1964) v štyroch prípadoch transvestizmu. V prvých dvoch prípadoch obmenil však Raymondov postup tak, že pri prezliekaní jednotlivých častí ženských šiat pacient ich menoval, čo sa zachytilo na magnetofón. Takto pripravený magnetofónový záznam sa potom zapínal spolu s premietaním diapozitívov až do skončenia vracania, pričom averzívne podmieňovanie malo sústredený charakter. Robilo sa cez deň aj v noci v dvojhodinovom intervale počas 6 dní. Katamnestická kontrola potvrdila relatívne dlhodobú

úspešnosť postupu; do 18 mesiacov nenastal ani v jednom prípade relaps.

Druhý postup mal charakter inštrumentálneho podmieňovania (na spôsob únikového učenia), a to z toho dôvodu, že prezliekanie malo v danom prípade narcistickú prímes; pacient sa počas neho obdivoval v zrkadle. Pri odúčaní sa proces prezliekania spájal so zvukom bzučiaka, ktorý slúžil ako signál vyzliekania. V priebehu manipulácií s vyzliekaním a prezliekaním dostával z podlahy špeciálne upravenej kabíny intermitentne elektrický úder, takže nevedel, či opäť zaznie bzučiak alebo dostane šok. Procedúra sa opakovala každú pol hodinu počas 6 dní (spolu okolo 400 opakovaní) a kontrola za 6 mesiacov preukázala jej úspešnosť.

Koncentrovaný typ modifikačného kurzu pomocou elektrických úderov použili aj Marks a Gelder (1967). Ich práca vyniká starostlivo projektovanou kontrolou premenných. Hodnotili celkové správanie, reakcie penisu, postoje, použili test sémantického diferenciálu a pod. Šok sa spočiatku aplikoval pri predstave pacienta, že sa nachádza v sexuálne pôsobivej, ale pochopiteľne, deviantnej situácii. Potom sa prešlo na vlastné deviantné prejavy, ktoré sa intermitentne spájali so šokom. Postup trval dva týždne a jeho efekt sa sledoval spomenutým typom kontroly, pletysmograficky i rozhovormi s pacientom a členmi jeho rodiny. Liečili 5 pacientov, ktorí dlhodobe (až do 20 rokov) trpeli na transvestizmus, fetišizmus alebo obe aberácie. Už po prvých aplikáciách tejto procedúry sa pacientom ťažšie vyvolávali predstavy deviantných situácií. Dôkladná kontrola postupu dovolila dospieť k zisteniu, že po terapii si pacienti nevytvorili averzívne postoje k predtým vzrušivým stimulom, lež dosiahnutá zmena mala charakter ich neutralizácie. Aberantné prejavy vymizli u všetkých piatich pacientov, ale v priebehu roka dvaja vykázali určitú mieru relapsu.

Výskyt občasných relapsov sa zaznamenal aj v inom chronickom prípade, kde Bond a Hutchison (Eysenck, 1964) aplikovali 46 sedení systematickej desenzitizácie.

Posledné kazuistické oznámenie (Gershman, 1970) sa týkalo 22-ročného vysokoškoláka, u ktorého sa okrem averzívneho šoku použila aj vnútorná senzitizácia a tzv. stop technika (pozri XVIII. kap.). Variácie terapeutického postupu i skutočnosť, že pacient súčasne chodil s dievčaťom, s ktorým mával pomer, sťažujú striknejšie posúdenie terapeutického efektu. Možno preto iba konštatovať, že počas 6 mesiacov sa aberácia nevyskytla, pričom pacient sa medzitým oženil. Na druhej strane je celkom samozrejmé, že v bežnom klinickom prístupe dochádza častejšie ku kombinácii terapeutických techník.

Záverom možno konštatovať, že transvestizmus sa javí lepšie prístupný averzívnym technikám ako homosexualita. Pri ich aplikácii však treba prihliadať na individuálny charakter porúch a prispôsobiť mu konštrukciu

procedúry. Pre metodickú dôkladnosť sme vyzdvihli štúdiu Marksa a Geldera.

Fetišizmus

Pre fetišistu je zdrojom sexuálnych pocitov nejaká časť tela, predmety alebo časti odevu. Pomenovanie je odvodené od známeho slova fetiš. Je však menej známe, že francúzsky psychológ A. Binet prvý použil toto pomenovanie pre sexuálnu perverzitu, pričom rozoznával tzv. veľký a malý fetišizmus. Podľa neho vzniká fetišizmus z náhodného pôsobenia vonkajších činiteľov na subjekt, ktorý charakterizuje hyperestézia. Kraft-Ebing prijal Binetov výklad a rozlíšil 4 typy fetišových objektov:

a) časti ženského tela (čo môže byť ešte v norme),
b) časti ženského šatstva,
c) špeciálne objekty,
d) zvieratá.

Druhý typ fetišov je obsahovo príbuzný s transvestizmom. Môže sa s ním aj kombinovať, a preto — ako sme videli z práce Marksa a Geldera (1967) — aj spôsob eliminácie tejto poruchy je podobný. U ich pacientov boli fetišom blúzka, pyžama, prezuvky, korzet a pod. Predstavy aj priamu prezentáciu týchto fetišov spájali s elektrickým úderom.

Raymond v spomenutej práci (in Eysenck, 1960) našiel 3 referáty o úspešne liečených pravých (veľkých) fetišistoch. V jednom prípade to bola verbálna psychoterapia pri výdatnej kooperácii manželky, v druhom prípade 6 rokov trvajúca psychoanalytická kúra a v treťom prípade sa dokonca použila lobektómia.

V prípade, ktorý sám liečil averzívnym postupom, išlo o typ fetišistu s agresivitou voči fetišu, ktorým bol špeciálny objekt — detský kočík. Išlo o 33-ročného inteligentného ženatého muža bez psychotických príznakov. Svoj fetiš — detský kočík — zničil v záchvate fetišizmu, čo pochopiteľne, malo súdne následky. Ďalšími fetišmi mu boli ženské pančuchy, kabelky a sukne. Najsilnejším fetišistickým stimulom mu potom bola žena s kočíkom a kabelkou. Je zaujímavé, že agresivita voči fetišom vo vlastnej domácnosti bola v porovnaní s častými príhodami mimo domu zriedkavá.

Na úvod terapeutických sedení autor vysvetlil pacientovi, že pôjde o zmenu jeho postojov k fetišom, a to tak, že sa budú namiesto erotického vzrušenia spájať s nepríjemnými pocitmi. Apomorfínové sedenia sa

potom známym spôsobom združovali s kolekciou kabeliek, kočíkov a ich farebných obrázkov. Sedenia sa robili vo dne aj v noci v priebehu týždňa, pričom sa mu zároveň odmietala strava a v noci sa mu podával amfetamín, aby zostal bdelý. Po týždni bol prepustený a za 8 dní sa v procedúre pokračovalo. Po 5 dňoch vyhlásil, že už pohľad na fetišistické objekty mu spôsobuje nevoľnosť, takže sedenia sa už robili nepravidelne. Zmena sa ďalej prejavila v tom, že bol schopný pohlavného styku bez fetišistických fantázií. Po 6 mesiacoch sa robili posilňovacie sedenia za pomoci filmu, ktorý bol zvlášť na tento účel vyhotovený (ženy s kabelkami a kočíkmi v situáciách, ktoré ho predtým najviac provokovali). Film sa premietal v stave nauzey a vracania. Katamnéza za 9 mesiacov od začiatku liečby potvrdila, že úspech tejto namáhavej procedúry nastal.

Hoci daný postup je veľmi komplikovaný, zdá sa, že práve takto individualizované averzívne postupy majú nádej byť prostriedkom pomoci týmto ľuďom. Trestné sankcie súdneho charakteru nemali na opakovanie týchto aktivít výraznejší vplyv pravdepodobne aj preto, že táto pudovo podmienená aktivita sa uskutočňuje v psychologicky zmenenom duševnom stave.

Exhibicionizmus

Exhibicionista prežíva pohlavné vzrušenie demonštrovaným obnažením genitálu. V tomto stave nedbá na možné následky svojho počínania, a preto aj s týmto typom sexuálnej delikvencie majú často do činenia orgány bezpečnosti. Zdá sa, že zmena duševného stavu je tu takmer pravidlom.

Vzhľadom na to, že exhibicionista sa dostáva do výnimočného duševného stavu, treba jeho liečbu koncipovať s prihliadnutím na túto skutočnosť.

Prvým referátom o použití psychoterapie učením pri exhibicionizme je kazuistická štúdia Bonda a Hutchisona (Eysenck, 1964). Išlo o 25-ročného ženatého muža (IQ 106), ktorý mal puritánskych rodičov. Prvá exhibicionistická príhoda sa u neho vyskytla, keď mal 13 rokov. Neskôr sa opakovala po rôzne dlhých prestávkach (2 dlhšie prestávky boli v čase, keď sa stýkal s dvoma dievčatami). Príhody sa vyskytovali na odľahlejších miestach, najčastejšie v parku, kde sa skryl a čakal na atraktívny objekt, ktorému sa demonštroval. Mnohé z týchto epizód sa končili väzením a jeho liečba sa uskutočnila na forenznej klinike.

V terapii sa použil princíp recipročného útlmu jednak pomocou abreaktívnej techniky s CO_2 a jednak pomocou desenzitizácie. Sedenia sa robili štyrikrát týždenne. Pri zostavovaní hierarchie sa brali do úvahy miesta a

situácie exhibicionistických epizód, ako aj typ žien, ktorý ho vzrušoval. Po 20. sedení pri stretnutí atraktívnej ženy bol schopný relaxovať sa in vivo. Napriek tomu došlo k relapsu a vyskytla sa novšia epizóda. Raz sa už skryl v parku, ale dostal sa mimovoľne do stavu relaxácie a erekcia vymizla prv, než došlo k exhibicionistickému prejavu, ktorý sa však neskôr ešte raz vyskytol. Ďalšia desenzitizácia sa potom robila raz týždenne (46 sedení v trvaní 5 mesiacov). Potom sa už vyskytli len menšie výkyvy a jedna príhoda na hranici kontrolovateľnosti. Prípad sa teda môže hodnotiť ako klinicky zlepšený.

Z podaného prehľadu možno robiť z á v e r, že napriek námahe zvládnuť sexuálne aberácie určité úspechy sa za pomoci postupov učenia a podmieňovania zaznamenali. Treba však mať na mysli, že tento záver sa opiera o kazuistické štúdie o jednotlivých prípadoch, pričom sa týmto prípadom venovala väčšia pozornosť než v bežných klinických podmienkach. Okrem toho ich katamnestická kontrola trvala zvyčajne menej ako rok, čo pri týchto typoch porúch nemožno pokladať za dostatočné. S výnimkou prác Freunda, Marksa a Geldera sa väčšina autorov uspokojila s bežným typom klinického hodnotenia pomocou anamnestických a katamnestických údajov. Tým sa potom sťažuje rozbor pôsobenia týchto postupov a neobjasňujú sa optimálne podmienky ich uplatňovania. Tento nedostatok iba sčasti ospravedlňuje skutočnosť, že ide o počiatočné práce na tomto úseku.

Ďalším znakom terapie sexuálnych aberácií je, že je spravidla *zdĺhavá*. Napr. Pondelíčková a Nedoma (1970) pri kombinácii hormonálnej liečby (agostilben) a psychoterapie (ktorú bližšie necharakterizujú) uvádzajú, že terapeutický proces trvá najmenej 3 roky, pričom u nich išlo o ambulantnú liečbu 34 pacientov. Averzívna terapia je síce kratšia, ale zato veľmi náročná na intenzívne venovanie sa pacientovi neraz veľmi dômyselne konštruovaným postupom individuálneho charakteru. Prípadná aplikácia týchto procedúr v akýchsi „kurzových" blokoch si vyžaduje hospitalizáciu a zvyčajne aj spoluprácu viacerých terapeutov. Pritom sa javí, že už pri konštrukcii týchto postupov treba mať na zreteli aj to,

a) že v jednotlivých prípadoch sexuálnej aberácie máme do činenia s výnimočným duševným stavom,
b) osoby trpiace na tieto aberácie nie sú samy dostatočne motivované pre elimináciu svojich praktík.

V súvislosti s *koncentrovaným charakterom averzívnych postupov* vynára sa ako osobitný problém vznik určitého stupňa anxiety. Teoreticky sa dá uvažovať, že táto anxieta bude článkom sústavy zábranových mechanizmov, no na druhej strane môže zasahovať nepriaznivo do celkovej

emocionálnej nevyváženosti pacienta, ktorý potom zvýšený stupeň anxiózneho napätia uvoľní novou aberantnou epizódou, čo môže spôsobiť jej výraznejšie posilnenie. Preto najmä v prípadoch, kde sa pacient dostáva do zvláštneho psychického stavu, je vhodnejšie uvažovať o iných, nie averzívnych metódach. Starostlivé sexuologické, psychologické a psychiatrické vyšetrenie a rozbor prípadu je samozrejmým predpokladom pre zostavenie efektívneho plánu postupu terapie a modifikácie aberácií. Treba pritom kontrolovať určité zásady, ich jednotlivé zložky, individualizovať celý postup a dbať na súbežné posilňovanie alternatívnych foriem subjektívne uspokojujúcich a sociálne prijateľných prejavov.

Nakoniec z podaného prehľadu vyplýva, že rad sexuálnych aberácií zostáva ešte stále nepovšimnutý. Aj pri tých, ktorým sa venovala intenzívna pozornosť (napr. homosexualita), zostáva mnoho nedoriešených problémov, týkajúcich sa tak genézy sexuálnych deviácií, ako aj ich terapie, eliminácie. Optimistickejší pohľad, ktorý sa tu predsa len začal črtať, je teda inkompletný.

b) Sexuálne poruchy

Kvantitatívna neadekvátnosť sexuálnej aktivity máva najčastejšie charakter zníženej sexuálnej apetencie, celkovej hyposexuality s prípadným pridružením sa bolestivých pocitov pri pohlavnom akte, alebo charakter zlyhania, či už vo fáze vzrušenia, t. j. na začiatku sexuálnej aktivity alebo v jej priebehu. Ide teda predovšetkým o frigiditu, dyspareuniu, predčasnú ejakuláciu alebo impotenciu koeundi, prípadne chýbanie orgazmu. Zriedkavejšou príčinou konzultácie sú zmeny v smere hypererotizmu (satyriáza a nymfománia).

U mužov dominujú z týchto porúch poruchy erektivity a u žien frigidita. Raboch (1962) našiel v klinickom súbore 600 mužov poruchy erektivity v 37,8 %, predčasnú ejakuláciu v 33,5 %, strach zo sexuálnej nedokonalosti tvoril 11,5 % a mužská frigidita (prípadne v kombinácii s poruchami erektivity a ejakulácie) mala podobnú frekvenciu (12,1 %). V súbore 800 žien v ženských kúpeľoch našli Raboch a Barták (1968) 34,8 žien anesteticko-frigidného typu. Charakterizoval ich ľahostajný postoj k pohlavnému životu, slabý alebo nijaký pozitívny sprievod sexuálneho aktu, pričom orgastické vyvrcholenie bolo ojedinelé, alebo úplne chýbalo.

Príčiny sexuálnych porúch sú rôznorodé. Keďže pri ich vzniku prevládajú psychogénne činitele, hovorí sa v tejto súvislosti aj o sexuálnych neurózach. Príkladmi týchto neuróz sú impotencie a predčasná ejakulácia, kým napr. pri frigidite je jej neurotický charakter diskutabilný.

Frigiditas

Ako sme videli aj z údajov Rabochových a Bartákových, frigidita je u žien pomerne častá. Je vlastne vystupňovanou formou ženskej hyposexuality. Stav po telesnej chorobe, stres alebo duševné napätie dostačujú na to, aby žena reagovala hypoeroticky. Nedostatok alebo vyhasínanie citového vzťahu je ďalším momentom, podporujúcim pokles eroticko-sexuálnej vzrušivosti (pričom tu zrejme spolupôsobí aj princíp satiácie).

V genéze tejto poruchy veľmi pravdepodobne negatívne pôsobí puritánsky typ výchovy s rozličným obsahom negatívnych postojov voči mužskému pohlaviu. Neraz ide o *generalizáciu zábran,* ktoré mali svoje miesto v dievčenskom období. Psychologicky pôjde teda o diferenciáciu adekvátnej úrovne takýchto zábran, pričom za neprimeraný jav by sa dal pokladať tak ich nadbytok, ako aj nedostatok. Nejde pravda, iba o zábrany alebo ich nadbytok, keďže zábrany sú iba jedným z mechanizmov kontroly eroticko-sexuálnych prejavov. Je totiž pravdepodobné, že niektoré ženy sú aj geneticky menej vybavené pre pohotové sexuálne reagovanie a nereagujú pohotovo napriek celkom pozitívnym citovým vzťahom k manželovi. Tak napr. Raboch a spol. (1967) našli u 41,7 % žien s poruchami sexuálneho života (n = 302) nedokonalý priebeh sexuálneho styku aj pri vyrovnanom citovom vzťahu k partnerovi. Pri narušených emocionálnych vzťahoch narastalo toto percento iba nepatrne, a to na 47,6 %. Nie je tu teda bezprostredný vzťah medzi citovým a sexuálnym vzťahom, a to napriek tomu, že citový vzťah nie je druhoradý činiteľ. Ten sa však komplikuje zložitou dynamikou interpersonálnych vzťahov medzi partnermi, v ktorých sa neraz vyskytujú aj momenty prestíže, falošnej hrdosti, kompetenčných alebo iných „subklinických" sporov. Možno, že významnejšie by bolo uvažovať o kultivácii emotivity bez nánosov „masky", a to súbežne s tréningom jemných medziľudských interakcií, pravda, v rámci zvýšenia celkovej kultúry manželstva.

Toto pozadie je jedným z dôvodov našich pochybností o neurotickom charaktere frigidity, hoci v niektorých prípadoch prichádza do úvahy aj neurotická genéza. Častejšie však ide o *dificientnú reaktivitu návykového typu,* podmienenú a posilňovanú tenziou, zábranami, obavami, anxietou a inými činiteľmi. Zároveň treba mať na zreteli aj odlišný typ ženskej sexuálnej reaktivity v porovnaní s mužskou (pozri o tom známu prácu Mastersa a Jonsonovej, 1967).

Psychoterapia, vychádzajúca z princípov učenia, pri frigidite sa sústreďuje na redukovanie anxiety, ktorej sa pripisuje kľúčová úloha. Aj spomínané zábrany vyúsťujú totiž do anxiety, sprievodným znakom ktorej je tenzia. Preto dominantnou metódou na redukovanie frigidity je *systema-*

tická desenzitizácia. Prvé skúsenosti s touto metódou publikoval klinický psychológ Lazarus (1964), a to u 16 vydatých žien trpiacich na chronickú frigiditu. U jednej z nich bol zvlášť vyznačený resentiment až hostilita voči mužom. (Jeden z jej výrokov bol: „Všetci muži sú prasatá.") Na druhej strane 2 ženy boli pred svadbou promiskuitné. Anxieta zo sexuálnych situácií bola výraznejšia u introvertovaných typov.

Desenzitizačné sedenia sa konali trikrát týždenne počas 2—3 mesiacov a počas terapie sa odporúčala sexuálna abstinencia. U 9 pacientiek (t. j. 56,2 %) nastalo primerané sexuálne prispôsobenie s častým orgazmom; 7 prípadov zlyhalo. Ich analýza ukázala, že išlo práve o ženy so spomenutými extrémne negatívnymi postojmi voči mužom, o ženy nedostatočne motivované pre liečbu, so zvýšenou dystýmiou a ojedinele chýbala aj schopnosť vybaviť si jasné predstavy danej hierarchie. Predpokladom pre indikáciu tejto metódy je potom nielen anamnestické, ale aj psychologické. vyšetrenie frigidných žien.

Sami sme vyskúšali tento postup v jednom prípade s výrazne negatívnym postojom k manželovi. Hierarchia bola zostavená na základe individuálneho dotazníka pre túto pacientku (aj preto, že písomná forma je pre tieto problémy vhodnejšia). Počas desenzitizácie sexuálny styk nebol obmedzený, ale manžel nereagoval na pozvanie a nepodarilo sa zabezpečiť jeho kooperáciu. Zlepšenie bolo nepatrné a negatívny postoj k manželovi sa neprekonal.

Madson a Ullmann (1967) pokladajú plné zainteresovanie manžela za podstatné najmä pre facilitáciu terapeutického efektu do prirodzenej mimoterapeutickej situácie. Neobmedzujú sexuálny styk a manžel je prítomný pri väčšine sedení. Jeho spoluúčasť ide tak ďaleko, že sleduje modelovým spôsobom aj samu desenzitizáciu. Postup uskutočnili v jednom úspešnom prípade.

Brady (1965) použil na vyvolanie relaxácie brevital a v 20-minútovom sedení prezentoval 3 scény jednotnej hierarchie. Liečil 5 mladých vydatých žien vo veku 18—30 rokov. Tri trpeli okrem frigidity aj na dyspareuniu. V jednotlivých prípadoch potreboval 5—14 terapeutických sedení. Podľa 3—4-mesačnej katamnézy boli 4 prípady úspešné. Dosahovali orgazmus pri 20—50 % stykov, jedna z nich pri každom koite. U 1 pacientky bol postup neúspešný.

Ako sme videli u Bradyho, desenzitizácia sa používa aj *pri dyspareunii,* ktorá niekedy sprevádza frigiditu. V jeho súbore všetky tri ženy s dyspareuniou sa zlepšili a bolestivosť úplne vymizla. Je to porucha zriedkavejšia, v súbore Rabocha a spol. (1967) na ňu trpelo 8 % žien a u ďalších 2 % išlo o vaginizmus. Na rozdiel od frigidity pri dyspareunii treba počítať

s jej neurotickým charakterom, pričom bolestivosť súvisí so spazmami.

Pravidelnou súčasťou postupov eliminácie frigidity by malo byť aj riešenie negatívnych postojov, existujúcich zábran a obáv a ventilácia problémov vzájomného vzťahu manželov a až potom ich eroticko-sexuálneho vzťahu. Pritom treba mať na zreteli, že sexuálna nespokojnosť je tiež jedným zo zdrojov napätia vo vzájomných vzťahoch, hoci si tento zdroj manželia nemusia uvedomovať.

Impotencia coeundi a ejaculatio praecox

Tento typ zlyhania sa považuje za sexuálnu neurózu. Ani tu netreba však podceniť vplyv ďalších činiteľov. Erekcia je podmienená funkciou parasympatika a psychologicky je veľmi citlivá na napätie, obavy a anxietu. Spolupôsobia tu aj osobnostné faktory a tieto poruchy sa spätne dotýkajú sebavedomia. Citlivá kooperácia partnerky je často conditio sine qua non pri ich eliminácii.

V terapii impotencie sa u nás najčastejšie používa narkoanalýza. Naše vlastné skúsenosti sa týkajú len niekoľkých prípadov (riešených v spolupráci s psychiatrom) a iba v jednom prípade sme v tomto stave využili aj prvky desenzitizácie. Jedným z prostriedkov ovplyvňovania dystymickej zložky osobnosti je tiež sebapresadzujúci tréning. Pri ejaculatio praecox treba navyše počítať s faktorom zvýšenej vzrušivosti.

SD v prípadnej kombinácii so sebapresadzujúcim tréningom použili Wolpe a Lazarus. V troch prípadoch Lazarusa bol efekt postupu pozitívny aj pri dvojročnej katamnéze. Vo Wolpeho súbore bolo 6 zo 7 prípadov úspešne zvládnutých pri priemernom počte 14,4 terapeutických sedení, ale u dvoch pacientov sa uskutočnilo až 72 sedení.

Wolpe a Lazarus (1966) skúsili tlmiť anxietu aj priamym usmernením sexuálnej aktivity za pomoci inštruovaných žien v trvaní 3—39 týždňov. V súbore 31 mužov (vo veku 20—46 rokov) dosiahli u 67,7 % úplný úspech alebo výrazné zlepšenie, 12,9 % bolo neúspešných.

Indikácia SD nezávisí len od typu poruchy, ale aj od charakteru daného prípadu. V indikovaných prípadoch sa jej kvalifikované použitie javí sľubné. Zároveň je vždy potrebné usmerniť eroticko-sexuálnu aktivitu. Primeraný postupný rozvoj sexuálneho vzrušenia môže pri vhodnom usmernení tlmivo pôsobiť na vynárajúcu sa anxietu a tenziu. Racionálny výklad pozadia porúch, objasnenie zúčastnených mechanizmov (klarifikácia) má tu tiež svoje miesto. Osobitný problém tvorí kooperácia ženy, a to jednak preto, že frustrujúce skúsenosti sťažujú jej získanie, jednak požiadavky na citlivé zásahy pôsobia rušivo na jej eroticko-sexuálnu reaktivitu.

Vidíme teda, že problém sexuálnych porúch je zložitý hlavne svojou psychologickou stránkou, nehovoriac o tom, že máme do činenia s intímnou stránkou ľudského života. Už samo zdôverenie sa s ťažkosťami si vyžaduje dôveru v terapeuta a v jeho citlivý prístup. Metódy psychoterapie učením sa ukazujú účinné, ale nemožno počítať s ich mechanickou aplikáciou, treba uvážiť ich indikáciu.

XVIII. KAPITOLA

ĎALŠÍ SMER ROZVOJA DISCENTNEJ PSYCHOTERAPIE

Súčasný rozvoj terapeutickej aplikácie teórie učenia a podmieňovania je veľmi intenzívny. Rozličnému poňatiu tejto tematiky sa venujú tri časopisy, stáva sa pravidelnou súčasťou medzinárodných psychologických alebo medziodborových kongresov, venujú sa jej osobitné konferencie, vydávajú sa nové knihy a zborníky o tejto problematike a začalo sa aj s praktickým výcvikom terapeutov. Nie je bez významu poznamenať, že rozširovanie jej aplikácie v psychoterapeutickej praxi vytláča psychoanalytickú psychoterapiu.

Vývin je prudký a extenzívny, ale vyznačuje sa zároveň určitou nerovnomernosťou, napr. pokiaľ ide o oblasti aplikácie týchto metód. V časti o somatických dysfunkciách sme videli, že hoci prvé pokusy sa tu uskutočnili už r. 1960, ďalší rozvoj je v tejto oblasti pomalý, takže ešte stále musíme hovoriť o „prvých krokoch". Podobne je to pri delikvencii. Na druhej strane sa značné úsilie venuje systematickému rozpracúvaniu metód modifikácie neprimeraných prejavov a porúch. Vznikajú nové metodické postupy a intenzívne sa študujú už zavedené metódy, a to aj vo forme dobre kontrolovaných výskumných projektov. Preto venujeme najprv osobitnú kapitolu rozvoju metód, pri opise a rozbore ktorých zdôrazníme discentný prístup, a až potom ďalším oblastiam ich aplikácie.

1. Vývin a rozpracúvanie metód

Ako jeden z kladov terapeutickej aplikácie psychológie učenia sme vždy vyzdvihovali rozvoj a vytváranie nových metód na elimináciu porúch alebo modifikáciu rozličných nežiadúcich prejavov. Kým v prvej monografii (*Podiel učenia v psychoterapii*) sa položil dôraz predovšetkým na všeobecné metodické princípy, ktoré boli východiskom pre konštrukciu postupov pre ten-ktorý jednotlivý prípad, do prvého vydania *Discentnej psy-*

choterapie sa už dala zaradiť kapitola o metódach psychoterapie učením a ich terapeutická účinnosť sa mohla doložiť údajmi zo širších klinických výskumov. Je potešiteľné, že po 4—5-ročnom odstupe treba zaradiť do tejto práce osobitnú kapitolu o rozvoji týchto metód. Pritom zároveň zostáva tu stále v platnosti *model intenzívneho projektu,* v rámci ktorého sa jednotlivý pacient nielen dôkladne sleduje, ale konštruuje sa pre neho individuálny metodický postup na riešenie jeho problémov. Dôkazom toho je aj skutočnosť, že publikovanie kazuistík sa neznižuje napriek tomu, že sformované a vytvorené metódy majú v individuálnych terapeutických plánoch častejšiu frekvenciu.

Rozvoj a rozpracúvanie metód sa však nevyčerpáva tým, že ich náplň sa upravuje podľa obsahu pacientových ťažkostí. Nejde iba o modifikáciu už známych metód, ako je to napr. pri systematickej desenzitizácii, ale aj o nové postupy, ktorých kladom je dôraz na psychologické mechanizmy regulácie správania, čo je v zhode s naším discentným prístupom. Pri tejto regulácii sa začínajú novým spôsobom využívať bežné duševné procesy (napr. predstavivosť a myslenie). Možno preto očakávať, že toto zameranie bude znamenať aj širší príspevok k rozvíjaniu všeobecnej teórie psychickej regulácie (pozri napr. Pardel, 1962 a Kováč, 1971) a bude mať vplyv aj na základný výskum v psychologických vedách.

Discentné poňatie sa vyznačuje rešpektovaním špecifických čŕt ľudského učenia s prihliadaním na celú poruchovú i neporuchovú psychickú činnosť. Myšlienky, predstavy, postoje a citové stavy sú tu natoľko reálnymi premennými ako konkrétne vonkajšie prejavy alebo samy symptómy, s ktorými sú tieto premenné v kauzálnom vzťahu. Predstavy a myšlienky sú už zo stimulačného hľadiska rovnako významné činitele ako reálne vonkajšie podnety, pričom podliehajú tým istým zákonitostiam vyššej nervovej činnosti, ako to ukázal I. P. Pavlov vo svojom poňatí druhej signálnej sústavy.

Komplexné chápanie nás viedlo k zdôrazneniu zástoja klarifikácie (pojem Miasiščeva), zmien postojov, ako aj k zdôrazneniu systému autokontroly, autoinštrukcií, hypotéz o dôsledkoch vlastného správania, pričom sme zároveň podčiarkli aj zásahy do neurotikovho spôsobu myslenia. Preto na prvom mieste spomenieme vo vlastnom rozvedení tie metodiky, ktoré počítajú s princípom psychickej regulácie, prípadne so zásahmi do psychickej autoregulácie a s ovplyvňovaním aktivity pomocou myšlienok, predstáv a citových reakcií.

Aj niektoré z techník tohto druhu majú len charakter parciálneho zásahu, čo je ich určitým obmedzením. Ide, pravda, o výskumné hľadanie vhodných postupov. Vieme, že metodické podchytenie komplexnejších psychických javov sa v záujme kontroly jednotlivých premenných často

nezaobíde bez istej dávky simplifikácie. Na druhej strane v globálnej terapeutickej situácii terapeut má možnosť počítať s týmto obmedzením a kompenzovať ho v bežnej terapeutickej interakcii tak kombináciou metód, ako aj využitím ďalších činiteľov.

Nakoniec treba zdôrazniť, že rozvoj nových metód sa uskutočňuje súbežne so štúdiom a rozpracúvaním existujúcich metód, a to dokonca v takom rozsahu, že ho v tomto podaní môžeme už iba ilustrovať.

a) Vnútorná senzitizácia a systém sebakontroly

Už Lazarus a Abramovitz (1962) skúsili nahradiť svalovo-psychickú relaxáciu pri desenzitizácii inými vhodnými predstavami, antagonistickými voči úzkosti (pozri str. 122). Zistili, že tieto predstavy pôsobili na anxietu inhibične. Homme (1966a, b) a Cautela (1967, 1970) patrili medzi prvých autorov, ktorí sa v rámci tohto prístupu snažili ovplyvňovať aktivitu pomocou myšlienok a predstáv, a to vo forme systematických modifikačných postupov, čo potom našlo výraz v metodike nazvanej vnútorná senzitizácia a vnútorné posilňovanie.

Vnútorná senzitizácia (Cautela, 1967, Stuart, 1967, Annant, 1967, Ashem a Donner, 1968) je postup na modifikáciu neprimeraných návykov (pitie, fajčenie, prejedanie sa a pod.) pomocou ich spájania s extrémne nepríjemnými predstavami. Je teda podobná averzívnym postupom, ale na rozdiel od nich nepoužívajú sa tu medikamenty, ani elektrické údery. Sedenia majú typicky psychologickú náplň a prebiehajú na úrovni vybavovania jasných predstáv konkrétnych činností a pocitov. Náplň týchto predstáv volí terapeut na základe vyšetrenia pacienta a rozhovorov s ním približne analogicky ako pri metóde systematickej desenzitizácie. Vyvolanú predstavu činnosti abúzového typu rozvíja terapeut v predstavovanej situácii až po bod, keď pacient začína príslušný akt vykonávať, z čoho hneď prejde na vyvolávanie silne pôsobiacich averzívnych predstáv.

Priebeh postupu sa dá lepšie objasniť na konkrétnom príklade. Napr. pri eliminácii nadmerného pitia sa pacient vyzve, aby si úplne jasne predstavil seba, ako sedí pri televízore a chce piť pivo. Táto predstava sa rozvíja až po bod, keď pije prvý dúšok, pričom si má zreteľne predstaviť chuť nápoja. Signál, že pacient má túto predstavu úplne jasnú, je pre terapeuta znamením, aby prešiel na averzívne predstavy, ktoré sú podobného rázu ako pri niektorých sugesciách v hypnoterapii alkoholizmu. (Napr. „Pivo je teplé... jeho chuť je nepríjemná... cítite sa zle... v žalúdku sa vám začína všetko obracať..." atď. až po opis pocitov pri nauzei a vracaní.)

Sedenia sa uskutočňujú v relaxovanej polohe a pri zatvorených očiach.

Ich počet sa pohybuje okolo 10 a jedno sedenie trvá asi 30 minút. V posledných sedeniach sa prechádza k pozitívnym predstavám, napr. výbornému cíteniu sa v triezvom stave (Ashem a Donner, 1968).

Homme (1969b) postupoval tým spôsobom, že voči predstavám neprimeraných prejavov postavil dostatočne silné, ale antagonistické predstavy, ktoré, pravda, musia mať vysokú subjektívnu príťažlivosť. Ide o aktivity, ktoré majú veľkú pravdepodobnosť výskytu a môžu pôsobiť ako pozitívny posilňujúci činiteľ. Homme sa pritom nevyhýbal ani manipuláciám s priamymi aktivitami napr. tým spôsobom, že viazal málo obľúbenú, ale nevyhnutnú činnosť na obľúbenú, príťažlivú až zábavnú, ale tá sa mohla realizovať až po skončení nevyhnutnej činnosti (porovnaj str. 230).

Tento princíp ďalej rozvinul Cautela (1970). Hovorí priamo o metóde vnútorného posilňovania (cover reinforcement). *Vnútorné posilňovanie* má zvýšiť pravdepodobnosť, a teda frekvenciu žiadúcej aktivity. Napr. u študenta, ktorý má taký strach zo záverečných skúšok, že sa ani nevie sústrediť na štúdium, vyvoláva sa v predstavách sled situácií štúdia až po predstavu situácie skúšky a takto rozložené predstavy sa asociujú s predstavami obľúbených aktivít (napr. obľúbené jedlo, plávanie a pod.). Postupuje sa pritom veľmi systematicky (opäť so systémom signalizácie jasnosti príslušných predstáv) a dodržiavajú sa kautely teórie učenia (včítane rozloženia vybavovaných predstáv, prestávok, sústredeného a neskôr interminentného posilňovania atď.). Po nacvičení postupu pokračuje pacient (klient) v cvičeniach aj doma.

Iným typom psychickej regulácie nevhodného správania je *princíp zahanbenia.* Vo výchove sa využíva odjakživa a v psychológii trestu je tiež dávnejšie predmetom záujmu i bádania (porovnaj Pardel et al., 1963). Pri všeobecne akceptujúcom prístupe terapeuta je jeho použitie v psychoterapii pomerne vzácne. Serber (1970) prišiel na techniku zahanbenia náhodne, keď pripravoval diapozitívy pre averzívnu terapiu transvestizmu. Transvestita bol pozorovaný terapeutom a ďalšími dvoma osobami, pričom sa mal súbežne pozorovať vo veľkom zrkadle a všímať si reakcie prítomných pozorovateľov. Nielenže sa v tejto situácii nedostavila zvyčajná erekcia, ale pacient začal váhať s prezliekaním, kričal a žiadal zastaviť tento postup. Počas ročného sledovania bol potom bez ťažkostí.

Týmto postupom, technikou zahanbenia liečili potom 8 pacientov, trpiacich vyše 10 rokov na rozličné sexuálne deviácie. Po pol až 1 roku boli 5 pacienti bez ťažkostí, u jedného sa vyskytol jednorazový relaps a dvaja boli celkom neúspešní. Sedenia trvali 15 — 30 minút a boli maximálne prispôsobené situáciám, v ktorých sa vyskytovali aberácie. Aplikácia postupu si vyžaduje, aby pacient bol na zahanbenie citlivý a aby si uvedomoval asociálnosť svojho deviatného správania. Je iste zaujímavé,

že systematická manipulácia s činiteľom zahanbenia pôsobí aj na modifikáciu takých pudovo podmienených aktivít, akými sú sexuálne deviácie, a o jej použití by sa pravdepodobne dalo uvažovať aj pri excesívnej masturbácii, čo tu nadhadzujeme iba ako námet.

Popri regulácii správania vonkajšími a predovšetkým sociálnymi činiteľmi je známe, že človek vlastní aj značnú mieru sebakontroly, ktorá sa znižuje iba v niektorých patologických podmienkach (patický a nezvládnutý afekt, strata kontroly pri chronickom alkoholizme alebo v niektorých výnimočných duševných stavoch). *Sebakontrola* je z psychologického hľadiska aj jedným zo znakov osobnostnej zrelosti, a preto sa ju usiluje posilňovať aj výchova.

Jedným z cieľov psychoterapie je prevencia nových ťažkostí. Podobne ako vo výchove, aj v psychoterapii terapeut vtedy dobre zvládol svoju úlohu, ak ho klient v ďalšom živote nepotrebuje. Preto psychoterapia má počítať aj s možnosťou istého „vyzretia" osobnosti klienta, ktoré môže napomáhať zlepšenie osobného systému sebakontroly. Prostriedkom tu môže byť aj revízia sebahodnotenia (Rogers) alebo revízia hodnotového systému.

Pri discentnej psychoterapii možno počítať aj s tým, že pacienta priamo učíme zvyšovať sebakontrolu. V niektorých metódach je tento moment inkluzíve obsiahnutý. Napr. sebapresadzujúci tréning pokračuje podľa terapeutových inštrukcií v bežných životných situáciách. Neurotik trénuje sebapresadzovanie aj preto, aby pomocou neho reguloval nadmerné citové reagovanie (napr. afektová precitlivenosť, resentiment). Analogicky možno zvyšovať autoreguláciu správania pomocou relaxácie v reálnych podmienkach, napr. tak, že pacient sa relaxuje pred vstupom do situácie, ktorá vyvoláva anxietu, alebo priamo v tej situácii. Takejto spontánnej manipulácii s nacvičenou relaxáciou sme pripísali isté zníženie trémy pomocou autogénneho tréningu (pozri str. 162). Z ďalších jednoduchých techník možno využiť odpojenie aktivity, ktorej sa človek chce zbaviť, od iných príjemných aktov (napr. nespájať fajčenie s pitím čiernej kávy).

Iným prostriedkom sebakontroly je *potlačenie myšlienok alebo fantázií* o tých činnostiach, ktorých sa chceme zbaviť, dostať pod kontrolu, ktoré treba ovládať z morálno-spoločenského hľadiska, alebo preto, že narúšajú duševnú rovnováhu. Hrdinka románu *Odviate vetrom* je literárnym príkladom takéhoto postupu. Dáva si (až príliš často) autoinštrukciu: „Teraz na to nebudem myslieť, pouvažujem o tom zajtra." Ale zajtrajšok prináša nové problémy a k starým, odsunutým sa už nikdy nevracia. Preto je v danom prípade tento prostriedok formou úniku.

V psychoterapii učením sa hovorí ako o osobitnej modifikačnej technike o tzv. *stop-technike*. (Vhodná je pravdepodobne pre neprimerané sexuálne

fantázie pri aberáciách a hádam aj pre obsesie.) Klient sa tu priamo inštruuje a cvičí vo vyvolaní a náhlom zastavení myšlienky, ktorá ho obťažuje, ktorá dominuje, je obsedantná a pod. S cvičením sa začína po vysvetlení, že človek nemôže v tom istom okamihu rovnako intenzívne myslieť na dve veci. Navyše vie usmerňovať priebeh svojho myslenia a táto schopnosť sa dá cvičením posilniť. Po vyvolaní dominantnej alebo priamo obsedantnej myšlienky terapeut podáva inštrukciu „Stop" na základe systému signalizácie. Predpokladmi pre použitie tejto techniky, ako aj iných metód sebakontroly je dobrá intelektová úroveň a predstavivosť pacienta i určitá psychologická „zručnosť" terapeuta.

Napriek týmto požiadavkám i ďalším problémom považujeme za klad systému sebakontroly už to, že tu ide o *psychickú autoreguláciu* duševných pochodov a správania na základe využívania neporuchovej psychickej činnosti pacienta. Tým sa vzďaľuje od behavioristickej orientácie, sústreďujúcej sa na vonkajšie prejavy. (Treba však poznamenať, že sám pojem behaviorálna terapia sa viaže na pojem behaviorálnej vedy, ktorý sa používa v zmysle vied o človeku. Napriek tomu sú však niektorí autori a stúpenci behaviorálnej terapie do istej miery poplatní behavioristickej orientácii.)

Rozpracúvanie systému sebakontroly prináša — podľa nášho názoru — nové momenty aj pre *sebavýchovu*. Ponukou a systematickým nácvikom istých techník chceme pomôcť indivíduu ľahšie zvládnuť a kontrolovať niektoré nevhodné a nežiadúce prejavy, a to aj vtedy, keď priame zaťažovanie vôľovej regulácie je neúčinné (nehovoriac o tom, že spoliehanie sa na silu vlastnej vôle je neraz sebaklamom, ktorému podliehajú napr. alkoholici). Častá výzva výchovy „Ovládaj sa!" je málo účinná, ak ju nedoplníme inštrukciou o tom, ako sa ovládať, ako zvýšiť systém sebakontroly. Niektoré odpovede na otázku „Ako" sme sa usilovali v tejto kapitole uviesť.

Domnievame sa, že preventívny a výchovný dosah je kladom nášho prístupu aj uvedených techník, ktoré sa, pochopiteľne, netýkajú len patológie (čo sa snažíme častejšie zdôrazniť), ale najrozličnejších prejavov, ktoré indivíduum obťažujú a chce sa ich zbaviť. Problém sebakontroly sa dotýka napr. aj otázok autodisciplíny pri práci alebo pri štúdiu. Nejde iba o kontrolu vlastných prejavov, ale o širší problém psychickej autoregulácie, ktorá súvisí aj s osobnostnou vyrovnanosťou.

b) Metóda „implozívnej" terapie

S využívaním psychickej činnosti v modifikácii správana súvisí aj tzv. „implozívna" metóda. Ide pri nej o akúsi vnútornú „explóziu" zážitkov, o vyvolanie silných citových prejavov i priamo afektov a sám tento princíp môže mať určitý raison d'être. Oproti tomu k vlastnej metóde možno vyjadriť viaceré výhrady. Napriek tomu ju uvádzame ako zaujímavý pokus nielen preto, že je nový, ale hlavne preto, že sa sústreďuje na citové prejavy a zážitky a okrem toho — podľa nášho názoru — ilustruje návrat k prístupu Dollarda a Millera.

O tejto metóde prvýkrát prednášal T. Stampfl r. 1961. Okrem neho ju vyvíjali R. A. Hogan a D. J. Lewis. Napriek tomu, že sa jej venovalo asi 15 článkov, nebola táto metóda dostatočne preskúšaná a iba tri články majú charakter čiastočne kontrolovaného typu štúdia jej efektov. Teoreticky sa autori odvolávajú predovšetkým na Mowrerovu dvojfaktorovú teóriu učenia a Pavlovovu teóriu vyhasínania, ktoré pokladajú za hlavné teoretické východiská metódy.

Stampfl zhodne s inými teoretikmi učenia chápe neurotické symptómy ako naučené vyhýbacie odpovede, fixované na základe redukovania anxiety. Z kontextov ďalších prác o metóde a jej použití však vysvitá, že toto chápanie sa neobmedzuje iba na neurotické poruchy, ale vzťahuje sa na celú psychopatológiu. Metóda sa častejšie použila aj u psychotikov a schizofrenikov. Jej hlavné predpoklady sa dajú zhrnúť do dvoch bodov (Stampfl a Lewis, 1967):

1. Špecifické minulé zážitky trestu a bolesti napojili silné reakcie úzkosti na stimuly, ktoré boli pôvodne neutrálne;
2. Dostatočným činiteľom vyhasnutia tejto úzkosti je znovuprezentácia, obnovenie, prípadne symbolická reprodukcia stimulov (kľúčov), na ktoré sa viazali anxiózne reakcie, pričom sa ich znovuvyvolanie uskutočňuje bez prítomnosti primárneho posilnenia.

Vyhasnutie „kľúčov" vyvolávajúcich anxietu je podstatné preto, že tieto kľúče predstavujú tak motivačný, ako aj posilňujúci činiteľ pretrvávania pacientových symptómov, ktoré majú charakter vyhýbacích reakcií. Podľa Hogana (1969) symptomatické vyhýbacie obranné správanie „bolo naučené vplyvom včasných detských traum, keď dieťa bolo trestané, odmietané alebo deprivované". V terapeutických sedeniach sa však vyvolávajú nielen predstavy o odmietaní vo včasnom detstve, ale aj „oidipovské scény". Stampfl a Lewis (1967) hovoria dokonca o „análnom a orálnom materiáli" a Hogan (1969) poznamenáva, že pri vedení tejto terapie sa dá využiť aj

analytický tréning. Súčasné zdôraznenie činiteľov učenia a psychoanalytických obsahov z včasného detstva pripomína Dollardovo a Millerovo chápanie.

Vlastná terapeutická procedúra sa začína inštruovaním pacienta, aby si predstavoval natoľko jasne, ako je to len možné, scény, ktoré mu bude verbalizovať terapeut a aby sa pritom vôbec nebránil prejaviť úzkosť a akékoľvek iné citové reakcie. Terapeut potom postupne prezentuje jednotlivé scény, ktoré predstavujú hypotetické minulé „kľúče" anxiety. Usiluje sa opísať ich tak, aby evokoval maximálny stupeň úzkosti. (Napr. pri fóbiách z hadov si má pacient predstaviť, ako sa mu had omotáva okolo ruky, alebo si predstaviť prejavy zlosti a agresie voči relevantným osobám, či vybaviť si seba ako odmietnuté dieťa, ktoré plače a nik si ho nevšíma, a keď konečne príde matka, vyjadruje mu otvorené odmietanie.) Obsah týchto scén sa opiera o anamnézu, ale nechýba tu ani námet využiť obsah snov. Postup sa môže realizovať aj pomocou dvoch terapeutov, z ktorých jeden robí implozívne sedenia a druhý vedie bežné klinické rozhovory a získava ďalší relevantný materiál pre prezentovanie nových scén. Niekedy sa spomína aj hierarchia scén, ale jej príklad sa v literatúre nenašiel. Obsah a poradie scén determinuje dynamický prístup. Okrem úzkostných predstáv sú to prejavy agresie, potrestania, odmietania, sexuálne konflikty a komplexy, mutilačné predstavy, pocit viny, alebo predstavy o strate kontroly nad sebou (Hogan, 1966, Stampfl a Lewis, 1967).

Metóda sa nazýva aj „implozívne orientovaná behaviorálna modifikácia" (Hogan, 1969), a pochopiteľne, si vyžaduje — podobne ako iné psychoterapeutické techniky — tréning terapeuta. Zdá sa, že sa tu počíta aj s výcvikom, resp. skúsenosťami s dynamickými metódami, hoci mechanizmus interpretácie autori nepoužívajú.

Ako ilustráciu klinického použitia a *hodnotenia účinkov metódy* uvedieme niekoľko údajov z prác Hogana (1966), Lewisa a Carreru (1967). V oboch štúdiách tvorili gró pacientov psychotici. Hogan aplikoval implozívnu metódu u 26 psychotikov a jej efekt porovnával s kontrolnou skupinou 24 psychotikov, rovnocennou, pokiaľ ide o vek, pohlavie, vzdelanie, IQ pred hospitalizáciou a počas hospitalizácie. Zmeny hodnotil pomocou MMPI a zistil, že kým v kontrolnej skupine sa nález MMPI nezmenil, v terapeutickej skupine nastali signifikantné zmeny v škále F (pokles skóre zo 67,9 na 58,9), Hs (60 — 52), D (70 — 60), Hy (65 — 57) a Sc (75 — 65).

Lewis a Carrera mali jednu terapeutickú a tri kontrolné skupiny (dve s inou psychoterapiou, jedna bez terapie). Každá skupina pozostávala z 10 osôb. Celkové zníženie skóre v patognomických škálach MMPI bolo v terapeutickej skupine signifikantne väčšie ako v zlúčených kontrolných

skupinách, pričom najvýznamnejšie zníženie nastalo v škále Sc a Mf. Pacienti terapeutickej skupiny (v ktorej bolo 7 psychotikov) vyjadrovali pokles anxiety, depresie, obsesií, ale v týchto znakoch sa skupiny neporovnávali. Ďalšie metódy na hodnotenie efektov tejto terapie sa nepoužili; okrem toho obom prácam chýba katamnestická kontrola, a preto ich možno hodnotiť len ako predbežné pokusy o sledovanie efektu implozívnej metódy.

Kritické hodnotenie

Voči metóde možno mať rad výhrad, počínajúc už analogickým spojením teórie učenia s neofreudizmom, ako ho poznáme u Dollarda a Millera (1950). Postup nevdojak pripomína vyvolávanie hororu a zdá sa, akoby sa predpokladalo *katarktické pôsobenie hororu,* ak sa odohráva na imaginárnej úrovni a nemá reálny dosah. Hoci v teoretických východiskách sa zdôrazňuje vznik symptómov redukovaním anxiety, anxieta nie je jediným faktorom, s ktorým sa tu počíta a pracuje. Rovnaký dôraz sa kladie na mechanizmy agresie, hostility, odmietania, trestu a pod. Podľa Hogana sa prejavy agresie s prípadným následným potrestaním prezentujú preto, že strach sa u človeka viaže na impulzívne tendencie, čo je v zásade myšlienka hodná povšimnutia.

Zaujímavým typom opisu pozitívneho psychologického pôsobenia predstáv o prejavoch agresie a hostility je literárne opisovanie scén mučenia prokuratóra v Charrièrovom *Papillone.* Analogicky obsah predstáv sa totiž vyvoláva aj pri agresívnych scénach v implozívnej terapii. Hrdina, nevinne odsúdený na doživotné nútené práce, sa venuje predstavám mučenia celú noc a jeho výsledné subjektívne pocity vyjadruje autor takto: „Čože? Vari je už ráno? Noc mi ubehla v pomste. Aké krásne hodiny som strávil! Noc bez konca, a predsa, aká krátka!" Túžba po pomste sa plne odreagovala v predstavách. Po úteku, ktorý sa hrdinovi podaril, reálna pomsta a agresia nenasleduje.

Tento úryvok citujeme preto, že ilustruje možný pozitívny námet obsiahnutý v princípe implózie. No na druhej strane včlenenie odmietania, potrestania a oidipovských scén sa už opiera o neoverené psychoanalytické hypotetické konštrukcie a aj tie prvky metódy, ktoré sa opierajú o predpoklady vyvodené z teórie učenia a podmieňovania, nepodrobujú autori overeniu platnosti takejto ich aplikácie. Pritom sa hlásia k direktívnemu liečeniu symptómov a verbálne sa dištancujú od celej psychoanalytickej teórie. Pri tvorbe symptómov pripisujú významnú úlohu averzívnemu typu učenia a podmieňovania vo včasnom detstve napr. vo vzťahu k tréningu sebačistoty, ale aj vo vzťahu k infantilnej sexualite, čo nám opäť pripomína prístup Dollarda a Millera.

Z teoretického hľadiska je zaujímavé *použitie implózie u psychotikov.* Škoda, že autori necharakterizujú bližšie závažnosť psychopatologického stavu takto liečených psychotikov. Len podľa nálezu MMPI a toho, že niektorí pacienti dochádzali na liečbu ambulantne, možno usudzovať, že pravdepodobne nešlo o floridné a ťažšie psychotické stavy. Ale ani údaje o použití metódy u neurotikov nie sú celkom kompletné. Chýbajú aj údaje o prednosti metódy oproti iným typom psychoterapie.

Domnievame sa, že z teoretického hľadiska si zaslúži istú pozornosť sám princíp implózie, ktorý by si, pravda, vyžadoval oveľa dôkladnejšie štúdium. Pozoruhodné je, že do istej miery pôsobil u psychotikov. Hodno si tiež povšimnúť, že sa tu položil dôraz na emočné prejavy, čo je tretím dôvodom, prečo o tejto metóde referujeme.

Pri väčšine metód máme aspoň skromné vlastné skúsenosti. Toto sa nevzťahuje na implozívnu metódu, a preto prosíme čitateľa, aby bral do úvahy, že jej posúdenie robíme len z teoretického hľadiska, daného navyše našou vlastnou psychoterapeutickou orientáciou. Naša skúsenosť sa týka len imaginárnej prezentácie situácií, ktoré provokujú strach zo skúšky, a to bez toho, aby sme zároveň provokovali intenzívne emocionálne reakcie. Vyvolanie intenzívnych rušivých predstáv strachu (tzv. flooding) vyskúšal Rachman (1966), ale táto procedúra — hoci je najbližšia princípu implózie — neredukovala fóbie z hadov. A tak nám táto kapitola môže ilustrovať pestrú cestu hľadania a hádam aj pokus o novú aplikáciu citovej abreakcie popri nevydarenom úsilí spájať teóriu učenia s psychoanalýzou, k čomu sa zásadne staviame kriticky.

c) Modifikovaná aplikácia princípu recipročného útlmu a iné metodiky

Medzi najintenzívnejšie študované metodiky patrí systematická desenzitizácia. Popri štúdiu jej efektov a mechanizmov skúšajú sa zavádzať obmeny jej zložiek.

1. *Sama relaxácia* sa niekedy posilňuje medikamentózne. S výnimkou nami použitého autogénneho tréningu sa jej nácvik robí pomocou Jacobsonovej metódy vo Wolpeho skrátenom prepracovaní.

2. Viac obmien sa týka druhej zložky tejto metódy — *hierarchie anxiet,* kde je významná najmä konštrukcia spoločnej hierarchie pre potreby skupinovej desenzitizácie. Keďže môže rešpektovať len všeobecnejší charakter obsahovej náplne poruchy, použila sa len pri jednoduchších fóbiách a podľa našich skúseností musí ísť o malé skupiny (3—4-členné). Madson a Ullman (1967) s úspechom použili jednotnú hierarchiu pri frigidite, ale

aplikovali ju v individuálnych sedeniach. Zaujímavou obmenou je vynechanie málo rušivých a použitie iba najťažších položiek hierarchie anxiet. Signalizácia rušivosti položiek sa potom vynecháva (považuje sa dokonca za elementárnu formu vyhýbacej reakcie). Takto upravenú hierarchiu použili Suinn a spol. (1970) vo forme sústredených desenzitizačných sedení. Naša modifikácia vo forme abreaktívnej desenzitizácie (str. 122) sa tiež týka tejto zložky.

3. Vynechanie signalizácie položiek, čo sme tiež vyskúšali — je už zásahom do *priebehu samej desenzitizácie*. Javí sa nám výhodná vtedy, ak rušivosť položiek možno kontrolovať prístrojom (napr. KGR). Sedenia systematickej desenzitizácie (SD) majú spravidla rozložený charakter (2—3-krát týždenne). Ramsey a spol. (1966) porovnali rozložené a sústredené sedenia SD u 20 študentov trpiacich na strach zo zvierat. Mierne efektívnejšie sa ukázali rozložené sedenia. Suinn a spol. (1970) použili u 13 študentov, ktorí mali výrazný strach z matematiky, len sústredené sedenia a prezentovali im len veľmi rušivé položky hierarchie. V jednej skupine sa realizovali sedenia v dvoch a v druhej v piatich „blokoch". Obe sa signifikantne zlepšili tak v ústupe strachu, ako aj samom matematickom výkone.

Prvok „modelovania" vniesli do SD Mann a Rozenthal (1969). Okrem „pacienta", ktorého desenzitizovali, sa na sedeniach zúčastňoval aj „model", ktorý pozoroval postup a mal sa usilovať získať z neho čím viac; 50 študentov so strachom zo skúšky rozdelili na skupinu s individuálnou SD, skupinovou SD a „pozorovateľov" oboch spôsobov sedení, ktorým sa terapeut priamo nevenoval. Všetkým študentom však spomenuli možnosť pokračovať v takýchto cvičeniach aj doma. Tak terapeutická, ako aj modelová skupina sa v porovnaní s kontrolnou skupinou signifikantne zlepšila, pričom sa už medzi sebou štatisticky významne nelíšili. Z experimentu teda vyplýva: 1. že aj zložitejší typ modelovania má výrazný terapeutický efekt a 2. že imitačné učenie je významný činiteľ, ktorý sa dá využiť aj pri štandardnej forme metódy na redukovanie strachu.

Osobitným príkladom uplatnenia princípu recipročného útlmu je využitie *antagonistického charakteru zlosti voči strachu.* Sovietsky autor Simonov demonštroval r. 1967 (na konferencii v New Yorku, Goldstein et al., 1970), že existujú osobitné centrá pre strach a zlosť, ktoré sa na seba útlmovo pôsobia. Táto skutočnosť sa využila v desenzitizačnej technike tak, že sa vyvolané predstavy narastajúceho hnevu asociovali najprv s predstavami a potom aj s reálnymi situáciami strachu.

V poslednom čase sa častejšie používa *desenzitizácia in vivo,* t. j. v prirodzených životných situáciách. Zvyčajne sa realizuje tak, že pacient

pokračuje v desenzitizácii aj mimo terapeutickej situácie, čo pochopiteľne, napomáha transfer. Problémom však zostáva dodržiavanie postupnosti hierarchie.

V našej psychoterapeutickej praxi sme občas používali magnetofón napr. na domáce cvičenia pomocou techniky tienenia a výnimočne aj na nácvik autogénneho tréningu. V jednom prípade počúval pacient záznam zo sedenia racionálnej psychoterapie a terapeut sa usiloval navodiť medzitým analogickú atmosféru u jeho manželky pred tým, než sa pokračovalo v spoločnom sedení. Alebo sme magnetofónovým záznamom demonštrovali alkoholikovi jeho vlastné prejavy v stave delíria (v skupine, ktorá ho mala možnosť pozorovať v priebehu delíria). Denholtz (1970) použil magnetofón pri SD tak, že pacient opakoval každé sedenie podľa záznamu aj doma. Podobne sa opakovali aj sedenia tzv. vnútornej senzitizácie a vyvolávanie silne pôsobiacich predstáv (flooding).

Iné metodické postupy

V časopisoch, venovaných behaviorálnej terapii, sa v poslednom čase vyskytli aj články o *biblioterapii.* U 22-ročného študenta medicíny sa využilo čítanie ako recipročne pôsobiaci činiteľ (Everaed, 1970). Zdrojom jeho strachu bolo uvedomovanie si srdcovej frekvencie, pozorovanie ktorej rušil 7 spôsobmi hlasného a tichého čítania, čo kombinoval s relaxáciou a tzv. stop-technikou (SD predtým zlyhala); 72 sedení trvalo vyše 8 mesiacov, ale pacient sa zbavil ťažkostí (katamnéza 1 a pol roka).

Typickejším spôsobom aplikovali biblioterapiu Growder a Thornton (1970). Pri strachu z hadov dali jednej skupine študentov čítať knihu o neškodných hadoch, čo porovnali s pôsobením SD a tzv. programovanej fantázie. Skupina so SD ($n = 10$) sa klinicky výrazne a štatisticky signifikantne zlepšila, kým po biblioterapii sa zlepšili len 2 osoby z 9.

Na *pozitívny inhibičný vplyv čítania* sme poukázali už predtým. „Terapeutický vplyv čítania možno vidieť v zaujatí myšlienkovej činnosti chorých, v zaujatí ich pozornosti a záujmu. Čítanie predstavuje usporiadanú, normálnu činnosť, od ktorej možno očakávať i potlačovanie niektorých psychopatologických prejavov v správaní, emotivite i myslení" (Kondáš, 1959).

Napr. hysterického psychopata natoľko zaujalo čítanie náučnej literatúry (pri príprave referátu na tzv. vzdelávacie popoludnie), že uspokojilo jeho sebavedomie a viedlo k dočasnému zníženiu neprimeraných sebazdôrazňujúcich prejavov. Problémom je však obsah čítania. Kým jedna depresívna neurotička si pochvaľovala humoristické novely, o inej depresívnej pacientky pôsobilo pozitívne čítanie vážneho až depresívneho obsahu (Storm, *Immenské jazero*), čo by sa mohlo dávať do súvisu

s princípom implózie. Nevhodné obsahy môžu pôsobiť na pacienta negatívne. Schizoidný psychopat „živil" týmto spôsobom svoje pseudofilozofovanie. Preceňovanie svojich domnelých umeleckých schopností podporoval iný pacient čítaním náučných kníh o umení (Kondáš, 1958). Preto hovoríme o indikácii čítania.

Výskum čítania u duševne chorých ukázal, že najmenej patologických prejavov sa vyskytovalo pri čítaní a reprodukcii obsahu náučného textu (28,8 %) v porovnaní s rozprávkou (51,1 %) a úryvkom z románu (82,8 % — bližšie pozri Kondáš, 1959). Biblioterapiu sme považovali za súčasť rehabilitácie a iba za adjuvans psychoterapie. Zdá sa, že aj v tomto zaradení zostáva pre biblioterapiu typický charakter pomocného psychoterapeutického prostriedku.

Nakoniec nám prichodí splniť prísľub, týkajúci sa *terapeutického pôsobenia modifikovanej metódy tienenia.* V XII. kapitole sme ukázali, že tienenie v podmienkach adaptačného efektu viedlo k signifikantne výraznejšiemu zníženiu zajakavosti ako samo tienenie, čo sa dá pripísať narastaniu inhibičného potenciálu v dôsledku adaptačného efektu (Grey, Brutten, 1964).

Vo výskumne usporiadanom postupe sa potom zisťovalo, či nový spôsob tienenia bude skutočným terapeutickým prínosom a povedie pri väčšom počte cvičení k redukcii zajakavosti aj v bežnej reči balbutika. Prv opísaný spôsob tienenia s adaptačným efektom (str. 195 a n.) sa aplikoval v 10 sedeniach, u 20 balbutikov vo veku 10—15 rokov (AM = 12,9), z čoho bolo 17 chlapcov a 3 dievčatá. U 15 z nich sa daný postup realizoval supervíznym spôsobom, pričom sa dbalo na rešpektovanie základných princípov teórie učenia (sústredené cvičenia, slovné posilnenie plynulej reči atď.). U 5 balbutikov robila cvičenia logopédka na základe opisu, demonštrovania postupu a stručného inštruovania o spôsobe vedenia cvičení. U 5 osôb z prvej skupiny sa po skončení výskumu ešte pokračovalo v tienení pomocou textov osobného obsahu (bližšie in Pukačová, 1969).

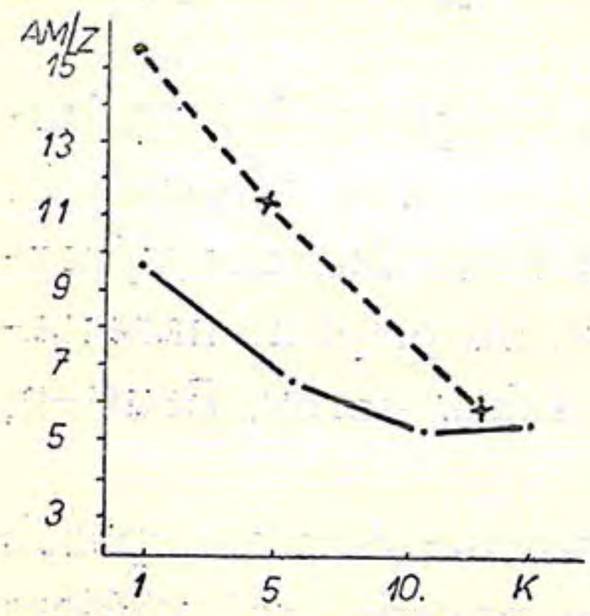
Hodnotenie vplyvu tohto nového postupu tienenia ukázalo, že po 10 sedeniach (každé po 5 opakovaní) sa zajakanie znížilo aj v bežnej reči, a to z 9,6 zajaknutí za minútu na 5,3 a tento stav sa udržal aj pri kontrole za 2 mesiace od skončenia terapie (pozri obr. 22, ktorý zachytáva aj zníženie zajakavosti v priebehu reedukačných sedení). Pokles frekvencie zajakania bol štatisticky významný tak po skončení reedukácie, ako aj pri katamnestickej kontrole. Bližší rozbor však ukázal, že zásluhu na tom majú najmä balbutici, u ktorých obťažnosť zajakavosti bola I. a II. stupňa, kým ďalšie premenné sa ukázali menej významné.

Na záver možno konštatovať, že rozvoj metód discentnej modifikácie a psychoterapie učením sa teda uskutočňuje v dvoch smeroch:

a) úprava a zdokonaľovanie vytvorených metodík,
b) štúdium efektov a mechanizmov používaných metód.

Až za tým nasledujú pokusy o vytvorenie nových metodických postupov.

Hoci obidva smery navzájom úzko súvisia, ďalšie štúdium používaných metód treba vyzdvihnúť preto, že objasňovaním ich mechanizmov a pôsobenia sa prispieva tak k riešeniu teoretických problémov psychoterapie, ako aj k ich zdokonaľovaniu pre potreby klinickej praxe.



Obr. 22. Pokles zajakavosti pri terapeutickom použití metódy tienenia s podmienkou adaptačného efektu. Os x — terapeutické sedenia (1., 5. a 10.) a katamnestická kontrola (K). Os y — priemerný počet zakoktaní na 200 slov. Prerušovaná čiara — zakoktania počas tienenia, plná čiara — zakoktania v samostatnej voľnej reči (AM za minútu).

Рис. 22. Уменьшение заикания при терапевтическом использовании метода затенения с условием адаптивного эффекта. Ось x — терапевтические сеансы (1., 5. и 10.) и катамнестический контроль (К). Ось y — среднее количество случаев заикания, приходящееся на 200 слов. Прерывистая линия — случаи заикания во время затенения, непрерывная линия — заикание во время самостоятельной, вольной речи (АМ н минуту).

Fig. 22. Decrease of stammering with therapeutic use of the shadowing method with the condition of adaptation effect. Axis x — therapeutic sessions (1., 5., and 10.) and catamnestic control (K). Axis y — average number of stammers per 200 words. Broken line — stammers during shadowing, full line — stammers in independent free speech (AM per minute).

Ďalším význačným znakom daného vývinu je štúdium činiteľov, ktoré môžu zasahovať do regulácie správania. V tomto rámci sme osobitne zdôraznili a rozviedli možnosti psychickej regulácie pomocou systému sebakontroly ako jedného z nástrojov psychickej autoregulácie. Vidíme v ňom totiž aj dôležitý *preventívny prostriedok a pomôcku pre psychoprofylaxiu* možných budúcich zlyhaní. Okrem toho práve tieto zložky dokladajú nielen nami proklamovaný smer rozvoja metód psychoterapie učením (porovnaj *Podiel učenia v psychoterapii),* ale znamenajú smer väčšieho rešpektovania špecifík ľudského učenia a ďalších špecifických zákonitostí psychickej aktivity človeka.

2. Ďalšie oblasti aplikácie

Niektoré oblasti, ktoré sme v 1. vydaní knihy len spomenuli, stali sa medzitým predmetom intenzívnejšej práce. Sú to napr. možnosti reedukácie pri mentálnej retardácii, poruchách správania, pri delikvencii a niektorých návykoch, v rámci čoho sa dotkneme aj fajčenia a discentného prístupu pri psychoterapii alkoholizmu.

a) Mentálna retardácia

Rozličný stupeň zníženia intelektovej kapacity tvorí asi 2 % z celkovej populácie. Na jeho označenie sa používa pojem oligofrénia a pojem mentálna retardácia. Hoci viacerí autori považujú obidva pojmy za synonymá (porovnaj napr. Wolman, 1966), zdá sa nám, že pojem mentálna retardácia nielen postihuje vývinový aspekt tejto poruchy, ale zvýrazňuje zároveň skutočnosť, že miera mentálneho defektu nie je ustálená. Preto sa tento pojem uprednostňuje v novšej psychologickej literatúre, kým v psychiatrickej literatúre sa častejšie používa pojem oligofrénia. Domnievame sa, že uprednostňovanie pojmu mentálna retardácia — najmä u detí a mládeže — odôvodňujú aj zistenia, že potenciálna úroveň mentálneho výkonu týchto detí sa ukazuje vyššia než ich aktuálny stav. Z reedukačného hľadiska je potom tento pojem výrazom istého terapeutického optimizmu, kým doteraz prevládajúci terapeutický pesimizmus sa asociuje s pojmom oligofrénia.

V bežných učebniciach psychiatrie a klinickej psychológie je pre kapitolu Oligofrénia príznačné, že kapitola o jej terapii alebo tréningu je vždy veľmi krátka (napr. v učebniciach Myslivečka i Wolmana sú to 2 strany). V tých istých učebniciach sú rozsiahle kapitoly o symptomatológii, klasifikácii a etiológii tejto poruchy. Hoci v jej etiológii hrajú úlohu tak prenatálne, ako aj perinatálne a postnatálne činitele, zdá sa, že ani psychologické činitele vo forme stimulačného pozadia prostredia a výchovy nie sú zanedbateľné. Hoci sa u oligofrenikov pomalšie vypracúvajú nové podmienené reflexy (Gakkelová, 1953 a i.), predsa sa dajú vypracovať. Pri vhodnom spôsobe posilňovania možno zrýchľovať aj ich schopnosť diskriminácie (napr. Bijou a Orlando, 1961) a sú schopní aj verbálneho učenia. Tak v podmieňovaní, ako aj v učení sú medzi nimi zreteľne individuálne rozdiely, ktoré súvisia napr. s celkovou schopnosťou prispôsobiť sa práci (Franks, 1969). Javí sa teda, že pri mentálnej retardácii je potrebná ďalšia psychodiagnostická diferenciácia a nielen určenie stupňa zníženia intelektovej kapacity, a to najmä vo vzťahu k aplikácii a vývinu nových, vhodne prispôsobených techník učenia a podmieňovania.

Reedukačné postupy

Vývin rozlične upravovaných techník učenia a podmieňovania sa už vlastne začal v rámci reedukácie mentálnej retardácie. Jej reedukácia má špeciálne upravený tréningový charakter a venuje sa trom okruhom:

a) poruchám správania,
b) retardovanému vývinu reči,
c) tréningu mentálnych funkcií.

Tréningovo-reedukačné postupy musia u týchto detí dostatočne dlho trvať a byť dostatočne intenzívne. Pri ich konštrukcii sa musia rešpektovať zvláštnosti učenia a podmieňovania pri rozličnom stupni tohto defektu. V niektorých experimentoch sa napr. ukázalo, že u ťažších oligofrenikov nepôsobí dostatočne verbálna pochvala, ale celkom pôsobivá je bezprostredná odmena. Môžu to byť tak obľúbené poživatiny, ako aj „bony" (token), ktoré majú charakter sekundárne posilňujúcich činiteľov (v miestnom bufete sa dajú vymeniť za sladkosti, hračky alebo iný príťažlivý tovar). Ďalším pravidlom je, že posilnenia musia byť vždy bezprostredné, aby sa zreteľne asociovali s požadovaným správaním. No na druhej strane treba ich súbežne spájať aj s neutrálnymi podnetmi, aby sa tým zmnožili „kľúče", na ktoré by sa neskôr mohlo napájať žiadúce správanie. V tomto smere bude však potrebné značne zintenzívniť výskum.

*Trénin*g *správania*

Treba vyzdvihnúť, že práve tento tréning sa aplikuje aj pri ťažkých stupňoch oligofrénie, pri imbecilite a idiocii. Týka sa u nich úkonov sebastarostlivosti (stravovanie, obliekanie sa, vykonávanie toalety a pod.). Mal som možnosť vidieť realizáciu programu na redukovanie porúch správania pri stravovaní na jednom oddelení Neuropsychiatrického inštitútu v Princetone. Išlo o skupinu s prevahou imbecilnej mládeže s takými prejavmi, ako jedenie rukami, rozlievanie tekutej stravy, jedenie zo susedovho taniera a pod. Program sa realizoval denne pri hlavnom jedle (v trvaní asi 20—25 minút) vo forme sukcesívnej techniky graduovaného cvičenia žiadúcich návykov s bezprostredným posilňovaním, pričom na primerané úkony boli priamo navodení. Program sa len postupne rozširoval, a tak aj bežný pozorovateľ mohol porovnávať pokročilejšie prípady od „začiatočníkov". Zlepšenie v porovnaní s netrénovanými bolo zreteľné, ale do programu bol zapojený pod vedením psychológa celý pracovný kolektív oddelenia. Namáhavosť tohto typu tréningu netreba zvlášť zdôrazňovať.

Iný typ postupného tréningu sebastarostlivosti pri 11 jednoduchých

aktivitách (ako navlečenie pančúch, obutie, vyzutie, obliekanie, sadnúť si a vstať na výzvu) spomína Yates (1970). Išlo o oligofrenikov na stupni idiocie (IQ a menej). Tréning sa robil dvakrát denne po 15 minút počas dvoch mesiacov. V porovnaní s kontrolnou skupinou nastalo znateľné zlepšenie.

Pomerne častou formou porúch správania u mentálne retardovaných detí sú *eretické prejavy*. V našej populácii osobitných škôl ($n = 498$) sú problémom u 16 % žiakov, kým u ďalších 15,3 % sa vyskytuje porušovanie školskej disciplíny typu nestabilných prejavov (Kondáš, 1969). Dubros a Daniels (1966) sa snažili ovplyvniť eretické prejavy vo forme hyperaktivity a deštruktívneho správania pri Downovom syndróme u 6 detí (vo veku 8—13 rokov). Posilňovanie žiadúceho správania sa robilo pomocou špeciálne upraveného aparátu priamo v herni s jednosmerným priehľadným sklom. Mali tu možnosť voľby medzi „pokojnými", konštruktívnymi hračkami a „hlučnými" hračkami. Signálom odmeny bol zvuk bzučiaka, ale okrem toho boli o postupe vopred inštruované. Aby sa odmena (posilnenie) neasociovala s jednotlivými hračkami, ale s celkovým pokojným správaním, vymieňal sa každých 8 dní súbor hračiek. Z 56 sedení bolo 30 tréningových a po ich skončení sa frekvencia hyperaktivity znížila viac ako o dve tretiny. Tento stav sa udržal aj pri kontrole po dvoch týždňoch. Okrem redukovania hyperaktivity sa zlepšila aj organizácia hry.

Patterson a spol. (1965) referuje *o redukovaní motorickej hyperaktivity* u 10-ročného adoptovaného chlapca po úraze hlavy (IQ 65 vo verbálnej a 86 v performačnej časti Wechselovho testu). Dôvodom psychologickej konzultácie boli agresívne prejavy voči mladším deťom. Keďže vyšetrenie ukázalo, že dominujúcou poruchou bola hyperaktivita, sústredil sa na ňu reedukačný postup. Po inštrukcii, že sa pomocou aparátu naučí pokojne sedieť a bude môcť lepšie robiť svoje školské i domáce úlohy, začali sa 10-minútové tréningové sedenia. Za pokojnú prácu na úlohách dostával bonbóny; ich množstvo mu medzitým signalizoval bzučiak. Po každom sedení sa sledovalo jeho správanie v triede (zaznamenávali sa pohyby na stoličke, pohyby končatinami, smiech, prejavy nepozornosti a pod.). Procedúra trvala 20 dní a pozorovania pokračovali ešte 8 dní, pričom sa robili aj pred jej začatím. Ako kontrolný prípad sa sledoval iný žiak s analogickým mozgovým poškodením. Rozdiely boli štatisticky významné; u trénovaného žiaka sa takmer o 50 % znížili prejavy hyperaktivity a nepozornosti pri vyučovaní. Tento príklad zároveň demonštruje experimentálne usporiadanie kazuistického klinického výskumu.

Retardovaný vývin reči a iné mentálne funkcie

Retardácia vývinu reči sa prejavuje nielen v oneskorenom nástupe aktívnej reči, ale aj v ochudobnenom slovníku a poruchách výslovnosti najmä vo forme dyslálie. V najťažších prípadoch sa stretávame s úplnou deficienciou artikulovanej reči (vydávajú iba neartikulované zvuky).

Ukážkou postupu *pri ťažkých dificilitách reči* je štúdia Cookovej a Adamsa (1966). Venovali sa trom chlapcom (prvý 6-ročný a ďalší dvaja 13-roční), z ktorých prvý vôbec nehovoril, druhý používal slová „mama" a „zbohom" (bye-bye) a tretí vyslovoval 3—4 zrozumiteľné slová. Tréning reči spočíval v inštrumentálnom verbálnom učení za pomoci komplikovanej aparatúry. Jej prostredníctvom sa podávali posilňujúce stimuly ako bonbóny a bábiky, opakovali sa zvuky ich vlastnej vokalizácie a podávali sa obrázky ako diskriminačné podnety a navyše sa použilo aj sociálne posilňovanie. Jedno tréningové sedenie trvalo hodinu a ich počet varioval pri jednotlivých osobách od 12 do 20. Výsledky boli úmerné stupňu poruchy reči. U prvých dvoch chlapcov narástla frekvencia vokalizácie, ale neosvojili si slová. U tretieho chlapca sa výrazne rozšíril slovník na 17 slov a používal aj 10 krátkych vetných výrazov, pozostávajúcich z 2—3 slov.

Najmenej pokusov sa týka *priameho tréningu mentálnych funkcií*. Najintenzívnejšie sa na tomto probléme pracuje v sovietskej škole. Reedukačné postupy nadväzujú na teoretické práce Luriju (1958 a i.) a jeho spolupracovníkov (porovnaj Doklady akademii pedagogičeskich nauk a i.) a majú charakter kompenzácie mentálneho defektu pomocou intenzívneho postupu učenia. Konajú sa priamo u žiakov tzv. pomocných škôl (ktorých intelektová úroveň sa pohybuje na stupni debility) a majú ráz kontrolovaných štúdií. Dobrou ilustráciou tohto prístupu je napr. práca, ktorú už r. 1957 publikovala Nepomniaščaja (pozri str. 225).

Jedinou štúdiou o tréningu mentálnych funkcií mimo sovietskej školy je článok Wolfa a spol. (1968). Aj ten sa však týka žiakov so subnormnou až hraničnou úrovňou intelektových schopností (priemerný IQ 88, avšak pri rozvoji 73—104). Reedukačný program mal charakter zintenzívnenej školskej výučby. Realizoval sa vo forme „pomocnej" triedy pre 16 žiakov základnej školy (5.—6. ročník). Intenzívny doučovací program trval hodinu denne mimo vyučovania a pokračovalo sa v ňom aj cez letné prázdniny, keď sa predĺžili na 3 hodiny denne. Okrem zintenzívneného vyučovania žiaci dostávali odstupňovaný počet bodov ako odmenu za dobré školské a domáce úlohy a za zlepšený prospech zo 6-týždňového hodnotenia v škole. Diferencované body (farebne odlíšené) sa dali vymeniť za peniaze, za ktoré si mohli — podľa druhu získaných bodov — kúpiť lístky do kina, cirkusu alebo na iné kultúrne podujatie, prípadne kúpiť si

cukríky. Počas celého programu získali jednotliví žiaci 167—278 dolárov. Hoci kontrolná skupina mala lepší prospech ako tréningová, tá vykázala signifikantné zlepšenie prospechu v porovnaní s vysvedčeniami pred tréningom. Podobne vzrast výkonu v SAT (Standford Achievement (Test) bol signifikantne lepší v tréningovej skupine. Pre zaujímavosť možno spomenúť, že žiaci sami hlasovali za pokračovanie programu aj cez prázdniny, čo svedčí o jeho dobrom psychologickom vedení.

Tento program sa najviac blíži možnostiam bežnej školskej práce. Hovorí o tom, ako zintenzívniť doučovanie, ktoré sa realizuje aj na našich školách. Najviac sa blíži bežným didakticko-pedagogickým opatreniam a môže inšpirovať kontrolované typy takéhoto pôsobenia aj u žiakov osobitných škôl. Okrem toho sa týka pálčivého problému neprospievajúcich žiakov, u ktorých je viac psychologických problémov. Napr. Hvozdík (1971) zistil, že neprospievajúci žiaci sú citovo menej vyrovnaní, vykazujú adjustačné ťažkosti a neprospievanie zasahuje tak ich sebavedomie, ako aj sociálnu akceptabilitu.

V metodike jednotlivých programov sa väčšinou stretávame so zložitým laboratórnym vybavením. Ako jeden zo spoločných metodických znakov treba vyzdvihnúť pravidlo, že kladné, žiadúce prejavy sa posilňujú, kým negatívne prejavy sa v prevažnej väčšine pokusov nechávajú nepovšimnuté. Posilňovanie sa robí najprv stále a neskôr intermitentne, ale vždy bezprostredne po výskyte príslušného prejavu. Potešiteľné je, že tu nechýba ani prirodzený typ experimentov, uskutočnených priamo v školských podmienkach.

Dosahované výsledky sa môžu niekedy javiť neúmerné vynaloženej námahe. Treba však zdôrazniť, že s výnimkou troch prác išlo vlastne o krátkodobý laboratórny typ výskumu, úlohou ktorého bolo študovať možnosti a vhodné techniky reedukácie u mentálne veľmi defektných detí. Mechanickejší ráz niektorých techník vyplýva aj z potreby kontrolovať aplikované zásahy. Napriek istým obmedzeniam je kladom tohto výskumu, že sa pokúša hľadať tréningové postupy, ktorými by sa dalo pozitívne pôsobiť na niektoré poruchy a dificility u mentálne retardovaných detí. Ďalším prínosom je overovanie niektorých teoretických princípov učenia a podmieňovania v podmienkach zníženého intelektu a zhoršenej kapacity učenia.

b) Poruchy správania a delikvencia

Počínajúc nadmernými prejavmi prirodzeného negativizmu v 3. a 5. roku života, alebo dokonca neprimeranými návykmi v dojčenskom období, môžeme sa stretávať u detí s rozličnými zmenami, deviáciami a poruchami

správania. V najranejšom veku sú to niektoré zlozvyky, ako odpor k hygienickým úkonom, ceremoniálne návyky pred spaním, pri kŕmení a pod.

Pojem poruchy správania sa používa dosť široko. Zahrnuje rad syndrómov, ako je napr. syndróm instability, agresívne správanie alebo dificility, ktoré nie sú jednotnej genézy. Napr. syndróm instability sa dáva do vzťahu s ľahkou mozgovou dysfunkciou, kým pri dificilitách hrá významnú úlohu učenie, resp. jeho nedostatok. Pri väčšine z nich významne pôsobí interakcia prostredia a výchovy. Reakcie okolia neraz pôsobia ako fixačné, posilňujúce činitele neprimeraných prejavov správania. Striktnosť, punitivita, emocionálna deprivácia najmä zo strany matky alebo nedostatok starostlivosti zo strany dospelých, to sú niektoré z negatívne pôsobiacich činiteľov (Kotásková, 1968). Výskum Kotáskovej potvrdzuje záporné vplyvy sociálneho učenia. „Nedôslednosť v systéme odmien a trestov, event. väčšie pocity viny a autopunitivity, než prijíma okolie, môže navodiť poruchy sociálneho správania a adaptácie."

Symptomatika porúch správania je veľmi pestrá. Napr. hyperaktívne správanie sa vyznačuje jednak hypermotilitou celého tela (chodenie, vstávanie, vrtenie sa) a zvýšeným pohybom končatín (rytmické húpanie, kríženie nôh), jednak rušivými komunikatívnymi prejavmi a nepozornosťou. Osobitnú skupinu zmien správania zahrnuje nedisciplinovanosť, ktorá môže pramenit aj z afektívnych, impulzívnych alebo sugestívnych zdrojov (Jurovský, 1955). Medzi ďalšie patrí deštruktívne správanie, pseudológia, záškoláctvo, túlavosť a úteky z domu.

Osobitnou formou dysadaptácie v spoločensko-mravnej oblasti je *delikvencia.* Ide o konanie, ktorým sa porušujú právne normy. Spadajú sem krádeže, podvody, vydieračstvo, výtržníctvo, ublíženie na zdraví, sexuálne delikty a pod. U 200 mladistvých delikventov v materiáli Tabarkovej (1969) dominovalo rozkrádanie (42 %), k čomu sa pripájajú krádeže áut (12 %), ublíženie na zdraví tvorilo 14 %, príživníctvo (najmä u dievčat) 13 %, výtržníctvo 5 %, znásilnenie 6 %. Osobnosť delikventa má niekedy psychopatické črty; nedostatok zábran a zhoršená sociálna prispôsobivosť býva pre nich charakteristická. Podpriemernú úroveň intelektu našla Tabarková až u 57,5 %. Veľmi významným činiteľom delikvencie mladistvých je rodinná mikroklíma a najmä narušenosť rodiny (bližšie pozri napr. M. Vallašeková, 1962).

Reedukácia porúch správania

Pri poruchách správania sa najvýraznejšie spájajú psychologické zásahy s pedagogickým pôsobením (porovnaj str. 225—227)). Napr. ignorovanie agresívnych prejavov so súbežným záujmom o kooperatívne formy správania pôsobí veľmi pozitívne. Pri túlavosti alebo úteku z domu sa vyžaduje výchovná spolupráca rodičov a dostatočne intenzívne citové pripútanie dieťaťa na niektorých z rodičov. Pri discentnej reedukácii dbáme na takéto široko spektrálne poňatie a sústreďujeme sa aj na posilňovanie správania, ktoré je voči nežiadúcemu inkompatibilné. Kým v behaviorálnom poňatí sa využívajú najmä Skinnerove princípy, osobne zdôrazňujeme hlavne využívanie princípov sociálno-imitačného učenia.

Zaujímavým spôsobom riešil problém reedukácie porúch správania Salzinger a spol. (1970). Išlo o *hyperaktívne správanie* na báze mozgových lézií. Pod priamym supervíznym vedením terapeutov zapojili do postupov rodičov, ktorých zasvätili do princípov operačného učenia a programov na modifikáciu porúch správania. Rodičia realizovali určené postupy podľa presných inštrukcií a denne viedli príslušné záznamy.

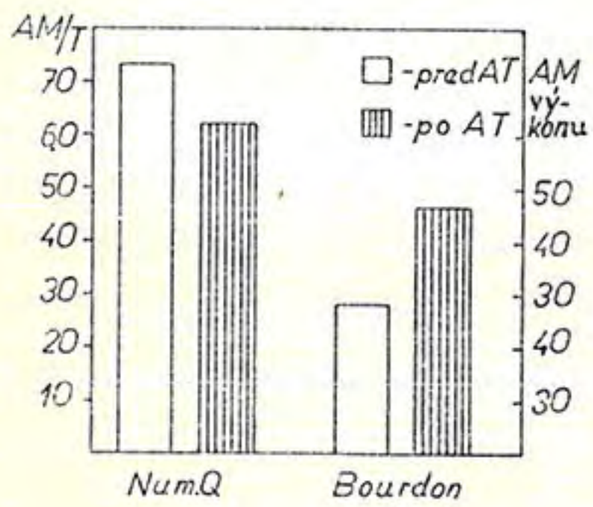
Na ilustráciu konkrétneho postupu možno spomenúť prípad, kde hyperaktívne správanie výrazne zasahovalo spánok. Hyperaktívny chlapec nielen sám nespal, ale noc čo noc rušil aj spánok svojho okolia. V reedukačnom postupe sa zaviedol relaxovaný typ činnosti pol hodiny pred spánkom, ukladanie na spánok sa mierne oneskorilo a zaviedlo sa systematické posilňovanie žiadúceho správania verbálne i pomocou bodov. Ak sa v noci zobudil a vstával, poslal sa späť bez akejkoľvek pridruženej konverzácie. Hoci predtým dochádzalo k rušivému správaniu každú noc, po troch týždňoch tréningu vymizla nežiadúca nočná hyperaktivita a dosiahnutý stav sa potom udržal ďalšie tri mesiace.

Týmto typom tréningového programu sa redukovali a modifikovali aj iné neprimerané prejavy správania, ako plačlivosť a krik, excesívna hra s vodou, monologizovanie a pod. Hodno spomenúť, že zo 47 rodín, ktoré sa zapojili do programu, 22 nevydržalo pre značnú časovú a technickú náročnosť pokračovať a dokončiť program. Tí, ktorí ho dokončili, referovali úspech v zmene správania svojich detí. Podrobný rozbor však ukázal, že eliminácia porúch správania nebola všeobecná. Jednou z príčin zlyhania bol aj nesprávny spôsob realizácie postupov. Zdá sa teda, že hoci takýto intenzívny spôsob spolupráce s rodičmi je lákavý, obsahuje mnohé úskalia a dá sa využívať iba obmedzene.

V inom projekte sa analogickým spôsobom ovplyvňovalo 8—9 týždňov *nedisciplinované správanie* v škole aj doma. Dosiahnuté zmeny boli štatisticky významné. Pri agresívnom správaní sa dokonca vystačilo s dvoma týždňami intenzívneho reedukačného programu, do ktorého sa však okrem

terapeutov zapojili aj učitelia. Základom postupu bolo dôsledné ignorovanie agresívneho a odmeňovanie pokojného správania.

Pri hyperaktivite obsahoval reedukačný program aj relaxačné činnosti, ktoré sa tu nevdojak ponúkajú. Krátkodobú aplikáciu skráteného autogénneho tréningu vyskúšala u 6 chlapcov vo veku 10 a 11 rokov Bednárová (1971). V popredí ich klinického obrazu bola výrazne narušená schopnosť koncentrácie pozornosti na vyučovaní. Intenzívne 10-dňové cvičenia relaxácie viedli k štatisticky signifikantným zmenám v hodnotách dvoch testov pozornosti, Bourdonovho testu a číselného štvorca (obr. 23.) Zlepšenie koncentrácie pozornosti pri školskom vyučovaní autorka nespomína.



Obr. 23. Vplyv sústredeného autogénneho tréningu na pozornosť. Os x — numerický kvadrát (Num. Q) a Bourdonov test. Os y — AM času v sekundách, resp. AM výkonu v zaškrtávacom teste.

Рис. 23. Влияние сосредоточенной автогенной тренировки на внимание. Ось x — квадрат чисел (Num. Q) и тест Бурдона. Ось y — AM времени в секундах, или же AM достижений в тесте зачеркивания.

Fig. 23. Influence of concentrated autogenic training on attention. Axis x — numerical square (Num. Q) and Bourdon test. Axis y — AM of time in seconds, or AM of performance in the test.

Reedukácia pri delikvencii

Vývinom reedukačných programov z aspektu teórie učenia sa zaoberal Tyler so spolupracovníkmi, používajúc systém odmeny sociálne primeraného správania so súčasným trestaním antisociálnych prejavov. V jednej štúdii s Brownom (1967) opisuje program, založený na princípoch inštrumentálneho učenia. Použil sa u 15 chlapcov vo veku 13—15 rokov, ktorých poslal súd do ústavu pre delikventov. Režim ústavu mal punitívny charakter s odstupňovanou formou trestov. Za každý prečin išiel delikvent na 15 minút do trestnej izby. V prvej fáze reedukačného programu ponechali tento punitívny systém počas 7 týždňov. V druhej fáze tento typ trestania nahradili napomenutím (počas 13,5 týždňa). V tretej fáze (20 týždňov) obnovili používanie trestnej izby. U 8 subjektov došlo k zlepšeniu, znížila sa u nich frekvencia priestupkov a prečinov, ale zistilo sa, že výraznejšie pôsobil systém trestov. Zdá sa, že tu platia slová Makarenku (1951):

„Osobne som presvedčený, že [trest] nie je ktovie aká veľká dobrota. Lež presvedčený som o tom, že tam, kde treba trestať, pedagóg nemá právo netrestať. Trest nie je len právom, lež i povinnosťou v tých prípadoch, kde je nevyhnutným."

V reedukačných programoch tohto typu sa vyžaduje zapojiť do programu celý kolektív nápravného ústavu. Výchovných pracovníkov treba naučiť i inštruovať napr. o tom, ako používať vlastný štýl medziosobnej komunikácie, aby pôsobil na chovanca ako posilňujúci činiteľ. Keďže posilňujúco pôsobí už venovanie pozornosti, je nevýhodou, že títo pracovníci si zvykli venovať viac pozornosti práve negatívnym prejavom a priestupkom. Zároveň treba počítať s tým, že v podmienkach ústavov nápravnej starostlivosti aj sami chovanci si vzájomne často posilňujú neprimerané prejavy, výmenu skúseností z toho nevynímajúc. Psychologicky pritom zreteľne spolupôsobí aj falošné hrdinstvo. Netreba podceňovať ani záťaž, ktorú spôsobuje obmedzovanie voľnosti i sám pobyt v kolektíve odsúdených s izoláciou od ostatnej spoločnosti. Ako hovorí Drtil (1969): „jednotlivcovi tu často chýbajú podnety stimulujúce jeho prosociálny vývoj a kultúrne potreby". Preto je vážnym problémom skutočnosť, že „v takto vzniknutom abnormnom kolektíve abnormálnych osobností dochádza mimoriadne často k abnormálnemu správaniu", v rámci ktorého pozoroval Drtil ako najzávažnejšiu a najčastejšiu autoagresivitu, verbálnu a fyzickú agresivitu voči odsúdeným, voči príslušníkom aj k predmetom, ďalej to bola hladovka, odmietanie práce a pod.

Vidíme teda, že priamo v nápravnej inštitúcii existujú činitele, ktoré prispievajú k posilňovaniu a perzistencii delikventného správania, čo potom nachádza odraz aj pri recidivizme. Reedukačné postupy sa musia sústreďovať aj na tieto činitele a na vnútroústavné poruchy správania. Systém samoväzby tu nestačí, ba niektoré prejavy smerujú k jeho dosiahnutiu. *Zdokonalené reedukačné programy a tzv. psychokorekcia má potom osobitný význam aj z hľadiska prevencie recidív.* Vieme, že práve v našich podmienkach sa kladie veľký dôraz na resocializáciu delikventov, do čoho sa zapájajú aj inštitúcie a spoločenské organizácie.

K problematike resocializácie, otázkam chápania trestu a jeho výchovného dosahu z aspektu teórie učenia sa vyjadruje aj Lewicki a spol. (1969), ktorý tiež zdôrazňuje, že systém resocializácie sa týka celej organizácie práce vo väznici. Samo psychokorektívne pôsobenie sa uskutočňuje na pozadí týchto širšie organizovaných vplyvov.

Pokusy o systematickú reedukáciu a psychokorekciu delikventov sú len v počiatkoch a majú spoločné znaky s reedukáciou porúch správania, preto sa rozoberajú v spoločnej kapitole. Konkrétne programy a techniky sú pracovne, technicky a časovo náročné pre celý kolektív nápravného zaria-

denia. Každý z takýchto programov vyžaduje dôkladnosť, dôslednosť a systematickosť a ich realizácia je dlhodobá (5—13 mesiacov). V psychokorekcii sa však dajú využiť vplyvy sociálne psychologickej interakcie tak na reedukáciu, ako aj pre zábranu recidív.

Pri modifikácii porúch správania nevyhnutne narážame na *problémy ich prevencie*, kde majú svoje miesto tak psychologické, ako aj pedagogické vplyvy. Je totiž zrejmé, že ani pri ich modifikácii, ani pri prevencii sa nemožno obmedziť len na postupy dômyselnej manipulácie s trestom, averzívnymi činiteľmi, alebo odmenou. Delikvencia, poruchy správania, dificility i niektoré neprimerané návyky sú totiž často iba súčasťou celkovej alebo parciálnej osobnostnej maladjustácie. Preto treba počítať s komplexnými preventívnymi opatreniami. V tomto rámci Hvozdík (1971) zdôrazňuje, aby sa už psychodiagnostická práca sústredila „na hľadanie a vytváranie najúčinnejších podmienok pre sociálnu readaptáciu dieťaťa" okrem depistáže a zlepšenia rodinnej i školskej výchovnej klímy.

V súvislosti so širším problémom maladjustácie treba na záver zdôrazniť hypotézu, ktorú už u detí predškolského veku potvrdila Vančurová (1968): „V maladjustácii dieťaťa sa účinnejšie uplatňuje negatívny vplyv absencie kladných emocionálnych stimulov (prejav priazne a starostlivosti) než prítomnosť niektorých negatívnych stimulov, napr. telesných trestov."

c) Fajčenie a iné návyky

Terapeutická aplikácia psychológie učenia sa netýka iba vyslovených porúch. Môžu sa ňou zasahovať a modifikovať aj rozličné neprimerané prejavy alebo osobitné psychické stavy, príkladom čoho bola tréma. Preto sa niekedy nepoužíva ani pojem terapia, ale hovorí sa o tzv. behaviorálnej modifikácii, alebo o modifikácii správania (v nemčine Verhaltungmodifikation). Týka sa aj nevhodných návykov, zvykov a zlozvykov, zaradenie ktorých pod pojem porúch správania je diskutabilné. Tak sa potom stáva, že Yates (1970 hovorí dokonca o „normálnych" poruchách u normálnych ľudí; tu okrem fajčenia a témy hovorí o modifikácii prejedania sa, odmietania jedla, oneskoreného zaspávania, nočnej „mory" alebo oddávania sa hazardným hrám. Jednoduchšie je hovoriť o modifikácii, eliminácii alebo redukcii nežiadúcich návykov. Jedným z nich je aj fajčenie.

Fajčenie

O škodlivosti fajčenia sa veľa popísalo a hovorilo. Nezdá sa však, žeby ho samy informácie mohli potlačiť. V Európe je boj proti fajčeniu len o málo desiatok rokov mladší ako šírenie tabakizmu. Už r. 1619 vydáva spis proti fajčeniu anglický kráľ Jakub I. (Útrata, 1963). Okrem škodlivosti fajčenia v mnohých krajinách nechýbali ani prísne až drastické tresty za fajčenie, včítane pokút, väzenia, praniera, ba i trestu smrti. Napriek tomu sa tabakizmus šíril a — ako hovorí Útrata — „dejiny protifajčiarskeho boja boli až dosiaľ súčasne dejinami neúspechov tohto boja". Ukázalo sa, že „absolútne odmietanie takého rozšíreného zvyku, ako je fajčenie, je neefektívne a vedie nakoniec vždy ku kompromisom najrozličnejšieho typu". V súčasnosti sa podporuje výskum následkov fajčenia a zakladajú sa protifajčiarske poradne.

V prvých odvykacích pokusoch sa použili preparáty, ktoré rušili chuť cigariet. Mali však nevhodné vedľajšie účinky napr. na chuť do jedla. Napriek tomu sám *princíp spojiť fajčenie s nepríjemným zážitkom* sa javí vhodný. Najnovšie sa realizoval pomocou špeciálneho aparátu, ktorý navrhol Wilde a zdokonalil Franks a spol. (1966). Aparát sa skladá z rezervoáru čerstvého, mentolovaného vzduchu, zásobníka teplého cigaretového dymu, z generátora, v ktorom sa dym pripravuje, a z tanku, cez ktorý regulovane prechádza príjemný čerstvý vzduch alebo teplý vzduch presýtený starým cigaretovým dymom. Subjekt sedí pred aparátom a od momentu zapálenia cigarety ho ovieva nepríjemný teplý cigaretový dym. Príjemný čerstvý, mentolovaný vzduch sa mu pustí vtedy, keď uhasovaním cigarety pritlačí na popolník, ktorý je tiež súčasťou aparátu.

Z 23 pôvodne prihlásených osôb len 9 prešlo 12 sedeniami odvykacej procedúry pomocou opísaného aparátu. Každé sedenie pozostávalo z ca 10 pokusov (10 zapálených a uhasených cigariet). Katamnestické dáta od 8 osôb za pol roka ukázali, že štyria prestali úplne fajčiť, jeden fajčil menej, jeden prešiel na fajčenie fajky a dvaja fajčili rovnako ako predtým.

Grimaldi a Lichtenstein (1969) aplikovali 7 odvykacích sedení s týmto aparátom u 19 fajčiarov. Po mesiaci sa zistilo, že len 2 osoby prestali úplne s fajčením, 7 fajčilo rovnako ako predtým a u ostatných sa dosiahla ca 50-percentná redukcia vyfajčených cigariet, čo je v porovnaní s Franksovými údajmi horší výsledok. Vo Franksovom súbore zostali však zrejme len tí, ktorí mali silnú motiváciu prestať fajčiť.

Koenig a Masters použili odlišný postup u 42 vysokoškolákov. Sedem terapeutov realizovalo SD, averzívny postup pomocou elektrického úderu a verbálnu psychoterapiu blízku nondirektívnemu postupu. Úspech bol len čiastočný, ale autori dospeli k zaujímavému zisteniu, že pokles frek-

vencie fajčenia sa viazal štatisticky významne na osobnosť terapeutov, kým závislosť od použitej metódy nebola štatisticky významná.

Závislosť výsledku odvykania od osobnosti terapeutov upútala aj pozornosť Whitmana (1969), predošlé zistenie sa však nepotvrdilo. Naproti tomu tak v tejto, ako aj v ďalších štúdiách sa stretávame s istou redukciou fajčenia aj v kontrolných skupinách, kde fajčiari iba zaznamenávali denný počet vyfajčených cigariet. Rozdiel medzi racionálnou skupinovou psychoterapiou a averzívnym postupom hovoril v prospech averzívnej metódy, kde nastal pokles až o 17 cigariet denne oproti 12 pri skupinovej psychoterapii. Pri trojmesačnej katamnéze sa však rozdiely vyrovnali. Korelačný prepočet ukázal, že väčšia redukcia nastala u tých osôb, ktoré fajčievali viac cigariet.

Pyke a spol. (1966) aplikoval u 22 vysokoškolákov SD v kombinácii s informáciami o následkoch fajčenia a diagramami o množstve vyfajčených cigariet. Po 10 týždňoch odvykacieho postupu sa v terapeutickej skupine znížila denná dávka cigariet zo 17,4 na 5,2 a v kontrolnej skupine — ktorá viedla len diagramy — z 15,5 na 11,4 cigariet denne. Pri katamnestickej kontrole za 4 mesiace opäť vzrástol denný konzum cigariet na 9,2, resp. 13,2, čo je už dosť nepatrná redukcia.

Výskumov tohto druhu je väčšie množstvo. Uvedené ilustrácie sme volili tak, aby demonštrovali jednak používané metódy, jednak závislé premenné. Uprednostnili sme štúdie na malých skupinách, pričom medzi kazuistickými referátmi nechýba ani vyskúšanie negatívnej praxe (s princípom nasýtenia) u samého terapeuta. Často sa používa aj systém sebakontroly, ktorý sa vlastne začína už denným záznamom o počte vyfajčených cigariet, čo vysvetľuje aj redukciu fajčenia v kontrolných skupinách. Samy informácie o škodlivosti fajčenia sú málo efektívne, ak nie sú v koincidencii so silnou motiváciou prestať fajčiť, s vlastným rozhodnutím zanechať fajčenie. Zdá sa teda, že niektoré zo skúšaných postupov sú vhodnou pomôckou na odvykanie od fajčenia u tých fajčiarov, ktorí sa svojho návyku chcú zbaviť.

Iné návyky

Mnohé návyky vzdorujú vyhasínaniu, a to tým viac, čím sú fixovanejšie a ustálenejšie. Relatívne jednoduchšie je ich zastavenie v čase vzniku, na čo niekedy postačí taktný výchovný postup.

S radom nevhodných návykov sa stretávame už v ranom detstve, a to počínajúc zlozvykom cumľania, neprimeranou hravosťou pri jedle alebo rozličnými ceremoniálnymi návykmi a stereotypnými manipuláciami.

Zaujímavý prípad neprimeraných manipulácií v súvislosti s retardáciou vývinu opisujú Claus a Hiebsch (1965, str. 303). 10-ročný chlapec, intelektovo ešte v medziach normy, si povytrhával postupne všetky vlasy a obrvy, aby sa nimi mohol šteklit na nose. Ak už nenašiel dostatočne vyrastený vlas, šteklil sa vláknami zo šiat alebo perím z vankúša, a to vždy intenzívnejšie vtedy, ak sa cítil nepríjemne. Pozitívnu zmenu tohto stavu spôsobilo premiestenie z prostredia, kde sa s ním zle zaobchádzalo, do domova, v ktorom panovala radostná atmosféra. Zmena mala zaujímavý priebeh. Najprv sa detským spôsobom zameral na vychovávateľku, a ako začal doháňať svoj vývin, narastala jeho expanzivita. Postupne sa stával až drzým, škrieplivým a dostával sa do potýčok s deťmi, ktoré sa k nemu správali v zmysle predošlej „roly malého dieťaťa". V priebehu tejto zmeny prestalo trhanie vlasov a celkom vymizlo, keď sa upevnili postoje, dané novou vyspelejšou rolou. Nadmerná expanzivita a agresivita bola prechodná a dala by sa interpretovať ako spontánne preexponovanie sebapresadzujúcej reakcie, čo našťastie nebolo brzdené vychovávateľmi.

Táto kazuistika zároveň demonštruje plynulé prechody a vzájomnú viazanosť medzi neprimeranými návykmi a poruchami správania. *Komplexnejšie ceremoniálne návyky* si neraz vyžadujú analogické postupy ako iné poruchy správania. Mnohé z nich sú relatívne zle prístupné odvykaniu pre zložitosť používaných manipulácií. Napr. fixovaná hravosť pri jedle alebo pred spaním narúša nežiadúcim spôsobom stravovanie alebo zaspávanie, ale jednoduché odňatie hračiek pôsobí frustrujúco a jeho rušivý vplyv sa potencuje ešte reakciami plaču. A tak eliminácia neprimeraných návykov si vyžaduje okrem psychologických modifikačných postupov aj komplexné pedagogické zásahy, čo uvedený príklad dobre demonštroval.

Pri ohrýzaní nechtov vyskúšali zaujímavý postup Stephen a Koenig (1970) u dospelých vo veku 18—41 rokov. Vznik tohto zlozvyku siahal do raného školského až predškolského veku. Postupovali tak, že z vloženého depozitu 25 dolárov dostávali členovia jednej skupiny 2,5 dolára pri každom z 10 meraní nechtov, ak sa zistilo, že nechty narástli, druhá skupina dostala polovicu vloženej sumy po 5 meraniach a tretia celú sumu po 10 meraniach. Podmienka, že stratia vložené peniaze, ak si budú ohryzávať nechty, bola jednotná pre všetky tri skupiny. Len kontrolná skupina dostala vklad bez ohľadu na toto kritérium. Zmena bola štatisticky významná a napriek určitému poklesu zostala významná aj pri katamnéze. Takýto postup môže mať určitý efekt aj pri iných neprimeraných návykoch v dospelom veku. Oproti tomu u detí sa vystačí aj s jednoduchšími postupmi. Napr. *pri zlozvyku cumľania* palca sa nám osvedčilo jeho sústavné mazanie tinktúrou chinae.

Niektoré neprimerané prejavy skúšajú učitelia dostať pod kontrolu tým spôsobom, že deti dostávajú „čierne" body za neprimerané prejavy a hviezdičky za kladné prejavy. Systematický postup tohto druhu v kombi-

nácii s pozitívnymi cvičeniami kladných prejavov zaviedol Čulen (1968) na základe predpokladu, že pozitívny tréning a pravidelné hodnotenie správania zlepší vôľovú reguláciu správania (pozri str. 227). Záznam je okrem toho príležitosťou pre psychoterapeutické povzbudenie typu podpornej psychoterapie s prvkami sociálneho posilňovania.

Neprimerané návyky sa neraz spájajú so zvýšenou tenziou. Preto možno súbežne s postupmi odvykania siahať aj po redukcii duševného napätia, na čo sa u starších detí dá využiť aj autogénny tréning.

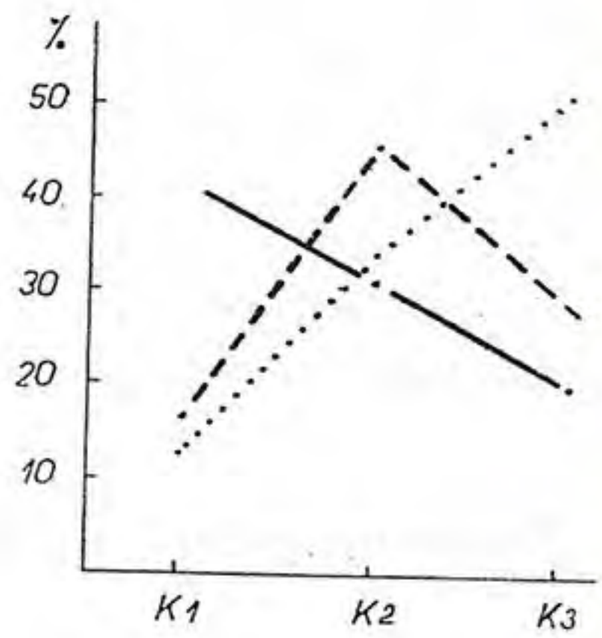
Zásadne však treba, podobne ako pri komplikovanejších formách porúch správania, aj pri nevhodných návykoch počítať s tými činiteľmi, na ktoré sa ich vznik viaže. Mechanizmy učenia nie sú jedinými činiteľmi ich vzniku, hoci majú najdôležitejšiu úlohu pri ich fixácii. Preto pri ich eliminácii treba neraz zasahovať aj do systému domácej výchovy a okrem odvykacích postupov mať na zreteli aj skutočnosť, že niektoré z nich vedú k jemným spätným vplyvom na duševný vývin a prípadne aj na osobnosť. Preto treba v celkovej modifikácii zasahovať aj tieto pridružené druhotné zmeny. (Pozri tiež Brunecký, 1959.)

d) Discentný prístup pri alkoholizme

Alkoholizmus sa môže definovať ako naučená deviácia správania charakteru neprimeraného návyku (abúzus) s takým nadmerným požívaním alkoholu, ktorým alkoholik škodí sebe alebo svojmu okoliu, resp. sebe i okoliu. V etiológii alkoholizmu má zreteľný podiel učenie a podmieňovanie, takže sa hovorí osobitne o tzv. návykovom type alkoholizmu. Predstavujeme si to tak, že náhodné, občasné pitie — úzus alkoholu — sa postupným opakovaním formuje v abúzus, pričom euforizujúci účinok alkoholu a jeho schopnosť redukovať tenziu a úzkosť pôsobia ako hlavné posilňujúce činitele v koincidencii s inými motivačnými faktormi, ako je napr. hľadanie úľavy, zmien nálady alebo zvýšenie sociability. (Teoretický model alkoholizmu z aspektu teórie učenia pozri bližšie in Kondáš, 1969b, k terapii pozri tiež Guensberger, 1967, Miššík, 1968 a Pogády, 1969).

Popri averzívnej terapii podmieňovaním sa všeobecne považuje za závažného činiteľa v komplexnej liečbe alkoholizmu *psychoterapia*. Podľa klinického empirického výskumu úspešnosť tejto liečby (vyjadrená dĺžkou abstinencie) vykazuje štatisticky významnú závislosť od intenzity psychoterapie (pozri str. 131). Táto závislosť má takmer lineárny charakter, ako to demonštruje obr. 24, z ktorého okrem iného vidíme, že polovica recidivujúcich prípadov (51 %) pochádzala zo skupiny s nedostatočne intenzívnou psychoterapiou (K_3), kým pri intenzívnej psychoterapii (K_1) bolo len 12,7 % recidív. Podobne dokladá dosah psychoterapie aj zistenie, že úspeš-

nosť liečby zreteľne narastá u pacientov, ktorí navštevovali pravidelne protialkoholickú poradňu (PAP), keďže z 51 takýchto pacientov iba 7 dostávalo antabus, kým u ostatných išlo o bežný psychoterapeutický kon-



Obr. 24. Závislosť abstinencie od intenzity psychoterapie. Os x — 3 stupne intenzity psychoterapie, os y — percento alkoholikov (n = 100). Plná čiara — abstinencia 1 rok a viac, prerušovaná čiara — zlepšenie (tzv. sociálne uzdravenie), bodkovaná čiara — recidívy.

Рис. 24. Зависимость абстиненции от интенсивности психотерапии. Ось x — 3 степени интенсивности психотерапии, ось y — процент алкоголиков (n = 100). Непрерывная линия— абстиненция, продолжающаяся один год и больше, прерывистая линия — улучшение (т. наз. социальное выздоровление), пунктирная линия — рецидивы.

Fig. 24. Dependence of abstinence on the intensity of psychotherapy. Axis x — three levels of intensity of psychotherapy, axis y — percentage of alcoholics (n=100). Full line —abstinence for one year and more, broken line — improvement (the so-called social cure), dotted line — recidives.

takt typu kontroly a podpornej psychoterapie. Z nich 63 % abstinovalo 1 rok a viac (Kondáš, Novotný, 1969). V tomto smere možno ďalej spomenúť pozitívne pôsobenie osobitného Skálovho systému skupinovej psychoterapie (včítane formy klubu) a vplyv terapeutických komunít vôbec. Nakoniec aj organizácia AA (anonymných alkoholikov) opiera ovplyvňovanie svojich členov o princípy skupinovej dynamiky psychoterapeutického rázu, hoci, pravda, s odlišnou ideovou náplňou. Zdá sa, že tieto údaje sú dostatočným dôvodom, aby sme sa k discentnému prístupu v liečbe alkoholizmu aspoň stručne vrátili. Ďalším dôvodom, prečo túto tematiku sem zaraďujeme, je aj skutočnosť, že na 28. medzinárodnom kongrese o alkohole a alkoholizme sa práve v tejto oblasti začalo hovoriť o potrebe tzv. širokospektrálneho prístupu (termín Lazarusa). A nakoniec aj nová metóda tzv. vnútornej senzitizácie sa aplikovala práve pri alkoholizme.

V psychoterapii alkoholizmu má popredné postavenie *skupinová psychoterapia,* a to nielen z praktického hľadiska (potreba zvládnuť naraz väčší počet pacientov), ale aj z metodického hľadiska (systematické využitie pozitívnych vplyvov skupiny). Naproti tomu discentné metódy sa typickým spôsobom aplikujú v individuálnej forme. Vzniká potom otázka, či využíva-

nie discentného prístupu môže mať iba charakter adjuvantných individuálnych sedení, alebo či sa dajú niektoré jeho princípy rozpracovať aj pre skupinovú psychoterapiu. Treba povedať, že prichádzajú do úvahy obe alternatívy. Okrem skupinového použitia niektorých metód psychoterapie učením (napr. skupinová systematická desenzitizácia) treba však v danom pohľade počítať aj so širšími metodickými prístupmi. Domnievame sa, že discentné princípy sa tu môžu využívať v troch úrovniach:

1. pri tzv. didaktopsychoterapii,
2. v bežnej skupinovej psychoterapii,
3. pomocou špeciálnych metód discentnej modifikácie.

Didaktopsychoterapia

Súčasťou psychoterapie alkoholikov bývajú skupinové sedenia, v ktorých sa vhodnou osobnou formou podáva určitý okruh prístupných informácií o alkohole a alkoholizme. Tie sme nazvali didaktopsychoterapiou (Kondáš, 1964). Dôvodom ich osobitného pojmového vyčlenenia je skutočnosť, že ide pri nich o akúsi prechodnú formu medzi didaktickým typom zdravotne výchovného pôsobenia a systematickými psychoterapeutickými vplyvmi. Didaktopsychoterapeutické sedenie pozostáva z voľne predneseného úvodného slova (15—20 minút) a usmernenej diskusie, pričom sa tu rozoberajú témy, ako:

„Účinky alkoholu na ľudský organizmus",
„Pôsobenie alkoholu na duševné funkcie",
„Alkohol a pracovná činnosť",
„Alkohol a rodinný život" a pod.

V rámci didaktopsychoterapie možno počítať so zákonitosťami kognitívneho učenia. Nejde tu však, pochopiteľne, o osvojenie si podávaných informácií (resp. tento aspekt je druhoradý), ale o *edukatívne pôsobenie na štruktúru pacientových názorov* v tejto oblasti. Práve snaha o zásah do názorovej oblasti si vyžaduje rešpektovať napr. didaktickú zásadu aktívnosti, výrazom čoho je dôraz na otvorenú aktívnu diskusiu pacientov, ktorá je potom dominantnou súčasťou týchto sedení.

Ďalšou zásadou je osobne zameraný obsah. Náplň didaktopsychoterapeutických sedení má síce všeobecný charakter, ale konkrétne znenie úvodného slova sa prispôsobuje dominantným osobným problémom členov danej skupiny. Bezprostredne osobný dosah je potom nielen pútavejší, ale aj pôsobivejší, psychologicky účinnejší.

Samozrejmou požiadavkou je rešpektovanie zásady prístupnosti, s ktorou počítame už pri príprave týchto sedení. Dobrou orientačnou pomôckou je tu kultúrno-vzdelanostná úroveň členov skupiny. Z tohto hľadiska sme potom v príslušnej skupine použili napr. ako súčasť sedenia aj čítanie z knižky *Rozprávky o alkohole* a inokedy zasa čítanie z knihy J. Londona *Majster alkohol,* čo zároveň ilustruje ďalšiu náplň a štruktúru týchto sedení.

Pri didaktopsychoterapii sa teda sústreďujeme na zásahy do sústavy názorov na alkohol a alkoholizmus a na poskytovanie určitých ideových zábran voči pitiu. Zároveň už tu treba dbať, aby nami ponúkaná a požadovaná abstinencia bola nielen logicky zdôvodnená a podložená faktickými argumentmi, lež aby sa postupne stávala aj emotívne a motivačne príťažlivejšou. V termínoch teórie učenia sa totiž požaduje, aby sa abstinencia stala postupne odmeňujúcim zážitkom, pričom treba počítať s tým, že sama osebe nie je pre alkoholika dostatočne atraktívna a jej fixácia si vyžaduje osobitné motivačné zdroje.

Skupinová psychoterapia

Skupinová psychoterapia sa sústreďuje na riešenie pacientových konfliktov, postojov, na racionalizáciu i konfliktový typ reagovania v interpersonálnych vzťahoch. Navyše — ako hovorí J. Skála (1957) — treba učiť pacienta predchádzať vzniku nových konfliktov, resp. pripraviť ho tak, aby konflikty, ktoré prípadne v budúcnosti vzniknú, vedel riešiť bez potreby alkoholickej eufórie a „zabúdania".

Jedným zo spôsobov, ako učiť pacienta-alkoholika predchádzať vzniku nových konfliktov, sú nepochybne aj zásahy do systému jeho spôsobu hodnotenia a postojov. Discentný prístup (na základe probabilistickej teórie učenia) predpokladá *regulatívny dosah postojov* v tom zmysle, že na základe nevhodných postojov si pacient vytvára isté neuskutočniteľné očakávania, nesplnenie ktorých je zdrojom konfliktov (bližšie pozri schému na str. 108). Neprimerané očakávania vo forme hypotéz o efekte určitého správania sú ovplyvniteľné postojmi, z ktorých pramenia, čím sa zasahuje jeden z prameňov vzniku konfliktov. Napr. postoj ukrivdenia, ktorý je u alkoholikov častejší, je zdrojom interpersonálnych konfliktov nielen v rodine, ale aj na pracovisku.

Konfliktový typ reagovania alkoholika v interpersonálnych vzťahoch metodicky možno ovplyvniť pomocou odlišného usporiadania psychodrámy, náplňou ktorej je priame trénovanie primeraného spôsobu interpersonálneho reagovania. Tu potom prichádzajú do úvahy aj skupinové sedenia

spoločne s manželkami alkoholikov. Okrem toho možno manželky inštruovať o systematickom využívaní sociálno-posilňujúceho pôsobenia na podporovanie manželovej abstinencie po prepustení z liečby.

Regulácia postojov, na ktorú sa discentný prístup výrazne sústreďuje, začína sa pri alkoholizme postojmi k samému pitiu. Alkoholici prejavujú, pochopiteľne, prirodzenú tendenciu osvojovať si mnohé z veľmi tolerantných postojov súčasnej kultúry ku konzumu alkoholických nápojov (u nás porovnaj napr. Turček, 1968). Takto osvojené postoje sa postupne stávajú zložkou racionalizačného systému alkoholika, psychologickým zmyslom ktorého medziiným je aj uchovanie určitej vyváženosti vlastného sebavedomia a celkového pohľadu na seba (tzv. self-concept). Toto začlenenie zvyšuje fixovanosť postojov. Na druhej strane úsilie uchovať si kladné prvky sebahodnotenia za cenu racionalizačného posunu systému hodnotenia sa zároveň kombinuje s rozporným stanoviskom vnútorného pocitu viny, potláčanie ktorého by si vyžadovalo ďalšie rozvíjanie systému racionalizácií. Rozširovanie racionalizačného systému má však svoje obmedzenia, a preto takmer vždy zostáva určité miesto aj pre *pocit viny*.

M. Turček (osobná debata) bol presvedčený o tom, že pocit viny je činiteľ, s ktorým v psychoterapii alkoholizmu málo pracujeme, hoci napr. alkoholikova ochota podrobiť sa predsa len vcelku drastickým apomorfínovým zásahom môže súvisieť aj s reštitúciou, prameniacou z pocitu viny. (Tieto otázky súvisia s psychologicky málo rozpracovaným problémom svedomia.)

V prípade jednej značne sugestívnej skupiny alkoholikov sme skúsili nadviazať na tento moment vopred pripraveným typom sugestívnejšieho podania, z ktorého uvádzam úryvok na ilustráciu.

„... Pili ste často. Stretávali Vás ľudia, keď ste neistým krokom merali bezútešnú cestu domov. Posledné zvyšky pochybnej nálady vyprchali ešte vtedy, keď ste si „spevom" dodávali odvahu v prázdnej ulici...

Preto ste sa často cítili tak nesmierne osamotení, že ste vyhľadávali alkohol! Cítili ste hĺbku akejsi ľudskej biedy — lebo Vás ovládal alkohol! Preto ste cítili hlboké nepochopenie, lebo ste pili! Vaše starosti v zamestnaní sa pitím zhoršovali... Alkohol bol Váš nepriateľ! Veľa Vám sľuboval a nič Vám nedal... Iba pochybné chvíle, po ktorých zostalo len znechutenie.

Rodinné nešťastia, dopravné nehody, klamstvá a podvody, choroby pečene, žalúdka, srdca a nervov — to je alkohol! Poruchy pamäti, stratená kritičnosť, detinská citlivosť, bezmocná výbušnosť a chorobná žiarlivosť — to je alkohol!

A trhliny v charaktere; veď poznáte tých pochybných kamarátov „z mokrej štvrte". Pijanov, ktorí všetko vedia, všetko dokážu, len nie stáť na vlastných nohách. I tých, čo vydierajú od manželky posledné koruny určené na chlieb pre deti...

Neľakajte sa týchto slov! Nechceme Vás urážať, chceme Vám pomôcť. A práve na to je potrebné, aby sme si všetko otvorene povedali. Chlapsky a úprimne. Bez okrás a ružových okuliarov..."

Tým, že sa takýmto prístupom dotýkame pocitu viny, narážame z hľadiska teórie učenia na jeden z prostriedkov, ktorý sa naraz uplatňuje vo výchove — na *princíp zahanbenia.* Zdá sa, že jeho taktné použitie má isté oprávnenie aj pri alkoholizme, hoci nie všeobecne, skôr výberovo, diferencovane.

Diferencovaný charakter má pri alkoholizme aj *terapeutický vzťah.* Všeobecne akceptujúci postoj psychoterapeuta sa tu kombinuje s istým odstupom. Na jednej strane si pacienta vážime a plne ho rešpektujeme ako človeka, ktorý trpí, na druhej strane opovrhujeme jeho pijanským návykom; teda prísny postoj k pitiu sa kombinuje s typicky humanistickou snahou pomôcť pacientovi. Z hľadiska teórie učenia diferencovane akceptujúci postoj pôsobí sociálne posilňujúco na triezvosť, kým spomenutý odstup pôsobí naopak psychologicky averzívne na všetko, čo sa triezvosti prieči, a to počínajúc už neprimeranými postojmi a názormi.

Pochopiteľne, že aj pri alkoholizme prichádza do úvahy osvojovanie a *upevňovanie chýbajúcich žiadúcich postojov.* Možno tu totiž počítať s určitými nedostatkami v bežnom adaptačnom učení. Keďže postoje sa osvojujú transformáciou cez vlastné skúsenosti, ich výberové osvojovanie ovplyvňuje aj euforizujúce pôsobenie ebriety s pozdvihnutím naštrbeného sebavedomia alebo pôsobenie alkoholu ako extravertujúceho činiteľa. Okrem toho treba u alkoholikov pravdepodobne počítať aj s nedostatočným využitím negatívnych skúseností z minulej osobnej histórie pacienta. Sme presvedčení o pravdivosti Gliedmanovho tvrdenia (1958), že alkoholici dominantne preferujú prítomnosť a vyhýbajú sa myšlienkam na minulosť a budúcnosť. Možno potom očakávať nedostatočné poučenie z vlastných minulých zážitkov — a použijúc Makarenkov pojem — nedostatok perspektívnych cieľov (zajtrajšej radosti).

Ďalším vážnym problémom v rámci psychoterapie u alkoholikov je *záujmový deficit,* získaný v dôsledku abúzu ako ďalšia súčasť nedostatku adaptačného učenia. Pestovanie a vytvorenie nových záujmov i prípadné obnovenie predošlých „koníčkov" môže napomáhať abstinenciu hlavne interferenčným pôsobením voči — globálne povedané — starému spôsobu života a dávať primeranú náplň voľnému času. V tom treba vidieť prínos napr. Turčekom organizovaných rekreačných táborov pre alkoholikov, že poskytovali výdatnú príležitosť na pestovanie záujmov i priamy tréning spôsobov trávenia voľného času. Ide tu o širší problém posilňovať nové primerané a pozitívne formy správania.

Špeciálne metódy discentnej modifikácie

Jedným z dôležitých princípov discentného prístupu je *princíp kontroly a sebakontroly*, ktorý je významný aj pri psychoterapii alkoholizmu. Navyše je komplikovaný tým, že tu ide o vášeň (Sucht), ba u chronických alkoholikov dochádza k oslabovaniu kontrolných mechanizmov. Tento princíp možno pravdepodobne využívať aj v rámci skupinovej psychoterapie. Zistená štatisticky signifikantná závislosť úspešnosti liečby od navštevovania PAP súvisí aj s činiteľom kontroly kritického správania (abstinencia). Pacient sa cíti zodpovedný za dodržiavanie abstinencie aj vonkajšej autorite, autorite chápajúceho psychoterapeuta. Problémom je, že tento činiteľ sa vlastne uplatňuje iba u tých pacientov, ktorí sa mu dobrovoľne podrobia. Ide pritom zrejme o taký typ osobnosti, ktorý je schopný prijímať autoritu a podriaďovať sa pravidlám, alebo ide o osoby vulnerabilné na to, ako ich akceptuje ich sociálne okolie.

Z hľadiska discentného prístupu by sa mal princíp vonkajšej kontroly regulovať tak, aby sa u pacienta postupne posilňoval systém sebakontroly. Osobitným problémom bude vypracovať postup sebakontroly pre tých, ktorí sa vyhýbajú závislosti od akejkoľvek vonkajšej kontroly, ako aj spôsoby na posilňovanie oslabených kontrolných mechanizmov u chronických alkoholikov, u ktorých už nastali diskrétne alebo aj manifestné osobnostné zmeny.

Okrem tréningu autokontroly, ktorý si bude u alkoholikov vyžadovať aj niektoré špeciálne postupy, dá sa uvažovať aj o výberovom použití *skupinovej systematickej desenzitizácie*. O jej indikácii možno uvažovať u tých alkoholikov, kde je zvýšená dimenzia neuroticizmu, u alkoholikov s neurotickými poruchami, resp. pri tzv. reaktívnom type alkoholizmu (Sugerman a i.). Výberovo sa dá aplikovať aj nová *metóda tzv. vnútornej senzitizácie* ako priamy postup na modifikáciu neprimeraného návyku na alkohol, pri ktorej ide o odlišné použitie averzívneho princípu (pozri str. 295). Oproti klasickému podmieňovaniu s apomorfínom alebo elektrickou ranou dovoľuje rozšíriť averzívne predstavy na celý okruh situácií reálneho konzumu alkoholických nápojov, čo má pozitívny význam z hľadiska transferu v učení. Jedným z jej obmedzení môže byť nedostatočná schopnosť pacienta vybavovať si jasné predstavy. Voľbu tejto metódy možno uprednostniť pri výskyte kontraindikácií pre použitie apomorfínu alebo emetínu.

O prvých výsledkoch s touto metódou referujú Annant (1967) a Ashamová, Donner (1968). V Annantovom súbore 26 alkoholikov trvala abstinencia od 8 do 15 mesiacov. V kontrolovanom type výskumu Ashamovej

a Donnera 6 z 15 pacientov (t. j. 40 %) abstinovalo počas 6-mesačnej katamnézy.

Na záver možno teda konštatovať, že *discentný prístup prináša určité obsahové i metodické obohatenie psychoterapie u alkoholikov,* a to aj skupinovej psychoterapie alebo tzv. didaktopsychoterapie. Okrem systému sebakontroly a systematickej manipulácie s variovaním odmeny a trestu (ako je to napr. v Hsuovej metóde, kde požitie alkoholu sa trestá elektrickou ranou a voľba nealkoholických nápojov sa odmeňuje) prináša aj novú psychologickú averzívnu metódu — vnútornú senzitizáciu.

ZÁVER

V knihe sme skúmali prínos psychológie a teórie učenia v psychoterapii. Okrem rozboru základných teoretických otázok a východísk psychoterapie učením sme poukázali na odlišnosti v chápaní hlavných predstaviteľov tohto smeru a vyložili sme aj vlastné chápanie vo forme tzv. discentného poňatia. Kládli sme dôraz na klinické štúdium a priamu klinickú aplikáciu týchto metód a výskum danej problematiky bol podriadený tomuto hľadisku. Preto venujeme pomerne rozsiahlu kapitolu opisu doteraz vyvinutých metód psychoterapie učením. V rámci štúdia týchto metód sme kládli väčší dôraz na využitie princípu recipročného útlmu a na metódy pozitívneho tréningu, čím vznikol aj skromný osobný prínos k rozvoju týchto metód. Jeho výsledkom je metóda tenznej úľavy a metóda dublovaného čítania, ktoré sme — podobne ako metódu tienenia — podrobili osobitnému metodickému štúdiu. Zároveň sme urobili rozbor jednotlivých zložiek metódy systematickej desenzitizácie. Ďalším znakom tejto práce je, že venuje viac pozornosti aplikácii postupov psychoterapie učením u detí i vzhľadom na to, že doteraz dominovalo ich používanie u dospelých. Ukázalo sa, že pri rešpektovaní všeobecných zásad aplikácie psychoterapie u detí a pri vhodnom prispôsobení určitých metód sú tieto pokusy efektívne aj pri detských neurotických poruchách alebo dificilitách.

V dôsledku zamerania na odstraňovanie niektorých porúch u detí dostali sa do popredia problémy eliminácie strachu, tikov, zajakavosti a dyslexie. O možnostiach psychoterapie a reedukácie u detí hovoríme aj globálne v osobitnej kapitole. V rozšírenom texte 2. vydania sa rozoberá možnosť aplikovať tieto postupy pri mentálnej retardácii, poruchách správania a delikvencii v rámci opisu ďalšieho smeru rozvoja psychoterapie učením. Značná pozornosť sa venuje možnostiam discentnej psychoterapie pri komplexných neurotických stavoch u dospelých, kde sa stretávajú vý-

znamné teoretické problémy. Z tohto hľadiska sme sa pokúsili rozviesť princípy klarifikácie v rámci discentného chápania. Osobitnú pozornosť venujeme dosahu postojov pri neuróze. Vidíme v nich nielen súčasť, ktorá charakterizuje neurotický stav, lež aj patogenetického a perzistenčného činiteľa neurózy.

Klinické výsledky sme sledovali aj katamnesticky a pri hodnotení efektov sme sa všeobecne usilovali uplatňovať prísne kritériá na hodnotenie úspechu liečby. Výsledky sa ukázali dostatočne efektné a katamnestické vyšetrenia vykazovali dobrú trvácnosť dosiahnutej úpravy, relapsy boli minimálne.

Výskumné zameranie práce sa zvýraznilo aj v úsilí zachytiť a analyzovať jednotlivé zložky terapeutických zásahov. Toto úsilie bolo však zrejme obmedzené. Globálnosť a terapeutický cieľ nedovoľovali vždy prísnejšiu a čisto výskumnú izoláciu jednotlivých vplyvov, keďže sa prednostne riadili obťažnosťou porúch a priebehom terapie. Prísnejšie výskumné kautely sa aplikovali len pri niektorých postupoch terapie a pri jednoduchších formách porúch, kde už potom zodpovedajú kritériám experimentálneho projektu, ktorý sa dá zrejme aplikovať aj pri psychoterapeutickom výskume. (O jeho možnostiach sa diskutuje v osobitnej časti VIII. kapitoly.) Takto sme sa pokúsili zachytiť jednotlivé zložky desenzitizačnej psychoterapie pri jednoduchej forme strachu napr. zo skúšky, pri tréme. Výsledky dovoľovali bližší rozbor mechanizmov metódy a sú zaujímavé aj z hľadiska možnosti odstraňovať sociálne podmienené strachy. Podobne sme sa pokúsili analyzovať mechanizmy metódy tienenia a metódy dublovaného čítania, pričom sa ukázal pôsobivejší nový spôsob ich aplikácie. Získané závery dovolili urobiť isté odporúčania aj pre reedukačnú prax pri odstraňovaní balbuties a dyslexie, pričom vznikli nové hypotézy, čakajúce na ďalšie štúdium.

Ku konštrukcii metódy uvoľňovania tenzie sme dospeli na základe aplikácie záverov z laboratórneho experimentu, na základe hypotézy, že tenzia je podstatným činiteľom perzistencie tikov. Zdá sa, že experimenty, v ktorých sa skúmajú isté zásahy do repertoáru odpovedí v smere dosahovať adaptívne reakcie, sú podnetné aj pre terapeutický výskum. V tomto smere sa začalo v poslednom čase intenzívnejšie pracovať, ako to demonštruje aj kniha Goldsteina, Hellera a Sechresta (1966) o prínose psychologického štúdia zmien správania pre psychoterapiu. Ide tu, pravda, o štúdium vo viacerých etapách, z ktorých prvú etapu tvorí často aj laboratórny experiment. Naň nadväzujúce prvé kroky v terapeutickom výskume (alebo terapeuticky zameranom výskume o zmenách v správaní) prinášajú potom nové hypotézy, ktoré treba preverovať klinickým, ale niekedy aj laboratórnym výskumom. Je to vždy zdĺhavá cesta, ako sme na to poukázali aj pri vývoji metódy tienenia. V rámci záverov spomíname

tento námet len preto, že poukazuje na významné vzťahy medzi základným a aplikovaným výskumom i na potrebu prechodných foriem výskumov, ktorých nedostatok častejšie sťažuje intenzívne a dosť pohotovo využívať prínosy základného alebo laboratórneho výskumu. Zdá sa nám, že poukázanie na vzťahy a dosah experimentálneho výskumu na rozvíjanie terapie, ako aj ukážky konkrétnych terapeutických výskumov osvetľujú niektoré otázky riešenia vzťahov medzi experimentálnym a klinickým výskumom. Tento pohľad sa javí dôležitý preto, že sa dotýka nakoniec aj otázok konfrontácie teoretických a experimentálnych záverov pri ich aplikácii na určitom úseku odbornej praxe.

Z uvedeného aspektu možno pokladať za kladnú stránku metódy psychoterapie učením — v porovnaní s inými psychoterapeutickými postupmi — ich úzke a pomerne bezprostredné vzťahy tak s teoretickými poznatkami, ako aj priamo s prínosmi z experimentov. Aspekt ich vedeckej podloženosti sa vyzdvihuje predovšetkým v porovnaní s psychoanalýzou (napr. Eysenck, 1959, Wolpe, 1965, Eysenck a Rachman, 1965) a analogicky znesú porovnávanie aj s inými metódami psychoterapie. Pokiaľ sa takéto porovnávania začínajú robiť (Eysenck, 1963, Cautela, 1965, Paul, 1966 a iní), vyznievajú v prospech psychoterapie učením. Hoci závery spomínaných prác plne podporujú psychoterapiu učením, resp. behaviorálnu terapiu, to ešte neznamená, že v jej teoretických východiskách je všetko jasné alebo dokázané. Pri kritickom hodnotení týchto východísk sa možno dokonca pozastaviť už pri základnom poňatí neuróz najmä vzhľadom na to, či tu treba prijímať širšiu koncepciu choroby, alebo či treba pokladať pri súčasnom stave poznatkov na tomto úseku za nosnejšiu koncepciu poruchy ako odchýlky od normy. Ďalším závažným problémom je otázka širších terapeutických manipulácií pri komplexnejších poruchách — ako sme sa na to pokúsili poukázať v kapitole o komplexných neurotických stavoch — kde mnohé z uvedených námetov ešte len čakajú na prísnejšie štúdium a experimentálne preverovanie daných postulátov. Javí sa teda, že intenzívne teoretické štúdium je tu veľmi namieste, čoho si je prevažná časť stúpencov tohto smeru vedomá. A to bol dôvod, prečo sme túto prácu koncipovali širšie, a prečo sme si dovolili viesť čitateľa aj cez základné otázky teórie učenia.

Bachrach a Quinlay (1966) rozoberajú tzv. „životný cyklus" terapeutických metód. Rozdeľujú ho do štyroch fáz: Po náhodnom objavení určitého vzťahu sa začne entuziasticky s referovaním o úspešne liečených prípadoch. (Ilustratívnym príkladom objavenia takéhoto vzťahu bol napr. nedostatok pacientov so súčasným výskytom epilepsie a schizofrénie, čo umožnilo elektrošokovú terapiu schizofrénie.) Po etape kazuistík nasleduje fáza porovnávania efektov novej metódy s niektorými starými metódami. Po-

tom nasleduje fáza katamnestického sledovania výsledkov a posledná je fáza objasňovania podmienok pôsobenia metódy, ktorá je vlastne fázou prehodnotenia metódy, a to aj z hľadiska jej účinnosti.

Psychoterapia učením sa nezačínala nejakým náhodným pozorovaním, lež vyšla priamo z nahromadených experimentálnych a teoretických záverov. Preto sa tu javia z hľadiska uvedených fáz isté odlišnosti v jej vývoji i prelínanie týchto fáz. Obdobie kazuistických štúdií — ktoré bývajú veľmi inštruktívne a demonštrujú vedecký prístup k jednotlivému prípadu — sa prelína s porovnávacími rozbormi o výsledkoch liečenia inými metódami. Dá sa povedať, že v súčasnom vývoji psychoterapie učením sú už zastúpené vlastne všetky fázy, hoci menej prác sa zaoberá priamo katamnestickým štúdiom. Súčasný stav psychoterapie učením, napriek krátkemu obdobiu jej trvania, je už vlastne z hľadiska uvedených fáz v „zrelom" štádiu vývoja. Intenzívne sa už skúmajú aj podmienky pôsobenia jednotlivých metód hoci práve na tomto poli je ešte veľa práce. Rozvinutá etapa terapeutickej aplikácie psychológie a teórie učenia dovoľuje vytvárať aj isté predstavy o perspektívach ďašieho rozvoja tohto trendu.

Pokiaľ ide o perspektívy, treba spomenúť aspoň dve dôležité skutočnosti. Na jeseň r. 1963 sa založil medzinárodný časopis venovaný tejto problematike — Behaviour Research and Therapy (pod redakciou prof. Eysencka). Roku 1965 založili Spoločnosť pre rozvoj behaviorálnych terapií (AABT — Association for Advancement of Behavioral Therapies, prvý prezident dr. C. M. Franks). Obe skutočnosti majú veľký vplyv na ďalší rozvoj štúdia a na intenzitu prác v tomto odbore. Je nádej, že celý rad nedoriešených otázok sa bude postupne riešiť a študovať.

Vážnym problémom zostáva stále jednak mechanický ráz niektorých postupov, jednak uplatňovanie prvkov behavioristickej metodológie, čo nakoniec spolu úzko súvisí. Tento nedostatok sa podľa nášho názoru najviac zvýrazňuje v prístupoch, vychádzajúcich zo Skinnerovej teórie učenia. No na druhej strane sa práve tieto postupy pokusne aplikujú pri najťažších formách porúch, ako sú psychotické poruchy správania, dificility, autizmus, mutizmus alebo mentálna retardácia. Posledná oblasť aplikácie súvisí zároveň s využívaním Skinnerovej teórie v programovom vyučovaní. Treba však zdôrazniť, že práca na tomto úseku je v štádiu terapeuticky zameraného výskumu a jej výsledky sa len postupne budú môcť zavádzať do klinickej liečby. Nejde teda priamo o terapeutické metódy pre bežnú klinickú prax, hoci sa už isté náznaky tohto prechodu vyskytujú.

Medzi nedoriešené otázky patrí aj indikácia psychoterapie učením. Oproti tendenciám ich širokého uplatňovania stojíme osobne na stanovisku výberového používania týchto metód. Dajú sa aplikovať — všeobecne povedané — pri takých poruchách, v patogenéze, resp. vo fixácii alebo

perzistencii ktorých sú preukazateľné činitele učenia. Patria sem mnohé neurotické poruchy, niektoré poruchy správania, dificility alebo výchovne spôsobené nedostatky a niektoré psychické stavy (akým je napr. tréma). Pri takomto výberovom používaní sa javia metódy psychoterapie učením, aj podľa nášho doterajšieho štúdia, veľmi efektné tak u dospelých, ako aj u detí. Je potom namieste, aby sa pri takýchto poruchách a zmenách prednostne používali aj z čisto humanistického hľadiska.

Sme toho názoru, že metódy psychoterapie učením nenahradzujú všetky iné psychoterapeutické postupy, a preto sme ich štúdium zaradili do celkového pohľadu na problematiku psychoterapie s uvedením metód psychoterapie a pohľadom na iné psychoterapeutické smery. Podporením tohto nášho názoru je psychoterapia pri tzv. charakterových neurózach alebo pri komplexných neurotických stavoch. Prikláňame sa v týchto prípadoch ku kombinácii metód psychoterapie učením aj s inými psychoterapeutickými postupmi a zdôrazňujeme práve tu discentný prístup, rešpektovanie špecifík ľudského učenia, aplikáciu princípov učenia typu riešenia problému, zásahy do postojov atď. Treba veriť, že v budúcnosti bude väčšia integrácia psychoterapeutických úsilí. (Hľadiská integrácie zdôrazňujú a rozoberajú u nás Bouchal a Kratochvíl, 1966 a Kratochvíl, 1970.)

Napriek istým výhradám treba pokladať tento prístup za únosný, lebo pri mnohých poruchách je efektný. K takýmto poruchám patria napr. enuresis, balbuties, fóbie a strachy, tiky, dyslexia, sexuálne neurózy i aberácie, mnohé dificility a poruchy správania a už podľa dnešného stavu výskumu by sa pri týchto poruchách mohli metódy psychoterapie učením uprednostňovať. Dajú sa však aplikovať aj pri iných poruchách a neurózach. To, pravda, neznamená, že by daný prístup mal byť intolerantný k iným prístupom, hoci môže — na druhej strane — prinášať faktické kritické pripomienky k iným psychoterapeutickým teóriám (psychoanalýza) a môže vytláčať menej efektívne postupy, čo sa už aj v súčasnosti stáva.

Tým sa už dotýkame otázok, kde psychoterapeutická teória súvisí so širšími koncepciami a teóriami v psychológii osobnosti, s chápaním poruchovej i neporuchovej psychickej činnosti i s celkovým filozofickým nazeraním na človeka. Aj preto sme pokladali za potrebné vyjadriť osobitosti nášho chápania vo forme discentného poňatia. Ale aj z hľadiska tohto poňatia treba mať na zreteli, že tu ide o direktívne zamerané metódy. Ide tu o systematickú terapeutickú aplikáciu postupov, v ktorých sa rešpektujú syntetické poznatky, metódy a základné teoretické princípy celej psychológie učenia s dôrazom na špecifické znaky ľudského učenia. V praxi discentnej psychoterapie sa potom dbá na to, aby pri odstraňovaní porúch alebo náprave dificilít terapeut mal v evidencii celkovú štruktúru osobnosti pacienta, charakteristiky jeho normálnej a poruchovej psychic-

kej činnosti, včítane vývoja porúch, ako aj charakter prevládajúcich postojov pacienta. Tento širší pohľad by mal pomáhať prekonávať obmedzenia tej-ktorej jednotlivej teórie učenia.

O prudkom raste prác na tomto úseku svedčí aj skutočnosť, že r. 1970 začali vychádzať ďalšie 2 časopisy, venované tejto tematike. Usilovali sme sa, aby rozšírený text druhého vydania dokumentoval intenzitu a extenzitu tejto práce. Rozšíril sa o prvé skúsenosti pri somatických dysfunkciách a chorobách, ako aj o dávnejšie skúsenosti s použitím týchto metód pri sexuálnych poruchách a deviáciách. Ďalšie príspevky autora obsahujú kapitoly o verbálnom podmieňovaní u schizofrenikov, o zavedení nového spôsobu prípravy na pôrod alebo o terapeutickom použití modifikovanej metódy tienenia. V zhode s očakávaním sme do nového vydania mohli zaradiť pomerne rozsiahlu kapitolu o rozvoji metód psychoterapie učením, pričom je potešiteľné, že tento výskum sa dotýka aj širších teoretických problémov psychickej regulácie správania. V tomto smere sme potom zdôraznili a rozviedli problematiku autoregulácie a sebakontroly.

V metodických referátoch ešte stále prevláda opis kazuistík. Hoci niektoré z nich bývajú inštruktívne, oveľa viac pozornosti treba venovať systematickému štúdiu metodík a ich jednotlivých zložiek. Takýto typ štúdia sa zatiaľ uskutočnil len pri metóde systematickej desenzitizácie, k čomu autor prispel pokusom o rozbor jej troch zložiek (Kondáš, 1967c, porovnaj IX. kap.), v menšej miere sme sa o to pokúsili pri metóde tienenia. Oveľa viac pozornosti si ďalej zaslúži štúdium možností trénovať neporuchovú psychickú aktivitu, pri čom možno využiť a rozpracovať princíp pozitívneho tréningu. Okrem štúdia transferu terapeutického efektu v bežných životných podmienkach treba viac počítať s prvkami imitačného sociálneho učenia (vrátane tzv. modelovania). Okrem toho treba brať do úvahy tak ďalšie psychogenetické činitele, ako aj osobnostné faktory pacienta (v zmysle širšieho vedeckého poňatia osobnosti — pozri napr. Kovalev a Miasiščev, 1960). Ide tu najmä o interakciu neprimeraných prejavov tak s osobnostnými faktormi, ako aj s činiteľmi prostredia, výchovy a interpersonálnych vzťahov. V rámci toho sme proti zaznávaniu dosahu psychoterapeutického vzťahu.

Týmito poznámkami naznačujeme iba niektoré momenty dôležité pre ďalší rozvoj discentnej psychoterapie a zároveň uvádzame svoj kritický odstup od mechanistických postupov. Domnievame sa, že jednou z prednosti discentného prístupu je sústrediť sa nielen na modifikáciu, redukciu alebo elimináciu porúch, deviácií a dysfunkcií, ale aj na možnosť ich prevencie. Preventívne hľadisko môže počítať aj s prínosmi teórie a psychológie učenia. Uviedli sme ich už v prvom vydaní a tu sme ich

doplnili o princípy psychickej autoregulácie a sebakontroly, ktoré majú aj výchovný a sebavýchovný dosah.

Zdá sa — a azda sa to podarilo ukázať aj v tejto práci — že psychoterapiu učením, resp. discentnú psychoterapiu možno hodnotiť ako vážny, konkrétny a teoreticky podložený prínos psychológie k rozvoju psychoterapie. Domnievame sa, že si daný prístup zaslúži, aby získal aj u nás plnú pozornosť a dosiahol väčšie rozšírenie — ku ktorému by aj táto kniha chcela prispieť — a to v záujme pomoci ľuďom, ktorí trpia a ktorí túto pomoc potrebujú.

LITERATÚRA

Anker J. M., 1964 *Behaviour modification in chronic schizophrenics.* In Eysenck (Edit.), c. d., 1964, 324.

Aylon T., Michael J. L., 1959, *The psychiatric nurse as a behavioral engineer.* J. exp. Anal. Behav. 2, 233. In Franks (Edit.), c. d., 1964, 275.

Bachrach A. J. (Edit.), 1962, *Experimental Foundation of Clinical Psychology,* Basic Books, New York.

Bachrach A. J., Quigley W. A., 1966, *Direct methods of treatment.* In Berg, Pennington (Eds.), *Introduction to Clinical Psychology,* Ronald Press, New York.

Barbara D. A., 1957, *Working with stuttering problem.* J. nerv. Dis. 329. Excerpta med. VIII, 12 (1959), 157.

Barlogová D., 1965, *Stupeň potivosti kože,* Kandid. dizertácia, LFUK, Bratislava.

Barret B. H., 1962, *Reduction in rate of multiple tics by free-operant conditioning methods.* J. nerv. ment. Dis. 135, 187, In Franks (Edit.), c. d., 1964, 303.

Bijou S. W., Orlando R., 1961, *Rapid development of multiple-schedule performances, with retarded children.* J. exp. Anal. Behav. 4, 7. In Eysenck, c. d., 1964, 498.

Bevan J. R., 1960, *Learning theory applied to the treatment of a patient with obsessional ruminations.* In Eysenck, c. d., 1960, 165.

Bouchal M., Kratochvíl S., 1966, *K syntetickému a diferencovanému přístupu v psychoterapii neuróz.* Čs. Psychol. X, 479.

Bouchal M., Konečný R., 1966, *Psychologie v lekářství,* Stát. zdrav. naklad., Praha (2. vyd. Konečný a Bouchal, 1971).

Brady J. P., Lind J. P., 1961, *Experimental analysis of hysterical blindness.* Arch. gen. Psychiat. 4, 331. In Franks, c. d., 1964, 290.

Berger L., McGaugh J. L., 1965, *Critique and reformulation of „learning theory" approaches to psychoterapy and neurosis.* Psychol. Bull. 63, 338.

Břicháček V., 1961, *Experimentální projekt v psychologii.* Acta Univ. Carolina — phil. et hist. 1, 99.

Břicháček V., Hampejsová O., 1961—1962, *Neparametrické techniky statistického hodnocení v psychologickém výzkumu.* Psychologické štúdie III, 227 a IV, 221.

Brožek J., 1964, *Recent developments in soviet psychology.* Annual Review of Psychology 15, 493—594.

Brutten E. J., Gray B. B., 1961, *Effect of word cue removal on adaption and adjacency:* A clinical paradigm. J. Speech hearing Disord. 26, 386.

Buchwald A. M., 1959, *Experimental alterations in the effectiveness of verbal reinforcement combinations.* J. Exp. Psychol. 57, 351.

Case H. W., 1960, *Therapeutic methods in stuttering and speech blocking.* In Eysenck, c. d., 1960, 207.

Cautela J. H., 1965, *Desensitization and insight.* Behav. Res. Ther. 3, 59.

Cook Ch., Adams H. E., 1966, *Modification of verbal behaviour in speech deficient children.* Behav. Res. Ther. 4, 265.

Coote M. A., 1965, *Apparatus for conditioning treatment of enuresis.* Behav. Res. Ther. 2, 233.

Coppel L., 1957, *Traitement du bégaiement.* Rev. Neuropsychiat. Infant. Hyg. ment. enfance 5, 586, Excerpta med. VIII, 12 (1959), 133.

Čečetka J., 1936, *Pedagogika a adlerovská individuálna psychológia.* Spisy FFUK, Bratislava.

Čistovič A. S., 1956, *O významu psychického traumatu ve vzniku některých infekčných psychóz.* Čs. Psychiat. 52, 81.

Davis R. A., 1935, *Psychology of Learning,* New York — London.

Dollard J., Miller N. E., 1950, *Personality and Psychotherapy,* McGraw Hill, New York.

Dostálek C., 1960, *Zpětné podmínění.* Čs. Psychol. 4, 117.

Dostálová N., Dosužkov B., 1964, *Neurotická koktavost, její průběh a prognóza.* Čs. Psychiat. 60, 395.

Dosužkov B., 1960, *O vztahu koktavosti k jiným neurózam.* Čs. Psychiat. 56, 395.

Drvota S., 1958, *K některým historicky významnějším názorům na schizofrenii.* Čs. Psychiat. 54, 400.

Drvota S. a spol., 1962, *Nové způsoby léčby tiků.* Referát v rukopise. Skrátene in Activ. nerv. super. 4, 166.

Ďurič L., 1965, *Práceschopnosť žiakov vo vyučovacom procese,* Slov. pedag. naklad., Bratislava.

Edwards A. L., Gronbach L. J., 1952, *Experimental design for research in psychotherapy.* J. clin. Psychol. 8. 51. In Goldstein, Dean (Eds.), c. d., 71.

Ellis A., 1964, *Rational psychoterapy.* In Eysenck, c. d., 1964, 287.

Elkin D. G., 1956, *Zabyvanije i uslovnyj reflex.* Voprosy Psichol. 2, 34.

Estes W. K. (Edit.), 1954, *Modern Learning Theory,* New York.

Eysenck H. J., 1959, *Learning theory and behavioral therapy.* J. ment. Sci. 105, 63.

Eysenck H. J. (Edit.), 1960, *Behaviour Therapy and the Neuroses,* Pergamon Press, London.

Eysenck H. J., 1960a, *The Structure of Human Personality* (2nd Ed.), Wiley, New York.

Eysenck H. J., 1963, *Behaviour therapy, extinction and relapses in neurosis.* Brit. J. Psychiat. 109, 12.

Eysenck H. J., (Edit.), 1964, *Experiments in Behaviour Therapy,* Perg. Press, McMillan Co., New York.

Eysenck H. J., Rachman S., 1965, *The Causes and Cures of Neurosis,* Routledge et Kegan, London.

Ferster Ch. B., 1958, *Reinforcement and punishment in the control of human behavior by social agencies.* Psychiat. Res. Rep. 10, 101, In Eysenck, c. d., 1964, 189.

Ferster Ch., B., 1961, *Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children.* Child Develop. 32, 437, In Franks, c. d., 1964, 255.

Ford D. H., 1959, *Research approaches to psychotherapy.* J. consult. Psychol. 6, 55. In Goldstein, Dean (Eds.), 92.

Ford D. H., Urban H. B., 1965, *Systems of Psychotherapy* (5th Print.), Wiley, New York.

Frank J. D., 1959, *Problems of control in psychotherapy.* In Goldstein, Dean (Eds.), c. d., 1966, 79.

Franks C. M., 1957a, *Personality factors and the rate of conditioning.* Brit. J. Psychol. 48, 119.

Franks C. M., 1957b, *Effect of food, drink and tabacco deprivation on the conditioning of the eyeblink response.* J. exp. Psychol. 53, 117.

Franks C. M., 1958, *Alcohol, alcoholism and conditioning.* J. ment. Sci. 104, 14.

Franks C. M., 1963a, *Personality and eyeblink conditioning seven years later.* Acta Psychol. 21, 295.

Franks C. M., 1963b, *Behavior therapy, the principles of conditioning and the treatment of the alcoholic.* Quart. J. Stud. Alcohol 24, 511.

Franks C. M. (Edit.), 1964, *Conditioning Techniques in Clinical Practice and Research,* Springer, New York.

Franks C. M., 1965, *Behavior therapy, psychology and the psychiatrist.* Am. J. Orthopsychiat. 35, 145.

Franks C. M., 1966, *Clinical application of conditioning and other behavioral techniques.* Condit. Refl. 1, 36.

Freud S., 1945, *Úvod do psychoanalýzy,* Albert, Praha.

Freud S., 1947, *Studie o hysterii,* Albert, Praha.

Gayral L., Huron R., Barthe A., 1962, *Recherches psychotechniques et statistiques sur la psychomotoricité chez les tiqueurs,* Toulouse Médical 63, 421.

Geer J. H., 1965, *The development of a scale to measure fear.* Behav. Res. Ther. 3, 45.

Gold S., Neufeld I. L., 1965, *A learning approach to the treatment of homosexuality.* Behav. Res. Ther. 2, 201.

Goldstein A. P., Dean S. J. (Eds.), 1966, *The Investigation of Psychotherapy,* Wiley, New York.

Goldstein A. P., Heller K., Sechrest L. B., 1966, *Psychotherapy and the Psychology of Behavioral Change,* Wiley, New York — London — Sydney.

Gottschalk L. A., Auerbach A. H. (Eds.), 1966, *Methods of Research in Psychotherapy.* Appleton Century Grofts, New York.

Gray B. B., Brutten E. J., 1964, *The relationship between anxiety, fatigue and spontaneous recovery in stuttering.* Behav. Res. Ther. 2, 251.

Gray B. B., 1965, *Theoretical approximation of stuttering adaptation.* Behav. Res. Ther. 3, 221.

Gross J., Rektor L., Bednárik Š., 1959, *Chlórpromazínové interview.* Využitie psychol. v social. spoloč. praxi, Bratislava.

Guensberger E., 1948, *Liečebné pochody pri duševných poruchách ako psychologický problém.* Psychol. zborn.. 3, 133.

Guensberger E., 1959, *Narkoanalýza ako teoretický a praktický prínos.* Bratisl. lek. Listy 30, 342.

Guensberger E., Kondáš O., 1961, *Vybrané teoretické otázky psychoterapie.* Referát, sympózium o psychoterapii, Bratislava.

Guensberger E. a spol., 1963, *Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie.* Slov. pedag. nakl., Bratislava.
Hála B., Sovák M., 1962, *Hlas, řeč, sluch,* Stát. pedag. nakl., Praha.
Haslam M. T., 1965, *The treatment of the obsessional patient by reciprocal inhibition.* Behav. Res. Ther. 2, 213.
Haškovec L., Drvota S., 1962, *Nové směry terapie neuróz, vycházející z tzv. teorie učení.* Čs. Psychiat. 58, č. 1—3.
Hausner M., 1959, *Pohledy na sovětskou psychoterapii.* Čs. Psychiat. 55, 339.
Hausner M., 1963, *Terapeutický vztah.* Čs. Psychiat. 59, 295.
Hausner M., Doležal V., 1963, *Praktické zkušenosti s halucinogeny v psychoterapii.* Čs. Psychiat. 59, 328.
Hilgard E. R., Marquis D. G., 1940, *Conditioning and Learning,* New York.
Homme L. E., 1966a, *Contiguity theory and contingency management.* Psychol. Res. 16, 233.
Homme L. E., 1966b, *Coverant control therapy: A special case of contingency management.* Prepublication draft.
Homme L. F., Tosti D. T., 1965, *Contingency management and motivation.* NSPI Journal IV, No 7.
Hoskovec J., 1962, *Schultzův autogenní trénink.* Čs. Psychol. 6, 103.
Hoskovec J., Knobloch F., Říčan P., 1963, *Learyho metoda interpersonální diagnózy osobnosti.* Čs. Psychiat. 59, 304.
Chassan J. B., Bellak L., 1966, *An introduction to intensive design in the evaluation of drug efficacy during psychotherapy.* In Gottschalk, Auerbach, c. d., 478.
Cherry, G., Sayers B., 1956, *Experiments upon total inhibition of stammering by external control, and some clinical results.* J. Psychosom. Res. 1, 233. In Eysenck, c. d., 1960, 441.
Chmelař V. a spol., 1959, *Některá dáta o možnostech náplně psychologické praxe ve zdravotnictví.* Využitie psychol. v social. spoloč. praxi, Bratislava, 287.
Chmelová A., 1956, *Skupinová terapie koktavosti.* Čs. Logopedie, sborník, Stát. ped. nakl., Praha, 202.
Isaacs W., Thomas J., Goldiamond I., 1960, *Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics.* J. Speech Hearing Disord. 25, 8, In Eysenck, c. d., 1964, 207.
Ivanov-Smolenskij A. G., 1952, *Náčrt patofyziológie vyššej nervovej činnosti,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.
Jacobson E., 1938, *Progressive Relaxation,* Univ. Chicago Press.
Janet P., 1934, *Psychologické léčení,* Praha.
Janota O. (red.), 1961, *Neuroses,* Stát. zdrav. nakl., Praha.
Jirásek J., Matějček Z., Žlab Z., 1966, *Poruchy čtení a psaní,* Stát. pedag. nakl., Praha.
Jones M. C., 1924a, *A laboratory study of fear. The case Peter.* Ped. Sem. 31, 308.
Jones M. C., 1924b, *The elimination of children fear.* J. exp. Psychol. 7, 383. (Tiež v Eysenck, c. d., 1960.)
Jones H. Gw., 1958, *Neurosis and experimental psychology.* J. ment. Sci. 104, 55
Jones H. Gw., 1960, *Continuation of Yates' treatment of a tiquer.* In Eysenck, c. d., 1960, 250.
Jones H. Gw., 1960a, *The application of conditioning and learning techniques to the treatment of psychiatric patients.* In Eysenck, c. d., 1960, 432.
Jurovský A., 1955, *Dieťa a disciplína,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.

Kanner L., 1955, *Child Psychiatry* (2nd Ed.), Springfield.
Kantorovič N. V., 1929, *An attempt at associative reflex therapy in alcoholism.* Psychol. Abstr. 1930, č. 4282.
Kendrick D. C., 1960, *The theory of „conditioned inhibition" as an explanation of negative practice: An Experimental analysis.* In Eysenck, c. d., 1960, 221.
King C. F., Armitage S. G., Tilton J. R., 1960, *A therapeutic approach to schizophrenics of extreme pathology: An operant-interpersonal method.* J. abnorm. soc. Psychol. 61, 276. In Goldstein, Dean, c. d., 179,
Kleinsorge H., Klumbies G., 1961, *Technik der Relaxation,* VEB G. Fischer, Jena.
Klimo Z., 1938, *O myslení schizofrenikov.* Bratisl. lek. Listy 18, č. 10, 378 a č. 11, 418.
Koenig K. P., Masters J., 1965, *Experimental treatment of habitual smoking.* Behav. Res. Ther. 3, 235.
Kondáš O., 1958a, *Poznámky k psychoterapii alkoholikov.* Lek. Obzor 7, 475.
Kondáš O., 1958, *Niektoré otázky uplatnenia klinickej psychológie pri rehabilitačnej liečbe duševne chorých.* Čs. Psychiat. 54, 395.
Kondáš O., *Niektoré otázky teórie učenia v psychopatológii.* Referát na plenárnom zasadnutí SPS, Bratislava. Psychologica, Zborník FFUK XII (II), 1962, 65.
Kondáš O., 1961, *Verbálne prejavy pri psychózach a ich psychodiagnostická hodnota.* Psychologica, Zborník FFUK XII (I), 104.
Kondáš O., 1962, *Aplikácia psychologickej koncepcie učenia v psychoterapii.* Bratisl. lek. Listy 42 (II), 299.
Kondáš O., Přibyl R., 1962, *K problému úspešnosti protialkoholickej liečby.* Bratisl. lek. Listy 42 (II), 215.
Kondáš O., 1964, *Podiel učenia v psychoterapii.* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava (Kandid. dizertácia 1962).
Kondáš O., 1965a, *Princíp interferencie v discentnej reedukácii balbuties a dyslexie, Psychologica,* Zborník FFUK XVI (V), 57.
Kondáš O., 1965b, *The possibilities of applying experimentally created procedures when eliminating tics.* Studia Psychol. VII, 221.
Kondáš O., 1966a, *Poňatie discentnej psychoterapie.* Čs. Psychol. X, 32.
Kondáš O., 1966b, *An attempt to relearn disturbed association reaction in schizophrenics.* Psychologica, Zborn. FFUK XVII (VI), 73.
Kondáš O., 1966c, *Wkład psychologii uczenia w rozwoj metod psychoterapii.* Przegląd Psychol. 13, 64—74.
Kondáš O., 1966d, *Súčasný stav a problémy psychoterapie učením.* Referát na II. zjazde SPS, Smolenice. Zborn. Súčasné problémy psychológie učenia a výchovy, SPN, Bratislava 1968, 192.
Kondáš O., 1966e, *Experiencies in Wolpes method of systematic desensitization.* Referát na II. celoštát. psychiat. zjazde, Brno.
Kondáš O., 1967a, *Tréma ako forma naučeného strachu.* Psychol. a patopsychol. diefaťa II, 67.
Kondáš O., 1967 b, *The treatment of stammering in children by shadowing method.* Behav. Res. Ther. 5, 325.
Kondáš O., 1967c, *Reduction of examination anxiety and „stage-fright" by group desensitization and relaxation.* Behav. Res. Ther. 5, 275.
Konečný R., 1959, *Problémy a úkoly zdravotnícké psychologie.* Využitie psychológie v social. spoloč. praxi, Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava, 247.

Konečný R., 1964, *Některé teoretické a praktické otázky psychoterapie dětí.* Sborník FFBÚ, Brno B 11, 7.

Král J., 1964, *Fyziologie a biochemie potu,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Kratochvíl S., 1960, *Užití filmu v mentální hygieně a psychoterapii.* Čs. Psychiat. 54, 299.

Kratochvíl S., 1961, *K psychoterapii existenciální frustrace.* Čs. Psychiat. 57, 186.

Kratochvíl S., 1962, *Autogenní trénink v psychoterapii neuróz.* Čs. Psychiat. 58, 329.

Kratochvíl S., 1966, *Psychoterapie,* Stát. pedag.. nakl., Praha.

Kratochvíl S., 1966a, *K problému existenciální frustrace.* Čs. Psychiat., 62, 322.

Kubová A., 1967, *Dyslexia a jej náprava pomocou metódy doubleovaného čítania.* Dipl. práca FFUK, Bratislava.

Kučera O., 1959, *Zvláštní poruchy čtení u českých dětí.* Čs. Psychiat. 55, 14.

Kupalov P. S., 1962, *Učenije o reflexe i reflektornoj dejatelnosti i perspektivy jego razvitija.* Voprosy Psichol. 9, 35.

Lang P. J., Lazovik A. D., 1963, *Experimental desensitization of a phobia.* J. abnorm. soc. Psychol. 66, 519, In Eysenck, c. d., 1964, 40.

Lang P. J., 1965, *Experimental studies of desensitization therapy.* In Wolpe, Salter, Reyna (Eds.), c. d., 1965, 38.

Langmeier J., Matejček Z., 1962, *Vývojová dyslexie III. Diagnostika a návrh na hodnocení defektů čtení.* Čs. Psychol. VI, 287.

Lawson R., 1960, *Learning and Behavior,* MacMillan, New York.

Lazarus A. A., Rachman S., 1957, *The use of systematic desensitization treatment in psychotherapy.* S. Afr. Med. J. 31, 934, In Eysenck, c. d., 1960, 181.

Lazarus A. A., 1961, *Group therapy of phobic disordes by systematic desensitization.* J. abnorm. soc. Psychol. 63, 504. In Eysenck, c. d., 1964, 87.

Lazarus A. A., Abramovitz, A., 1962, *The use of „emotive imagery" in treatment of children's phobias.* J. ment. Sci. 108 191.

Lehner G. F. J., 1954, *Negative practice as a psychotherapeutic technique.* J. gen. Psychol. 51, 69, In Eysenck, c. d., 1960, 194.

Lewitt E. E., 1963, *Psychotherapy with children: A further evaluation.* Behav. Res. Ther. 1, 45.

Lindsley O. R., 1960, *Characteristics of the behaviour of chronic psychotics as revealed by free-operant sonditioning methods.* In Franks, c. d., 1964, 231.

Linhart J., 1962, *Problémy teorie řízení učení.* Psychologica, Zborn. FFUK XII (II), 19.

Linhart J., 1965, *Psychologické problémy teorie učení,* Nakl. Českoslov. akademie věd, Praha.

Ličko L., Janec M., 1957, Pokus o komplexnú liečbu enuresis nocturna. In Verner a kol., *Psychológia v zdravotníctve,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava, 99.

Liška J., 1965, *Správa o prázdninovom kurze pre zajakavých.* Rukopis.

Lorr M., McNair D. M., 1966, *Methods relating to evaluation of therapeutic outcome.* In Gottschalk, Auerbach, c. d., 573.

Lovaas O. I., 1961, *Interaction between verbal and nonverbal behavior.* Child Developm. 32, 329. In Eysenck, c. d., 1964, 490.

Lovaas O. I., 1964, *Clinical implication of relationship between verbal and nonverbal operant behavior.* In Eysenck, c. d., 1964, 475.

Lovibond S. H., 1963, *The mechanism of conditioning treatment of enuresis.* Behav. Res. Ther 1, 17.

Lurija A. R., 1958, *Roľ reči v psichičeskom razvitii rebionka.* Voprosy Psichol. 4, 5, 3.

Lurija A. R., 1963, *Mozg čeloveka i psichičeskije processy,* Izdat. Akademii pedag. nauk, Moskva.

Macland P. M., 1960, *Appendix to Cherry and Sayers* (1956). In Eysenck, c. d., 1960, 453.

Malcaren J., 1960, *The treatment of stammering by Cherry and Sayers method.* In Eysenck, c, d., 1960, 457.

Marks M., Rachman S., Gelder M. G., 1965, *Methods of assesment of aversion treatment in fetishism with masochism.* Behav. Res. Ther. 3, 253.

Macháč M., 1964, *Relaxačně aktivační autoregulační zásah. Metoda nácviku a psychologická charakteristika.* Čs. Psychol. 8, 97.

Masserman J. H., 1958, *Experimental psychopathology and behavior relativity.* In Hoch, Zubin, *Problems of Addiction anod Habituation,* New York, 210.

Matarazzo R. G., Wiens A. N., Saslow G., 1966, *Experimentation in teaching and learning of psychotherapy skills.* In Gottschalk, Auerbach, c. d., 597.

Matějček Z., 1959, *Psychologické nálezy a nápravný postup u našich dyslektiků.* Čs. Psychiat. 55, 23.

Mednick S. A., 1958, *A learning theory approach to research in schizophrenia.* Psychol. Bull. 55, 316.

Mellan J., 1966, *Jednoduchý způsob administrace Learyho metody.* Čs. Psychol. X, 513.

Menninger W. C., 1956, *O vztazích klinické psychologie a psychiatrie.* Čs. Psychiat. 52, 88.

Míček L., 1959, *Nervózní děti a mládež ve škole.* Stát. pedag. nakl., Praha.

Miasiščev V. N., 1957, *Problema otnošenij čeloveka i jejo mesto v psichologii.* Voprosy Psichol. 3, 142.

Miasiščev V. N., 1959, *Některé otázky teorie psychoterapie.* Čs. Psychiat. 55, 225.

Milan M.., 1951. *Štatistické metódy v psychológii.* Univ. prednášky na FFUK v Bratislave. Rozmnožený rukopis.

Miller N. E., 1966, *Experiments relevant to learning theory and psychopathology.* XVIII. Intern. congress of psychology, Moskva.

Morton J., 1964a, *The effect of context on the visual duration threshold for words.* Brit. J. Psychol. 55, 165.

Morton J., 1964b, *The effect of context upon speed of reading, eye movements and eyevoice span.* Quart. J. exp. Psychol. XV. 340.

Morton J., 1966, *A two-hour reading course.* Nature 211, 323.

Müller—Hegemann D., 1957, *Psychoterapie,* VEB Fischer, Berlin.

Nepomňaščaja H. I., 1957, *Roľ obučenija v kompenzacii nekotorých nevrodinamičeskich defektov u umsvenno ot stalych detej.* Voprosy Psichol. 3, 108.

Noyes A. P., 1956, *Modern Clinical Psychiatry,* Philadelphia et London.

Pardel T., 1962, *Špecifičnosť učenia u človeka a jeho zástoj pri utváraní osobnosti v ontogenéze.* Psychologica, Zborník FFUK Bratislava, XIII (II), 9.

Pardel T., 1966, *Písaná reč, jej vývin a poruchy u detí,* Slov. pedag. nakl., Bratislava.

Patterson G. R. et all., 1965, *A behaviour modification technique for hyperactive child.* Behav. Res. Ther. 2, 3.

Paul G. L., 1966, *Insight vs. Desensitization in Psychotherapy,* Stanford Univ. Press.

Paul G. L., Shannon D. T., 1966, *Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups.* J. abnorm. soc. Psychol. 71, 124.

Pavlov I. P., 1952a, *Sebrané spisy IV,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Pavlov I. P., 1952b, *Výbor ze spisů* (red. Koštojanc), Stát. zdrav. nakl., Praha.

Phillips E. L., 1956, *Psychotherapy: A Modern Theory and Practice,* New York.

Platonov K. I., 1956, *O psychoterapii narušenij diamičeskoj stereotipii vyššej nervnoj dejateľnosti čeloveka.* Žurn. vyšš. nervn. Dejat. 6, 854.

Platonov K. I., 1953, *Sugesce a hypnóza v světle učení I. P. Pavlova,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Pogády J., Svorad D., 1965, *Niektoré metodologické otázky psychoterapie.* Čas. Lék. čes. CIV, 1221.

Pogády J., Svorad D., 1965, *Modelovanie ako metodický princíp psychoterapie.* Čas. Lék. čes. CIV, 1296.

Poulton E. C., 1963, *Rapid learning.* J. of Document., 168.

Příhoda V., 1924, *Psychologie a hygiena zkoušky,* Praha.

Quarti C., Renaud J., 1964, *A new treatment of constipation by conditioning: A preliminary report.* In Franks, c. d., 1964, 219.

Rachman S., 1959, *The treatment of anxiety and phobic reactions by systematic desensitization.* J. abnorm. soc. Psychol. 58, 259.

Rachman S., Costello C. G., 1961, *The etiology and treatment of children's phobias: A review.* Am. J. Psychiat. 118, 2, 97.

Rachman S., 1962, *Learning theory and child psychology: Therapeutic possibilities.* J. Clin. Psychol. Psychiat. 3, 149.

Rachman S., 1963, *Introduction to behaviour therapy.* Behav. Res. Ther. 1, 4.

Rachman S., 1965, *Studies in desensitization — I: The separate effect of relaxation and desensitization.* Behav. Res. Ther. 3, 245.

Rachmans S., 1966a, *Studies in desensitization — II: Flooding.* Behav. Res. Ther. 4, 1.

Rachman S., 1966b, *Studies in desensitization — III: Speed of generalization.* Behav. Res. Ther. 4, 7.

Ramsey R. W. et all., 1966, *Massed versus spaced desensitization of fear.* Behav, Res. Ther. 4, 205.

Rubinštein S. L., 1961, *Problema sposobnostej i voprosy psichologičeskoj teorii.* Voprosy Psichol. 6, 3.

Salter A., 1965, *The theory and practice of conditioned reflex therapy.* In Wolpe, Salter, Reyna, c. d., 21.

Seeman M., 1955, *Poruchy dětské řeči,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Seitz P. F. D., 1966, *The consensus problem in psychoanalytic research.* In Gottschalk, Auerbach, c. d., 209.

Selye H., 1966, *Život a stres,* Obzor, Bratislava.

Shoben E. J., 1949, *Psychotherapy as a problem in learning theory.* Psychol. Bul 46, 339. In Eysenck, c. d., 1960, 52.

Schmidt E., Castell D., Brown P., 1965, *A retrospective study of 42 cases of behaviour therapy.* Behav. Res. Ther. 3, 9.

Skála J., 1957, *Alkoholizmus,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Skinner B. F., 1960, *Science and Human Behavior* (7th Print.), MacMillan, New York.

Smékal V., 1960., *Příspěvek k teorii poruch osobnosti a chování dětí.* Zborník FFBU B 10, 38.

Stríženec M., 1960, *Vplyv intenzity zvukového podnetu a veku na vypracúvanie a diferenciáciu podmieneného žmurkacieho reflexu.* Psychol. štúdie SAV II, 9.

Stuchlík J., 1961, *K psychologii vzniku a vytváření jazykových novotvarů.* Čs. Psychol. 5, 31.

Stuchlík J., 1965, *K psychologii sugesce a hypnózy.* Čs. Psychol. 9, 34.

Syřišťová E. et all., 1959, *Úvodní poznámky ke knize H. S. Sullivana.* Čs. Psychiat. 55, 190.

Syřišťová E., 1965, *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění.* Rozpravy ČSAV 4, Praha.

Široký H., 1962, *Diagnostické aspekty psychodramatu.* Čs. Psychol. 6, 154.

Široký H., 1966, *Psychoterapie v sociálním poli moderního člověka.* Čs. Psychol. 10, 468.

Šklovskij V. M., 1966, *Komplexnaja sistema logopedičeskich zaňatij i psichoterapija pri logonevrozach,* Leningrad.

Štúr I., 1965, *Vývin spôsobilosti čítania u žiakov všeobecnovzdelávacej školy.* Adamovič (red.), *Určovanie duševného života dieťaťa,* Slov. ped. nakl., Bratislava.

Švancara J., 1958, *Faktor osobního kontaktu v individuální psychoterapii u dětí.* Čs. Psychiat. 54, 260.

Švancara J., Holub V., 1966, *Vývojová dynamika dětských neuróz.* Psychol. a Patopsychol. dieťaťa 1, 52.

Tardy V., 1965, *Psychologie osobnosti,* Stát. pedag. nakl., Praha.

Tarajev J. M., 1953, *Reflexní základ racionální terapie.* Sovět. Věda: Lék., 278.

Thorne F. C., 1952, *Rules of evidence in the evaluation of the effects of psychotherapy.* J. clin. Psychol. 8, 38. In Goldstein and Dean, c. d., 1966, 97.

Turček M., 1965, *Alkohol a deti,* Slov. pedag. nakl., Bratislava.

Ťapugin N. P., 1954, *Zajakavosť,* Slov. pedag. nakl., Bratislava.

Vondráček V., 1965, *Hodnocení a jeho poruchy z hlediska psychiatrie,* Nakl. Československ. akademie věd, Praha.

Walton D., Black D. A., 1960, *The application of learning theory to the treatment of stammering.* In Eysenck, c. d., 1960, 123.

Walton D., Mather M. D., 1964, *The application of learning principles to the treatment of obsessive-compulsive states...* In Eysenck, c. d., 1964, 117.

Watson J. B., Rayner R., 1920, *Conditioned emotional reactions.* J. exp. Psychol. 3, 1. In Eysenck, c. d., 1960, 28.

West R., Ansbery M., Carr A., 1957, *The Rehabilitation of Speech* (3rd Ed.), New York.

Wolpe J., 1954, *Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects.* A. M. A. Arch. Neurol. Psychiat. 72, 205. In Eysenck, c. d., 1960, 88.

Wolpe J., 1961, *The systematic desensitization treatment on neuroses.* J. nerv. ment. Dis. 132, 189.

Wolpe J., 1962, *The experimental foundation of some new psychotherapeutic methods.* In Bachrach, c. d., 455.

Wolpe J., 1963, *Quantitative relationships in the systematic desensitization of phobias.* Am. J .Psychiat. 119, 1062.

Wolpe J., 1964, *Behaviour therapy in complex neurotic states.* Brit. J. Psychiat. 110, 28,

Wolpe J., 1965, *The comparative clinical status of conditioning therapies and psychoanalysis.* In Wolpe, Salter, Reyna, c. d., 5.

Wolpe J., Lang P. J., 1965, *A Fear Survey Schedule for use in behaviour therapy.* Behav. Res. Ther. 2, 27.

Wolpe J., Salter A., Reyna L. J., 1965, *The Conditioning Therapies.* Holt Rinehart, Winston, New York.

Wolpe J., Lazarus A. A., 1966, *Behavior Therapy Techniques,* Pergamon Press.

Woodworth R. S., Schlosberg H., 1959, *Experimentálna psychológia,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.

Yates A. J., 1960, *Symptoms and symptom substitution.* In Eysenck, c. d., 1960, 22.

Zahálková-Papová A., Zima J., 1956, *Komplexní spánková léčba dětské koktavosti.* Čs. Logopedie, sborník, Praha, 190.

Zikmund V., 1956, *Príspevok k liečbe alkoholizmu hypnózou.* Bratisl. lek. Listy 36 (I), 267.

LITERATÚRA

k druhému vydaniu

Annant S. S., 1967, *A note to the treatment of alcoholics by verbal aversion technique.* Canad. Psychol. 8a, 19.

Asham B., Donner L., 1968, *Covert sensitization with alcoholics: A controlled replication.* Behav. Res. Ther. 6, 7,

Aslamov A. C., 1958, *Voprosy sovremennoj dejateľnosti signaľnych sistem v norme i patologii.* Ž. vysš. nerv. Dejat. 1, 142,

Bandura A., 1969, *Principles of Behavior Modification.* Holt, Rinehart and Wiston, Inc., New York etc.

Barnard G. W., Flesher C. K., Steinbook R. M., 1968, *The treatment of urinary retention by aversive stimulus cessation and assertive training.* Behav. Res. Ther. 4, 232.

Bednárová V., 1971, *Vplyv autogénneho tréningu na koncentráciu u detí.* In Kondáš, Vonkomer, c. d., 1971.

Brady J. P., 1966, *Brevital relaxation treatment of frigidity.* Behav. Res. Ther. 4, 71.

Brožek J., 1968, *Osobnost jedinců se sklonem ke koronární chorobě.* Čs. Psychol. 12, 131.

Brucháč D., 1963, *Teória a prax zbezbolestňovania pôrodu,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.

Brunecký Z., 1959, *Zlozvyky v dětském věku a jiné výchovné problémy,* Stát. zdrav. nakl., Praha,

Bustinová L., 1970, *Verbální podmíňovaní u schizofreniků.* Diplomová práca FFUK, Bratislava.

Bykov K. M., 1951, *Úloha mozkové kůry v činnosti vnitřních orgánů,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Bykov K. M., 1966, *Mozková kůra a vnitřní orgány,* Stát. zdrav. nakl., Praha.

Cautela J. R., 1967, *Covert sensitization.* Psychol. Record 20, 459.

Cautela J. R., 1970, *Covert reinforcement.* Behav. Therapy 1, 35.

Clauss G., Hiebsch H., 1965, *Psychológia dieťaťa,* Slov. pedag. nakl., Bratislava.

Cook Ch., Adams H. E., 1966, *Modification of verbal behavior in speech deficient children.* Behav. Res. Ther. 4, 265.

Čulen J., 1968, *Diagnosticko-reedukačná metóda vôľovej regulácie správania u detí.* In Pardel, Maršálová, c. d., 210.

Decker E., Pelser H. E., Groen J. J., 1964, *Conditioning as a cause of asthmatic attacs.* In Franks, c. d. 1964.

Denholtz M., 1970, *The use of tape recordings between therapy sessions.* J. behav. Ther. & exp. Psychiat. 1, 139.

Drennen W., Gallman J., Sausers G., 1969, *Verbal operant conditioning of hospitalized psychiatric patients.* J. abnorm. Psychol. 78, 4, 454,

Drtil J., 1969, *O příčinách abnormálního chování osob vykonávajících trest odnětí svobody a o spůsobu jeho prevence.* Čs. Psychol. 13, 238.

Dubros S. G., Daniels G. J., 1966, *An experimental approach to the reduction of overactive behaviour.* Behav. Res. Ther. 4, 251.

Everaerd W. T., 1970, *Reading as the counterconditioning agent in cardiac neurosis.* J. behaw. Ther. & exp. Psychiat. 1, 165.

Faltus F., 1970, *Některé poznámky k etiopatogenéze mentální anorexie.* Čs. Psychiat. 66, 18.

Franks C. M., Fried R., Asham B., 1966, *An improved apparatus for aversive conditioning of cigarette smokers.* Behaw. Res. Ther. 4, 301.

Franks C. M., 1969, *Behavior Therapy: Appraisal and Status.* McGraw-Mill Co., New York etc.

Gakkelová L. B., 1953, *Výsledky srovnávacího studia porúch v. n. č. pri oligofrenii a senilní demenci.* SV Lék., 430.

Gershman L., 1970, *Case conference: A transvestite fantasy treated by thought stopping, covert sensitization and aversive shock.* J. behav. Ther. & exp. Psychiat. 1, 153.

Goldstein A. J., Serber M., Piaget G., 1970, *Induced anger as a reciprocal inhibitor of fear.* J. behav. Ther & exp. Psychiat. 1, 67.

Grabowska M. J., 1970a, *Niektóre zagadnenia psychoterapii v komplexnom leczeniu chorych na cukrżycę.* Psychiat. Polska 4, 307.

Grabowska M. J., 1970b, *Znaczenie czynników psychicznych w powstawaniu otyłości.* Psychiat. Polska 4, 301.

Greenspoon J., 1962, *Verbal conditioning and clinical psychology.* In Bachrach, c. d. 1962, 510.

Grimaldi K. E., Lichtenstein E., 1969, *Hot, smoky air as an aversive stimulus in the treatment of smoking.* Behav. Res. Ther, 7, 275.

Growder J. E., Thornton D. W., 1970 *Effects of systematic desensitization, programmed fantasy and bibliotherapy on a specific fear.* Behav. Res. Ther. 8, 35.

Guensberger E., 1967, *Niektoré psychologické predpoklady pre vývoj alkoholizmu.* Protialk. obzor 2, 93.

Guensberger E., 1971, *Die bedingten Reflexe in der Verhaltungforschung.* In: Bilz R., Petrilowitsch (Ed.), Akt. Fragen Psychiat. Neurol., Vol. 11, 38, Karger, Basel.

Hallstein E. E., 1965, *Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization.* Behav. Res. Ther. 3, 87.

Hart J. T., Tomlinson T. M., (Ed.), 1970, *New Directions in Client-Centered Therapy,* Houghton Mifflin Co., Boston.

Hogan R. A., 1966, *Implosive therapy in the short-term. treatment of psychotics.* Psychotherapy 3, 25.

Hogan R. A., 1969, *Implosive oriented behavior modification: Theory, research and practice.* Behav. Res. Ther. 7, 177.

Horkovič G., 1971, *Klinické skúsenosti s výskytom stresu a terapiou jeho dôsledkov.* In Kondáš, Vonkomer, c. d. 1971.

Hudcovič A., 1956, *Význam psychoprofylaktickej prípravy podľa Veľvovského pre analgéziu za pôrodu.* Bratisl. lek. Listy 36/1, 692.

Hvozdík J., 1971a, *Psychologický rozbor niektorých vývinových a výkonových závislosti u neprospievajúcich žiakov základnej školy.* In Kondáš, Vonkomer, c. d. 1971.

Hvozdík J., 1971b, *Psychologická výchovná starostlivosť ako prevencia porúch osobnosti.* In Kondáš, Vonkomer, c. d. 1971.

Janota O., 1956, *O tak zvané mentální anorexii,* SZdN, Praha.

Koenig K. P., Masters J., 1965, *Experimental treatment of habitual smoking.* Behav. Res. Ther. 3, 235.

Kondáš O., 1958, *O čítaní u duševne chorých.* Čs. Psychol. 2, 34.

Kondáš O., 1959, *K problému indikácie čítania u duševne chorých.* Čs. Psychol. 3, 229.

Kondáš O., 1961a, *Naše skúsenosti s metódou slovného stereotypu a možnosti jej uplatnenia u psychóz.* Čs. Psychol. 5, 257.

Kondáš O., 1969a, *Kapitoly z klinickej psychológie.* Rektorát Univ. Komenského, Bratislava.

Kondáš O., 1969b, *Model alkoholizmu vychádzajúci z teórie učenia.* Protialk. obzor 4, 39.

Kondáš O., 1972a, *Verbal learning and verbal conditioning in schizofrenics.* Studia Psychol. XIV, 64—70.

Kondáš O., 1971b, *Škála klasických a sociálnych anxiet.* Manual. Psychodiagnostika, n. p., Bratislava.

Kondáš O., Kratochvíl S., 1968, *Výskum v psychoterapii a niektoré jeho problémy.* Čs. Psychol. 12, 298.

Kondáš O., Novotný J., 1969, *Katamnestické hodnotenie výsledkov liečby alkoholizmu.* Lek. obzor 18, 563.

Kondáš O., Ščetnícka B., 1972, *Systematic desensitization as a method of preparation for childbirth.* J. behav. Ther. & exp. Psychiat. 3, 51—54.

Kondáš O., Vonkomer J. (red.), 1971, *Psychológia a zdravý vývin osobnosti.* Psychodiagnostika, n. p., Bratislava.

Kotásková J., 1968, *Striktnosť výchovného režimu ve vztahu k poruchám chování dětí raného věku.* In Pardel, Maršalová, c. d. 1968, 256.

Kováč D., 1971, *K integrácii v psychologickej metodológii: Od dilémy cez kompromis.* In Kondáš, Vonkomer, c. d. 1971.

Kovalev A. G., Miasiščev B. N., 1960, *Psychičeskije osobennosti čeloveka.* Tom 1. Charakter. Izdat. Akad. ped. nauk, Leningrad.

Krasner L., 1958, *Studies of the conditioning of verbal behavior.* Psychol. Bull. 55, 148.

Kratochvíl S., 1970, *Psychoterapie,* Avicenum, Praha.

Lazarus, A. A., 1964, *The Treatment of chronic frigidity by systematic desensitization.* In Eysenck, c. d. 1964, 256.

Lebedinskij M. S., Miasiščev B. N., 1966, *Vvedenie v medicinskuju psichologiu,* Izdat. Medicina, Leningrad.

Lewicki A. (red.), 1969, *Psychologia kliniczna,* Pan. wydav. naukowe, Warszawa.

Lewis D. J., Carrera R., 1967, *Effects of ten hours of implosive therapy in the treatment of outpatients..* J. abnorm. Psychol. 72, 504.

Ličko L.. 1971, *Rodinné prostredie u detí s vredovou chorobou.* In Kondáš, Vonkomer, c. d. 1971.

Lissák K., Endröczi E., 1970, *Nervová a hormonálna integrácia správania,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.

Luminet D., 1962, *Les psychothérapies dans l'asthme bronchique.* Rev. Med. Psychosom. 4, 391.

Madson Ch. H., Ullmann L. P., 1967, *Innovation in the desenzitization of frigidity.* Behav. Res. Ther. 5, 67.

Makarenko A. S., 1951, *Pedagogické diela,* kniha štvrtá, Štát. nakl., Bratislava (cit. str. 47).

Mann J., Rosenthal T. L., 1969, *Vicarious and direct counterconditioning of test anxiety through individual and group desensitization.* Behav. Res. Ther. 7, 359.

Marišová A., 1957, *Psychoprofylaktická príprava bezbolestného pôrodu.* In Verner, c. d. 1957, 163.

Marks I. M., Gelder M. G., 1967, *Transvestitism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion.* Brit. J. Psychiat. 119, 711.

Masters W. H., Jonson V. E., 1967, *Die sexuelle Reaction,* Akad. Verlag., Frankfurt.

Mišší k T., 1968, *K otázkam komplexného liečenia alkoholizmu.* Protialk. obzor 3, 72.

Nikolajev A. P., 1959, *Očerki teorii i praktiki obezboleznivanija rodov,* Medgiz, Moskva.

Pardel a kol., 1963, *Pedagogická psychológia,* Slov. pedag. nakl. a Stát. pedag. nakl., Bratislava a Praha.

Pardel T., Maršálová L. (red.), 1968, *Súčasné problémy psychológie učenia a výchovy,* Slov. pedag. nakl., Bratislava.

Patterson G. R., Jones R., Whittier J., Wringth M. A., 1965, *A behaviour modification technique for the hyperactive child* Behav. Res. Ther. 2, 217.

Pervov L. G., 1956, *Rečevaja metodika opredelenija vysšej nervnoj dejateľnosti čeloveka.* Ž. vysš. nerv. Dejat. 6, 170.

Pervov L. G., 1960, *Osobennosti osnovnych nervnych processov i signaľnych sistem pri isterii,* Izd. Akad. nauk, Moskva — Leningrad.

Pogády J., 1969, — *Poznámky k liečebno-preventívnej starostlivosti na úseku toxikománií alkoholizmu v r. 1969,* Protialk. obzor 4, 1.

Pondělíčková J., Nedoma K., 1970, *Zkušenosti s ambulatní léčbou sexuálních delikventů.* Čs. Psychiat. 66, 23.

Pukačová M., 1969, *Balbuties — psychologické charakteristiky a prínos psychológie k jej terapii.* Dipl. práca FFUK, Bratislava.

Pyke S., Agnew N. McK., Kopperud J., 1966, *Modification of an overlearned maladaptive responce trough a relearning program: A pilot study on smoking.* Behav. Res. Ther. 4, 197.

Raboch J., 1962, *Symptomatologie funkčních sexuálních poruch u muže.* Čs. Psychiat. 58, 44.

Raboch J., Šípová I., Barták V., 1967, *Sexuální poruchy u žen a rodinné prostředí.* Čs. Psychiat. 63, 397.

Raboch J., Barták V., 1968, *Příspěvek ke studiu anesteticko-frigidního syndromu u žen.* Čs. Psychiat. 64, 230.

Raymond M. J., 1960, *Case of fetishism treated by aversion therapy.* In Eysenck, c. d. 1960, 303.

Read J. D., 1963, *Childbirth without Fear,* 4th ed., Pan Books Ltd.

Salzinger K., Pisoni S., 1961, *Some parameters of the conditioning of verbal affect responses in schizophrenic subjects.* J. abnorm. soc. Psychol. 63, 511.

Salzinger K., Feldman R. S., Portnoy S., 1970, *Training parents of brain-*

injured children in the use of operant conditioning procedures. Behav. Therapy 1, 4.

Sečenov I. M., 1961, *Reflexy golovnogo mozga,* Izdat. Akad. nauk, Moskva.

Serber M., 1970, *Shame aversion therapy.* J. Behav. Ther. & exp. Psychiat. 1, 213.

Schubert L., 1967, *Problémy s kriminalitou mládeže,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.

Sommer R., Witney G., Osmond H., 1962, *Teaching common associations to schizophrenics,* J. abnorm. soc. Psychol. 70, 155.

Stampfl T. G., Lewis D. J., 1967, *Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy.* J. abnorm. Psychol. 72, 496.

Stephen L. S., Koenig K. P., 1970, *Habit modification trough threatened loss of money.* Behav. Res. Ther. 8, 211.

Stuart R. B., 1967, *Behavioral control of overeating.* Behav. Res. Ther. 5, 357.

Suinn R. M., Edie C. A., Spinelli P. R., 1970, *Accelerated massed desensitization: Innovation of short-term treatment.* Behav. Therapy 1, 303.

Ščetnická B., 1970, *Úzkost a strach v době těhotenství a možnost jejich redukce.* Dipl. práca FFUK, Bratislava.

Tabarka K., Wiedermannová L., 1957. *Zajímavý případ transvestitizmu.* Čs. Psychiat. 53, 398.

Tabarková H., 1969, *Rozbor intelektové úrovně a sociálního prostředí mladistvých delikventů.* Psychol. Patopsychol. dieťaťa 4, 307.

Turček M., 1966, *Skupinová psychoterapia v prírode.* Protialk. obzor 1, 13.

Turček M., 1968, *Pohľad na niektoré názory a postoje občanov voči konzumácii a abúzu alkoholu.* Protialk. obzor 3, 107,

Tyler Jr., V. O. Brown G. D., 1967, *The use of swift, brief isolation as a group control device for institutionalized deliquents.* Behav. Res. Ther. 5, 1.

Ullmann L. P., Krasner L., Edinger R., 1964, *Verbal conditioning to common associations in long-term schizophrenic patients.* Behav. Res. Ther. 2, 15.

Ullmann L. P. et al., 1965, *Selective reinforcement of schizophrenics' interview responses.* Behav. Res. Ther. 2, 205.

Útrata R., 1963, *Z historie protikuřáckého boje.* Prakt. lek. 43, 354.

Vallašeková M., 1962, *K problému delikventnej mládeže.* Psychologica — Zborník FFUK, Bratislava, 123.

Vančurová E., 1968, *Telesný trest ako technika socializácie?* Čs. Psychol. 12, 394.

Verner M. (red.), 1957, *Psychológia v zdravotníctve,* Vyd. Slov. akadémie vied, Bratislava.

Vyhnánková M., 1970, *Neurotické príznaky u chronických dermatóz.* Prednáška Purkyň. spoloč., Pezinok.

Whitman T. L., 1969, *Modification of chronic smoking behaviour: A comparison of three approaches.* Behav. Res. Ther. 7, 257.

Wolf M. M., Giles D. K., Vance Hall R., 1968, *Experiments with token reinforcement in a remedial classroom.* Behav. Res. Ther. 6, 51.

Wolman B. B. (Ed.), 1965, *Handbook of Clinical Psychology,* McGraw Hill Co., New York etc.

Yates A. J., 1970, *Behavior Therapy,* Wiley & Sons, New York.

Zinčenko P. I., 1960. *Voprosy razvitija processov zapominanija.* Vopr. Psichol. 6, 75.

Ždímalová M., Kratochvíl S., 1966, *Úzkost a sexuální život žen.* Čs. Psychiat. 53, 393.

ДИСЦЕНТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

О. КОНДАШ

Резюме

Каждая теоретическая концепция психотерапии исходит из определенной теории душевного развития, из определенного понимания деятельности нормальных психических функций или личности и из определенного понимания возникновения и формирования психических нарушений. Психологические теории обучения создают при психотерапии обучением исходный пункт для понимания нормального поведения и для толкования формирования нарушений. Обучение — как процесс приобретения и фиксирования навыков, реакций и опыта — ведет к изменениям поведения и обладает формирующей и регулятивной функцией в деле душевного развития и поведения. С психопатологической точки зрения знаменательно, что изменения, приобретенные учением, могут иметь и дисадаптивный или прямо невротический характер. Страх (anxiety) при возникновении и фиксировании невротических реакций играет опосредствующую роль отрицательного усиливающего фактора, однако здесь могут воздействовать и другие факторы, как например тензия, отношение, само имитационное обучение, а также и недостаток или избыток учения, или же недостаток или избыток стимуляции.

В рамках психотерапии обучением конструируются для устранения невротических и других нарушений специальные терапевтические методы обучения, в рамках которых используются как общие закономерности обучения, так и принципы угасания, интерференции, взаимного торможения или манипуляции с факторами вознаграждения и наказания или другими стимулирующими факторами. Эти методы сводятся в понятие «бихевиоральная терапия» (Eysenck). Развитию этой терапии содействовал целый ряд авторов. Их взгляды можно предварительно разложить на 4 группы: 1. применение теории обучения в рамках динамического понимания психотерапии (Dollard и Miller), 2. терапия обусловливанием (так наз. противообусловливание, процедуры классического и инструментального обусловливания), 3. бихевиоральная терапия (M. C. Jones H. G. Jones, Dunlap, Eysenck, Wolpe, Franks, Rachman, Jates и др.), 4. дисцентная психотерапия.

Так наз. дисцентное понятие, которое в настоящей работе излагается, главное внимание сосредоточивает на применении познаний и закономерностей психологии обучения в целом объеме ее познания, подчеркивает специфические черты человеческого учения, чем до известной степени возможно преодолевать ограничения отдельных теорий обучения. Ограничение терапевтического применения процедуры классического обусловливания автор видит в том, что его методы колеблются на уровне реактивности, тогда как типичным знаком человеческого поведения является активность. $S — X — R$ теории уже, правда, постигают определенную активность поведения, однако остаются преимущественно на элементарном уровне модели механизма и обладают зоотропной

целенаправленностью. В рамках специфик человеческого обучения подчеркивается обучение типа решения проблемы, рациональный характер человеческого обучения, влияние отношений, стимуляции на основании самоинструкции, более комплексный характер вызванных изменений, возможность умышленной регуляции метода и объема учения, причем здесь играет важную роль и тот факт, что при обучении усваивается и способ приобретения навыков и способ индивидуального решения проблем. На развитие невротических отношений у людей влияют и отношения, которые приобретаются обучением и которые у невротиков изменяются вместе с изменениями способов подхода к проблемам и к их решению. При возникновении душевных нарушений взаимодействует ряд факторов биологических, социальных и психологических, в рамках которых одним из существенных факторов является обучение как механизм усвоения и главным образом фиксирования несоответствующих и нарушающих проявлений. Невротические реакции могут появиться одноразово в результате стресса, фрустрации или психотравматического переживания или конфликта, однако они определяются и фиксируются обучением, факторы учения ответственны за их устойчивость. Учение типа insight имеет отношение к психотерапевтическому принципу кларификации, которая принимается в дисцентной психотерапии как синтетизирующий компонент психотерапевтического метода.

Под дисцентной психотерапией, таким образом, понимается систематическая терапевтическая аппликация таких методов, в которых учитываются синтетические познания, методы и основные теоретические принципы всей психологии обучения с подчеркиванием специфических знаков категорий человеческого обучения. Затем в практике дисцентной психотерапии обращается внимание на то, чтобы при исправлении затруднений или же нарушений терапевт учитывал общую структуру личности больного, характеристики его нормальной психической деятельности, историю развития нарушений и характер преобладающих (доминантных) отношений больного. Составной частью дисцентного метода становится, затем, во многих случаях и кларификация, при помощи которой оказывается влияние и на отношения больного. Кларификация носит характер руководительства (guidance); в его рамках больной учится решать свои личные проблемы новым способом, так же как и критические или конфликтные жизненные ситуации. Иногда речь может идти непосредственно о развитии нового способа мышления, начиная с нового подхода к проблемам, который у невротиков отличается от нормы. Одним из примеров процедуры, при помощи которой должно быть достигнуто изменение несоответствующего способа решения критических ситуаций является и метод тренировки самоутверждения.

Иллюстрацией общего метода дисцентной психотерапии может служить случай психотерапии при комплексных невротических состояниях, который состоит из трех фаз:

1. Анализ анамнеза, развития симптомов и типичных способов решения личных проблем — следовательно, процесс психотерапевтического диагноза с акцептирующим отношением терапевта к больному.

2. Фаза аппликации специальных методов психотерапии обучением, обычно с направленностью на руководящие симптомы, недомогания больного (методы как систематическая десенситизация, или же ее модификация в форме абреактивной десенситизации, тренировка самоутверждения и др.).

3. Синтетизирующая фаза вербально-рациональной психотерапии, направленная на отношения больного, способы подхода невротика к проблемам и способам их решения при помощи кларификационных разговоров (с направленностью на активность больного). Таким образом речь здесь идет в основном о комбинации специальных методов психотерапии обучением с методами рациональной психотерапии.

С другой стороны, при простых невротических состояниях при так наз. моносимптоматических невротических нарушениях, существенное терапевтическое вмешательство основано непосредственно на специфических методах психотерапии обучением, при аппликации которых необходимо, конечно, учитывать и специальные закономерности человеческого обучения. Речь идет о методах как систематическая десенситизация, метод ослабления напряжения, отрицательный тренинг, аверсивные приемы, методы положительного тренинга, к которым мы относим тренировку самоутверждения, технику подражания (при заикании) или метод дублированного (одновременного) чтения (при дислексии) и затем инструментальные и аппаратурные техники.

В рамках изучения и развития методов психотерапии обучением автор сосредоточился главным образом на устранении невротических нарушений и недомоганий у детей. Он сконструировал, например, метод для устранения тиков, названный методом ослабления напряжения. Эта процедура состоит из кратковременного отрицательного упражнения, в рамках которого сознательно производится тик во время периода искусственно вызванной тензии (при помощи гальванизации той мышечной области, в которой появляется тик) и после прекращения гальванизации (больной произносит слово «покой») производится релаксация (с закрытыми глазами), поддержанная словами «я спокоен». Процедура повторяется в одном сеансе 4-8 раз, причем при испытаниях детей было достаточно и 4-12 терапевтических сеансов.

При заикании был достигнут при помощи приемов с методом подражания в группе 20 детей-заик успех (излечение или же существенное улучшение) у 70,6 % леченных (при амбулаторном лечении, продолжающемся от 2 до 6 месяцев). Поэтому мы приступили к дальнейшему изучению этого метода, его механизмов и оптимального способа аппликации. Было установлено, что комбинация процедуры с помехой обратной связи контроля собственной речи и адаптационного эффекта (повторное подражание одного и того же текста) вело к достоверно большему редуцированию заикания, чем первоначальный способ подражания с новыми текстами. Подобным образом действует дополнение адаптационным эффектом метода дублированного чтения, при помощи чего достигается достоверное улучшение бесперебойности чтения у дислектиков, где методом дублированного чтения у пятой части дислектиков был достигнут уровень слабых чтецов их школьного возраста, причем существенное улучшение в чтении было достигнуто у 64,3 % дислектиков (N = 15 детей среднего возраста 8,7 лет; средний темп чтения повысился во всей группе с 29 на 42,5 слов за минуту). В общем итоге при помощи методов психотерапии обучением достигался успех у 65 — 70 % детей (N = 48), и достигнутые изменения были по результатам катамнестического исследования устойчивого характера.

Подобно этому изучается метод систематической десенситизации, механизм ее действия и ее групповая аппликация. Отличие так наз. абреактивной десенситизации состоит главным образом в различном содержании иерархии страха (anxiety) в смысле психотравматической иерархии. Она состоит из реально пережитых психотравматических ситуаций, вызывающих страх, в которых произошла генерализация невротической anxiety. Этим учитывается и аспект развития невротических нарушений. Мы применили ее при комплексных невротических состояниях, а также и при свежих неврозах.

Как видно из этого краткого содержания в настоящей книге, наряду с синтетическим взглядом на развитие бихевиоральной терапии и описанием методов психотерапии обучением, приводятся и данные для развития этих методов с попыткой выработать новые методические приемы, а также излагается широкая концепция так наз. дисцентной психотерапии. Затем в книге дается критическая оценка современного состоя-

ния бихевиоральной терапии и приводятся первоначальные результаты клинического и экспериментального исследования автора (3 часть), которое касается главным образом страха и фобий, обсессий и компульсий, тиков, заикания, дислексии; рассматривается общий опыт дисцентной психотерапии у детей и при комплексных невротических состояниях и исследуются возможности таких психотерапевтических вмешательств при лечении шизофрении. Положительной стороной психотерапии обучением является то, что она не исходит из случайных клинических наблюдений, а из накопленных экспериментальных и теоретических заключений и поэтому бихевиоральную терапию или же дисцентную психотерапию можно расценивать как важный конкретный и теоретически обоснованный вклад психологии в развитие научной психотерапии.

Расширенный текст второго издания (главы XVI/2, XVII и XVIII) свидетельствует об интенсивной и экстенсивной работе в этой области. В расширенном тексте приводится первый опыт, полученный в области соматических дисфункций, сексуальных расстройств и отклонений, в области расстройств поведения, делинквенции, курения и алкоголизма. Из опыта самого автора приводятся некоторые результаты вербального обусловливания у шизофреников, нового способа десенсибилизационной подготовки к родам и результаты дальнейшего изучения воздействий модифицированного метода затенения, применяемого при заикании. В новом издании особенно разработана проблематика психической регуляции поведения и принцип самоконтроля, отличающиеся как воспитательным, так и превентивным значением. Работа является критическим синтезом, включающим теоретические рассуждения автора и его собственные исследовательские достижения.

DISCENT PSYCHOTHERAPY

ONDREJ KONDÁŠ

Summary

Each system of psychotherapy starts from a definite theory of mental development, a definite approach to the functioning of normal mental activity and personality, and from a certain concept about the origin and development of mental disorders. In ‚learning psychotherapy', the psychological theories of learning form the starting-point for the concept of normal behaviour as well as for the explanation of the development of behavior disorders. Learning — as a process of acquisition and fixation of reaction, habits and skills — causes behaviour changes, being a formative and regulative factor in mental development and behaviour. From a psychopathological viewpoint it is important to note that changes due to learning may also be of a disadaptive or directly of a neurotic character. The origin and fixation of neurotic reactions result from anxiety as a mediating, negatively reinforcing factor, but there are, however, some further factors involved here that, e. g. tension, attitudes, learning by imitation, as also a defficiency or surplus of learning or stimulation.

Within the framework of learning psychotherapy special learning-theory-derived procedures have been set up for overcoming neurotic and other disorders, and in these procedures both the general learning principles and such principles as extinction, interference, reciprocal inhibition, manipulation with reward and punishment or with other reinforcing factors play a role. These procedures are subsumed under the concept of behaviour therapy (Eysenck). Many authors have contributed to the development of this therapy. Their points of view may be tentatively assigned into four groups, as follows. 1. An application of the learning theory within the framework of a ‚dynamic' approach to psychotherapy (Dollard and Miller), 2. conditioning therapy (counterconditioning and the procedures of classical and instrumental conditioning), 3. behaviour therapy (M. O. Jones, H. Gw. Jones, Dunlap, Eysenck, Wolpe, Lazarus, Franks, Rachman and others), 4. discent psychotherapy.

The so-called discent approach (from Latin disco, discere) — which is described in this book — emphasizes the application of the knowledge and principles within the whole scope of psychology of learning to psychotherapy, and the specific features of human learning are underlined on the assumption that they may overcome some limitations of a particular theory of learning, e. g. limitations of therapeutic application of classical conditioning procedures are seen as staying on a reactivity operation level while the typical feature of human behaviour is activity. Though the S—X—R theories already yield a certain activity level of behaviour they are mostly zootropic in direction and still remain on an elementary level of the model of

mechanism (such a model is of a heuristic value, but seems inadequate in psychotherapy). From among the specific features of human learning those relating to problem-solving, rational character of human learning, influences by attitudes, reinforcement by autoinstruction, complex character of changes induced by learning, the possibility of intentional regulation of learning proceeding and contents are underlined. Further it is important that the way of habit formation and individual problem-solving be also acquired in the course of the learning process. The development of human neurotic disorders is determined also by attitudes acquired through learning, and the attitudes as also the way of approaching and solving the problems seem to be different in neurotics. Many biological, social and psychological factors are active in the development of mental disorders, and one of the important factors involved here is learning as a mechanism of acquisition and fixation of nonadaptive and disturbed reactions. There may appear certain neurotic reactions due to stress, frustrations, psychotraumatic events or conflicts, but they are settled and fixed by learning and their persistence is based on learning principles. Learning by insight is held to be related to the psychotherapeutic principle of clarification, and thus clarification in discent psychotherapy is considered to be a synthesizing factor of psychotherapeutic process.

Discent psychotherapy is viewed as a systematic application of the proceedings in respect to synthetical knowledge, methods and basic theoretical principles of the whole scope of psychology of learning with an emphasis on the specific features of human learning. In the practice of discent psychotherapy, in correcting of behavioral deficiencies or in overcoming disordres, it is necessary for the therapist to take into account the structure of the patient's personality, characteristics of his normal and abnormal mental activity, history of his behaviour disorders and the character of his dominant attitudes. In many cases, the clarification aiming at altering the patient's attitudes becomes a part of discent psychotherapy. The clarification has a character of indirective guidance by which a patient learns to solve, in a new way, his own personal problems as well as possible critical or conflictual events. Sometimes it may be a question of the development of a new kind of thinking, beginning from new approaches to problems that seem to be different in neurotics in comparison with normals. An example of the procedure for altering an inappropriate manner of solving critical situations is self-assertive training.

The proceeding of discent psychotherapy may be illustrated by the treatment of complex neurotic states wherein the procedure is three-phased.

1. The first phase consists of a discussion of life history, symptoms and typical ways of the patient's solution of his personal problems, that is a process of elaboration of psychotherapeutic diagnosis, whereby the therapist expresses accepting attitudes to patient.

2. The phase of applying special methods of learning psychotherapy centered, as a rule, on the principal symptoms and problems of the patient (methods such as systematic desensitization and its modification in the form of ‚abreactive' desensitization, assertive training and others).

3. Synthetical phase of verbal-rational psychotherapy centered on attitudes, typical neurotic's way of approaching and solving his own problems by using clarification interviews (with an emphasis on the patient's activity).

Thus, in essence, the special methods of behaviour therapy are combined with the proceedings of a rational psychotherapy.

On the other hand, in simplex neurotic states or in the so-called monosymptomatic

neurotic disorders, the special methods of learning psychotherapy are used as the chief therapeutic intervention, but the specific rules of human learning are here respected, too. The methods used include desensitization, tension-relief method, negative practice, aversive procedures and the methods of positive training as self-assertive training, shadowing technique (in stammering), or the method of simultaneous reading (in dyslexia), and further the instrumental and apparatus techniques.

In the study and also development of the methods of learning psychotherapy, the author devoted much attention to a removal of neurotic disorders and behavioural deficiencies in children. He has constructed, for example, the so-called tension-relief method for elimination tics.

The method consists of a short-term negative practice with intentionally provided tics during an artificially evoked tension (by means of galvanisation of those muscle areas wherein the tic occurred), and after ceassation of galvanisation (by patient's command consisting of the word „calm") a relaxation was realized (eyes being closed) that was verbally reinforced by the sentence „I am calm and quiet". This procedure was repeated four to eight times in one session and 4—12 therapeutic sessions were found adequate for children.

In a sample comprising twenty child stammerers the treatment by the shadowing method was successful in 70,6 per cent (i. e. cured and much improved, when the treatment was realised on an out-patient basis in the course of 2—6 months). Further research in the shadowing method concerned its mechanisms and an optimal form of its application. It was found that a combination of this procedure, based on the distruction of feedback control of the S's own speech, with the adaptation effect (repeated shadowing with the same textual material) gives a significantly greater reduction of stammering than the original way of shadowing with new texts. Similar results (i. e. significantly better improvement of fluent reading in dyslectics) were obtained by combining the adaptation effect with the method of simultaneous reading by which a great improvement in reading was achieved in 64,3 per cent of dyslectics (n=15 children, average age 8,7-yr, the mean speed of reading for the whole group rose from 29 to 42,5 words per minute). Comprehensive recovery achieved by the learning-theory-derived procedures ranged between 65 and 70 per cent in children patients (n=48), and it is worth noticing that the follow-up studies proved the results to be of a permanent character.

Similarly, the desensitization method was studied with the mechanism of its effects and the possibilities of group desensitization. The difference of the so-called abreactive desensitization sets on a different kind of anxiety hierarchy which consists of really experienced psychotraumatic events, fear-evoking situations in which a generalization of neurotic anxiety took place. By such an arrangement of desensitization the developmental aspect of neurotic disorders is respected. This modification was used in complex neurotic states as well as in recently arisen neuroses.

This short outline of the scope of the book indicates that the author has taken great pains to present a synthetical view of the development of the behaviour therapy and a description of its methods. Further he deals both with contributions to the development of these methods and attempts to construct new procedures, as also with the interpretation and development of broader a concept of the so-called discent psychotherapy. A critical evaluation of the contemporary state of behaviour therapy is included together with the original results of the author's own clinical and experimental research (in the third part of the book) with reference chiefly to fear and phobias, obsessions and compulsions, tics, stammering, reading disability;

in addition experiences with discent psychotherapy in children and in complex neurotic states are discussed together with the possibilities of such therapeutic interventions in schizophrenic patients.

It must be positively stated, in conclusion, that learning psychotherapy does not issue from any accidental clinical observation, but that comprehensive experimental findings and theoretical conclusions form its basis, and that behaviour therapy or discent psychotherapy, appears to be appreciated as a serious, concrete and theoretically well-founded contribution of psychology to the development of scientific psychotherapy. (The term „psychotherapy" is prefered to „therapy" in consent to our scientific tradition.)

The extended text of the second edition (chapters XVI/2, XVII and XVIII) proves the intensity and extensity of the work done in this field. It has been extended by the experiences with somatic dysfunctions, sexual disorders and deviations, behaviour disorders, delinquency, smoking and alcoholism. The actual contributions of the author refer to the verbal conditioning in schizophrenics, the new way of desensitizating preparation for childbirth and further experiments with the effects of the modified method of shadowing in stammering. The problems of psychological regulation and modification of behaviour and the principle of self-control which are of educational as well as preventive importance have been treated separately. The work is a critical synthesis, intermingled with author's theoretical considerations as well as his research contributions.

MENNÝ REGISTER

VECNÝ REGISTER